

Anais - 2022



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual

Revista Portal Saúde e Sociedade

Vol 7, e02207010, 2022

DOI: <https://doi.org/10.28998/rpss.e02207010>



Apresentação

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) desde a redemocratização no Brasil representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal nacional. A partir da segunda década do século XXI, a Atenção Primária à Saúde no Brasil, consolidada e robusta, vem enfrentando desafios e passando por transformações significativas que interferem na organização dos processos de trabalho, a exemplo da inclusão de novas estratégias de informatização nos serviços, a ampliação da cobertura da atenção primária e a coexistência de diferentes modelos de atenção nos territórios adscritos.

As mudanças na organização dos serviços e dos processos de trabalho da APS respondem, de forma mais atual, as condicionalidades do novo modelo de financiamento da atenção primária que restringe a universalidade do SUS e não considera a Estratégia Saúde da Família como prioridade, além da descontinuidade dos incentivos específicos a ações e serviços que ampliavam a capacidade de resposta da APS, a exemplo dos NASF- AB, deixando a critério de gestores a manutenção ou não das equipes, comprometendo a multi e interprofissionalidade que ampliam a qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde.

A realização do “1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual”, realizado pela Universidade Federal de Alagoas, a Universidade Federal de Rondônia e a Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), reconhecendo a APS como elemento central do Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família como um importante dispositivo no âmbito da assistência à saúde e no âmbito da rede PROFSAÚDE teve como objetivo visibilizar e promover a troca de conhecimentos e experiências entre trabalhadores/as, gestores/as, estudantes, profissionais-residentes, docentes, tutores, preceptores/as e pesquisadores/as que atuam na Sistema Único de Saúde de forma sistematizada, fomentando a reflexão crítica sobre os processos envolvidos na assistência, educação e gestão em saúde, no âmbito da APS.

Assim, visou-se promover o intercâmbio de conhecimentos e o compartilhamento de experiências práticas, por meio da oferta de espaços de discussão sobre a assistência, a gestão e a produção acadêmica, em sua interface com educação, a formação e a pesquisa em saúde, com vistas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em âmbito nacional e com ênfase nas experiências resultantes do PROFSAÚDE e na qualificação da força de trabalho para o SUS contribuindo para a sua efetivação como aposta política à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Profº Dr Michael Ferreira Machado.



PROGRAMAÇÃO DA

SALA 01 - EXPERIÊNCIAS EM EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022

08:30 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE TRABALHADORES RURAIS QUE DESENVOLVERAM COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO

08:40 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM TEMPOS DE COVID-19

08:50 - HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA GRADUAÇÃO

09:00 - ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS NO PERÍODO DE 2017 A 2021 NO ESTADO DO CEARÁ

09:10 - PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: UMA NECESSIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

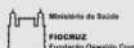
09:20 - IMPACTO DA FORMAÇÃO CONTINUADA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM TEMPOS DE COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

09:30 - A TECNOLOGIA PODE AUXILIAR O CUIDADO INTEGRAL DO IDOSO: CONSTRUINDO FERRAMENTAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

09:40 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

09:50 - ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RIO GRANDE/RS.

DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APÓS CADA APRESENTAÇÃO COM APRESENTADORES





PROGRAMAÇÃO DO

PAINEL TEMÁTICO DE ABERTURA: "APS EM PERSPECTIVA: OS DESAFIOS DA ATENÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL ATUAL"

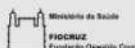
DIA 22 DE SETEMBRO DE 2022

19:30 ÀS 21:30



Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Médico, Psiquiatra, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com período sandwich na Université de Montréal (UnM). Atualmente é docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pesquisador permanente dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Família nesta mesma universidade e Vice Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Trabalhou na supervisão e gestão em diversos equipamentos de saúde de Campinas-SP (2005 a 2013), onde foi Coordenador Municipal de Saúde Mental (2009-2011). Também, coordenou a municipalização e reestruturação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Curitiba-PR (2014-2017). Tem experiência nas áreas de reabilitação psicossocial, planejamento e administração em saúde, com ênfase em Planejamento do Cuidado, Atenção Primária e Saúde Mental.



GOVERNO FEDERAL



PROGRAMAÇÃO DA
MESA REDONDA 1 - PRODUTOS TÉCNICOS: DESAFIO
DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022
10:00 ÀS 12:00



Rejane Eleuterio Ferreira

Doutora em ciência do cuidado a saúde. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro



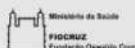
Rosana Quintella Brandão Vilela

É professora voluntária da Faculdade de Medicina da UFAL, da qual já foi diretora, onde atua no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Formada em medicina, tem mestrado e doutorado em Hematologia e pós doutorado em Ensino na Saúde. Foi coordenadora do programa de pós graduação profissional em Ensino na Saúde (UFAL).



Leila Bernarda Donato Gottems

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília (1995), Especialista em Saúde da Família (UnB-1999) e em Gestão e Economia da Saúde (UNICAMP-2006), Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2002-2003), Doutorado em Administração (UnB) 2006-2010. Docente Permanente do Programa de Pós Graduação em Ciências para a Saúde (modalidades profissional e acadêmico) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da ESCS/FEPECS/SES-DF (2012 até o momento).



GOVERNO FEDERAL



PROGRAMAÇÃO DA MESA REDONDA 2 - REFLETINDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA APS DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022 10:00 ÀS 12:00



Teresa Cristina Carvalho dos Anjos

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (1994). Mestre em Ensino na Saúde Universidade Federal de Alagoas (2015). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (2002). Especialista em Serviço Social e Política Social pela Universidade de Brasília (2002). Especialista em Educação a Distância pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (2013). Atua como Assistente Social na Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas na função de vice coordenadora da Comissão de Integração Ensino - Serviço (CIES) (desde 2007). Experiência profissional na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Educação Permanente em Saúde, Educação em Saúde, Políticas Públicas, Gestão e Assistência em Saúde.



Túlio Romério Lopes Quirino

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (2009), especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (2015) e em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (2020), ambas pelo IEP Sírio Libanês, Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2021), Mestrado (2012) e Doutorado (2017) em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Chefe da Divisão de Educação na Saúde (Secretaria de Saúde do Recife) e Professor Auxiliar da Universidade de Pernambuco. Tem experiência na área de Psicologia e Saúde Coletiva, com interesse especial em discussões sobre saúde pública/coletiva, atenção básica à saúde, educação permanente em saúde, homens, gênero e masculinidades, políticas públicas afirmativas e psicologia social.



Cleson Oliveira de Moura

Doutorado em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado em Ensino em Ciências em Saúde Universidade Federal de São Paulo. Especialista em saúde da família pela Universidade Federal de Rondônia e graduação em odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do magistério superior da Universidade Federal de Rondônia, departamento de Medicina, área Educação e Medicina Social. Cirurgião Dentista atuando na Estratégia de Saúde da Família. Docente e tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia.





PROGRAMAÇÃO DA MESA REDONDA 3 - A GESTÃO DA APS EM TEMPOS DE COVID-19 DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022 10:00 ÀS 12:00



**Daiana Evangelista
Rodrigues Fernandes**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás - UFG (2019), possui Graduação em Enfermagem (2005), especialização em Gestão de Serviços de Saúde (2008) e Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (2014), realizados pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Desde 2013 atua como docente no Departamento de Enfermagem da UNIR. Atualmente coordena o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIR e é docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Profsaúde.



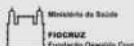
Alexandra Amélia Ludugero

Médica pela Universidade Federal de Alagoas (1997). Gerente da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU/AL).



**Aline Augusta Tenório
Toledo**

Graduanda em Enfermagem pela Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste (SEUNE). Secretária Municipal de Saúde de Coqueiro Seco - AL, integrante da diretoria do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas (COSEMS/AL).

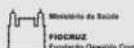


**GOVERNO
FEDERAL**



PROGRAMAÇÃO DA SALA 02 - COMUNICAÇÕES COORDENADAS DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022

- 13:00** - MANUAL MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19: UM PRODUTO TÉCNICO
- 13:05** - ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA APS EM ALAGOAS: TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2012 A 2019
- 13:10** - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
- 13:15** - AÇÃO SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CACOAL SHOPPING EM RONDÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA
- 13:20** - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS BASES PEDAGÓGICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
- 13:25** - PRÉ-NAITAL DE BAXO OU ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS
- 13:30** - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS
- 13:40** - ESTRATÉGIAS DE BOAS PRÁTICAS DE IMUNIZAÇÃO EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- 13:45** - ATENDIMENTO DE TB: CAMPOS ESPECÍFICOS PARA REGISTRO NO PEC DO SISTEMA E-SUS APS
- 13:50** - LUXAÇÃO CONGÊNITA DE QUADRIL POR SÍFILIS CONGÊNITA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
- 13:55** - A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RELATO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
- 14:00 ÀS 14:10** - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS





PROGRAMAÇÃO DA SALA 03 - COMUNICAÇÕES COORDENADAS DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022

13:00 - HPREVINE: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO EM SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

13:05 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E A INTERPROFISSIONALIDADE EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS DE MUDANÇA SOCIAL

13:10 - CONFIANÇA SOBRE FONTES DE INFORMAÇÃO ACERCA COVID-19 EM ALAGOAS SEGUNDO SEXO E ESCOLARIDADE

13:15 - TENDÊNCIA TEMPORAL DE SÍFILIS GESTACIONAL EM MULHERES INDÍGENAS NO BRASIL ENTRE 2010 A 2019

13:20 - SITUAÇÃO OCUPACIONAL E PROMOÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA TRABALHADORES DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

13:25 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR AO PACIENTE NA RETIRADA DE PONTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

13:30 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS

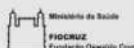
13:35 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE MILAGRES - CE: UM EXPERIÊNCIA EXITOSA

13:40 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

13:45 - A ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DO SUS FORTALECENDO A FORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

13:50 - A UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

13:55 ÀS 14:10 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS





PROGRAMAÇÃO DA SALA 04 - COMUNICAÇÕES COORDENADAS DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022

13:00 - GESTA: EXPERIÊNCIA EDUCATIVA DE CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE DURANTE A GESTAÇÃO

13:05 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS: PERFIL DOS USUÁRIOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

13:10 - DIFICULDADES DE USO E IMPLEMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

13:15 - APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR POR ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

13:20 - VACINAÇÃO DA COVID-19: ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO NA APS

13:25 - ATENDIMENTO FARMACÊUTICO COM PACIENTES ASMÁTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

13:30 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS

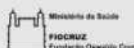
13:35 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ADEQUAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA DE UM CURSO EAD AUTOINSTRUCIONAL

13:40 - O INSTAGRAM COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA INTRODUÇÃO ALIMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

13:45 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

13:50 - RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA ACERCA DA TRIAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

13:55 ÀS 14:10 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS





PROGRAMAÇÃO DA

**SALA 05 - APS É MEU LUGAR!
DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022**

114:40 - PARCERIA ENTRE ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM EM PROL DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

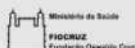
14:50 - IMPLEMENTAÇÃO DA CADERNETA DA PESSOA IDOSA EM UMA UNIDADE DE BÁSICA DE SAÚDE

15:10 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS

15:20 - DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ALCANCE DO INDICADOR PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NA APS

15:30 - CARTILHA EDUCATIVA DE CUIDADOS COM ORN COMO FERRAMENTA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

16:10 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS





PROGRAMAÇÃO DA

**SALA 06 - APS É MEU LUGAR!
DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022**

14:40 - BARCO-SAÚDE E O ATENDIMENTO A POPULAÇÃO RIBEIRINHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

14:50 - ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À SAÚDE DOS TRABALHADORES RURAIS

15:00 - TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DE UMA OFICINA

15:10 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS

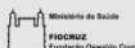
15:20 - DESAFIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM URGÊNCIA E REABILITAÇÃO BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

15:30 - ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS NA REGIÃO VENTROGLÚTEA: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DE SALAS DE VACINA

15:40 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EDUCAÇÃO PARA ASAÚDE: UMA VIVÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDEDA FAMÍLIA

15:50 - PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO À LUZ DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

16:10 - DISCUSSÃO SOBRE TRABALHOS APRESENTADOS



Sumário

APS é meu lugar.....	22
A TEORIA TRANSCULTURAL NO CONFLITO ENTRE A MEDICINA INDÍGENA E O MODELO BIOMÉDICO DE SAÚDE	23
AÇÕES REALIZADAS NO PRÉ-NATAL DE UMA PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA DURANTE O ESTÁGIO SUPERVISIONADO I.....	30
ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS NA REGIÃO VENTROGLÚTEA: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DE SALAS DE VACINA	34
ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À SAÚDE DOS TRABALHADORES RURAIS.....	40
BARCO-SAÚDE E O ATENDIMENTO A POPULAÇÃO RIBEIRINHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ...	47
CARTILHA EDUCATIVA DE CUIDADOS COM O RN COMO FERRAMENTA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA	55
CONSTRUÇÃO DE JARDIM TERAPÊUTICO NO SERVIÇO DE SAÚDE – RELATO DE EXPERIÊNCIA	62
DESAFIOS DO CIRURGIÃO – DENTISTA EM URGÊNCIA E REABILITAÇÃO BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	69
DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO CIRURGIÃO- DENTISTA NO ALCANCE DO INDICADOR PRÉ-NATALODONTOLÓGICO NA APS	78
IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS AÇÕES PARA O ALCANÇE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DO PREVINE BRASIL.....	93
MONITORIA ACADÊMICA COMO INSTRUMENTO NA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL.....	97
O MAPA QUE FALA SOBRE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO.....	102
PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO À LUZ DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	112
REATIVAÇÃO DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UBS DA CANAFÍSTULA, EM ARAPIRACA-AL	120
REDUÇÃO DE DANOS NO CONTEXTO DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE	124
SAÚDE DO TRABALHADOR DO CONSULTÓRIO NA RUA: CUIDANDO DO CUIDADOR	131
TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DE UMA OFICINA	136
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA VIVÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	143
Comunicações coordenadas	150
A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS BASES PEDAGÓGICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	151

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DO SUS FORTALECENDO A FORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	159
A UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	163
AÇÃO SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CACOAL SHOPPING EM RONDÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	168
ANÁLISE DA SITUAÇÃO OCUPACIONAL E PROMOÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	175
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS NOTIFICADOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA CAPITAL DA BAHIA.....	183
APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR POR ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	189
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	197
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR AO PACIENTE NA RETIRADA DE PONTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	204
ATENDIMENTO DE TB: CAMPOS ESPECÍFICOS PARA REGISTRO NO PEC DO SISTEMA e-SUS APS	208
ATENDIMENTO FARMACÊUTICO COM PACIENTES ASMÁTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	215
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA APS EM ALAGOAS: TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2012 A 2019.....	221
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO(A) NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO DE HEPATITES VIRAIS: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM	230
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE MILAGRES – CE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA	236
CONFIANÇA SOBRE FONTES DE INFORMAÇÃO ACERCA COVID-19 EM ALAGOAS SEGUNDO SEXO E ESCOLARIDADE	241
CONSULTÓRIO NA RUA: GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	251
DIFICULDADES DE USO E IMPLEMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	256
EDUCAÇÃO PERMANENTE E A INTERPROFISSIONALIDADE EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS DE MUDANÇA SOCIAL.....	266
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ADEQUAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA DE UM CURSO EAD AUTOINSTRUCIONAL	274
ESTRATÉGIAS DE BOAS PRÁTICAS DE IMUNIZAÇÃO EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA...	285
Sessões Temáticas Experiências em Educação Formação e Pesquisa em Saúde.....	292
A TECNOLOGIA PODE AUXILIAR O CUIDADO INTEGRAL DO IDOSO: CONSTRUINDO FERRAMENTAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	293
ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS NO PERÍODO DE 2017 A 2021 NO ESTADO DO CEARÁ	299

ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RIO GRANDE/RS.....	306
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM TEMPOS DE COVID-19	320
EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA ESCOLARES COMO PRÁTICA INTERPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	325
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE.....	334
HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA GRADUAÇÃO.....	340
IMPACTO DA FORMAÇÃO CONTINUADA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM TEMPOS DE COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	353
O ENSINO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA FORMAÇÃO MÉDICA.....	361
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE TRABALHADORES RURAIS QUE DESENVOLVERAM COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO	368
PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: UMA NECESSIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	381
SER GESTANTE NO MEIO REPELENTE E A PREDISPOSIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	387
VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS EM ENFERMAGEM	396

APS é meu lugar



A TEORIA TRANSCULTURAL NO CONFLITO ENTRE A MEDICINA INDÍGENA E O MODELO BIOMÉDICO DE SAÚDE

Cayo E. B. Santos*¹;

Nemório R. Alves ²;

Heloísa W. A. Tigre ³;

Ana F. S. Lima ⁴;

Jorgina Sales Jorge⁵;

Maria Cicera Gomes da Silva⁶.

¹ Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. *cayo.ebs@gmail.com*

² Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. *nemodrigues@gmail.com*

³ Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. *heloisa.tigre20@gmail.com*

⁴ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. *anafsl94@gmail.com*

⁵ Secretaria Municipal de Saúde - Consultório na Rua de Maceió. E-mail: *jorgina.jorge@eenf.ufal.br*

⁶ Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. *mariacicera84@gmail.com*



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de profissionais do Consultório na Rua no conflito entre a medicina tradicional indígena Warao e o modelo biomédico de saúde durante o cuidado a uma pessoa indígena imigrante da Venezuela em um hospital público de Maceió - Alagoas. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Toma-se como período temporal as ações e serviços prestados entre os meses de junho a julho de 2022. Os resultados foram organizados em dois eixos narrativos: “O CnaR no cuidado junto aos Warao”; e a, “Recusa à hospitalização e a mediação do conflito”.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, População Indígena, Comportamento Ritualístico.

INTRODUÇÃO

Recentemente, a medicina tradicional indígena tem sido ratificada internacionalmente como parte crescente dos sistemas de cuidados em saúde. Seu entendimento no mundo moderno constitui um cenário onde a pluralidade terapêutica, na qual as práticas de saúde têm lugar, carrega à luz uma diversidade epistemológica. Neste contexto, há uma crescente defesa da integração da medicina tradicional ao conjunto de saberes e serviços da medicina convencional, porém, sabe-se que as ações das políticas públicas atuais voltadas para a saúde indígena promovem um limitado intercâmbio, ao invés de uma integração, como está instituído na política nacional indígena¹.

Trazendo a problemática para a realidade do Brasil, nos deparamos com o cenário de imigração gerado pela crise política e econômica na Venezuela, que provocou o deslocamento forçado dos Warao, gerando um fluxo gradual para o território brasileiro, sobretudo a partir de 2014. Estes povos são tradicionalmente habitantes do delta do rio Orinoco, composto por um grupo étnico bastante diverso no que tange a suas formas de organização social e costumes, compartilhando uma língua comum, também homonimamente chamada Warao e espanhol em níveis variados de fluência. Os rituais espirituais ocupam um lugar central no processo de adoecimento e cura desses indígenas. Quando um membro da etnia adocece, o protocolo médico Warao estabelece que o primeiro diagnóstico deve partir de um de seus xamãs e que o paciente só pode ser encaminhado para o tratamento convencional após sua liberação².

Dentre as principais teorias de enfermagem que enfatizam a natureza e o fenômeno do cuidado, a teoria transcultural, proposta pela enfermeira teórica Madeleine Leininger, pode ser considerada a mais abrangente e acolhedora que atende e compreende demandas de saúde em populações e comunidades multiculturais. Capaz de significar as diversidades, a cultura e também os elementos em comum dos indivíduos em seus contextos socioculturais como características determinantes de seu estado de saúde ou doença, bem como fornecer direções para uma visualização atenciosa e de respeito ao comportamento dos sujeitos³.

Diante do quadro em tela, com intuito de agregar maior produção científica que discorra sobre a temática em questão, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de profissionais do Consultório na Rua (CnaR) na intermediação do conflito entre a medicina tradicional indígena Warao e o modelo biomédico de saúde no tratamento de

tuberculose (TB) de uma pessoa indígena imigrante da Venezuela em um hospital público no Nordeste brasileiro.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Este tipo de artigo descreve uma dada vivência que pode contribuir de forma relevante para determinada área de atuação. Ademais, deve ser escrito de modo contextualizado e com objetividade. Este tipo de estudo contribui significativamente através do estímulo a trocas e proposições de ideias no campo em questão. O seu propósito é socializar uma experiência, suscitar o debate e viabilizar reflexões⁴.

Para fins de descrição desta experiência, toma-se como recorte temporal as ações e serviços prestados por enfermeiros e outros profissionais da saúde, entre os meses de junho a julho de 2022, durante as atividades assistenciais e de cuidado vinculadas a uma Equipe de Consultório na Rua (eCR) de Maceió. É importante evidenciar que esse recorte temporal representa o início da suspeita até a confirmação do caso TB em uma pessoa indígena imigrante da Venezuela. Verifica-se como vultoso mencionar que no estado de Alagoas, somente a cidade de Maceió possui eCR. O CnaR de Maceió está organizado em 6 equipes multidisciplinares, que atuam de forma itinerante e prestam assistência à População em Situação de Rua (PSR) ou em condições análogas em todos os distritos sanitários da capital nos três turnos de horários⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, de natureza qualitativa e descritiva, foram organizados e estão estruturados em dois eixos narrativos: “O CnaR no cuidado junto aos Warao”; e, “Recusa à hospitalização e a resolução do conflito”.

O CnaR no cuidado junto aos Warao

O primeiro grupo da etnia Warao era formado por cerca de 20 pessoas e chegou em Maceió em fevereiro de 2020, de lá pra cá, estima-se a presença de mais de 100 indivíduos,

divididos entre Maceió e Arapiraca, conforme o quantitativo de cadastros realizados pela eCR que os atende. No mês de junho, com o aumento inesperado das chuvas na capital, foi estabelecido um abrigo para todas as famílias indígenas imigrantes no centro da cidade. Este abrigo possui 10 quartos para alojamento das famílias, além de estrutura com banheiros, sala de atividades, cozinha, refeitório e lavanderia.

As eCR além de atender a população em situação de rua, também é referência no cuidado junto às as pessoas indígenas imigrantes da Venezuela em Maceió. Estas equipes estão inseridas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e com isso, devem seguir as diretrizes e orientações das políticas públicas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde. Dentre os cuidados de saúde fornecidos a esta clientela incluem-se: atenção integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; vacinação; ações de educação em saúde; consultas de enfermagem; procedimentos de enfermagem; interpretação de exames laboratoriais; realização de testes-rápidos para IST's; avaliação de queixas agudas; e encaminhamento para os diversos níveis de atenção à saúde.

O manejo da TB no contexto do CnaR é um grande desafio, pois inúmeros fatores trazem as complexidades e vulnerabilidades à tona, principalmente quando se trata de um público com características específicas e heterogêneas como os Warao. Nesta situação, a teoria da transculturalidade de Madeleine Leininger mostra aplicabilidade, pois dá base ao enfermeiro para atuar com respeito a cultura, o bem-estar e cuidados em saúde⁶.

Recusa à hospitalização e a mediação do conflito

Em uma visita de rotina ao abrigo de imigrantes situado no bairro do Centro, em Maceió, foi realizada uma abordagem a uma das famílias Warao que residiam em Arapiraca e estava de passagem pelo abrigadouro. Neste momento foi identificado que um dos indivíduos do sexo masculino, menor de idade, apresentava emagrecimento, relato de tosse e febre há mais de 15 dias e não possuía histórico de vacinação para BCG. Imediatamente foi realizada a coleta de escarro para diagnóstico de TB e orientação quanto à doença investigada e as formas de propagação. Também foi recomendado que o caso suspeito ficasse isolado dos demais moradores em um quarto privativo e fizesse uso de máscara ao sair do local.

Após uma semana da coleta do material, o resultado do exame deu detectável para a micobactéria que causa a TB por meio do Teste Rápido Molecular (TRM). Diante da gravidade

da situação, foi informado à liderança do grupo sobre o resultado do teste e a necessidade de testagem dos contatos expostos e do tratamento do caso confirmado. Porém, houve uma recusa por parte do próprio indígena e de sua família, mais especificamente de seus pais, que, mesmo ciente do potencial risco de vida, retornaram para o município de Arapiraca.

Alguns dias depois do diagnóstico, já apresentando sinais de piora do quadro clínico, o indígena procurou um dos serviços de saúde deste município apresentando falta de ar, febre e fraqueza, sendo transferido no mesmo dia para o Hospital de Doenças Tropicais (HDT) na capital Maceió, referência em casos de doenças infectocontagiosas, sendo admitido na UTI geral deste com quadro de pneumonia grave associada à TB.

Ao ficar restrito a receber a visita de sua família durante a internação e diante das complicações do estado de saúde, um grupo de Waraos foram até a porta da instituição hospitalar, exigir a retirada do paciente para ser realizado o ritual de cura, comumente utilizado em sua cultura. Logo, a eCR de referência foi contactada pela Assistente Social de plantão que solicitou a ajuda no diálogo com os indígenas e busca por uma solução viável para ambos os lados.

A situação ocorrida foi relatada para a coordenação do CnaR que buscou o apoio da direção do hospital para facilitar o acesso do líder espiritual e realização do ritual de cura, consultando também um promotor público para adquirir informações jurídicas diante da situação, corroborando para o alívio das tensões. Concomitantemente a este óbice, os integrantes da eCR responsável pelo atendimento dos Warao tentou acalmar os ânimos do grupo e reforçar a necessidade da permanência do indígena no ambiente hospitalar com as principais lideranças indígenas, reforçando também a importância em reconhecer os saberes e crenças desses indivíduos como válidos no processo de cuidado para os profissionais de saúde da instituição envolvidos no caso.

Após inúmeros diálogos, ficou então decidido que o líder espiritual da família iria realizar o ritual de cura dentro do hospital e em contrapartida, o indígena acometido pela doença permaneceria internado até o fim do tratamento, podendo fazer uso de seu aparelho celular para se comunicar com sua família, quando conveniente.

Neste sentido, a construção de um diálogo só foi possível a partir do reconhecimento dos saberes médicos Warao como tão reais e eficazes quanto os da medicina atual. Isto com

base na teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leininger, a qual prima preservação dos sujeitos e da sua cultura, em detrimento do modelo biomédico que tem enfoque nos sinais e sintomas das doenças. Permite a valorização dos saberes dos grupos humanos para resolução dos problemas de saúde⁶.

O desenrolar desse itinerário terapêutico tem sido desafiador, no entanto, o CnaR juntamente com os serviços que prestam atenção e cuidado à esta população tem se comprometido com a discussão e acompanhamento deste caso de modo efetivo, a fim de garantir o gozo de seus direitos quantos seres humanos sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

CONCLUSÃO

É indubitável que no decorrer deste processo intercultural, intersubjetivo e interacional de cuidado, tanto os profissionais do CnaR, quanto a pessoa, a quem o cuidado se destina, se transformam e se potencializam. O cuidado transcultural reconhece a diversidade de cuidados em saúde e os esforços pela integração entre as práticas de saúde com significado étnico e o sistema convencional de saúde. Preservar a cultura, os saberes indígenas ancestrais e as crenças dos povos Warao são cuidados de enfermagem e para isso é necessário adquirir conhecimento e competência em favor do mesmo, permitindo que estas pessoas tenham liberdade para manejar recursos e práticas terapêuticas no enfrentamento das enfermidades. Sem o respeito às diferenças socioculturais, não alcançaremos interações positivas e, tampouco, estabeleceremos campos de comunicação e inteligibilidade mútua entre os indígenas venezuelanos e os profissionais que os atendem.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Andrade, JT; Sousa, CKS. **Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedialidade.** Anuário Antropológico. 2016; 41(2).
2. Alto Comissariado da ONU para os Refugiados (ACNUR). **Nota informativa para municípios sobre chegadas espontâneas de população venezuelana, incluindo indígenas.** Brasília: ACNUR/Ministério da Cidadania, 2019. Acesso em: 30 jul. 2022.
3. Chang, L; Chen, S; Hung, S. **Embracing diversity and transcultural society through community health practicum among college nursing students.** Nurse education in practice. 2018; 31:156-160.
4. Silva, CM. **Como transformar qualquer vivência em relato de experiência.** 2021; 1 ed: 1-32.
5. Timóteo AVG, et al. **Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL.** Enfermagem Em Foco. 2020; 11(1): 126–130.
6. Silva, ER, Alencar EB, Dias EA, Rocha LC, Carvalho SCM. **Transculturality in nursing based on Madeleine Leininger's theory.** Electronic Journal Collection Health. 2020; 13(2): e5561.

AÇÕES REALIZADAS NO PRÉ-NATAL DE UMA PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA DURANTE O ESTÁGIO SUPERVISIONADO I

Almir R da Silva Neto^{1*};

Valckinara C. Lima²;

Ruana da S. Aquino²;

Marcela de O Feitosa³.

¹Discente/Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Campus Imperatriz – MA; almirribeiro@gmail.com.

²Enfermeira Estratégia Saúde da Família do município de Amarante, Maranhão, Brasil; E-mail: valckinara@hotmail.com, aguinha.17@hotmail.com.

³Docente/Universidade Federal do Maranhão-UFMA, Campus Imperatriz – MA; E-mail: marcela.feitosa@ufma.br

*almirribeiro@gmail.com

RESUMO

O seguinte relato de experiência tem por intuito explicar as ações realizadas durante o estágio supervisionado I, no âmbito da atenção básica em saúde, descrevendo a experiência acadêmica de um discente do curso de enfermagem em caso de acompanhamento Pré-natal de paciente portadora de deficiência auditiva.

1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



Descritores: Cuidado pré-natal, Atenção Primária à Saúde, Pessoas com Deficiência Auditiva.

INTRODUÇÃO

Como principal porta de entrada as redes de atenção básica a saúde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm um importante papel para com a sociedade que habita os seus arredores, assim prestando assistência integral no âmbito da unidade a qualquer nacional daquela área¹.

É no estágio supervisionado que o discente obtém a chance de se relacionar de maneira profissional com os funcionários da instituição e com os próprios colegas, desempenhando uma atividade essencial no trabalho em enfermagem, que é o trabalho em equipe. Garante também ao discente uma oportunidade de se autodescobrir como profissional, de conviver com outros colegas de profissão, de vivenciar habilidades como responsabilidades que lhes são conferidas e liderança de equipe, tão essenciais para a formação do futuro enfermeiro².

Diante disso, os profissionais devem estar preparados para prestarem assistência aos mais variados tipos de público como atendimento a pacientes das minorias e portadoras de necessidades especiais, de modo a atenderem as suas necessidades de saúde nos diferentes ciclos vital e inseri-los nos diferentes programas de saúde, como, a assistência ao pré-natal.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODOS

Trata-se de um relato de uma experiência vivenciada por discente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - campus Bom Jesus, durante o estágio supervisionado I, na atenção primária em saúde, ao acompanhar a enfermeira da unidade em uma consulta de Pré-natal a uma gestante portadora de deficiência auditiva com idade de 33 anos acompanhada da amiga também gestante.

O estágio supervisionado 1 foi realizado de março a junho de 2022, e, durante esse período as consultas de enfermagem e as ações de promoção da saúde desenvolvidas foram aplicadas adequadamente e sob a supervisão da enfermeira preceptora. Cabe destacar que a consulta de pré-natal a gestante com deficiência auditiva foi realizada no mês de maio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As consultas de pré-natal desse tipo específico de gestante, vivenciadas pelo discente, foi de grande valia para seu rol de conhecimentos acerca das atipicidades e de como lidar com essa situação, podendo ver como se proporciona uma assistência de qualidade e como possa transmitir conforto e um tratamento mais satisfatório possível a cliente.

No contexto atual, o Ministério da Saúde tem como objetivos qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil, para isso ele tem instituído a Rede Cegonha como forma de prestar uma assistência mais eficaz e humanizada as clientes. Para isso ele tem buscado efetivar os princípios da Rede Cegonha que são: humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência; organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS); acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno³.

Assim a unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É na UBS que a gestante terá todo o amparo do sistema público de saúde desde a sua captação até o parto e pós parto.

Durante o início do pré-natal foi observado nitidamente uma timidez por parte da gestante, posteriormente justificado que era devido a gravidez não ser planejada (porém desejada) e o receio de como seria comunicação devido sua deficiência somada a novidade de ser sua primeira gestação. Assim sendo, foram realizadas estratégias de comunicação pessoal para que ela interagisse mais com a sua enfermeira se comportando de forma bem receptiva e atenciosa as suas respostas mesmo que através de gestos e mímicas, a partir da interação a paciente começou a ficar mais tranquila após saber que estava sendo compreendida e tendo feedback da situação.

Segundo Caderno de Atenção Básica 32, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas³. Um ponto chave e de suma importância para se dar essa interação foi a participação ativa de sua acompanhante que aos primeiros momentos fez a ponte de interpretação para o início do dialogo gestante enfermeira.

CONCLUSÃO

As atividades executas nesses acompanhamentos gestacionais mostraram-se relevantes ao discente pois pode-se perceber que na rotina de atendimentos nem sempre terá um público estritamente homogêneo e de como é importante está atualizado com as estratégias certas para dar suporte a esse público, acolhendo-os sem preconceito, sem receio e sobre tudo estar sempre com o bom ânimo de tentar prestar uma boa assistência confiando em sua qualidade e capacidade como profissional para ser resolutivo diante dessas adversidades.

REFERÊNCIAS

1. Santos MJF, Oliveira GB, Cavalcanti PAL, Lopes AM. **Vivências de acadêmicos de Enfermagem na atenção básica: relato de experiência.** In: 2º CIPCEn - Congresso Internacional de Produção Científica em Enfermagem. Instituto ENFservic. 2021; 2(2):98.
2. Lima, D.; Pereira, O. **Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem: expectativas e desafios.** Revista Enfermagem Contemporânea. 2014 [citado 2022 Jul 29]; S.1, 3(2),123-130. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v3i2.391. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i2.391>
3. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS NA REGIÃO VENTROGLÚTEA: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DE SALAS DE VACINA

Jéssica S. A. Barboza¹;

Alanna M.O.A. da Silva¹;

Deborah M.R. Pereira²;

Eunice R. A. L. de Vasconcelos¹;

Julliana D.N. de Veras¹;

Viviane J. Pimentel¹.

¹ Enfermeiras da Gerência de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (jessicasdosab@gmail.com);

² Enfermeira Residente em Infectologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

RESUMO



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



A região ventroglútea é a mais adequada para administração de imunobiológicos por via intramuscular pois oferece maior segurança e redução de dor durante a aplicação, porém é subutilizada, devido à insegurança dos profissionais. Este relato é fruto da experiência obtida através do desenvolvimento de capacitação em vacinação na região ventroglútea para profissionais atuantes nas salas de vacina das Unidades de Saúde de Maceió. A capacitação contou com a participação de 156 profissionais e aconteceu de forma teórico-prática e presencial. A iniciativa foi de grande importância para os profissionais, tornando-os aptos a garantir uma assistência mais segura e qualificada aos pacientes.

Palavras-chave: Injeções Intramusculares, Cursos de Capacitação, Enfermagem

INTRODUÇÃO

A injeção intramuscular é um procedimento realizado corriqueiramente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, incluindo os que atuam em sala de vacina, mas demanda do profissional conhecimento técnico, da anatomia e fisiologia do paciente, pois quando não realizado corretamente pode acarretar riscos ao paciente, como abscesso, lesão nervosa ou articular.¹

Evidências científicas demonstram que a região ventroglútea é a mais adequada para administração de injeções por via intramuscular, pois oferece a melhor profundidade muscular, constituída pelos músculos glúteo médio e mínimo, delimitação óssea segura, distando de nervos e vasos sanguíneos importantes, possuindo uma camada mais estreita de tecido adiposo. No que se refere à vacinação, a utilização deste sítio confere igual imunogenicidade e menor reatogenicidade local, incluindo menor dor. Portanto, essa via tem sido recomendada para administração de medicamentos injetáveis em indivíduos de qualquer faixa etária.^{2,3}

Todavia, para garantir a segurança em sua utilização é fundamental que o profissional conheça a correta delimitação anatômica da região. A técnica mais utilizada no Brasil é a técnica V, que consiste em espalmar o trocânter maior com a mão esquerda no quadril direito do paciente, o dedo indicador na direção à espinha ílaca ântero-superior direita, o dedo médio ao longo da crista ílaca, formando um triângulo, devendo a injeção ser realizada em seu centro. Deve-se ainda levar em consideração o biotipo do paciente, bem como as variações anatômicas do quadril.^{2,3}

No entanto, apesar dos benefícios e de ter sido introduzida na literatura desde 1954, a administração de injeções na região ventroglútea é pouco utilizada pelos profissionais de enfermagem, devendo-se, dentre outros fatores, à insegurança, falta de capacitação dos profissionais e pouco estímulo à sua utilização nos ambientes de formação e prática de estudantes, necessitando de docentes que exercitem a técnica, além disso, essa região não é a de escolha nas salas de vacinas do país, embora estudos tenham sido desenvolvidos sobre esta questão e os resultados encontrados sempre tenham ratificado a segurança e a eficácia da imunização nesta região.^{4,5}

A motivação para realização dessa capacitação resultou da preocupação da área técnica da Gerência de imunização do município, quanto ao não uso da via de administração mais segura, de acordo com as evidências científicas.

Nesse sentido, se torna relevante a necessidade de investir em educação permanente no campo da administração de medicamentos na região ventroglútea, com a finalidade de estimular a apropriação teórica para conseqüentemente aumentar a utilização e aplicabilidade desse local, potencializando transformação da prática assistencial e qualificando o cuidado na perspectiva da integralidade.

MÉTODO

Esse relato é resultado da experiência obtida através da idealização e desenvolvimento pela Gerência de Imunização de Maceió do curso de capacitação em vacinação na região ventroglútea para profissionais atuantes nas salas de vacina das Unidades de Saúde do município de Maceió.

Participantes

Profissionais de enfermagem que atuam nas salas de vacinas das unidades básica de saúde de Maceió

METODOLOGIA PARA EXPERIÊNCIA

Após a disponibilização do local para execução do projeto e com a previsão de vagas ofertadas, elaboramos um formulário eletrônico com objetivo de inscrição para o treinamento. Foram disponibilizadas 4 vagas para participação dos profissionais em cada Unidade de Saúde, sendo 2 enfermeiros e 2 técnicos em enfermagem. Os profissionais foram divididos por grupos e turnos para participação, sendo no total ofertadas 10 turmas, 5 no turno matutino e 5 no turno vespertino. A capacitação teve cerca de 2h30 de duração, foi realizada de forma teórico-prática e contava com no mínimo duas enfermeiras da Gerência de Imunização em cada turma para suporte no momento prático.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A capacitação aconteceu entre os dias 5 e 14 de julho, contou com a participação de 156 profissionais, dentre eles enfermeiros e técnicos de enfermagem, e foi realizada de modo teórico-prático. No momento teórico avaliou-se o conhecimento e utilização da via ventroglútea pelos profissionais. Em pós teste realizado através de formulário eletrônico, 92,6% dos respondentes afirmaram que não utilizavam a região antes do treinamento por insegurança, falta de treinamento ou experiência, desconhecimento da via para vacinação ou falta de orientação. Ainda no momento teórico, os profissionais foram atualizados quanto às evidências científicas mais recentes, benefícios e delimitação da via ventroglútea.

No momento prático, realizado com o auxílio de simuladores anatômicos sintéticos e em duplas, os profissionais puderam identificar a região ventroglútea no simulador e uns nos outros. Essa estratégia foi importante para que os mesmos percebessem as variações anatômicas da região.

Imagem 1 - Primeira turma da capacitação em injeção na região ventroglútea



Fonte: ASCOM SMS

Imagem 2 - Momento prático da delimitação da região ventroglútea



Fonte: ASCOM SMS

CONCLUSÃO

Após a capacitação, 81,5% dos profissionais respondentes ao pós teste se consideraram aptos para realizar injeção na região ventroglútea e 66,7% já começaram a utilizá-la em seus serviços de atuação. Dentre os 33,3% que ainda não passaram a utilizar a região em sua prática, justificam o fato à resistência do paciente, insegurança e falta de oportunidade. Os profissionais relatam ainda que iniciarão a utilizar a região em adultos para ganhar confiança, para depois incluir crianças. Para ações futuras considera-se relevante a utilização de simuladores anatômicos infantis.

Desse modo, considera-se que a ação foi de grande importância para os profissionais das Unidades de Saúde de Maceió, tanto para administração de vacinas quanto de outros medicamentos a fim de garantir uma assistência segura e qualificada aos pacientes atendidos.

Agradecimentos

À todos os profissionais do Programa de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e das Unidades de Saúde de Maceió.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP 039/2012** . Ementa: Aplicação de injeção intramuscular [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2012. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_39.pdf>.
2. Gonçalves, PA. **Aplicação da vacina hepatite B na região ventroglútea: avaliação da região algica em recém-nascidos., 2020.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **ORIENTAÇÕES QUANTO À APLICAÇÃO DE VACINA INTRAMUSCULAR E A NÃO INDICAÇÃO DE ASPIRAÇÃO, 2020.** Disponível em <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-msdidtvgpni-admintraspiracao-200921.pdf>> .
4. Pereira VM, Barros GM, Silva MC. **Uso da técnica de Hochstetter para injeção intramuscular pelos profissionais de enfermagem de Unidades Básicas de Saúde.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba, 2020.
5. Tavares VR. **Uso da Região Ventroglútea como Alternativa para Administração de Imunobiológicos: Uma Revisão Bibliográfica.** REFACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres, v. 1, n. 1, dez. 2012. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/21/17>>.

ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À SAÚDE DOS TRABALHADORES RURAIS

Sandy H. A. Henrique¹

Kevillyn M. N. Flores¹

Leonardo Feregato¹;

Camilly V. Batista ¹;

Laisa M. A. Cordeiro²;

Michele T. Favero³.

¹ Graduando(a) do Centro Universitário UNIFACIMED - *sandy.hevelyn.eumesma@gmail.com;

² Graduanda de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV), Rio Verde – GO;

³ Docente da Faculdade de Ji Paraná Estácio – UNIJIPA.

RESUMO



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**

A Atenção Primária à Saúde (APS) se trata de uma série de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, a qual engloba a promoção e a proteção da saúde das coletividades. Nessa ótica, tem-se que os trabalhadores rurais estão expostos a uma série de riscos ocupacionais cujos impactos não têm sido propriamente detectados e combatidos pela APS. Este artigo aborda as vulnerabilidades dos trabalhadores rurais em relação à saúde e sua ligação com a Atenção Primária à Saúde e debate sobre a falta de inclusão desse grupo social nas ações e serviços de saúde.



Palavras-Chave: Trabalhadores rurais; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidades.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta central da Rede de Atenção do SUS. Assim, a APS deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade¹. Entretanto, os trabalhadores rurais possuem difícil acesso aos serviços de saúde²

A população rural destaca características como baixa escolaridade e rendimento salarial. Devido às longas distâncias territoriais e a falta de meio de transporte para ambas as partes, tanto deslocamento dos trabalhadores rurais como da equipe de saúde que a eles assistem, apresentam uma maior dificuldade ao acesso dos serviços sociais, de saúde e comercial².

Ademais, os trabalhadores agrícolas estão mais propícios a sofrer com doenças relacionadas à exposição a substâncias tóxicas como os agrotóxicos e pesticidas². A maioria dos problemas relacionados aos defensores agrícolas são ocasionados por seu uso inadequado, essas substâncias químicas são potencialmente tóxicas não diferenciando seu alvo de outros organismos vivos, como os seres humanos. Assim, diversos efeitos à saúde vêm sendo relacionados com a exposição aguda e crônica aos agrotóxicos, deixando claro que essa exposição é um grave problema para a saúde dos trabalhadores rurais³.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de uma revisão de estudo em formato descritivo e exploratório, através do levantamento de dados nos sites Scientific Electronic Library Online (SciELO), referente a temática da APS sobre a vigilância e promoção de saúde dos trabalhadores rurais, as buscas foram feitas durante o mês de julho do ano de 2022. As palavras-chaves definidas foram: Trabalhadores rurais, Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidades.

Foram selecionados trabalhos em português, com foco na saúde primária dos trabalhadores rurais, de diversos tipos, como: artigos, livros e capítulos de livros todos de forma gratuita. Como critério de exclusão, foram desconsiderados trabalhos que não tivessem foco no tema principal, os que tivessem o ano de publicação superiores a 10 anos e os de acesso pago.

Na seleção inicial, ocorreu uma leitura abrangente e exploratória de todos os materiais identificados conforme os filtros definidos, resultando em 60 referências encontradas. Em seguida, procedeu-se à seleção destes estudos, o qual possibilitou outras exclusões por duplicação do material e por não atenderem à proposta da revisão, totalizando em 32 citações excluídas. Na terceira etapa, as principais informações dos 15 artigos restantes foram sintetizadas através da leitura atenta sobre o assunto, produzindo apontamentos sobre o tema e em sequência para a análise e interpretação do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda na atualidade é notória a dificuldade de acesso dos trabalhadores da área rural à saúde primária devido fatores geográficos, ocupacionais e de gestão. Segundo a pesquisa anexada a biblioteca do ministério da saúde, um dos maiores dilemas atuais do setor saúde no mundo é a má distribuição de médicos entre áreas rurais e urbanas, e entre capitais e interior.⁴ Isso ocorre, pois localização geográfica das comunidades rurais interferiu na capacidade dessas populações acessarem cuidados de saúde oportunamente ^{5,6}. Para Kulig et al. ⁷, índices de acesso e ruralidade pautados unicamente em distância são insuficientes, sendo necessário associar localização geográfica a características da comunidade, disponibilidade de recursos humanos e atributos da prática profissional, como as práticas avançadas da enfermagem.

Gruen et al. ⁸, em revisão sobre diversos países, evidenciaram que a concentração desproporcional de serviços em centros urbanos constitui uma importante barreira de acesso para populações rurais. Ambas precisam se deslocar para ter acesso à atenção especializada ou hospitalar, contudo, populações rurais não desfavorecidas conseguiram acesso mínimo em centro urbano próximo. Para as desfavorecidas, as barreiras eram tão grandes que o acesso só ocorria mediante o deslocamento de profissionais/equipamentos/serviços até as comunidades rurais ou com veículos especiais ⁹.

Ademais, é possível notar carências materiais dos serviços de saúde em áreas rurais, demonstradas em estudos realizados na África ^{10,11, 12}. Eles demonstram as dificuldades para prover recursos de infraestrutura e recursos humanos, sobretudo em países pobres e no setor público, do qual populações rurais dependem em maior medida. A insuficiência de estruturas e insumos foi traduzida em desabastecimento, escassez de equipamentos, unidades de saúde e profissionais, abrindo espaço para a assistência por organizações não governamentais (ONGs)

Diversos estudos destacam a necessidade de investir em tecnologias de informação e comunicação em zonas rurais, como tele saúde e prontuários eletrônicos, para ampliar o acesso, coordenação e as práticas dos cuidados ¹³. Desigualdades em relação a áreas urbanas no acesso a dispositivos de informação, como Internet e rede de telefonia móvel, prejudicam o desempenho dos profissionais de saúde rurais.

Assim, foram levantados dois pontos principais durante a análise da eficácia infraestrutura do serviços de saúde nas áreas rurais: como alcançar a população local e como promover a saúde de maneira adequada às necessidades coletivas. Para alcançar locais remotos, lançou-se mão de estratégias de serviços móveis/migratórios ou de extensão de uma base central ^{10,13,14}. Wakerman et al. ¹³ chamaram essa organização de “modelos de extensão”. Trabalhadores comunitários com o propósito de alcance das comunidades rurais dificilmente atuam além do entorno da unidade de saúde, pela falta de recursos ¹⁰. Tele saúde e teleducação foram citadas como potência, ressaltando-se as especificidades para implantação, manutenção e autonomia sobre as tecnologias ¹³.

A segunda questão, como garantir a oferta ampliada e adequada de serviços, procurou responder aos desafios da limitada rede de serviços nos territórios rurais e remotos e das demandas específicas de suas populações. A importância da determinação social no processo saúde/adoecimento em povos vulneráveis a condições de pobreza e baixo saneamento foi realçada ^{10,13}.

Uma das respostas para atender tais demandas seria levar serviços, possibilitando deslocamentos/visitas de profissionais ou equipamentos da APS e da atenção especializada e implementando estratégias de telessaúde ^{10,12,14}. Outro ponto importante seria a qualificação dos profissionais, a fim de aperfeiçoar e ampliar suas competências e aspectos interpessoais do cuidado.

Sendo assim, A revisão propiciou uma diversidade de cenários rurais, olhares e realidades socioeconômicas e espaciais. O estudo dos temas relacionados à APS na área rural revelou, sem dúvida, uma série de desafios. Por outro lado, também proporcionou a fundação de novas políticas e estratégias para a promoção da saúde rural. Ressalta-se que, apesar de esses pontos terem sido extraídos separadamente, as três categorias (acesso, organização e força de trabalho em saúde) se mostraram fortemente vinculadas.

O estudo dos temas relacionados à APS na área rural revelou, sem dúvida, uma série de desafios. Por outro lado, também proporcionou a fundação de novas políticas e estratégias

para a promoção da saúde rural. Ressalta-se que, apesar de esses pontos terem sido extraídos separadamente, as três categorias (acesso, organização e força de trabalho em saúde) se mostraram fortemente vinculadas. Pesquisas direcionadas a uma categoria englobam assuntos das outras.

Ademais, gastos elevados foram evidenciados para força de trabalho em saúde¹⁵, difícil de atrair e fixar, sendo reiterada como nó crítico para o acesso e a organização da saúde rural devido à insuficiência em quantidade e competências. Carências em estrutura e insumos dos serviços, combinadas com condições desfavoráveis de trabalho, agravam ainda mais a complexa rede de fatores relacionados à manutenção de força de trabalho em saúde qualificada em comunidades rurais, bem como a qualidade da atenção e o acesso à saúde, remontando à lei dos cuidados inversos enunciada por Hart .

Evidentemente, o acesso à assistência transpassou as estratégias para APS rural. Embora predomina a preocupação sobre a assistência médica, também foram englobados os profissionais de enfermagem, agentes comunitários, assistentes sociais e profissionais de práticas integrativas/complementares. A multidisciplinaridade e o trabalho em equipe são estratégias importantes. O acesso à assistência fundamenta-se principalmente em ações de cuidado contínuo, para além de ações pontuais. De acordo com Wakerman et al.¹³, quanto mais remotas e menores as comunidades, maior a tendência dos serviços em buscarem modelos mais integrais de assistência.

Sendo assim, é possível compreender que garantir o acesso integral à saúde própria para as áreas rurais são, portanto, a possibilidade de subverter modelos estabelecidos. Áreas rurais podem trazer perspectivas mais adequadas de APS, frente à sua diversidade e aos desafios que impõem à lógica comum. Em suma, podem inverter o cone de visão, trazendo a essência da unicidade para o sistema mais geral.

CONCLUSÃO

Desse modo, a partir da experiência discutida e analisada, nota-se o quanto os trabalhadores rurais estão expostos e vulneráveis em relação à própria saúde, visando o ambiente de trabalho que se aplica de maneira perigosa, em exemplos como o uso de

agrotóxicos, a exposição ao ambiente natural, horário de trabalho e sua relação com a luz solar e entre outros.

Portanto, o conceito do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente a atenção primária à saúde (APS), é posto em prática, cujo seus princípios devem estar presentes para abranger o grupo social analisado, de acordo com a necessidade dos mesmos, que apresentam dificuldades como a baixa salarial, ter que percorrer longas distâncias para encontrar um centro de saúde, além da dificuldade de acesso aos serviços sociais.

Dessa maneira, pode-se concluir que a APS é um sistema vital para os trabalhadores rurais exercerem seus direitos à saúde, visto que se trata de um grupo vulnerável que possui a necessidade de inclusão nestes serviços, em que se destaca o principal princípio do SUS, a universalidade.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça MHM de, Vasconcellos MM, Viana ALD. **Atenção primária à saúde no Brasil**. Cad Saude Publica [Internet]. 2008 [citado 1 de agosto de 2022];24(suppl 1):s4–5. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24suppl1/s4-s5/pt/>
2. Moreira JP de L, Oliveira BLCA de, Muzi CD, Cunha CLF, Brito A dos S, Luiz RR. **A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil**. Cad Saude Publica [Internet]. 2015 [citado 1o de agosto de 2022];31(8):1698–708. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Wx9jvYXjQsLZRYhGsMw6S8D/?lang=pt>
3. Ferreira De Siqueira D, Marinho De Moura R, Elizabeth G, Laurentino C, José De Araújo A, Lopes Cruz S. Artigo Original [Internet]. Redalyc.org. [citado 1o de agosto de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40828920005.pdf>
4. Alves B/. O/. **POPULAÇÃO RURAL** [Internet]. Gov.br. [citado 1o de agosto de 2022]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/populacao-rural/>
5. Wong ST, Regan S. **Perspectivas do paciente na atenção primária à saúde em comunidades rurais: efeitos da geografia no acesso, continuidade e eficiência**. Saúde Rural Remota [Internet]. 2009;9(1):1142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22605/rrh1142>
6. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, Gauthier J, Loignon C. **Uma exploração das diferenças rurais-urbanas nas trajetórias de busca de saúde: implicações para medidas de acessibilidade**. Local de Saúde [Internet]. 2014;28:92–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.005>

7. Kulig JC, Andrews ME, Stewart NJ, Pitblado R, MacLeod MLP, Bentham D, et al. **Como os enfermeiros definem a ruralidade?: SIGNIFICADO DO RURAL.** Aust J Saúde Rural [Internet]. 2008;16(1):28–32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00947.x>
8. Gruen R, Weeramanthri T, Knight S, Bailie R. **Clínicas de extensão especializada em cuidados primários e ambientes hospitalares rurais** (Cochrane Review). Saúde Ocular Comunitária. 2006;19(58):31.
9. Iliyasu G, Tihamiyu AB, Daiyab FM, Tambuwal SH, Habib ZG, Habib AG. **Efeito da distância e atraso no acesso aos cuidados no resultado da picada de cobra na zona rural do nordeste da Nigéria. Saúde Rural Remota** [Internet]. 2015;15(4):3496. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22605/rrh3496>
10. Brieger WR, Sommerfeld JU, Amazigo UV, CDI Network. **O potencial para intervenções dirigidas à comunidade: Alcançando populações carentes na África: Alcançando populações carentes na África.** Int Q Community Health Educ [Internet]. 2015;35(4):295–316. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0272684X15592757>
11. Labhardt ND, Balo JR, Ndam M, Grimm JJ, Manga E. **Mudança de tarefa para médicos não médicos para o gerenciamento integrado de hipertensão e diabetes na zona rural de Camarões: uma avaliação do programa em dois anos.** BMC Health Serv Res [Internet]. 2010;10(1):339. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-339>
12. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. **Política e acesso à saúde rural nos países em desenvolvimento.** Annu Rev Saúde Pública [Internet]. 2016;37(1):395–412. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021507>
13. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Entwistle P, Jones J. **Modelos de prestação de cuidados de saúde primários na Austrália rural e remota - uma revisão sistemática.** BMC Health Serv Res. 2008;8.
14. CAREY, TA et al. **Que princípios devem orientar a visita aos serviços de atenção primária à saúde em comunidades rurais e remotas? Lições de uma revisão sistemática.** The Australian Journal of Rural Health , v. 26, n. 3, pág. 146-156, 2018.
15. THOMAS, SL; WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, JS **Qual é o custo para fornecer equidade de acesso a cuidados de saúde primários abrangentes e de alta qualidade na Austrália rural? Um estudo piloto.** Saúde rural e remota , v. 17, n. 1, 2017.

BARCO-SAÚDE E O ATENDIMENTO A POPULAÇÃO RIBEIRINHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Douglas S. F. Santos^{1*};

Milena Q. Dourado¹;

Naiany M. A. Lopes¹;

Daiana E Rodrigues¹;

*douglassmith1106@gmail.com.

¹Universidade Federal de Rondônia

RESUMO

Um desafio importante para o Sistema Único de Saúde é alcançar as populações mais vulneráveis, incluindo as comunidades ribeirinhas, populações residentes das margens dos rios e interiorizadas. Nesse sentido, o presente trabalho trata-se de um relato de experiência com o objetivo de descrever as ações de promoção e prevenção à saúde realizadas em comunidades ribeirinhas através do projeto Barco Saúde nos distritos de Porto Velho/RO na perspectiva dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Neste, foram realizadas vacinação contra a covid-19 para a população acima de 12 anos, atividades assistenciais à saúde e atividades coletivas.

Palavras-chave: Promoção à saúde, População ribeirinha, Multiprofissional.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde Família é uma modalidade pós graduação *lato sensu*, caracterizada pelo ensino em serviço, e é destinada a profissionais de saúde como: enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas e psicólogos, com o objetivo de qualificá-los para atuarem em equipe de saúde de forma interdisciplinar, respeitando e defendendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2006).

Este programa tem como cenário de prática principal a Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo aos residentes vivenciar os problemas do dia a dia no contexto da Estratégia da Saúde da Família, transformando as práticas de assistência à população.

A APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Sendo caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS tem a capacidade de alta resolutividade, entretanto, para que a APS possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas (Brasil, 2017).

Um importante desafio para o SUS atualmente é alcançar as populações mais vulneráveis, incluindo as comunidades ribeirinhas que são aquelas caracterizadas como populações tradicionais e residentes das margens dos rios e populações interiorizadas (Brasil, et al., 2016).

A precariedade do acesso dos ribeirinhos aos serviços de saúde pública revela a necessidade de medidas amplas de prevenção e promoção de saúde, associada à oferta de serviços adequada à realidade das comunidades ribeirinhas (Franco et al. 2015).

As limitações de acesso aos serviços de saúde compõem um contexto multifatorial, complexo e subjetivo, que podem implicar em diferentes aspectos no modo de vida dessas

populações (Guimarães et al. 2020). Nesse sentido, é necessário levar ações estratégicas para redução dessa carência de acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no projeto Barco Saúde - Operação Baixo Madeira, junto às comunidades ribeirinhas do município de Porto Velho.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

A metodologia deste trabalho é de um relato de experiência descritivo, trazendo vivências do campo de atuação dos residentes no projeto Barco Saúde - Operação Baixo Madeira, realizado na região distrital de Porto Velho/RO que é banhada pelo Rio Madeira, sendo eles: Distrito de São Carlos, Distrito de Nazaré e Distrito de Calama e suas adjacências.

O relato de experiência trata-se de um estudo científico que descreve a experiência vivida dos autores, revelando aproximação da teoria com a prática, onde dentro de um processo de formação oportuniza a reflexão da prática, ponderando suas percepções, e colocando-se no papel ativo, para então poder compartilhar o conhecimento adquirido, pois, é a partir da experiência vivida que se faz o saber e o fazer profissional (Garcia, 2021).

Sendo assim, o projeto foi desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Velho (SEMUSA), e apoiado pela Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), onde recebeu ônus da SEMUSA para a sua execução.

Para que fosse operacionalizado, o Barco Saúde Dr. Floriano Riva Filho precisou de uma revisão estrutural e adequações normativas para o seu pleno funcionamento, que após as adaptações conta com as seguintes estruturas: no primeiro piso ficam os setores de atendimento como recepção e triagem, consultórios médicos e de enfermagem, consultório odontológico, laboratório, farmácia com depósito, banheiros feminino, masculino e para deficiente físico. No segundo piso ficam o refeitório, a cozinha, os banheiros com chuveiro, a cabine de comando e os camarotes destinados a tripulação e coordenação, todos os cômodos equipados com condicionadores de ar.

Neste projeto foram realizadas atividades assistenciais à saúde por uma equipe multiprofissional, composta por servidores do município e residentes em saúde da família

contemplando as áreas de Enfermagem, Técnico de enfermagem, Medicina (Ginecologia, Ortopedia, Pediatria e Clínico Geral), Profissional de Educação Física, Biomedicina, Psicologia, Nutrição, Odontologia e Farmácia. Esses profissionais participaram de pelo menos uma das duas missões que o barco desenvolveu no ano de 2021.

A primeira viagem ao encontro da população ribeirinha aconteceu do dia 09 à 17 de junho de 2021. E seu segundo momento aconteceu do dia 15 à 23 de agosto de 2021. A primeira viagem do barco saúde foi com o objetivo de realizar além do serviço previamente planejado, desenvolver um diagnóstico situacional a fim de aprimorar a oferta da assistência em viagens posteriores, além de equiparar a realidade com o serviço a ser ofertado abrindo margem para os ajustes ao planejamento in loco.

Sendo assim, na primeira edição os atendimentos ofertados foram: A vacinação contra a covid 19 de toda a população acima de 18 anos, atendimento de Enfermagem, coleta de citologia oncológica de colo uterino, consultas médicas, oferta de testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), teste de antígeno para a Covid-19, oferta de exames laboratoriais, atendimento ao pré-natal, atendimento em ginecologia para inserção de DIU, dispensação de medicamentos prescritos, preservativos e hipoclorito de sódio.

A segunda edição foi caracterizada pela ampliação dos serviços ofertados como a vacinação contra o covid-19 aos adolescentes acima de 12 anos e a 2ª dose aos indivíduos acima de 18 anos, assim como o engajamento dos residentes em saúde da família através do atendimento assistencial voltada ao seu núcleo profissional, e atividades coletivas de educação em saúde através de orientações em sala de espera e rodas de conversa direcionadas ao público adolescente de cada distrito.

Visto a atual conjuntura sanitária vivenciada pela pandemia da covid-19, ressalta-se que todas as medidas de biossegurança para a prevenção contra a COVID-19 foram adotadas por toda a tripulação, como distanciamento social, uso de EPI's e higienização das mãos durante os atendimentos, higienização do barco antes e pós atendimento. Além disso, foram coletadas amostra para Covid-19 através do Swab nasofaríngeo de antígeno em toda tripulação antes do embarque e após o desembarque da viagem, com todos os resultados negativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira edição do Barco Saúde foram realizados cerca de 7.233 (sete mil, duzentos e trinta e três) atendimentos, somados em um contexto geral. Em relação à cobertura vacinal contra a Covid-19, atingiu-se 99% da população acima de 18 anos dos distritos e suas adjacências. Somado às expectativas da cobertura vacinal contra a Covid-19 para a população do baixo madeira, a oferta dos demais atendimentos registraram uma vasta procura, atingindo, no que tange o plano de ação, uma boa parte dos objetivos voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde ofertados pelos profissionais no barco.

O sucesso resoluto da primeira viagem dispôs os caminhos ao melhor planejamento da segunda ida, uma vez que, seria necessário a volta para completar o esquema vacinal contra a covid 19 com a segunda dose e estender a cobertura a uma nova faixa etária da população ribeirinha com dose única, assim como a ampliação das ações de promoção e prevenção a saúde pela equipe com apoio dos profissionais da residência multiprofissional em saúde da família.

Sendo assim, na segunda viagem totalizou em 10.135 (Dez mil cento e trinta e cinco) atendimentos, somados no geral contemplando os tipos de atendimentos realizados na primeira viagem com as consultas em Psicologia, consultas em Nutrição, consultas em Odontologia, atendimento a urgência e emergência e atividades coletivas de educação em saúde ofertados pelos residentes em saúde da família.

A cobertura vacinal para completar o esquema iniciado na primeira viagem aconteceu para cerca de 80% da população que recebeu a primeira dose. Ao se realizar a busca ativa nas localidades para a captação dos esquemas observou-se uma recusa em um pequeno grupo da população por medo de reações pós vacinação e uma outra parcela dos usuários já haviam completado o esquema no município de Porto Velho. Houve a vacinação no critério de expansão populacional ao público de 12 a 17 anos+, com a estratégia de utilizar a vacinação em dose única para essa cobertura.

Ademais, ocorreram atividades coletivas voltadas à educação em saúde, onde os residentes em saúde da família realizaram nos três distritos momentos dirigidos através de roda de conversa, que foi direcionado ao público de adolescentes na faixa etária de 12 à 18 anos, abordando temas como educação sexual e reprodutiva, saúde mental e autocuidado, alimentação saudável e orientações de saúde bucal. As categorias envolvidas eram: Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

Foi possível perceber no decorrer dos momentos de rodas de conversa, como também através dos *feedbacks* positivos dos servidores participantes e das equipes das UBS locais, que essas atividades coletivas configuram-se como um meio eficaz e assertivo de acolher esse público para realizar orientações em saúde, que podem surgir efeito a curto, médio e longo prazo, visto a escassez de serviços em saúde voltados aos adolescentes ribeirinhos.

CONCLUSÃO

A iniciativa do projeto do barco saúde foi exitoso e resoluto, no sentido de contemplar os objetivos inicialmente propostos, atingindo resultados significativos tanto na assistência médica, multiprofissional e ações coletivas, quanto na cobertura vacinal contra a Covid-19. Proporcionando ainda realizar um diagnóstico situacional das comunidades quanto às principais demandas levantadas, suas reais necessidades e vulnerabilidades, com o intuito subsidiar a elaboração de estratégias que aprimorem a assistência a população de acordo com suas necessidades de forma regular contínua e sistematizada, garantindo assim o acesso a saúde de forma integral e longitudinal.

Identificou-se que o alcance as comunidades ribeirinhas é um grande desafio, são diversas as dificuldades para operacionalizar este trabalho em saúde, tais como: o difícil acesso e essas comunidades, investimentos financeiros e a capacitação dos profissionais de saúde para que atuem de forma holística, com habilidades técnico-científicas e que respeitem as práticas e cultura desta população.

Dessa forma, para se efetivar esse trabalho é imprescindível criar estratégias e desenvolver ações que reduzam as desigualdades de acesso a essa população, o que exige o engajamento da gestão e de profissionais comprometidos e capacitados para atender as demandas dessa população e promover saúde. Visto que, a partir da experiência exposta percebeu-se que a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, as ações de educação em saúde, demonstraram-se métodos eficazes que permitem aprofundar um diálogo com a comunidade com base nas suas necessidades, nas suas experiências, assim respeitando sua cultura.

Assim, a partir da experiência vivida, que apesar de exitosa em diversos aspectos, ainda há a necessidade de se aprimorar o acesso da população ribeirinha à assistência à saúde de forma mais regular e contínua, a fim de desenvolver o processo de coordenação da saúde no

imperativo do cuidado centrado na população considerando a suas características e dinâmica territorial.

Salienta-se ainda que, a experiência vivida trouxe importantes contribuições à formação e ao trabalho dos residentes tanto em cada núcleo de profissão, quanto nas atividades comuns a todos os profissionais de saúde, como a interdisciplinaridade, pois essa vivência trouxe uma perspectiva do cuidado em saúde das populações ribeirinhas, mostrando uma forma de assistência que vai além da ótica ambulatorial e individual. Dessa forma estimulando o crescimento pessoal e profissional dos residentes em seu processo de formação.

Agradecimentos

“Não se aplica”.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Ministério de Educação e Cultura. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006 [acesso em 25 jul 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.
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)**[portaria na internet]. Ministério da Saúde, 21 set 2017 [acesso em 25 jul 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
3. Brasil GB, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Santos DKA. **Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde**. Rev Saúde (Santa Maria)[periódico da internet].2016 [citado em 25jul 2022]; 42(1): 31–38. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/1718>.
4. Franco EC, Santo CE, Arakawa AM, Xavier A, França ML, Oliveira AN, et al. **Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência**. Rev CEFAC [periódico da internet]. 2015 [citado em 25 jul 2022]; 17(5):1521-1530. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fm3wGQQnWsgjr5Lpkjvp7jt/?format=pdf&lang=pt>.

5. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. **Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil.** Rev Pan-Amazônica de Saúde [periódico da internet]. 2020 [citado em 26 jul 2022]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232020000100012&lng=pt&nrm=iso.

6. Garcia MAA. **Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. Interface: Comunic, Saúde, Educ** [periódico da internet]. 2001 [citado em 26 jul 2022]; 5 (8): 89-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QxXkW3C7DFsRMnYnJ5j4cZg/?format=pdf&lang=pt>.

CARTILHA EDUCATIVA DE CUIDADOS COM O RN COMO FERRAMENTA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Louise M. L. de A. Mota¹;

Siomara C. de H. Barbosa²

¹ Universidade Federal de Alagoas

² Universidade Federal Fluminense - siomaraholanda@gmail.com



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

O projeto tem sua relevância técnica-científica, pois trata-se de uma ferramenta estratégica de educação em saúde para pais e familiares, quanto aos cuidados com o recém-nascido, facilitando o processo de cuidado no ambiente doméstico e auxiliando os Enfermeiros (as) durante as consultas na prática educativa e assistencial. A Cartilha foi fruto de um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde Dr. Judá Fernandes de Lima e teve como público alvo as gestantes em terceiro trimestre gestacional. O objetivo primário é implantar a cartilha como instrumento de educação em saúde para mães e familiares/cuidadores, na rotina de consulta pré-natal do último trimestre, nas UBS do município de Arapiraca/AL;

e o objetivo secundário é trazer maior segurança às mães e familiares quanto aos cuidados com o recém-nascido antes do nascimento. A cartilha foi dividida por temáticas abordando desde os direitos do recém-nascido aos primeiros testes, a cuidados essenciais, o que deve ser evitado durante a primeira fase da vida de uma criança, até informações úteis em caso de engasgos e doenças. Foi satisfatória a implementação do projeto e aceitação das mulheres que participaram dele. Essas mulheres, demonstraram grande interesse no recebimento do material e tornou a prática educativa mais dinâmica e um alcance muito maior de informações.

Palavras-chave: Criança pós-termo, Tecnologia e Inovação, Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A gravidez traz grandes repercussões na vida de uma mulher devido a mudanças fisiológicas e sociais. Associado a estas mudanças, a maternidade é um fenômeno que exige da mulher/mãe uma adaptação para com seu recém-nascido (RN), o que gera dificuldade na prestação do cuidado, principalmente nas primíparas.⁽¹⁾

A chegada de um recém-nascido gera um misto de sentimentos nos pais. E ao desempenhar pela primeira vez a maternidade, é comum que a mulher sinta medo, insegurança e demonstre inabilidade para desempenhar ações básicas ao bem-estar, segurança e saúde de seu filho.^(2,4)

Somado a esses fatores, o puerpério é um período que a mulher recebe múltiplas informações, seja da sua rede de apoio ou rede de contato, tornando-se assim, um momento permeado por crenças, mitos e tabus.⁽³⁾

No que tange a respeito dos cuidados com o recém-nascido, as práticas populares baseadas em crenças ainda são muito utilizadas. Práticas estas que foram passadas de geração em geração como por exemplo, o oferecimento de chás para o alívio de cólicas, uso de faixas no coto umbilical, simpatias, benzedadeiras, etc.⁽⁵⁾

Por outra vertente, a puérpera assistida por profissionais de saúde recebe informações baseadas em achados científicos. Desse modo, mulheres diante desse confronto de informações acabam unindo os saberes populares aos cuidados ensinados por profissionais de saúde. Os reflexos deste confronto, interferem diretamente nos cuidados ao recém-nascido.

A educação em saúde tem ganhado cada vez mais espaço no cenário assistencial e o enfermeiro tem destaque, já que é o principal atuante no processo de cuidar por meio da educação em saúde e com isso, dentro da Atenção Primária à Saúde, necessita enfatizar e valorizar esse processo de aprendizagem na comunidade, em especial, no que tange ao binômio mãe-filho, com a chegada de um recém-nascido e os desafios desse cuidado.

Percebeu-se, portanto, que as mulheres acompanhadas pela Equipe I, de Estratégia de Saúde da Família, da UBS Dr. Judá Fernandes de Lima a Equipe I, zona urbana, situada no município de Arapiraca/AL, configura-se em um grupo heterogêneo, em que uma parcela dessas usuárias tem acesso à informação de qualidade, no entanto, outra parte de mulheres ainda utilizam de práticas enraizadas para cuidar de recém-nascidos.

Desse modo, pensando em garantir acesso a informação de modo igualitário a todas as mulheres da referida equipe, e principalmente, promover a seguridade da saúde dos recém-nascidos, foi confeccionada uma cartilha para ser distribuída as gestantes em seu terceiro trimestre gestacional, afim de levar informação de maneira simples, clara e ilustrada, facilitando assim a absorção do conteúdo. Essas orientações não devem ser apenas assimiladas pelos pais, mas também compreendidas e incorporadas no cuidado domiciliar do recém-nascido.

Sendo assim, o objetivo primário do projeto é implantar a cartilha como instrumento de educação em saúde para mães e familiares/cuidadores, na rotina de consulta pré-natal do último trimestre, nas UBS do município de Arapiraca/AL; e o objetivo secundário é trazer maior segurança às mães e familiares quanto aos cuidados com o recém-nascido.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

A Cartilha intitulada de “Cuidados com o Recém-Nascido” foi fruto de um projeto de intervenção realizado por uma estudante do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e a Enfermeira responsável pela equipe I da Unidade Básica de Saúde Dr. Judá

Fernandes de Lima. Este projeto teve como público alvo as gestantes em terceiro trimestre gestacional.

Primeiramente foi realizada uma pesquisa no Caderno de Atenção à Saúde do Recém-Nascido, disponibilizado para profissionais de Saúde, pelo Ministério da Saúde no ano de 2011. Posteriormente, as informações foram sintetizadas e expostas em forma de cartilha, criada a partir do Aplicativo Canva. As imagens expostas na cartilha estão disponíveis no próprio aplicativo pelo qual ela foi criada.

Como produto, foi obtido uma cartilha de 18 páginas, bem ilustrada e com pouco texto que aborda temas pertinente aos cuidados com o recém-nascido, tais como, direitos reservados ao recém-nascido, informações sobre vacinas, dicas de amamentação, e cuidados frente a situações adversas.

Posteriormente, realizou-se a impressão de 12 (doze) exemplares para dar início a implementação do projeto. Para culminância desse projeto, as cartilhas foram entregues, apresentadas e explicadas durante as consultas de pré-natal realizada na Unidade de Saúde supracitada.

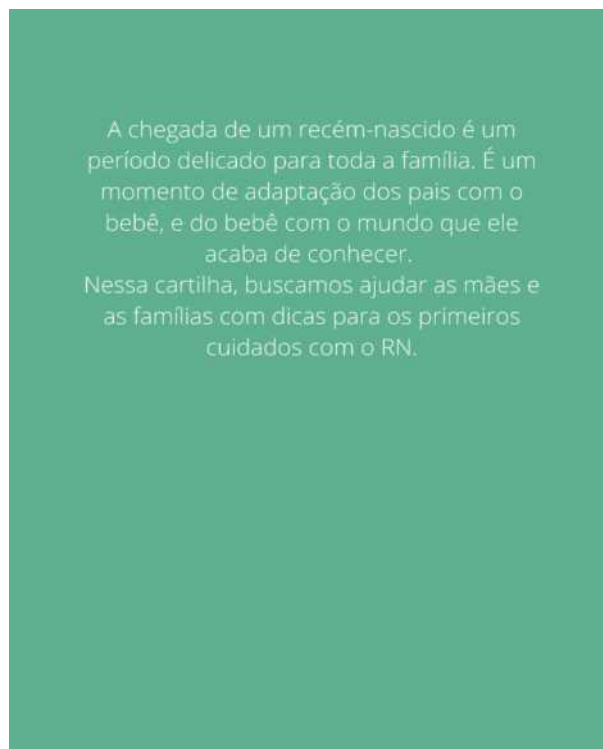
Foram escolhidas como público alvo as gestantes de terceiro trimestre, pois, o instrumento foi construído para informar e preparar as mães antes do nascimento de seus filhos, de modo que, sentimentos como insegurança e medo sejam amenizados e, saúde e integridade física do recém-nascido seja garantida, prevenindo assim diversos agravos. Tendo, ainda como objetivo, propor aos enfermeiros o uso da ferramenta como medida facilitadora no processo de educação em saúde durante as consultas de pré-natal.

Figura 1: Capa da cartilha “Cuidados com o Recém-nascido)



Fonte: Os próprios autores.

Figura 2: Contracapa da cartilha “Cuidados com o Recém-nascido)



Fonte: Os próprios autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cartilha foi dividida por temáticas abordando desde os direitos do recém-nascido aos primeiros testes, a cuidados essenciais, o que deve ser evitado durante a primeira fase da vida de uma criança, até informações úteis em caso de engasgos e doenças.

Esse produto foi entregue e apresentado as gestantes de terceiro trimestre durante as consultas de pré-natal. De modo breve, mas eficiente, o material foi sendo explicado para as gestantes, para que pudesse ser criado um ambiente de discussão sobre os cuidados com o recém-nascido. Foi sugerido também que a gestante em posse da cartilha, pudesse em sua residência ler e observar o instrumento para se aprofundar no conteúdo. Em caso de dúvidas que possam surgir sobre os mais diversos assuntos contidos na cartilha, a usuária poderia abordar perguntas na próxima consulta.

Foi proposto também que as gestantes divulgassem o material para seus parceiros e redes de apoio. Assim, teremos informações de qualidade disseminadas entre um maior número de pessoas que estarão prestando cuidados para o recém-nascido.

Quando questionadas sobre a utilidade da cartilha “Cuidados com o Recém-Nascido” as gestantes disseram ter gostado bastante do conteúdo e da forma como foi exposto, além de considerarem pertinente os temas abordados. Ainda, consideram também um instrumento muito rico em informações.

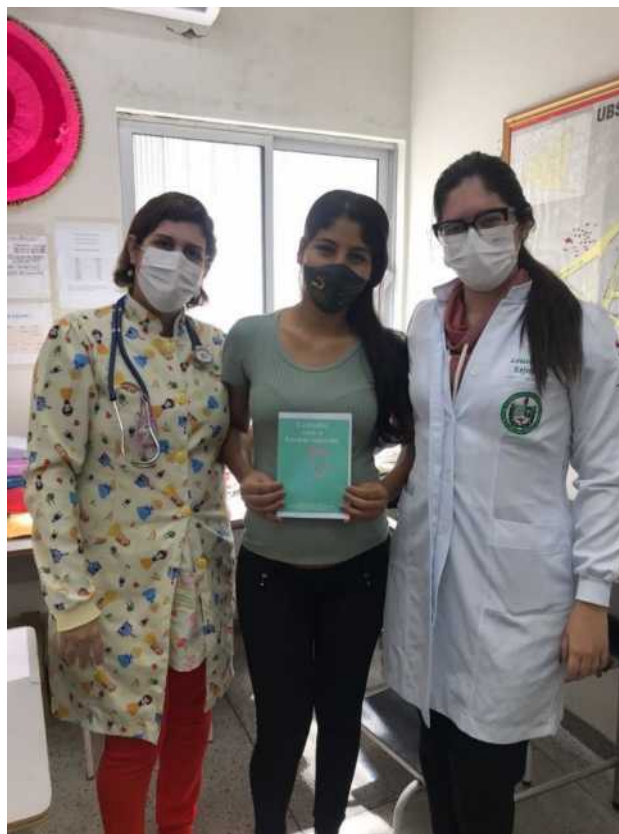
Vale ressaltar que as primíparas classificaram a cartilha como um instrumento de informações muito importantes para o momento em que estão vivendo e para a etapa de nascimento da criança.

Figura 3: Entrega e explicação da cartilha “Cuidados com o Recém-nascido)



Fonte: Os próprios autores.

Figura 4: Entrega da cartilha “Cuidados com o Recém-nascido)



Fonte: Os próprios autores.

CONCLUSÃO

Em tempos de subfinanciamento do SUS, e da quase inexistência de material didático e educativo para ser destinado aos usuários, a cartilha “Cuidados com o Recém-Nascido” mostrou-se um produto de baixo custo, fácil acesso e com conteúdo relevante para mães, famílias e recém-nascidos.

Foi satisfatória a implementação do projeto e aceitação das mulheres que participaram dele. Essas mulheres, demonstraram grande interesse no recebimento do material. Sendo assim, a cartilha “Cuidados com o Recém-nascido” mostrou-se muito eficiente para ser aplicada no âmbito da APS, com a proposta de ser utilizada nas demais equipes dessa mesma Unidade Básica de Saúde, como também, em toda esfera da atenção primária do município de Arapiraca/AL.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AIS, et al. **Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010. (1)
2. Andrade RD, et al. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. (2)
3. Baraldi, NG; Praça, NS. **Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera/Newborn care practices based on life context of women in the puerperium**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 2, p. 282-289, 2013. (3)
4. Lopes KDCL, Neto JGDO, Sá GGDM, Carvalho DAD, Monteiro MM e Martins MDCDC (2015). **Dificuldades nos cuidados ao recém-nascido: realidades de puérperas primíparas**. *Rev. Saúde Pública St. Catarina*, 19-33. (4)
5. Silva MJC et al. **Mitos e crenças empregados no cuidado ao recém-nascido: uma revisão integrativa**. 2015. (5)

CONSTRUÇÃO DE JARDIM TERAPÊUTICO NO SERVIÇO DE SAÚDE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elisangela C. Santos^{1*};

Cristiane dos S. Pereira¹;

Jociara de A. Araújo¹;

Thiago G. Correa¹.

¹ Unidade de Saúde Ilha de Santa Maria/ SEMUS/ PMV. E-mail: eliscoco@gmail.com



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Possibilitou a introdução das práticas de fitoterapia no SUS, bem como impulso e reconhecimento das demais práticas nesse segmento. No município de Vitória/ES essas práticas foram estimuladas através dos jardins terapêuticos. Nosso objetivo consiste em relatar o processo de trabalho vinculado ao jardim terapêutico da UBS Ilha de Santa Maria em Vitória-ES. Para tal, descrevemos sua implantação e utilização como recurso terapêutico. Com essa proposta, trabalhamos a promoção da saúde e um ambiente acolhedor no serviço.

Palavras chaves: Práticas Integrativas e Complementares, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada pelo MS em 2006, como abordagens buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Enfatizam a escuta acolhedora, importante no processo de desenvolvimento do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o ambiente e sociedade¹.

A PNPIC proporcionou a inclusão terapêutica que favorece a complementaridade e amplia a variedade de opções e cuidados em saúde, reconhecendo e impulsionando as práticas nesse segmento. Através dela, foi possível a introdução das práticas de fitoterapia, homeopatia e medicina tradicional chinesa no SUS, bem como impulso e reconhecimento das demais práticas nesse segmento. Trata-se de uma política de inclusão terapêutica que favorece a complementaridade e amplia a variedade de opções e cuidados em saúde^{1;2}.

Dentre as práticas, cabe destaque a fitoterapia que se utilizam de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas. É uma forma de tratamento de origem antiga que se fundamenta nos primórdios da medicina e no acúmulo de informações transmitidas por sucessivas gerações, constituindo base de tratamento para diferentes doenças¹.

E foi através da fitoterapia que o município de Vitória/ES teve seu primeiro contato com as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), em 1990. Nesse ano, foi legitimada a criação de cargos para profissionais voltados para sua prática, como: médico, farmacêutico e engenheiro agrônomo³.

Em 1996, mais um passo na consolidação das PICS foi adotado pelo município, com a criação da “farmácia viva” e sua proposta de fornecer medicamentos fitoterápicos para a população, manipulados pela própria rede municipal³.

No entanto, somente em 2009 que o município sancionou a lei 7684 e instituiu a Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos. Seu objetivo principal consistia em garantir a população o acesso a medicamentos fitoterápicos de qualidade e o uso racional de plantas medicinais destinadas ao tratamento de doenças com relevância epidemiológica⁴.

Além disso, a Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos⁴, trabalho os conceitos de:

a) Jardim terapêutico: área destinada ao cultivo de plantas medicinais objetivando a integração dos conhecimentos científicos e populares relacionados às plantas de uma área/região específica.

b) Medicamentos fitoterápicos: medicamentos obtidos empregando exclusivamente matérias primas de origem vegetal.

c) Planta medicinal: espécie vegetal cultivada ou não utilizada com propósitos terapêuticos.

Com isso, foram desenvolvidas formações para que os profissionais de saúde e a comunidade pudessem criar jardins terapêuticos.

A Unidade de Saúde de Ilha de Santa Maria teve suas instalações transferidas em 2020 de um espaço comunitário cedido para um espaço construído pela prefeitura. Conta com serviços médicos, enfermeiros e serviços de enfermagem (medicação, avaliação inicial, vacina), psicólogo, assistente social, técnico desportivo e odontologia. Além disso, executa programas de atendimento ao público como hiperdia, planejamento familiar e atendimento ao tabagista⁵.

Segundo as autoras, em um diagnóstico situacional realizado em 2009 o território adscrito para atendimento consistia dos bairros: Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Nazareth, Jucutuquara e Fradinhos. A população cadastrada e atendida pela unidade ultrapassa a 13 mil pessoas.

A introdução das Práticas Integrativas ocorreu, primeiramente com o Jardim no final de 2016. No início, o trabalho foi realizado pelo grupo terapêutico atendido pelo serviço de psicologia. Como parte das oficinas propostas, foi construído um jardim suspenso, pensado para atender a falta de espaço físico para construção de canteiros nos fundos do serviço. Em 2017, o espaço perdeu o apoio do grupo, restando poucas plantas. Por isso, em 2019, os servidores resgataram o espaço, com o replantio de espécies e aquisição de novas mudas. As práticas trabalhadas envolvem o resgate da sensibilidade da comunidade no cultivo e uso de plantas e promoção da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, temos como objetivo apresentar o processo de trabalho vinculado ao jardim terapêutico adotado pela UBS Ilha de Santa Maria em Vitória-ES.

MÉTODO

Apresentamos um relato do processo de trabalho instalado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ilha de Santa Maria, localizado no município de Vitória-ES, como parte da proposta de construção de jardins terapêuticos dentro dos serviços. Para tal, foi realizado um treinamento com a Referência Técnica em Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde, sobre como realizar o cultivo de plantas. A implantação teve início no ano de 2016 e foi resgatado em 2019. Em 2020 a Unidade de Saúde foi transferida do espaço cedido pela comunidade de Ilha de Santa Maria para o espaço construído pela Prefeitura do Município.

Como se tratava de uma horta cultivada em vasos, jardineiras suspensas feitas artesanalmente utilizando garrafas pet, toda estrutura foi transferida para o novo espaço.

Local de instalação: o jardim está localizado no fundos da UBS. Nesse espaço possui em uma área com concreto e um pequeno espaço de terra, onde puderam ser construídos canteiros. Para acomodar as mudas e plantas de ramagem, utilizamos material reciclável (garrafas pet) na construção de jardins suspensos. Já os vasos e jardineiras foram destinadas ao cultivo das demais espécies.

Plantio: Para o jardim suspenso, vasos e jardineiras, realizamos o plantio através do sistema de drenagem que consistiu em uso de argila, pedras e areia, antes de ser depositada a terra. No plantio, foram separadas as plantas rasteiras, com raiz profundas, com raiz superficial e espécies de grande porte, que formam ramagem e que são isoladas. Separamos espécies que necessitam de sol, sombra e umidade. Observamos como o espaço se comporta em relação a emissão solar e calor. Plantas que necessitam de pouca irrigação e luz solar com maior intensidade foram alojadas em local que o predomínio da luz é constante. Plantas que estão adaptadas a sombra e umidade foram alocadas em locais onde há pouca luminosidade. Plantas ornamentais e medicinais foram separadas e criados dois espaços: um decorativo e outro destinado ao consumo.

Recursos materiais: Parte dos recursos são advindos de doações dos trabalhadores, da comunidade, do viveiro municipal e da Referência Técnica. Foram necessários: garrafas pet, cordas, ganchos, vasos, jardineiras, areia, cascalho, terra, adubo, defensivos naturais, pás, mangueira, esguincho, borrifadores, regador, tesoura de jardinagem, mudas e sementes.

Recursos humanos: a manutenção é realizada pelos funcionários da UBS Ilha de Santa Maria.

Recursos financeiros: Os recursos para a manutenção são próprios dos servidores e da venda de material reciclável colhido no serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A construção do espaço foi iniciada em 2016, através da sensibilização de paciente que participavam do grupo terapêutico de psicologia. O trabalho visava a integração desses pacientes com o serviço e ao mesmo tempo a apropriação do espaço pelos trabalhadores. Inicialmente, o trabalho foi aceito pela comunidade e funcionários. No entanto, com o passar do tempo, o projeto acabou abandonado.

Em 2019, ao entrar no espaço, 02 funcionários resolveram resgatar o jardim, dessa vez com a proposta de melhorar a qualidade de vida do servidor. Com isso iniciaram os trabalhos adquirindo terra, mudas e contatando o viveiro municipal. Hoje, estão catalogadas no serviço cerca de 60 plantas para uso medicinal e alimentar, além de plantas ornamentais. Todo trabalho realizado é acompanhado pela Referência Técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que oferece suporte e materiais.

A utilização da horta suspensa, já existente, foi destinada, a princípio, para plantas pouco profundas e para germinação de sementes. Atualmente, esses canteiros foram destinados ao plantio de espécies ornamentais, já que as plantas medicinais não se adaptaram a mudança do espaço físico na nova sede da UBS. A ideia foi ocupar o espaço vago dos canteiros suspensos e criar um ambiente acolhedor para o serviço.

As jardineiras são destinadas as espécies com raízes superficiais: cebolinha, salsa, coentro e plantas rasteiras: tomilho, orégano, poejo e hortelã. Já os vasos são utilizados para o plantio de espécies como de couve, alface, almeirão, serralha, cavalinha, melissa, manjerição, alecrim entre outras.

As espécies com raiz profunda ou com grande crescimento foram plantadas no espaço com canteiros em um pequeno terreno. Assim podemos cultivar: capim cidreira (capim santo/capim limão), capim citronela, erva cidreira, hortelã pimenta, babosa, mirra, arruda, limão entre outras.

Como resultado, começamos a utilizar a produção na alimentação dos servidores, através de saladas e temperos cultivados sem agrotóxicos e nas ações promovidas pela Unidade de Saúde, como por exemplo:

- Grupo de Tabagismo: chá de capim cidreira em associação com o uso auriculoterapia, nas rodas terapêuticas, em substituição do café, para a redução da ansiedade.
- Ações realizadas pela UBS: as ações internas e externas realizadas pela UBS tem sido para promoção do uso de chás e para oferta de mudas para a população, como forma de estímulo para a criação de jardins em espaços domiciliares e comunitários.
- Criação do cantinho do chá dentro da Unidade de Saúde. Ao servir o chá, procuramos identificar a espécie da planta, seus benefícios, modo de preparo e cultivo.

CONCLUSÃO

O cultivo de plantas nos serviços de saúde representa perfume, alegria e bem-estar. Contribui para a modificação do ambiente e promove a interação entre o serviço de saúde e a comunidade.

O incentivo para a criação do jardim terapêutico desvincula o modelo focado apenas na doença, atuando na promoção da saúde e resgate da sabedoria popular. Sua introdução na Unidade de Saúde é um marco.

Certamente, precisamos incentivar a criação desses espaços no domicílio. E o formato adotado pela UBS prova que é possível transformar qualquer cantinho em um jardim.

REFERENCIAS

1. 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.** Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 30 jul 2022.
2. Universidade Federal de Santa Catarina. **Formação em Auriculoterapia para profissionais da Atenção Básica.** Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

3. Sacramento HT. **Vitória (ES) experiência exitosa em PICS**. J Manag Prim Heal Care. n. 8, v. 2, p. 333-342. 2017. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/556>>. Acesso em: 30 jul 2022.
4. Vitória. **Lei Municipal 7684 de 03 de junho de 2009. Instituição da Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos**. Disponível em: <<https://fitoterapiabrasil.com.br/legislacao/lei-no-7684-de-03-de-junho-de-2009>>. Acesso em: 30 jul 2022.
5. Bringhenti JSD; Mattos KKC. **Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde Ilha de Santa Maria**. Especialização (Programa de Pós- Graduação em Desenvolvimento Gerencial). Universidade Federal de São Paulo, 2009.

DESAFIOS DO CIRURGIÃO – DENTISTA EM URGÊNCIA E REABILITAÇÃO BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Érika H Araújo ^{1,2};

Lidiane MBM Rocha ^{1,2}.

¹ Centro Universitário Mário Pontes Jucá (UMJ), Maceió-AL, Brasil)

² Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF,SMS, Messias-AL, Brasil)

*erikaholanda2012@hotmail.com



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

Relato de experiência exitosa a partir dos desafios vivenciados nos processos de trabalhos da Cirurgiã-Dentista, da Estratégia de Saúde da Família do Município de Messias, através dos procedimentos clínicos realizados durante as urgências e/ou consultas eletivas promovendo o alívio da dor e o restabelecimento da estética do sorriso; melhorando a autoestima do paciente utilizando materiais fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS); reabilitando assim a saúde bucal (saúde gengival, periodontal e oclusal).

Palavras-chave: Odontologia, Sistema Único de Saúde, Reabilitação Bucal

INTRODUÇÃO

Os atendimentos em saúde bucal devem ser orientados pelos princípios do SUS, diretrizes e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). O conhecimento da realidade a partir do perfil sócio/demográfico/ cultural da população, bem como de indicadores de morbimortalidade são essenciais para o planejamento e monitoramento das ações. A determinação de fatores de risco para as doenças bucais, principalmente cárie dentária, doença periodontal e lesões bucais, estabelece critérios para o diagnóstico precoce (1).

Na APS é essencial que as equipes de saúde bucal estejam organizadas para disponibilizar aos usuários o acesso a estes serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde bucal, visando aumentar a resolutividade e evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção. As equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção devem estar organizadas para o acompanhamento da evolução dos tratamentos, negociação e contratualização de metas dos serviços, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como para o assessoramento à gestão de forma a melhorar o acesso e a cobertura dos serviços de saúde bucal (2). O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretriz o cuidado voltado na pessoa e não em suas enfermidades. Neste sentido, a satisfação do paciente se evidencia com a realização das expectativas percebidas e trabalhadas pelo cirurgião-dentista para alcançar o máximo resultado.

Com o evoluir frequente dos materiais dentários, o tratamento conservador tem sido cada vez mais viável, porque oferece vantagens, tais como a preservação da estrutura dentária, requer menor tempo de tratamento, permite um baixo custo de tratamento, quando comparados ao cerâmicos e proporciona resultados estéticos satisfatórios, sendo assim o objetivo desse relato é promover a estética do sorriso e a autoestima do paciente, pois a harmonia facial acaba sendo um grande problema na vida de muitos indivíduos devido a sua baixa renda e difícil acessibilidade ao serviço privado em odontologia.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: precárias condições de vida, baixa oferta e cobertura dos serviços, modelo assistencial

predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada.

De acordo com o exposto, para que essa experiência fosse demonstrada a partir do êxito obtido, faz-se necessário a Educação Permanente nos processos de trabalho; intensificando a importância da recuperação das estruturas dentárias após uma sintomatologia intensa e/ou grandes perdas das paredes dentárias devido à extensão cariosa, com palestras educativas na sala de espera, na visita domiciliar, nas escolas através do Programa de Saúde na Escola (PSE), na consulta odontológica e na reunião mensal, com toda equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Alex Guimarães, que foi traçado um plano de ação para a mobilização e conscientização das pessoas para sua participação e corresponsabilidade na promoção de saúde bucal integral e igualitária.

Plano de Ação Traçado:

- Incentivar a realização de visitas domiciliares para monitoramento da condição de Saúde Bucal das famílias do território;
- Desenvolver ações educativas em Saúde Bucal;
- Realizar o encaminhamento para a atenção especializada dos casos de maior complexidade, acompanhando o usuário na contrarreferência;
- Desenvolver e participar de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população;
- Incentivar a prevenção e o controle das doenças bucais;
- Trabalhar na identificação dos fatores de risco para a Saúde Bucal.

Figura 01: Sala de espera



Fonte: arquivo pessoal

Figura 02: Término da reunião mensal de produção de equipe



Fonte: arquivo Pessoal

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Experiência Exitosa envolvendo a temática de urgência e reabilitação bucal na APS ocorreu na Unidade Básica de Saúde Alex Guimarães, área urbana, onde a Cirurgiã- Dentista enfrenta, diariamente, os desafios levantados nos processos de trabalho para o acesso e o acolhimento da demanda agendada e espontânea (incluindo as urgências). Para que essa

Experiência obtivesse resultados positivos junto com o plano de ação da Equipe foi traçado um fluxograma de atendimento (Figura 03) conciliado com a destreza do Profissional, e com os materiais e insumos fornecidos pelo SUS. Com o advento das novas resinas compostas fotopolimerizáveis, com o seu sistema de adesão possibilitando assim a reconstrução das paredes dentárias perdidas promovendo os seguintes resultados:

- 1) Reabilitação bucal e da Harmonia facial
- 2) Satisfação e autoestima do Paciente
- 3) Preservação da Saúde periodontal, gengival e oclusal
- 4) Acesso ao Paciente de um tratamento restaurador especializado dentro da Atenção Primária
- 5) Evitar perdas dentárias
- 6) Reconstrução de coroas de dentes desvitalizados, sem pino radicular
- 7) Diminuir a referência para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e a contrarreferência de atendimento da APS
- 8) Maior conscientização do paciente na manutenção do elemento dentário na cavidade oral

Figura 03: Fluxograma de referência e contrarreferência de atendimento das APS

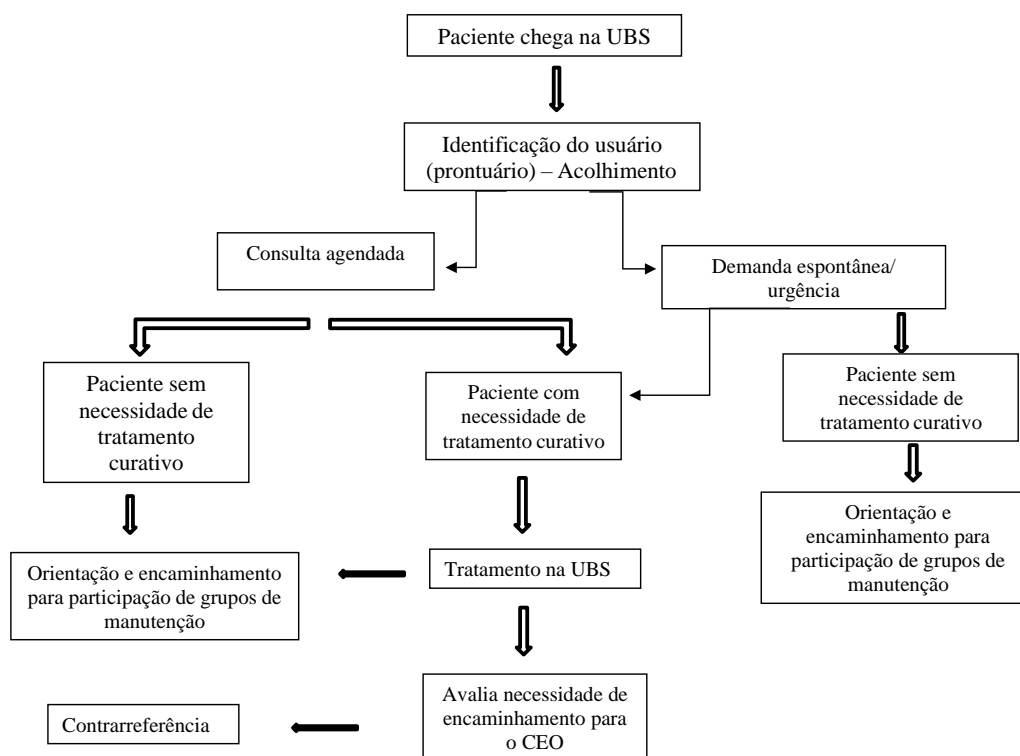


Figura 04: Reconstrução de Coroa do elemento dentário 14



Dra. Érika Holanda

Fonte: arquivo pessoal

Figura 05: Reconstrução da coroa do elemento dentário 21



Dra. Érika Holanda



A Odontologia vem demonstrando grandes avanços nas técnicas e materiais restauradores, buscando a preservação da estrutura dentária, tendo em vista que quanto maior o desgaste de dentina tanto na porção da coroa quanto no interior do canal radicular, ocorrerá menor resistência dentária. Apesar da evolução, os materiais restauradores não substituem por definitivo a resistência do dente. A resina composta favorece a reabilitação estética, por possuir resistência e cor próxima à da estrutura dental e por não sofrer oxidação. (3)

As propriedades físicas tais como a resistência à abrasão, resistência à fratura, resistência flexional, dureza superficial e resistência à compressão são fatores importantes na indicação adequada das resinas compostas de modo a atender às necessidades estéticas e resistir às forças mastigatórias. (4)

Para organizar o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS), é necessário prever espaço e tempo, tanto para a demanda programada quanto para a espontânea, incluindo nestas o acolhimento às urgências, de forma complementar, dando respostas às necessidades das pessoas e aumentando a resolutividade dos serviços APS. Para que haja

efetiva organização da demanda, é necessária ampla discussão envolvendo todos os trabalhadores da UBS e a participação da comunidade na tomada de decisão. A PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal) sugere parâmetros para maximizar a hora-clínica do Cirurgião-Dentista/equipe de saúde bucal (CD/e SB), bem como para atividades coletivas, vista domiciliar (VD), além de atendimento a urgências (5).

As relações interpessoais e as competências sociais devem compor as estratégias no ensino da odontologia e na busca de uma assistência em saúde com foco no melhor entendimento entre a pessoa assistida e o profissional analisando as necessidades do paciente e supri-las. Neste contexto a empatia é uma habilidade básica nas relações humanas e que se expressa de forma voluntária sendo uma importante ferramenta para enfrentamento dos problemas interpessoais no cotidiano odontológico (6).

CONCLUSÃO

Com a apresentação desta experiência, foi possível sugerir que restaurações de natureza estética, consideradas procedimentos de maior complexidade, podem ser confeccionados em uma UBS sem disponibilidade de variedades de materiais odontológicos, desde que a técnica adequada, durante o procedimento, seja realizada.

Dessa forma, esse tipo de abordagem está ao alcance do cirurgião-dentista da Atenção básica a saúde, desde que o profissional tenha conhecimentos técnico e científico para tanto. E desmistifica-se a impossibilidade de execução, quando justificada apenas na ausência de determinadas cores ou marcas de materiais.

Entretanto, somente a partir do acompanhamento dos casos clínicos realizados, ao longo dos anos, que foi possível mensurar a durabilidade do material restaurador na reconstrução da coroa e de seu desempenho clínico no que se refere à manutenção da cor, integridade marginal, ausência de infiltrações marginais, desgastes e fraturas. Durante o monitoramento semestral dos pacientes dois anos após foi detectado infiltração marginal e desgaste oclusal das referidas reconstruções coronárias, mas em perfeitas condições funcionais.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 350 p.
2. FERRACANE.J.L. **Resin Composite-stateof art**. Academyof Dental Materiais: 27; p. 29-38:2011.
3. Pereira N, Cordeiro RK, Mello AMD, Mello FAS. **Pino de fibra de vidro associado à restauração classe IV e faceta direta emresina composta em dente anterior: relato de caso**. Revista Gestão&Saúde. 2017; 16(1): 21- 29.
4. REIS, Andréa Candido dos et al. **Avaliação da resistência à fratura de resinas compostas submetidas ao envelhecimento artificial acelerado**. RFO UPF, v. 16, n. 3, p. 294-300, 2011.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.
6. REZENDE, Maria Cristina Rosifini Alves et al. **Acolhimento e bem estar no atendimento odontológico humanizado: o papel da empatia**. Archives of Health Investigation, v. 4, n. 3, 2015.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO CIRURGIÃO- DENTISTA NO ALCANCE DO INDICADOR PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NA APS

Lidiane MBM Rocha^{12*};

Maria de Fátima CL Acioli¹;

Ellen KN Santos¹;

Érika H Araújo¹²;

Lilian MS Silva-Lira¹.

¹ Centro Universitário Mário Pontes Jucá (UMJ, Maceió - AL, Brasil)

² Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF/SMS, Messias – AL, Brasil)

* lidiannemrocha30@gmail.com

RESUMO



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



A presente experiência exitosa, advinda da realidade assistencial da Estratégia Saúde da Família de município de Messias, em Alagoas, demonstra os desafios enfrentados pelos cirurgiões- dentistas das Equipes de Saúde Bucal em alcançar o indicador 3 do programa Previne Brasil, referente à proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado e, a partir daí, evidencia as possíveis oportunidades encontradas nesse cenário, com vistas à sensibilização dos profissionais para que esse parâmetro possa ser efetivado nos processos de trabalho da Odontologia na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Assistência odontológica, Pré-natal, Indicador.

INTRODUÇÃO

Na intenção de fomentar a rede assistencial vigente, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o programa Previne Brasil. Este formato representa uma ferramenta institucional que monitora e avalia os indicadores que refletem as ações da saúde, inclusive na Odontologia, traçando não apenas a repercussão da transparência necessária ao financiamento por desempenho das equipes envolvidas no cuidado, como uma forma de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Além disso, compõe um caminho estratégico para subsidiar, por meio dos seus indicadores, a definição das prioridades e o planejamento das atividades, como via para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) (1).

Diante disso, os indicadores do Previne Brasil, que norteiam a saúde da mulher, a saúde da criança e as doenças crônicas, envolvem até o momento um total de 07 (sete) parâmetros: a) indicador 1 - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; b) indicador 2 - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; c) indicador 3 - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; d) indicador 4 - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; e) indicador 5 - proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada; f) indicador 6 - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e, g) indicador 7 - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Nessa configuração, o indicador 3, referente à proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, possivelmente é o de complexidade mais expressiva dentre os demais, pois além de apresentar um peso 2 e critério percentualmente viável para ser alcançado, ou seja, de 60%, conforme nota técnica nº 2/2022-DESF/SAPS/MS, sua efetividade é considerada concreta a partir do envolvimento de todos os componentes da ESF no atendimento e acompanhamento à gestante. Isso quer dizer que para que o pré-natal seja realizado, é preciso que a grávida seja primeiramente cadastrada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da sua Unidade Básica de Saúde (UBS), em seu território adscrito e, seja assistida pelo profissional médico e/ou da enfermagem, para só então ser encaminhado ao cirurgião-dentista e tenha seu acompanhamento pré-natal completado. O que valida a contribuição

integral de cada profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência pré-natal da usuária gestante é o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que se comporta como um dispositivo institucional de registro, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela APS junto aos usuários do SUS.

Diante dessa complexidade, muitos dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) sentem, por várias razões, extrema dificuldade em alcançar o indicador em destaque nessa experiência, pois na rotina de suas práticas enfrentam diversos desafios, que vão desde problemas no acesso da gestante ao seu consultório odontológico até o devido registro no PEC e a supervisão nas visitas domiciliares, que provocam entraves na efetivação do atendimento da Odontologia no pré-natal. No entanto, outros profissionais da área conseguem encontrar, nessas dificuldades, as devidas oportunidades em reverter a situação e promover a Saúde Bucal efetiva e resolutiva que contempla a rede de atenção assistencial às gestantes, o que possibilita a esse grupo prioritário o acesso e a assistência integral necessária ao bom desempenho do programa.

Dessa maneira, essa experiência vem com o objetivo de demonstrar a viabilidade em alcançar o indicador 3 do programa Previner Brasil, a partir do enfrentamento aos desafios levantados nos processos de trabalho dos profissionais da ESB na realidade da APS, bem como do encontro com as possibilidades para que esse indicador seja materializado na rotina dos serviços do SUS.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Dado ao reconhecido impacto da cárie dentária e das doenças periodontais na saúde geral, sendo considerados problemas bucais de grande prevalência na população, a atenção à Saúde Bucal é uma das políticas públicas que desde 2004 vem expandindo suas ações e criando novos serviços em prol da remodelação do modelo assistencial da Odontologia pública no país, a partir do planejamento e da organização dos seus processos de trabalho, com vistas ao ordenamento das suas práticas e a promoção da Saúde Bucal integral, equânime e resolutiva.

Nesse interim, para que a experiência aqui exposta fosse demonstrada a partir do êxito obtido, fez-se necessário primeiramente verificar, desde a implantação do Previner Brasil, os desafios encontrados nos atendimentos odontológicos para que as gestantes pudessem ter acesso ao atendimento odontológico como parte do pré-natal e, fossem continuamente

acompanhadas no decorrer de toda a gestação, com atenção estendida até o puerpério. O universo dessa vivência foi a trajetória percorrida na Saúde Bucal pública e, mais recentemente, a realidade da ESB na UBS Manoel Lins Calheiros, no município de Messias, em Alagoas.

Posteriormente, foram elencadas as ações realizadas nessa ESB para que o indicador 3 do Previnde Brasil fosse alcançado, ao tempo em que as usuárias grávidas fossem cuidadas com equidade, resolutividade e integralidade dentro da atenção prestada pela equipe e no contexto da APS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o enfrentamento aos desafios levantados nos processos de trabalho dos profissionais da ESB na realidade da APS para o acesso e o acompanhamento odontológico das gestantes no pré-natal, bem como do encontro com as possibilidades para que esse indicador seja materializado na rotina dos serviços do SUS, essa experiência obteve tal êxito no alcance do indicador 3 do programa Previnde Brasil que, por meio da Assessoria Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, recebeu o convite para que sua trajetória fosse apresentada pela autora ao MS, no evento de 'Lançamento do Plano Nacional de Garantia de Pré-natal Odontológico no SUS', realizado em Maceió no dia 18 de maio de 2022.

Conforme registros fotográficos a seguir, o momento celebrou, junto aos cirurgiões-dentistas da APS de outras localidades e suas respectivas coordenações e gestões, a apresentação da autora dessa experiência, demonstrando que lançando mão de um planejamento adequado e de um trabalho criterioso é possível perceber nas problemáticas vivenciadas nas práticas assistenciais da UBS o caminho para que possibilidades surjam e venham a ser aproveitadas em prol do cuidado e da atenção em saúde.

Ainda, como parte dos resultados desse estudo, foram elencados os desafios mais pertinentes na efetivação do pré-natal odontológico nas ESB da ESF, a saber:

- Fluxo de acesso das gestantes ao atendimento odontológico nas UBS – barreiras institucionais que dificultam a priorização desse grupo prioritário;
- Falhas de comunicação entre os membros da ESF, em que dificulta o curso de encaminhamento das gestantes ao consultório odontológico;
- Não priorização do atendimento odontológico, por parte da gestante;

- Medos e mitos para o acesso ao atendimento odontológico durante a gravidez, frente a alguns tipos de tratamento odontológico;
- Ausência e/ou equívocos no registro das informações de atendimento individual das gestantes no PEC realizado pelo cirurgião-dentista.

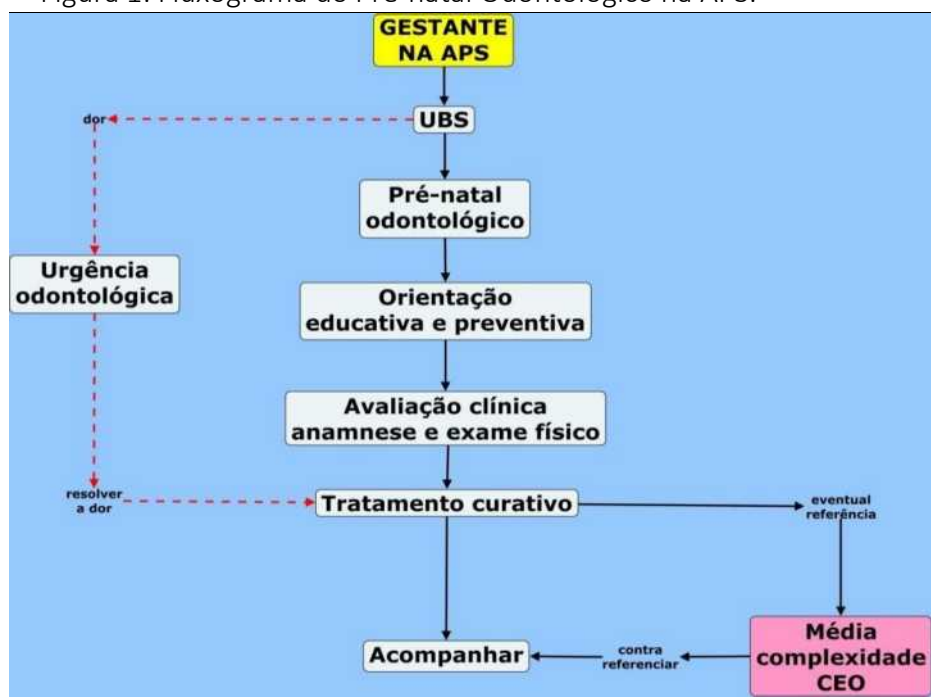
Nesse sentido, com a identificação dos problemas que interferem na realização das ações, como ocorreu ao serem indicados os desafios em se alcançar o indicador 3 correspondente ao pré-natal odontológico, foi possível filtrar desses entraves as possibilidades de avanços no cuidado a essa demanda, aprimorando as atividades que assistem as gestantes na rede e buscando uma articulação mais concreta entre os pontos dos serviços de saúde que garantem um progresso no acesso, no acolhimento e no acompanhamento das grávidas no decorrer da sua gestação. Essa configuração também destacou a importância da atenção em Saúde Bucal junto aos demais componentes da ESF, posicionando como prioridade o incentivo à melhoria na condição oral durante a gravidez, como forma de otimizar não somente a saúde geral da mulher, mas também contribuir na saúde geral e bucal do bebê (3).

Dessa maneira, foi possível apontar como estratégias de melhoramento das possibilidades de fomentar o pré-natal odontológico e, por consequência, buscar o alcance efetivo do indicador 3 do programa Previnde Brasil:

- Otimização do fluxo de acesso das gestantes ao atendimento odontológico nas UBS, visualizado na figura 1, garantindo porta aberta ao consultório odontológico no pré-natal;
- Realização de reuniões entre os membros da ESF, para que a comunicação e a troca dialogada de informações favoreçam a integralização do fluxo de encaminhamento das gestantes entre os pontos da rede de atenção na UBS;
- Reconfiguração dos grupos prioritários de atendimento, posicionando o pré-natal odontológico como uma medida de cuidado que zela não apenas pela Saúde Bucal da gestante, mas também e por consequência, da sanidade oral do bebê e da família dessa mulher;
- Promoção de palestras educativas e instrutivas entre as gestantes e todos os outros usuários da UBS, desmistificando os receios da grávida em ser assistida pelo cirurgião-dentista e/ou ser submetida a qualquer intervenção odontológica durante sua gravidez;

- Estímulo à constante qualificação dos profissionais da ESF quanto ao registro no PEC, por meio de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo uma trilha de garantia do armazenamento e da consulta às informações dos usuários, em especial das gestantes, no referido dispositivo eletrônico.

Figura 1: Fluxograma do Pré-natal Odontológico na APS.



Fonte: Dados da autora

CONCLUSÃO

Frente ao exposto, conclui-se que foi possível tratar com eficácia e eficiência o cuidado em Saúde Bucal no alcance real e concreto dos indicadores da saúde, inclusive os propostos no programa Previne Brasil, em que o êxito da presente experiência, que destaca a busca pela proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, apoia-se na transformação da realidade, sendo, portanto, viável.

Com isso, a ESB pode e deve, junto à ESF reorganizar seus processos de trabalho, por meio de ações, principalmente as de caráter educativo, que envolvam as gestantes, garantindo acesso qualificado a essas mulheres e, dessa forma, estimulando sua maior adesão ao pré-natal odontológico.

Além disso, a partir do momento que a gestante se sentir acolhida e cuidada, ela vai não apenas dar mais atenção à saúde da sua boca, mas entender que o seu autocuidado é a certeza de que sua criança também terá uma boquinha preventivamente saudável. Isso mostra que a conquista do indicador trabalhado é o reflexo da satisfação do usuário na APS.

AGRADECIMENTOS

Às oportunidades de contribuir e aprender no serviço público de Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-DESF/SAPS/MS**. Brasília, 2022 [citado 2022 jul. 06].
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. [citado 2022 jul. 06].
3. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018. . [citado 2022 jul. 06]; 107-7.

IMPLEMENTAÇÃO DA CADERNETA DA PESSOA IDOSA EM UMA UNIDADE DE BÁSICA DE SAÚDE

Camila O. Souza^{1*};
 Milena Q. Dourado¹;
 Naiany M. A. Lopes¹;
 Douglas O. Vieira¹;
 Katia F. A. Moreira.

¹Universidade Federal de Rondônia

* camiloliveira4@outlook.com

RESUMO

A manutenção da capacidade funcional passa a ser crucial no processo de envelhecimento. Sendo assim, a caderneta da pessoa idosa permite o reconhecimento dos idosos frágeis através do VES-13, instrumento que prediz a ocorrência de incapacidade funcional, mortalidade e institucionalização do idoso. Este trabalho trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção desenvolvido pelos residentes em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia, para os Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Velho, objetivando a implementação da caderneta da pessoa idosa e do VES-13 em seu território.

Palavras-chave: Saúde da Família, VES-13, Idoso.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
 os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
 no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

Em idosos brasileiros que frequentam a Atenção Primária à Saúde (APS), a presença de múltiplas morbidades, está relacionada à maior incapacidade funcional e, conseqüentemente, acarreta implicações importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e a vida do próprio idoso (Andrade et al. 2018). Nesse contexto, a manutenção da capacidade funcional passa a ser crucial na velhice, necessária para a manutenção da independência e da qualidade de vida desta população (Cesari et al. 2018).

Portanto, é essencial identificar precocemente os idosos em risco de desenvolver incapacidades e, por conseguinte, estabelecer estratégias de prevenção de agravos e promoção de saúde, com o auxílio de planos de cuidado centrados na pessoa/funcionalidade (Mirando et al. 2016).

A caderneta da pessoa idosa é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para identificar a população idosa mais frágil ou em risco de fragilização e, então, efetivar ações de prevenção de agravos e recuperação da saúde. A caderneta propicia um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar (Padilha et al. 2011). Dentre os instrumentos de triagem para o declínio funcional e da qualidade de vida, destacamos o Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13), que prediz a ocorrência de incapacidade funcional, mortalidade e institucionalização do idoso, cujo instrumento foi incluído pelo MS na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, onde recebeu o nome Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável VES-13.

Deste modo, deve ser utilizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no atendimento à pessoa idosa, pois um preenchimento adequado da caderneta possibilita um plano de cuidados de forma longitudinal, revelando informações pessoais, sociais, familiares e médicas dos últimos 5 anos. Contudo, um grande entrave na aplicação deste instrumento é a falta de informações e capacitações para seu uso com os profissionais que estão envolvidos diretamente na assistência da ESF, principalmente os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), sendo relevantes e necessários treinamentos com este público (Albuquerque et al. 2020).

Neste sentido, para a implementação do uso da caderneta da pessoa idosa em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), foi desenvolvido um Projeto de Intervenção (PI), pelos residentes de Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Este trabalho trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo, de um PI desenvolvido pelos residentes em saúde da família da Universidade Federal de Rondônia (REMUSF/UNIR) sobre a implantação da caderneta de saúde do idoso, por meio de oficinas pedagógicas, sobre avaliação multidimensional no trabalho dos ACS, focalizando na utilização do VES-13.

O PI teve como objetivos: sensibilizar os ACS acerca da implementação da caderneta do idoso; descrever as condições sociais, de profissionalização e capacitação dos ACS; desenvolver as oficinas pedagógicas com os ACS para aprenderem a realizar a avaliação multidimensional do idoso, por meio da aplicação do instrumento VES-13 da caderneta; utilizar a caderneta da pessoa idosa no serviço de saúde, como instrumento de identificação e acompanhamento de saúde desta população. Sendo assim, teve como público-alvo os ACS pertencentes a uma equipe de saúde da família, de uma UBS da zona leste de Porto Velho, sendo estes 05 profissionais.

Para o desenvolvimento das oficinas pedagógicas com os ACS, utilizou-se a atual versão da Caderneta de Saúde do Idoso, preconizada pelo MS e o desenvolvimento das temáticas apresentadas nela. Como estratégia para implementação da caderneta da pessoa idosa, focou-se na importância da utilização do VES-13 pelos ACS, com base no arco de Charlez Maguerez como ferramenta da metodologia da problematização, que tem como aspecto principal demonstrar, analisar e atuar na identificação de problemas da realidade bem como possíveis soluções. É utilizado com frequência na área da saúde, nos processos envolvidos na formação de profissionais e educação permanente, possibilitando o aprender criticamente, preparando o profissional para ações transformadoras nos contextos de sua atuação profissional e social (Dutra et al. 2013). O arco de Maguerez possui cinco etapas: observação à realidade; pontos chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade (Santos, 2020).

Foram realizados registros das atividades em um diário de campo. Ressalta-se que todas as ações foram planejadas e discutidas pelos participantes e que ao final de cada uma delas foi realizada a avaliação contemplando os aspectos positivos e pontos a serem melhorados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Preconizando a participação ativa dos sujeitos, o Método do Arco leva em consideração o contexto de vida do indivíduo participante, o seu passado e as experiências vivenciadas, os conhecimentos previamente adquiridos, além de respeitar o ritmo individual no desenvolvimento do processo de aprendizado. A problematização de determinado problema, mediado pelo Método do Arco, possibilita a reconstrução, a apreensão e o aprofundamento dos conhecimentos (Borille et al. 2012).

No primeiro encontro, foram realizadas duas etapas do Arco, tendo a duração de 04 horas. Participaram dessa atividade 04 ACS, devido uma estar de férias. Na etapa 1 (observação da realidade): para o levantamento das informações sobre a caderneta da pessoa idosa e o VES-13, lançou-se mão de uma questão disparadora para o levantamento dos problemas sobre sua implementação. Que instrumento vocês utilizam para avaliar as necessidades das pessoas idosas de sua microárea? A partir desse questionamento abriu-se um debate, em que todos os ACS puderam expor suas ideias a respeito da temática.

Os principais problemas identificados por eles foram: a não estratificação de risco do idoso; os desconhecimentos dos idosos vulneráveis na área; não aplicabilidade da caderneta; ausência de instrumento para acompanhamento da saúde do idoso pela equipe.

Na etapa 2 (pontos-chave): foram definidos os pontos que são mais importantes para este estudo e as variáveis determinantes da situação. É o momento de sintetizar os aspectos que necessitam serem mais bem compreendidos (Berbel; Gamboa, 2012). Dessa forma, mediante a problematização pelos ACS sobre a utilização do VES-13 em suas microáreas encontrou-se o seguinte ponto-chave: Desconhecimento da forma de aplicabilidade da caderneta de saúde da pessoa idosa e sua importância.

No segundo encontro realizou-se a etapa 3 (teorização): visando a discussão do aporte teórico. A teorização é o momento em que discentes se organizam para fazer o levantamento bibliográfico em diversas fontes (artigos, cartilhas, protocolos, sites de referências, notas técnicas) sobre a problemática abordada. As informações são analisadas, e discute-se sua validade e pertinência para possíveis soluções do problema encontrado (Vieira; Panúncio-Pinto, 2015). Assim, nós residentes, com base no ponto-chave levantado, realizamos uma roda de conversa para debater sobre a utilização da caderneta e do VES-13 e sua implementação nas microáreas. Por falta de material didático a essa clientela sobre a caderneta e o VES-13, optamos em distribuir a caderneta a cada ACS e discutir os itens que são importantes para eles registrarem na caderneta de como avaliar com esse instrumento. Para leitura em casa, sugerimos que os que tivessem condição, fizessem a leitura do Manual para utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa do MS, além de buscarem na internet material sobre a caderneta, para trazerem suas dúvidas na próxima oficina. Além disso, fizemos uma pequena cartilha sobre o envelhecimento saudável e ativo. Quando chegamos no VES-13, fizemos uma exposição dialogada com base no material didático da Escola técnica do SUS - Curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso para Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (ETSUS-MS, 2015).

Na etapa 4 (hipóteses de solução): após a observação da realidade e levantamentos bibliográficos, foram propostas as seguintes hipóteses de solução para os problemas encontrados: 1 - Oficina de qualificação dos ACS com a finalidade de melhorar a assistência à saúde da população idosa na comunidade; 2 - Prática da aplicabilidade da caderneta, com ênfase no VES-13 nos idosos da comunidade.

A 5 etapa (aplicação à realidade): ocorreu uma semana depois da etapa anterior. No que diz respeito à capacitação, nesta fase do processo os integrantes desenvolveram na prática os conhecimentos agregados e os acordos firmados com vias a proporcionar uma assistência de melhor qualidade, em especial no que diz respeito às ações de triagem de vulnerabilidade da pessoa idosa. Esse é o fim do processo no qual se espera que os ACS tenham de fato assimilado o conteúdo trabalhado. O monitoramento dos resultados da implantação dos planos definidos ficou pactuado que seria desenvolvido pela enfermeira da equipe e residentes.

O Método do Arco tornou-se assim estratégia de ensino relevante e pertinente desenvolvida numa capacitação com essa temática aos ACS. Momento 1: oficina aplicabilidade

da caderneta. Nesta etapa, realizou-se uma encenação que desenvolveu-se de forma lúdica, participativa e explicativa, onde foi-se detalhando a forma de aplicabilidade da caderneta, desmistificando e assimilando o contexto, considerando os determinantes sociais de saúde. Em um segundo momento, pactuou-se com os ACS's da equipe a aplicação da caderneta durante as visitas domiciliares, com a meta mínima de 1 caderneta por ACS.

Momento 2: aplicação da caderneta no território: Nesta etapa, após a oficina com os ACS e pactuação de metas, iniciamos a aplicação em território. Para tal prática, acompanhamos em dias e horários marcados com cada ACS, participantes deste projeto, a ida ao território. A aplicação durou 1 (uma) semana, sendo aplicadas 2 (duas) cadernetas por cada ACS. A aplicação aconteceu na íntegra pelos próprios ACS, mas quando surgiam dúvidas contavam com o auxílio dos residentes.

Momento 3: avaliação. Por fim, em um terceiro momento, realizamos a reunião técnica da equipe para o compartilhamento das vivências em sua aplicabilidade, discutindo e retomando ideias para uma melhor implementação, além da aplicação uma avaliação acerca das atividades desenvolvidas com os ACS.

CONCLUSÃO

A aplicabilidade da caderneta é fundamental para o acompanhamento dos idosos dentro da APS, como forma de monitorar e acompanhar as condições de saúde do idoso, além de obter as informações de saúde em um único instrumento. O uso pelo ACS propicia a aproximação e conhecimento da vulnerabilidade do idoso de sua área, de forma a rastrear e selecionar aqueles que precisam de um acompanhamento mais assíduo pela equipe.

As dificuldades apresentadas pelos ACS estavam em torno do desconhecimento do manejo da caderneta, e mais precisamente na aplicação do VES-13. Com as intervenções realizadas, observou-se uma real aprendizagem acerca do uso da caderneta e do VES-13. Além disso, a caderneta do idoso como instrumento de registro possibilitou o conhecimento acerca das condições de saúde do idoso e informá-los sobre quais as ações que devem ser

desencadeadas para estimular um envelhecimento ativo e saudável no âmbito da Atenção Básica.

Assim, as peculiaridades da pessoa idosa no processo de envelhecimento, a capacitação da equipe de saúde para lidar com essas ocorrências impacta diretamente na qualidade de vida dessa população, além de profissional do cuidado à saúde, a ESF é aquela que se mantém mais próxima da pessoa idosa, oferecendo apoio e cuidado, desenvolvendo papéis de cuidadores, amigos e familiares. Dessa maneira, maiores estratégias para suprirem essas dificuldades devem ser realizadas considerando-se também as características locais, pois, para a garantia da qualidade da atenção, fazem-se imprescindíveis recursos humanos capacitados, reforçando a imposição de investimentos na formação profissional e educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Andrade VA, Noronha K, Sá EB, Piola S, Vieira FS, Vieira RS, et al. **Desafios do sistema de saúde brasileiro**. In: Di-Negri JA, Araujo BC, Bacelette R, organizators. Desafios da nação: artigos de apoio. Brasília: IPEA; 2018. v. 2, p. 357-414. [Acesso em 25 mai 2021]. Disponível em: <http://cdi.mecon.gov.ar/bases/docelec/az3850.pdf>.
2. Cesari M, Carvalho IA, Amuthavalli-Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, Vellas B, et al. **Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity**. The Journals of Gerontology [periódicos na internet], 2018 [citado em 10 ago 2022]; 73(12). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29408961/>.
3. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico de internet]; 2016 [citado em 21 mai 2021], 19(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?lang=en>.
4. Padilha MI, Nelson S, Borenstein MS. **As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem**. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos. [periodico de internet]; 2011[citado em 20 mai 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/X3mmThv5bSfPkXg8XbFsjTs/?lang=pt>.
5. Albuquerque MRTC, Façanha CA, Parente MVM, Anijar VH. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Qualificando Agentes Comunitários de Saúde**. Brazilian Journal of Health Revie. [periodico de internet]; 2020 [citado em 25 mai 2021] 3(5). Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/17259>.
6. Dutra EM, Vasconcelos EE, Santos VMG, Teófilo JKS, Teófilo LJS. **Arco de Maguerez na Problematização da Realidade na Estratégia Saúde da Família**. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; 2013; Belém, Brasil. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/481>.

7. Santos TT. **O Arco de Maguerez e a Aprendizagem Baseada em Projetos na Educação em Saúde. Revista Educação Pública.** [periódico de internet]; 2020 [citado em 21 mai 2021] 20 (7). Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/7/o-arco-de-maguerez-e-a-aprendizagem-baseada-em-projetos-na-educacao-em-saude>.
8. Borille DC, Brusamarello T, Paes MR, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. **A aplicação do método do arco da problematização da coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência.** Revista Texto Contexto Enferm. [periodico de internet]; 2012 [citado em 25 mai 2021] 21(1). Disponível em : <https://www.scielo.br/j/tce/a/kjrHKpfCbFdBbr3wdztzJKn/abstract/?lang=pt>.
9. Berbel NAN, Gamboa SAS. **A metodologia da problematização com o arco de Maguerez, uma perspectiva teórica e epistemológica.** Filosofia e Educação [pediodico de internet]; 2011 [citado em 26 mai 2021] 3(2). Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8635462>.
10. Vieira MNCN, Panúncio-Pinto MP. **A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde.** Medicina (Ribeirão Preto). [periodico de internet]; 2015 [citado em 24 mai 2021] 48(3). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104310>.

IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS AÇÕES PARA O ALCANÇE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DO PREVINE BRASIL

Caroliny M. L. Souza^{1*};

Glauciane T. N. Quental¹;

Patricia R. Rocha¹;

Izabela B. Martins¹.

1 - Secretaria Municipal da Saúde de Brejo Santo – CE

* (cacapj21@gmail.com), auditoria.bs@hotmail.com.

RESUMO



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



As práticas inovadoras estão cada vez mais em evidência dentro dos territórios municipais, principalmente na área da saúde, sempre fazendo mais avanços com menos recursos disponíveis. O trabalho que está sendo executado e de grande experiência exitosa, onde temos a oportunidade de compartilhar com os outros municípios a eficiência de um trabalho com planejamento, execução e avaliação, onde a proposta é de fato fazer acontecer a atenção Primária a Saúde como ordenadora da rede, levar saúde para a nossa população trabalhando em todas as suas necessidades e com isso de fato elevar os indicadores de saúde do município. A intenção desta nova prática é qualificar a assistência a saúde garantido o atendimento na sua total integralidade em todos os níveis da vida do cidadão que assegurando todos os direitos e evitando os agravos em saúde, onde os profissionais buscam ter um melhor controle dos pacientes do seu território.

INTRODUÇÃO

As práticas inovadoras estão cada vez mais em evidência dentro dos territórios municipais, principalmente na área da saúde, sempre fazendo mais avanços com menos recursos disponíveis. A necessidade do cuidado ampliado, continuado e com periodicidade está cada vez mais presente a começar pelos Indicadores de desempenho do Previnir Brasil, novo modelo de financiamento da Atenção Primária, onde as equipes vem se ajustando para garantir assistência conforme preconizado pelo ministério da Saúde. As atividades executadas pelas equipes de saúde da família são inúmeras, porém podemos observar que devido a pandemia houve uma redução e ausência da procura dos serviços de saúde pela população, onde as restrições prejudicou o acompanhamento das condições já existentes e a continuidade do cuidado ampliado e em alguns casos havendo uma piora da condição pré-existente, pôde-se notar pelos baixos indicadores do programa Previnir Brasil, principalmente em épocas de isolamento social rígido o quanto o acompanhamento desses pacientes vinha se mostrando deficiente, a pandemia de Covid-19 mudou nosso contexto e que na atual realidade, também se agravam em virtude das lacunas geradas pelo baixo financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o passar do tempo começamos a perceber que as ações de promoção e prevenção tinha que continuar pois os casos de covid não iriam cessar por inteiro, e foi aí que começou o planejamento. A participação das coordenadoras da Atenção Primária a Saúde nas Oficinas do Previnir Brasil onde tiveram treinamento sobre os componentes do Programa em várias frentes: novo modelo de financiamento e suas mudanças, além de apresentações sobre indicadores de desempenho e registro das informações.

Conseguimos acompanhar a evolução dos indicadores do município e isso representa muito, não são apenas números, e sim o reflexo do trabalho que está sendo prestado pelos profissionais de saúde vinculados a este município para a nossa população. O cuidado acontece em todas as fases da vida, o trabalho de promoção e prevenção dos agravos acontece de fato dentro dos territórios, cada um com sua particularidade onde os profissionais da saúde se ajustam de acordo com a necessidade apresentada e onde o principal beneficiado são os nossos usuários.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Várias estratégias foram implementadas para essa experiência exitosa dentro do município, onde iniciamos com várias formações sobre o novo modelo de financiamento, tanto para os profissionais das ESFs quanto para os gerentes, pois eles tinham que entender os processos para posteriormente fazer um planejamento de execução dentro de cada território e assim começamos.

A acessibilidade era uma barreira principalmente para algumas áreas de zona rural, pois alguns idosos e população em geral não conseguiam se deslocar devido ausência de transporte. Foi viabilizado pela gestão municipal atendimento em pontos de apoio totalmente estruturados para melhor atender, onde a equipe de saúde se desloca para as comunidades que apresentam difícil acesso, levando atendimentos, vacinas, procedimentos como a coleta do citopatológico e entre outros.

Foi observado também a dificuldade de alguns usuários não comparecerem ao serviço de saúde devido a jornada de trabalho, o município não possui o programa saúde na hora que tem o atendimento Noturno devido a não se enquadrar nas especificações do Ministério da Saúde.

Estratégias da gestão juntamente com os profissionais foram implementadas, as equipes de saúde se organizaram onde estão realizando 1 atendimento noturno no mês, ofertando todos os serviços a sua comunidade.

Outra estratégia implementada foi o aumento da oferta da realização do rastreamento do câncer de colo de útero, onde foi disponibilizado uma profissional enfermeira para ajudar nas Unidades que os enfermeiros são do sexo masculino, onde encontramos muita resistência das mulheres em buscar o serviço. Ainda foi aberto um serviço a noite durante dois dias da semana (segundas e quartas), o serviço funciona de portas abertas rastreamento do câncer de colo de útero, atendendo toda e qualquer demanda do município.

As equipes instituíram um convite padronizado para convidar a população a participarem das atividades no serviço de saúde, onde a população se sente ainda mais valorizados e participativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas apresentam a utilização eficiente de recursos, mecanismos de transparência e controle social, está sendo divulgada através dos profissionais das UBSs, redes sociais da Secretaria Municipal da Saúde e da UBSs, nas visitas através do ACS, para promover conhecimento para a nossa população sobre os serviços ofertados no nosso município.

O trabalho que está sendo executado é de grande experiência exitosa, onde temos a oportunidade de compartilhar com os outros municípios a eficiência de um trabalho com planejamento, execução e avaliação, onde a proposta é de fato fazer acontecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da rede, levar saúde para a nossa população trabalhando em todas as suas necessidades e com isso de fato elevar os indicadores de saúde do município.

CONCLUSÃO

A intenção desta nova prática é qualificar a assistência à saúde garantido o atendimento na sua total integralidade em todos os níveis da vida do cidadão que assegurando todos os direitos e evitando os agravos em saúde, onde os profissionais buscam ter um melhor controle dos pacientes do seu território, para realizar o manejo na condução dos atendimentos, tendo em vista um cuidado continuado e de qualidade para a sua população e uma melhora significativa a cada quadrimestre dos indicadores de desempenho do município de Brejo Santo - CE.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

MONITORIA ACADÊMICA COMO INSTRUMENTO NA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL

Jamerson S. Santos^{1*};

Cristiane R. S. Castro²;

Sílvia G. N. Silva¹;

Izabel M. Novaes¹;

Vinícius M. B. Leal³;

Roberta A. A. Rios³.

¹Universidade Federal de Alagoas;

²Universidade Federal da Bahia;

³Prefeitura de Maceió - AL.

*(Jamersonssantoz@gmail.com)



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

O presente trabalho objetiva relatar a experiência das ações educativas realizadas com a população assistida por uma Unidade Docente Assistencial durante a monitoria da disciplina de Saúde Coletiva III da FOUFAL. Realizou-se um reconhecimento do funcionamento da Unidade e das demandas referentes aos usuários e, posteriormente, os discentes, com o auxílio do monitor, desenvolveram atividades como: rodas de conversas, discussões em sala de espera, orientações lúdicas sobre higiene oral e levantamento epidemiológico simplificado em escolares. Assim, as experiências vivenciadas na atenção primária à saúde, juntamente com a monitoria, se firmam como processos essenciais na formação de futuros profissionais da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece como uma das grandes responsabilidades dos gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a garantia de espaços físicos adequados para o ensino de graduandos da saúde, visando a educação continuada e permanente em saúde e a formação em serviços¹.

Diante desse contexto, a Unidade Docente Assistencial (UDA) surge com o objetivo de firmar a integração ensino-serviço na Atenção Básica à saúde, bem como contribuir para a inserção de discentes nos serviços assistenciais à população adscrita.

A Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, é responsável pela gestão de uma UDA no entorno do campus A. C. Simões da UFAL. Na Unidade há atuação de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e residentes multiprofissionais, que atuam na prestação de serviços aos moradores do bairro do Village Campestre II. E, uma das formas mais importantes para integração dos docentes e discentes da Faculdade de Odontologia da UFAL (FOUFAL) com os profissionais da UDA, dá-se pela realização de práticas educativas desenvolvidas pelos alunos das disciplinas de graduação, tendo os monitores como agentes auxiliares e facilitadores do processo^{2,3}.

Assim, a competência da monitoria, juntamente com o espaço físico da UDA, consolida-se como instrumentos essenciais na articulação ensino-serviço, além de contribuir para a formação do aluno monitor, dos discentes contemplados, do próprio docente da disciplina e dos profissionais que atuam no serviço de atenção básica⁴.

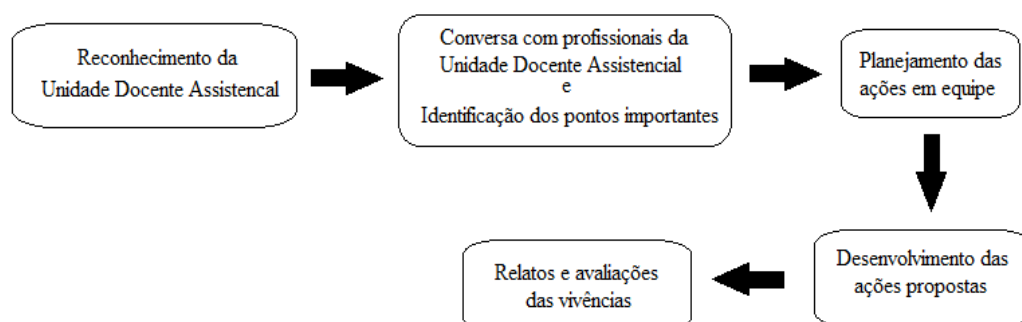
A monitoria de Saúde Coletiva III da FOUFAL objetiva reapresentar e discutir com os discentes o processo histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), seus avanços e desafios, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a PNAB e as Redes de Atenção à Saúde. Além disso, também visa proporcionar a vivência prática na rede municipal de saúde de Maceió, em especial na atenção primária à saúde, a fim de possibilitar trocas de experiências exitosas com membros de equipes da estratégia de saúde da família (eSF), usuários, discentes e docentes de diversos cursos e exercitar o trabalho interprofissional.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência das ações educativas de prevenção e promoção em saúde realizadas com a população adscrita da UDA durante a monitoria da disciplina de Saúde Coletiva III.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Durante o período inicial da disciplina foi realizado o reconhecimento físico da Unidade Docente Assistencial e, em conversa com os profissionais atuantes nas eSF, realizou-se o diagnóstico do processo de trabalho das equipes, os serviços e ações realizados na UDA, a articulação com outras equipes, a exemplo do NASF, e com programas nacionais, como o caso do Programa Saúde na Escola (PSE), identificando, desta forma, os pontos importantes para a intervenção das atividades da disciplina. Posteriormente, traçou-se o plano de ações envolvendo discentes, monitor, docentes, profissionais atuantes na UDA e usuários, priorizando o desenvolvimento de rodas de conversas, discussões em salas de espera e atividades educativas, preventivas e de promoção à saúde bucal em ambientes escolares. Ao final, foi feita uma exposição dialogada ministrada pelos alunos sobre as experiências vivenciadas durante a disciplina.

Figura 1: Processo metodológico para planejamento, execução e relato das atividades desenvolvidas.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

As primeiras ações desenvolvidas foram as rodas de conversas. Os discentes foram divididos em três grupos, cada grupo juntamente com os profissionais e alunos residentes que atuam na UDA estimularam os usuários a discutirem sobre assuntos pertinentes ao contexto em que estavam inseridos. Dois grupos discutiram sobre o câncer oral e a saúde mental do adulto, e um grupo discutiu sobre a saúde integral da população negra. Outra atividade realizada foi a sala de espera, momento no qual os discentes discutiram com usuários presentes acerca das

maiores dúvidas referentes à saúde bucal, acrescentando informações sobre a prevenção de afecções orais e cuidados com a cavidade bucal.

As outras ações executadas foram relacionadas com o Programa Saúde na Escola, que busca a intersecção entre saúde e educação para melhorar a qualidade de vida dos escolares. A primeira ação foi desenvolvida em um Centro Municipal de Educação Infantil, responsável pela educação de pré-escolares, e para realizá-la os alunos se dividiram em quatro grupos. O objetivo da ação foi estimular e orientar as crianças sobre os cuidados com a saúde bucal através de atividades lúdicas como pintura de desenhos, apresentação de fantoches, contação de estórias, etc. Ademais, os funcionários do Centro Educacional também participaram de uma roda de conversa com orientações sobre higiene e cuidados com a cavidade oral.

A segunda ação foi desenvolvida em uma Escola Municipal de Maceió, responsável pela educação de turmas do ensino fundamental 1, e consistiu em dois momentos. No primeiro, os graduandos se dividiram em quatro grupos e ficaram responsáveis por realizar atividades de educação em saúde. No segundo momento realizou-se uma ação conjunta envolvendo a odontologia e a educação física, com o apoio dos profissionais das eSF e do NASF. Na área odontológica foi realizada a escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, exame epidemiológico simplificado e a avaliação do risco para cárie dos escolares. Já na educação física, foi realizado o exame antropométrico das crianças.

Ao final das atividades, percebeu-se que grande parte dos escolares não sabia realizar corretamente a higienização oral e apresentava uma condição de saúde bucal insatisfatória. Diante disso, os alunos que apresentaram os piores índices de risco e quadros de algias dentárias foram encaminhados para tratamento na UDA e na clínica escola de odontopediatria da FOUFAL.

Para o encerramento da disciplina, pediu-se aos graduandos que se dividissem em três grupos e apresentassem suas vivências e avaliações. Em unanimidade, os discentes relataram a importância das aulas práticas para conhecer a realidade da população assistida pela atenção primária à saúde em torno da Universidade e como o SUS atua. Além disso, citaram que a falta de um maior engajamento de outros profissionais da eSF nas atividades desenvolvidas e problemas da estrutura física da UDA são pontos que precisam melhorar.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, torna-se evidente a importância das vivências proporcionadas pela monitoria da disciplina de saúde coletiva III da FOUFAL no ambiente da Unidade Docente Assistencial através das atividades educativas em saúde, uma vez que influenciam diretamente no processo ensino-aprendizagem do discente monitor e dos docentes e graduandos envolvidos, bem como influenciam positivamente nos serviços assistenciais da atenção primária à saúde proporcionados pela UDA. Além disso, a presença dos monitores nas Unidades Docentes Assistenciais se mostram imprescindíveis, posto que a UDA recebe uma quantidade de discentes superior a outras unidades que prestam serviços de atenção primária à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às professoras Cristiane Castro, Izabel Novaes e Silvia Nunes por dividirem comigo um pouco do amor e dedicação pela saúde pública. Gostaria de estender meus agradecimentos aos cirurgiões dentistas, Vinicius Leal e Roberta Rios, que compartilharam comigo seus conhecimentos durante as vivências na Unidade Docente Assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. Albiero JFG, Freitas SFT. **Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica**. Saúde debate 41 (114). 2017. Jul-Set.
3. Maciel JAC, Vasconcelos MIO, Silva IIC, Teixeira AKM, Farias MR, Q MVO. **A integração ensino-serviço em odontologia: Uma experiência na atenção primária à saúde no município de Sobral, Ceará**. Rev. APS. 2016 out/dez; 19(4): 650 - 655.
4. Galvão BF, Feitosa ML. **A importância da monitoria na graduação: Relato de Experiência**. IV Seminário de projetos de ensino: A pressão psicológica na vida acadêmica. UNIFESSPA | PROEG. 2019. Set.

O MAPA QUE FALA SOBRE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Samuel C. G. do Nascimento¹;

Ana R. C. Mourão¹;

Diogo G. Brandão¹;

Bruna. L. S. Caldas¹;

José F. dos Santos¹.

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL

RESUMO

A promoção de saúde, a partir do conceito de clínica ampliada, reconhece os diferentes condicionantes e determinantes no processo de cuidado. Neste interím, por estar mais próxima do território das/os usuárias/os, a atenção primária dispõe de importantes instrumentos para reconhecimento e análise desses determinantes, a exemplo do processo de territorialização. Assim, o relato de experiência que se segue objetiva demonstrar um processo de territorialização e análise de condicionantes em saúde refletindo sobre os aspectos que sinalizam sobre a saúde mental neste espaço, partindo do princípio que a ocupação das/os sujeitas/os aos dispositivos presentes no território promovem saúde mental.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Saúde Mental.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

No processo de reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, a Declaração de Caracas surge enquanto produto final da Conferência Regional convocada pela Organização Pan-americana da Saúde na qual possuía igual objetivo organizacional; o documento foi assinado na Venezuela em 1990 e já reconhecia a Atenção Primária enquanto importante expoente no itinerário de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico¹.

A proposta ambiciosa iniciada por Franco Basaglia na Itália de questionar a estrutura manicomial não só naquilo que diz respeito à arquitetura, mas sim, as posturas e condutas que manicomializam as/os sujeitas/os, propõe um tratamento que rompa os muros das instituições compreendendo que esta metodologia alienante, nada tem a ver com o fazer saúde, indo contra ao investimento empregado desde a idade média, trazendo aos roteiros comunitários e aos espaços da cidade aquelas/es que eram imediatamente excluídas/os, marginalizadas/os e alienadas/os^{2,3,4}.

Como preconizado na Lei 8080/90, a atenção básica é o espaço mais próximo das/os sujeitas/os; responsável pela coordenação e ordenação da rede, portanto, essencial não só na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo de cuidado, como também artifício útil na compreensão coletiva de não redução das/os sujeitas/os aos seus diagnósticos psiquiátricos; em outras palavras, inserir a atenção primária no itinerário de sujeitas/os em sofrimento psíquico é institucionalizar a postura ética preconizada desde o início dos esforços antimanicomiais instaurados no país^{5,6}.

Partindo disso, o presente relato busca trazer à superfície a experiência de territorialização e identificação de comorbidades conduzido por profissionais residentes do programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade inseridas/os na Unidade de Saúde da Família – USF Tarcísio Palmeira, dando ênfase na reflexão sobre os efeitos da disposição do território e das condições de saúde identificadas em relação à saúde mental.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O relato de experiência que se segue é fruto da trajetória da/os residente/s inserida/os na USF Tarcísio Palmeira, instalada no Pontal da Barra, bairro em território nordestino, na

cidade de Maceió, Alagoas e do processo de territorialização realizado nos primeiros meses de inserção desta/es. O relato de experiência é um importante instrumento utilizado para documentar e publicar experiências em diferentes espaços, individuais ou coletivos, como forma de cientificar e compartilhar experiências⁷. A territorialização é um instrumento utilizado também na atenção primária à saúde do qual busca não só delimitar geograficamente a cobertura das unidades ali inseridas e na melhor distribuição de recursos e de estrutura, assim como, também é utilizada para analisar a situação de saúde da região lançando mão de diferentes instrumentos para visualizar as demandas mais recorrentes⁸.

Para a construção desse relato foram feitas dez idas as regiões de cobertura das agentes cadastradas na unidade de saúde da família. As idas tiveram como objetivo elucidar no mapa territorial construído pela equipe de residentes do ano anterior, exposto na figura 1, as demandas em saúde que apareciam de forma mais exponencial, ligando-as ao espaço geográfico em que a unidade está inserida. Torna-lo um mapa falante com auxílio das legendas expostas na figura 2.



Figura 1 – Mapa do Território construído no ano de 2021. Fonte: Autoras/es (2022).



Figura 2 – Legendas para melhor compreensão da distribuição das áreas e comorbidades identificadas. Fonte: Autoras/es (2022).

A ida ao território foi realizada ao lado das agentes comunitárias da unidade responsáveis pela respectiva microárea. Nestas visitas, com auxílio de uma prancheta em que estava impresso o mapa juntamente com o auxílio de hidrocores nas cores das legendas expressas na figura 2, cada residência foi identificada, sendo contabilizada não a quantidade de pessoas com aquela comorbidade, mas sim, se existia ou não a presença daquela condição. Nesse processo ainda foram atualizadas as novas residências construídas, destruídas, aquelas de primeiro andar recém reformadas. Após isso, no retorno à USF, com auxílio de alfinetes, foram sendo marcadas no mapa (figura 1) quais as unidades que demonstravam uma ou mais condições em saúde seguindo as legendas dispostas na figura 2.

A partir da disponibilidade das/os agentes em consonância com a das/os residentes, foi possível identificar a presença/ausência de comorbidades em saúde nas microáreas 02, 04, 05. Dentre estas, para título de elucidação e reflexão serão observadas as informações coletadas nas microáreas 04 e 05, já que demonstram proximidades geográficas, mas dados destoantes entre si interessantes de serem analisados quando associados as questões de saúde mental e possíveis de serem feitos no espaço presente proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O bairro em que a unidade está inserida possui um território bem delimitado, o que facilita o processo de territorialização. A distribuição feita de cada uma das áreas foi construída de maneira coletiva pelas/os agentes e suas proximidades com as/os sujeitas/os inseridas/os nesses espaços. Levar em conta as afinidades, diz respeito a trazer a dimensão do afeto para o local de trabalho, o que potencializa a atuação destas/es e a vinculação com a comunidade, possibilitando dimensões de emancipação e co-responsabilização no processo de cuidado, objetivo primordial da atuação em saúde, como trazem os princípios e diretrizes da política nacional de educação comunitária e da política nacional de humanização^{9, 10, 11}.

Nas idas ao território, tornou-se notória, através da estrutura das casas e da maneira como estão dispostas, a presença de desigualdades sociais, fatores que em si já impactam diretamente no processo de adoecimento, levando em consideração que lazer, moradia, trabalho, educação, são, dentre outros, determinantes e condicionantes em saúde⁴. De acordo com Bosi et al. [12] “os determinantes sociais são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais relacionados aos problemas de saúde e os fatores de risco aos quais se expõe uma população”.

Como é possível visualizar nas figuras 3 e 4 a seguir, algumas localidades demonstraram informações pertinentes para a discussão em saúde mental proposta. Para além dos casos em saúde mental devidamente notificados, a alta prevalência de obesidade, hipertensão, uso de substâncias psicoativas, são comorbidades que quando associadas à desigualdade social acusam uma alta prevalência de demandas em saúde mental do território¹³.

Figura 3 – Microáreas 04 e 05, respectivamente. Fonte: Autoras/es (2022).



O que se expressa na figura 3, é que na microárea 04, 31 são as residências adscritas que possuem um ou mais entes com hipertensão, 28 com diabetes, 5 com acamadas/os, 2 com diagnóstico em saúde mental, 3 em uso de substâncias psicoativas, 3 com obesidade e uma gestante. Já na microárea 05, o número de residências que constam pessoas que convivem com hipertensão salta para 51, 8 são as pessoas vivendo com diabetes, 3 com acamadas/os, 4 com obesidade, 5 com diagnóstico em saúde mental e uma residência com uma gestante cadastrada.

O alto número de pessoas convivendo com hipertensão, quando relacionado com as observações acerca da distribuição do território e de como estão dadas as estruturas residenciais nessas localidades auxiliam na exemplificação de como as desigualdades sociais, quando cruzadas com fatores de saúde biológica, denunciam questões em saúde mental das quais podem se agravar, ganhando diagnósticos psiquiátricos, a exemplo dos 7 casos totais identificados pelas agentes no processo de territorialização^{13,14}.

Ao contrário da microárea 04, onde as residências seguem certa homogeneidade na estrutura, ficando evidente uma distribuição de renda mais aproximada, na microárea 05 as residências possuem distribuição extremamente distoantes. Sítios que concentram famílias de mais de 6 entes por barraca convivem ao lado de casas de férias com espaço para lanchas. Além disso, nessa microárea fica extremamente perceptível a existência de mais ruas em que não há saneamento básico, com pistas ainda de barro.

Apesar de estar situada no início do bairro, o espaço é o que mais possui concentração de área verde; está disposto ao extremo oposto de onde estão os supermercados, padarias, praça, escola, academias, unidade de saúde dentre outros dispositivos importantes no processo de construção dos itinerários que auxiliam no fazer saúde diário. É sabido que o estilo de vida é um dos grandes responsáveis pela causa de hipertensão, logo, a disposição geográfica do bairro auxilia no estresse diário de deslocamento. O distanciamento de onde o bairro está em maior movimento pode ser um dos fatores importantes no processo de compreensão desse alto índice, mas não só. Concordamos com o que diz Furtado et al. [15] ao compreender que: “negligenciar as questões de poder e disputa presentes no território, diluí-lo numa noção vaga e instrumentalizá-lo como divisão territorial do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ter implicações relevantes”.

O bairro do Pontal em sua estrutura geográfica está situado ao extremo de Maceió. Entre a Lagoa Manguaba e a Praia do Pontal, a região é conhecidamente uma localidade turística da cidade, lugar em que a cultura alagoana se expressa através das peças de artesanato que invadem as ruas principais. Concentra um grande número de pessoas que sustentam seus lares através do artesanato e da pesca. Apesar de estar estruturado para receber pessoas de diferentes localidades afim de manter sua subsistência através das vendas, ainda traz um saudosismo e uma cultura conservadora em que discursos machistas, racistas, lgbtfóbicos ainda são bem comuns de serem presenciados¹⁶.

O contexto silencioso de ditadura de costumes tradicionais é revertido em diagnósticos de condições de saúde identificadas no território dos quais também se expressam em casos de notoriedade pública recém ocorridos no bairro^{16, 17}. Quando não significada, a opressão enquanto trauma se expressa no corpo, desencadeando um diagnóstico outro para além do de transtorno psiquiátrico; uma estratégia não consciente que é encontrada pelas/os sujeitas/os na tentativa de manter o mínimo de equilíbrio¹⁴. Partindo disso, visualizar as condições de saúde no território vai para além de observar as doenças identificadas de maneira biológica através do mapa e das visitas, sendo importante também ler os códigos sociais e as estruturas geográficas presentes no território. Esses elementos informam aquilo que não é dito, logo, não simbolizado pelas/os sujeitas/os coletivas/os, podendo só dessa forma auxiliar na tomada de decisões e reversão dos processos de adoecimento individual/coletivo^{14,15}.

CONCLUSÃO

A partir da territorialização e dos esforços em construir um mapa falante, tornou-se possível materializar, ou seja, ouvir a partir desse instrumento, dinâmicas que já vinham sendo observadas nas práticas diárias no contexto da unidade. A partir disso, tornou-se possível a compreensão ampla dos processos de adoecimento nesse território, suas especificidades, auxiliando na construção de práticas responsáveis, eficientes, eficazes e éticas.

Em outras palavras, visualizar o mapa e as condições em saúde identificadas no território, fazendo uma leitura ampliada de suas informações, proporciona a construção de estratégias não biologizantes em saúde, amenizando a possibilidade de desencadear mais sofrimento as/os usuárias/os desse território, sendo desta forma possível compreender melhor

o processo de adoecimento, o que ele nos diz para além do diagnóstico, proporcionando uma ética antimanicomial que perpassa toda a nossa prática.

Ao fazer a compreensão de que o território é um dispositivo rico na construção do fazer saúde diário, essa experiência denuncia a importância da co-responsabilização das/os usuárias/os nos seus processos de cuidado individuais e coletivos. Ou seja, a existência de uma unidade de saúde, apesar de extremamente essencial, em especial na cidade de Maceió onde a cobertura não chega sequer em 29%, ela ainda não se faz completamente eficiente no cuidado amplo, sendo necessário o incentivo diário de emancipação e co-responsabilização para que, a partir disso, as/os usuárias/os, gestoras/es e trabalhadoras/es em saúde possam tensionar politicamente os diferentes níveis de poder na aquisição de condições melhores de vida.

A oferta de técnicas curativas e de promoção de saúde essencialmente ambulatoriais são extremamente importantes, porém, meros acessórios se não associadas à uma postura política de incentivo à emancipação das/os sujeitas/os que são atendidas/os.

Agradecimentos

Agradecimentos as agentes comunitárias das quais se despuseram no processo de visita ao território; nosso preceptor Ricardo, um dos principais responsáveis pela conclusão das três áreas, bem como, à comunidade do bairro do Pontal da Barra que nos recebeu e acolheu tão bem.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MR. e França JMF. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil**. Revista Brasileira de Psiquiatria [internet]. 2001 [citado 24 jul 2022];23(1):3-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000100002>.
2. Foucault, M. **História da Loucura**. 2. ed. José TCN, tradutor. São Paulo. Perspectiva:1978. 608 p.
3. Hirdes A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2009 [citado 24 jul 2022];14(2):297-305. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxkfK9HXvfl39Nf/#>.
4. Amarante P. e Torre, EHG. **“De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**. Revista de

- Administração Pública [internet]. 2018[citado 24 jul 2022]; 52(6):1090-1107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>.
5. Brasil. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.
 6. Brasil. **Caderno de Atenção Básica nº 34**, https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
 7. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. **Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico**. RPE;17(48):60-77.
 8. Bezerra RKC, Vieira BP, Ribeiro ARS, Abreu EA, Silva FFF, Souza RFS, et al. **A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência**. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020;42(42), e2704.
 9. Moura RFSS, Castro CR. **Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet]. 2015 [citado 24 jul 2022];25(3): 993-1010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300016>
 10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
 11. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar educação permanente no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
 12. Maria-Lucia MB, Anna-Karynne da Silva Melo, Liliane Brandão Carvalhol, Veronica Moraes Ximenes, Maria Gabriela Curubeto Godoy. **Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados**
 13. Oliveira, AR et al. **A RELAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, ANSIEDADE E ESTRESSE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**. Psicologia em Estudo [internet]. 2021 [citado 24 jul 2022];26(26): e46083. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.46083>
 14. Macedo KB. **CORPO E SINTOMA NO PACIENTE SOMATIZADOR: UMA VISÃO PSICODINÂMICA**. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica [internet]; 2021 [citado 24 jul 2022];24(2): 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-44142021002002>.
 15. Furtado JP et al. **A concepção de território na Saúde Mental**. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2016 [citado 24 jul 2022];32(9): e00059116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>.

16. Gonçalves, VMM. **RELEMBRAR O PASSADO, RECONHECER O PRESENTE: A IDENTIDADE DO PONTAL DA BARRA PELAS LEMBRANÇAS DOS MORADORES IDOSOS**. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2009. Dissertação de mestrado do Curso em Arquitetura e Urbanismo.

17. Gonçalves H. **Morte de casal no Pontal, em Maceió, é investigada como feminicídio seguido de suicídio**. G1 Alagoas [Internet]. 2022 Jul [citado em 28 de jul de 2022]; Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2022/07/15/morte-de-casal-no-pontal-em-maceio-e-investigada-como-feminicidio-seguido-de-suicidio.ghtml>

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO À LUZ DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Douglas S. F. Santos¹;

Isys G. M. Dias^{1*};

Fabiano Silva¹;

Daiana E. R. Fernandes¹;

¹Universidade Federal de Rondônia

*isysgabi@gmail.com.

RESUMO

Com o objetivo de retomar o processo de territorialização de uma equipe de saúde da família durante a pandemia da Covid-19, foi elaborado um plano de ação com base no Arco de Maguerez, visitas in loco para reconhecimento do território e confecção do mapa inteligente, envolvendo toda a equipe e três residentes em saúde da família, cuja experiência é aqui relatada. Os resultados demonstraram a importância de estratégias de problematização para discussão em equipe, com agenda protegida. Além disso, o envolvimento da equipe foi satisfatório, o mapa elaborado demonstra as principais necessidades do território e o cadastramento voltou a evoluir.

Palavras-chave: Planejamento, Territorialização, Saúde da família;



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um método de expansão, qualificação, consolidação e reorganização da atenção básica (AB), desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais equipes multiprofissionais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações no contexto do processo saúde doença (BRASIL, 2012).

Este trabalho se trata de um relato de experiência sobre a retomada do processo de territorialização de uma eSF, de uma UBS localizada nos limites da zona central com a zona leste do município de Porto Velho - RO, entre a segunda e terceira onda da pandemia do Covid-19, em 2021. Atividade possibilitada a partir da inserção dos autores na equipe em questão, através do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, uma modalidade de pós-graduação.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para a realização do resgate do processo de territorialização em saúde da eSF foi montado um plano de ação, baseado no Arco de Maguerez (Villardí, Cyrino e Berbel, 2015), que é composto por cinco etapas que se desenrolam a partir de um recorte da realidade e que para ela retornam: a observação da realidade e a identificação do problema, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Sendo estruturado para ser desenvolvido em duas etapas: (1) ação e (2) manutenção. Sendo a primeira etapa planejada para ser realizada no período de 9 meses, e a segunda de forma contínua pela equipe de saúde da família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na implantação da primeira etapa do arco de Maguerez, observação da realidade e identificação do problema, foi realizado uma análise situacional, através da observação ativa do território de cobertura da eSF, diálogos informais e reuniões com a equipe, acompanhamento de consultas e de visitas domiciliares e acesso aos relatórios individuais, familiares, territoriais e operacionais disponíveis no banco de dados do Sistema Único de Saúde (E-SUS), processo esse que levou 2 meses.

Assim, identificou-se os problemas, que foram analisados conforme a viabilidade de solução, considerando a governabilidade e complexidade dos casos, conforme disposto no quadro abaixo, segundo avaliações subjetivas da equipe e orientações de Colussi (2016):

Quadro 1: Classificação dos Problemas

PROBLEMA	GOVERNABILIDADE	COMPLEXIDADE
Infraestrutura e saneamento básico do território	Fora de controle	Alta (estruturado)
Grande procura pela demanda espontânea	Baixo controle	Alta (estruturado)
Desconhecimento dos usuários e famílias da eSF e vice versa	Controle intermediário	Média (semi-estruturado)
Falta de acompanhamento dos usuários e famílias pela eSF	Total controle	Baixa (semi-estruturado)
Dificuldade no planejamento de ações pela eSF	Controle intermediário	Média (semi-estruturado)

Fonte: Os autores.

Para além da dimensão político-operativo, o território, na condição de espaço onde se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde, apresenta uma delimitação espacial e

um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um objeto em constante construção, transformação e movimento (Faria,2020).

Ao observar os problemas encontrados é possível compreender a dimensão essencial da territorialização, processo primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde e para a avaliação dos reais resultados dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Na segunda etapa, determinação dos pontos-chaves, a reflexão sobre os problemas proporcionou discussões acerca dos determinantes que ocasionam o surgimento dos problemas encontrados. Assim, partimos do pressuposto que a equipe desconhecer os usuários e famílias adscritas era resultado do grande número de usuários e famílias não cadastrados ou com cadastros desatualizados. O que por sua vez gerava a falta de acompanhamento das famílias adscritas, pois estas não eram conhecidas. E, na ausência de informações fidedignas sobre a população, havia a dificuldade no planejamento de ações pela eSF, visto a desinformação das necessidades dos usuários, assim influenciando no aumento da demanda espontânea.

Nesse sentido, o problema priorizado foi o desconhecimento dos usuários e famílias, que têm como causa principal o não cadastramento ou desatualização dos cadastros dos usuários e domicílios. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o cadastramento dos usuários é desenvolver “relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (Brasil, 2012, p. 21). Os principais atores dentro do processo de territorialização são os Agentes Comunitários de Saúde. São eles que adentram no território, cadastram e acompanham as famílias, fazem vínculo com os moradores, sendo o elo entre a comunidade e a eSF. (Souza, 2020).

A etapa de “teorização” foi o momento de buscar na literatura conhecimento e embasamento para analisar e intervir nos problemas encontrados, onde envolveu-se em discussão os agentes de saúde para desenvolver o suporte teórico para a operacionalização do processo, o que permitiu o ingresso no quarto momento: as hipóteses de solução, através da elaboração de estratégias para serem aplicadas à realidade.

A partir da visualização da realidade, pontuou-se as fragilidades e potencial de governabilidade sobre cada uma, oportunizando a entrada no quarto momento onde foi

discutindo as possíveis hipóteses de solução juntamente aos membros da equipe quanto aos princípios, objetivos, particularidades do seu território e a viabilidade para restabelecer o vínculo com a comunidade. Estabelecendo assim as seguintes estratégias a curto, médio e longo prazo em conjunto:

- Realizar o levantamento de dados da área de atuação da eSF para o mapeamento e construção do mapa inteligente do território;
- Estimular os ACS para execução do cadastramento/atualização os usuários e família, utilizando instrumento para estratificação de risco familiar;
- Fomentar discussões quanto aos princípios da Estratégia Saúde da Família, com os membros da eSF Lagoa).

AÇÕES	ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO	RECURSOS NECESSÁRIOS
-Comunicação coordenada com os ACSs; -Solicitações de listas aos ACSs; -Reuniões de equipe; -Discussão de casos; -Treinamento sobre o registro de informações no E-SUS; -Oficina sobre classificação de risco familiar; -Visitas territoriais; -Construção do mapa inteligente;	-Método problematizador; -Brainstorming; -Comunicação coordenada; -Reuniões de equipe.	-Acompanhamento dos cadastramentos; -Aumento no quantitativo de indivíduos e domicílios cadastrados; -Entrega das informações solicitadas; -Dados inseridos no mapa inteligente.	-Recurso econômico: prancheta, caneta, papel, impressora, pasta arquivo, carro e impressão do mapa inteligente em tamanho de quadro de parede. -Recurso organizacional: programar na agendas os dias e reserva do espaço e do carro. -Recurso cognitivo: conhecimento e habilidade para realização das atividades.

Quadro 2: Hipóteses de solução e estratégias

Fonte: Os autores.

O quinto momento busca o elo entre os outros quatro momentos e a incorporação à realidade, “com o objetivo de confrontar o campo real e intervir no imperativo de modificá-lo, possibilitando o uso de todas as suas potencialidades” (Berbel, 2015). Dessa forma, buscou-se seguir o plano traçado para assim ir incorporando as ações supracitadas.

Após os encontros com espaço e tempo protegidos à discussão sobre o território e formas de aproximação à área adscrita da eSF, foi realizado as visitas in loco com cada acs em sua microárea de atuação, onde foi observado a dinâmica territorial para a composição geográfica posterior no mapa inteligente. Com a construção do mapa e incorporação do mesmo junto a equipe pode-se observar um progressivo aumento no número de cadastros individuais e familiares bem como a identificação de atores socioambientais que antes eram desconhecidos.

Conforme o gráfico 1 a seguir, observou-se o seguinte potencial de crescimento após a incorporação e utilização do mapa inteligente:

Gráfico 1: Quantitativo de novos cadastros individuais/domiciliares eSF Lagoa entre 2021-2022



Fonte: E-SUS AB/2022

CONCLUSÃO

Compreendendo tais potencialidades, a execução programada do processo de territorialização da eSF Iagoa mostrou-se bastante satisfatória, uma vez que, existe um plano estratégico com objetivos traçados em uma escala longitudinal, que fomenta a abordagem horizontal do processo de trabalho da equipe.

Retomar o olhar para os princípios que regem o campo de trabalho da estratégia saúde da família é de grande valia para a organização do SUS e da unidade de saúde trabalhada, onde as reflexões realizadas apontam para problemas estruturais passíveis de intervenções a serem traduzidas a curto, médio e longo prazo.

O resgate da identidade do processo de territorialização nesta equipe trouxe resultados instigantes a curto prazo, onde a partir do mapeamento da área e alinhamento técnico sob a luz da teorização observou-se o aumento no número de cadastros individuais, e posteriormente estratificados a partir do instrumento sistematizado de Coelho & Savassi (2012) corroborando para a organização do serviço.

Ao desenvolver o plano de intervenção houve a estimulação da vivência multiprofissional em prol do objetivo geral, garantindo uma visão coletiva sobre as demandas encontradas e as tomadas de decisões em conjunto, o que tornou o prosseguimento da execução com um grau de importância maior em detrimento ao futuro desfecho do trabalho.

Quando observado os níveis de atuação enquanto componentes da equipe multiprofissional da eSF envolvida, as experiências apontam para um aproveitamento exitoso em todos os conjuntos sob a ótica colaborativa. Os processos construídos corroboram para uma progressividade em todas as esferas enquanto núcleo profissional e campo comum de atuação de todos os membros da equipe para a manutenção da estratégia Saúde da Família e fortalecimento do SUS.

Agradecimentos

“Não se aplica”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Colussi, C. et al. **Territorialização como Instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC [periódico da internet]. 2016[citado 2022 jul]. Disponível em: www.ufsc.br.
3. Faria, Rivaldo Mauro de. **A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Rio de Janeiro [periódico da internet]. 2020[citado 2022 jul] v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n11/1413-8123-csc-25-11-4521.pdf>>.
4. Marco, Ricardo et al. **O uso de informações para o processo de territorialização no planejamento da Atenção Básica: uma experiência a partir das doenças renais crônicas no município de São Bernardo do Campo**. São Paulo [periódico da internet]. 2019[citado 2022 jul]. Disponível em: < <https://docs.bvsalud.org/>> Acesso em: 05/06/2021.
5. Souza, Glaúcio et al. **Estratégia da Saúde da Família: A dimensão articuladora do território**. Barbarói, Santa Cruz do Sul [periódico da internet]. 2020 [citado 2022 jul], n. 56, p., jan./jun. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14643>>.
6. Savassi, Leonardo Caçado Monteiro et al. **Sistematização de um instrumento de Estratificação de Risco Familiar: Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi**. J Manag Prim Health Care [periódico da internet]. 2012[citado 2022 jul]; 3(2):179-185. Disponível em< <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>>.
7. Villardi, ml, cyrino, eg, and berbel, NAN. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. [periódico da internet]. 2015[citado 2022 jul], 118 p.

REATIVAÇÃO DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UBS DA CANAFÍSTULA, EM ARAPIRACA-AL

Dyzon F Silva¹;

Erielly M B A Feitoza¹;

Ricardo J S Ferreira¹;

Gabriela B Azevedo^{1*}

¹Universidade Federal de Alagoas

*(gabriela_barbosaa@outlook.com)



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



RESUMO

Entre as ações de promoção à saúde, destacam-se os grupos operativos como linha de cuidado aos indivíduos e coletividades. A hipertensão é uma doença crônica e multifatorial. O diabetes é um distúrbio metabólico de hiperglicemia persistente. A reativação do grupo de hipertensos e diabéticos permitiu ferramentas para a melhoria da adesão ao tratamento, e controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial. Como resultado, percebeu-se o estabelecimento de um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e os pacientes, que estiveram mais envolvidos nas decisões de saúde individual e do grupo, evitando complicações da hipertensão e do diabetes.

Palavras-chave: Grupo, hipertensão, diabetes.

INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde José Clóvis Barbosa de Guimarães, também conhecida como UBS da Canafístula, é uma das mais antigas do município de Arapiraca-AL e atende os mais diversos usuários, inclusive com hipertensão e diabetes. A hipertensão é uma doença crônica e multifatorial (1). O diabetes é um distúrbio metabólico de hiperglicemia persistente (2). Devido à pandemia da COVID-19, desde 2020 os pacientes hipertensos e diabéticos eram assistidos apenas em consultas individuais de rotina, sem um plano de ação para enfrentar as dificuldades para o tratamento e a prevenção desses pacientes. A reativação do grupo de hipertensos e diabéticos permitiu a criação de ferramentas e estratégias para a melhoria da adesão ao tratamento estabelecido, para o entendimento da patologia e o controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Conforme a microárea, formaram-se grupos, cada qual iniciando com uma dinâmica em que os usuários respondiam SIM ou NÃO às perguntas sobre os mitos e verdades da hipertensão e do diabetes, também participando ativamente, seguindo-se de uma palestra educativa sobre alimentação saudável, o uso correto das medicações e a importância da atividade física. Em seguida, na dinâmica “Você sabe meu nome?”, os usuários aprendiam os nomes das medicações de que faziam uso diariamente e, por fim, passavam pelo atendimento individual, realizando-se ajustes das medicações, classificação do risco cardiovascular, solicitação de exames quando necessário e agendamento do retorno. Ao final dos grupos, em conjunto com os ACS, foram identificados os pacientes em vulnerabilidade, aos quais propusemos um porta-medicação para facilitar a tomada adequada da medicação. Fizemos ainda dois banners para as palestras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as reuniões os usuários passaram a entender a necessidade de adotar hábitos alimentares mais saudáveis e a aderir melhor ao tratamento medicamentoso, buscando no grupo

uma maneira de falar sobre os seus problemas. Nesse sentido, observamos uma menor demanda de crises hipertensivas na unidade. É notório que um dos limitantes para um bom controle pressórico e glicêmico é o fator financeiro, sendo os participantes do grupo, em sua maioria, de baixa renda, não conseguindo realizar uma dieta adequada. Deve-se ressaltar, porém, que as orientações dadas permitiram-lhes ter uma dieta saudável dentro de suas possibilidades, chamando-se atenção para a importância da adesão às alterações dietéticas propostas. Observamos ainda problemas familiares e idosos morando sozinhos, com pouco auxílio familiar, com limitações físicas, além do analfabetismo, fator que prejudicava a adesão ao tratamento medicamentoso. Diante disso, produzimos separadores (Figura 2) que organizam as medicações por horário de tomada, facilitando o uso em tempo programado.



Figura 1: Capturas de uma palestra no grupo de HAS / DM



Figura 2: Dois exemplares dos separadores de medicação ao lado dos dois banners produzidos.

CONCLUSÃO

Com a reativação do grupo de hipertensão e diabetes, percebeu-se o estabelecimento de um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população local. No grupo, houve uma importante troca de vivência e saberes, guiando as decisões terapêuticas. Os pacientes estiveram mais envolvidos nas decisões de saúde individual e do grupo, puderam dividir suas dúvidas e seus medos e adquiriram mais conhecimento sobre suas doenças, fomentado reflexão sobre os próprios papéis em evitar as complicações da hipertensão e do diabetes não tratados.

Agradecimentos

À equipe e aos usuários da Unidade Básica de Saúde da Canafstula.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannad; 2020. 455p

REDUÇÃO DE DANOS NO CONTEXTO DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE

Nemório R. Alves* ¹;

Cayo E. B. Santos ²;

Heloísa W. A. Tigre ³;

Ana F. S. Lima ⁴;

Patrícia de C. Nagliate ⁵.

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. *nemodrigues@gmail.com*

² Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. *cayo.ebs@gmail.com*

³ Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. *heloisa.tigre20@gmail.com*

⁴ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. *anafsl94@gmail.com*

⁵ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. *patricia.nagliate@eenf.ufal.br*

RESUMO



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de profissionais do Consultório na Rua sobre práticas de redução de danos no contexto do cuidado a uma pessoa em situação de rua com tuberculose. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Toma-se como período temporal as ações e serviços prestados entre os meses de maio a julho de 2022. Os resultados foram organizados em três eixos narrativos: “Cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose”; “Práticas de Redução de Danos”; e, “Articulação de redes para o cuidado compartilhado”.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, População em situação de rua, Tuberculose, Redução de danos.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que está entre as dez doenças com maiores taxas de mortalidade no mundo¹. Sabe-se que a TB apresenta relação direta com os determinantes sociais de saúde e que a pobreza é uma de suas causas². No Brasil ainda é um problema de saúde pública com taxas de incidência e óbitos elevadas³. Nesse contexto, torna-se importante destacar que a População em Situação de Rua (PSR) apresenta risco 56 vezes maior de adoecer, quando comparado à população geral⁴. Tal dado corrobora no entendimento das múltiplas relações de vulnerabilização que a PSR enfrenta no contexto da infecção por TB.

Políticas públicas direcionadas para o controle e manejo da TB existem, no entanto, muitos são os desafios dada a complexidade de se garantir uma assistência de qualidade, considerando as características da situação de vida e necessidades sociais e de saúde da PSR⁴. O Brasil tem enfrentado muitas dificuldades para alcançar objetivos e metas dessas políticas, em virtude do contexto social desta população, marcado pela precariedade da vida⁵. Independentemente da realidade social e de saúde das regiões no Brasil, a PSR apresenta piores desfechos relacionados à tuberculose em comparação a população geral⁶. Isto revela um cenário preocupante que chama a atenção das especificidades do manejo da TB no contexto da rua.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, as equipes de Consultório na Rua (eCR) são as referências para o cuidado da PSR que deve ser compartilhado e articulação com serviços das redes intersetoriais e de atenção à saúde⁷. O processo de trabalho dessas equipes é orientado pela política de Redução de Danos^{8,9}. Tal orientação ocorre devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, se constituir como um dos principais motivos que levam pessoas à situação de rua, cerca de 35,5%. Ademais, o desemprego (29,8%) e os conflitos familiares (29,1%) são outros motivos que culminam na situação citada¹⁰.

Mediante ao exposto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de profissionais do Consultório na Rua (CnaR) sobre práticas de redução de danos (RD) no contexto do cuidado a uma pessoa em situação de rua com TB.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Este tipo de artigo descreve uma dada vivência que pode contribuir de forma relevante para determinada área de atuação. Ademais, deve ser escrito de modo contextualizado e com objetividade. Este tipo de estudo contribui significativamente através do estímulo a trocas e proposições de ideias no campo em questão. O seu propósito é socializar uma experiência, suscitar o debate e viabilizar reflexões¹¹.

Para fins de descrição desta experiência, toma-se como período temporal as ações e serviços prestados por enfermeiros, entre os meses de maio a julho de 2022, durante as atividades assistenciais e de cuidado vinculadas a um eCR de Alagoas. Importante salientar que esse recorte temporal representa o início da suspeita de TB em uma pessoa em situação de rua acompanhada. Verifica-se como importante mencionar que no estado de Alagoas, somente a cidade de Maceió possui eCR. O CnaR de Maceió está organizado em 06 equipes, todas na modalidade II, e prestam assistência à PSR em todos os distritos sanitários da capital com funcionamento nos três turnos. Tem aproximadamente 50 profissionais que compõem as equipes multidisciplinares⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, de natureza qualitativa e descritiva, foram organizados e estão estruturados em três eixos narrativos, quais sejam: “Cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose”; “Práticas de Redução de Danos”, e “Articulação de redes para o cuidado compartilhado.

Cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose

Os profissionais do CnaR são referência para o cuidado junto à PSR. Estão inseridos no contexto da APS e com isso, devem seguir as diretrizes e orientações das políticas públicas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde. O manejo da TB no contexto do CnaR é um grande desafio, pois inúmeros fatores trazem as complexidades e vulnerabilidades à tona. Para garantir uma maior adesão ao tratamento da TB, instituiu-se o Tratamento Diretamente Observado (TDO). Além disso, existem os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) que norteiam o cuidado desde o diagnóstico até o acompanhamento após cura.

Como as PSR têm mais risco de se infectar com a micobactéria que causa a TB, os profissionais precisam estar atentos aos sinais e sintomas que possam auxiliar na detecção precoce e assim, poder dar início ao tratamento. Importante ressaltar que a TB é uma doença de notificação compulsória semanal e seu diagnóstico pode ser feito através de confirmação por critérios clínicos (Raio-x de tórax) ou laboratoriais (Baciloscopia e teste rápido molecular para tuberculose). No entanto, a confirmação de TB por critérios clínicos sem oferecer exames laboratoriais, apresenta falha na oferta de serviços já incorporados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta seção introduz-se aqui o caso de um homem pardo com deficiência, acompanhado pelo CnaR a 8 anos e pela eCR em questão a 3 anos. Ele faz uso contínuo de álcool, fez uso de tabaco por uma longa parte da vida e estava apresentando sintomas respiratórios característicos de TB (tosse produtiva há 1 mês). Com isso, a eCR articulou em suas idas a campo, o cuidado que era necessário para realização do diagnóstico: baciloscopia e exame de raio-x de tórax. Testes rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis foram realizados e descartadas possíveis coinfeções. Os resultados confirmaram a suspeita para TB e logo em seguida foi realizada a notificação compulsória, prescrição do tratamento com quatro comprimidos de RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) para início da fase intensiva.

No início do TDO, observamos que o referido homem interrompeu seu tratamento pois havia perdido um quantitativo de 60 comprimidos que foram dispensados pela eCR. De prontidão, foram dispensados novos comprimidos em menor quantidade e foi construído junto ao usuário o sentimento de responsabilização pelo cuidado de si. Dias depois, após um final de semana, numa segunda-feira, o homem foi abordado e questionado sobre a tomada da medicação durante os dias anteriores, com isso, a equipe foi informada que o tratamento havia sido interrompido pois o usuário estava fazendo o consumo de álcool e que tinha aprendido que não podia tomar remédios antibióticos e usar o álcool. Foi a partir daí que novas estratégias para o cuidado precisavam ser construídas para garantir a adesão ao tratamento.

Práticas de Redução de Danos

O conceito de RD é polissêmico e vem se expandindo ao longo da história. No entanto, tais práticas podem ser entendidas como aquelas que potencializam a vida das pessoas. No âmbito jurídico e do SUS, a RD apresenta-se ancorada no artigo 196º da Constituição Federal de 1988, na Portaria nº 1.028 de 2005 e na Portaria nº 2.436 de 2017, ambas do Ministério da Saúde, bem como no artigo 20º da Lei 11.343 de 2006. As práticas de RD versam sobre autonomia, autocuidado, corresponsabilização, cuidado em liberdade e livre de punição e julgamento. Elas também corroboram com a luta pela garantia de direitos humanos básicos, como acesso à saúde, água e moradia digna.

O CnaR apresenta em seu rol de atuação a utilização de diversas tecnologias de cuidado, e quando se trata de RD, a maior parte delas caminham próximas às tecnologias leves. As tecnologias leves são aquelas que só existem no ato em saúde, são as relacionais¹². Dentre elas, destacam-se o acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo, a empatia, o respeito. No caso do homem em questão, foi necessária a implementação de tecnologias leves para garantir uma melhor adesão ao tratamento da tuberculose.

Visitas frequentes foram realizadas para sensibilizar o usuário sobre a importância do tratamento. Em uma dessas idas ao território onde ele vive, o usuário afirmou ter parado o tratamento pois estava fazendo uso de álcool durante o final de semana todo. Neste momento, os profissionais trabalharam a educação em saúde voltada para a RD no contexto do uso do álcool e dos antitubercúlicos. O usuário foi esclarecido que mesmo fazendo uso do álcool, era interessante manter o tratamento no horário estabelecido. Foram solucionadas as dúvidas acerca da tomada da medicação e deu-se continuidade ao cuidado.

Articulação de redes para o cuidado compartilhado

O cuidado à PSR, em virtude de sua complexidade, por vezes, é compartilhado com serviços que compõem as redes de atenção à saúde e as redes intersetoriais. Cabe aqui inserir que a rede socioassistencial é a que mais articula cuidado junto ao CnaR. No caso do homem em questão, fez-se necessário o acesso a serviços laboratoriais, exames radiológicos e consultas para fechar o diagnóstico e início do TDO. Após algumas visitas e muitas orientações acerca da importância da adesão ao tratamento, o usuário juntamente com sua companheira,

decidiram ir para uma casa de passagem. Para que esse acolhimento fosse feito, os profissionais do CnaR articularam com os técnicos de referência deste serviço.

Esta articulação intersetorial foi primordial para que até o presente momento, o usuário estivesse abrigado, mesmo que provisoriamente. Na casa de passagem, os técnicos de referência, a exemplo psicólogos, assistentes sociais e educadores sociais, estão construindo junto à eCR, estratégias para o compartilhamento do cuidado. Nessa modalidade de atenção, ambas equipes se integram e se responsabilizam neste processo. O cuidado intersetorial também é uma prática de RD. O desenrolar desse itinerário terapêutico tem sido desafiador, no entanto, o CnaR juntamente com os serviços que prestam atenção e cuidado à PSR tem se comprometido com a discussão e acompanhamento deste caso de modo efetivo.

CONCLUSÃO

Inúmeros desafios são encontrados no cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose. Entretanto, eles não podem ser vistos como insuperáveis, uma vez que os profissionais, juntamente com a pessoa a quem se destina o cuidado, devem estar em interação e construindo as estratégias juntos. A RD nos ensina que o cuidado deve ser leve e que torna-se necessário um posicionamento ético diante do outro que pode estar inserido de diversas relações de vulnerabilização. As práticas de RD ampliam a vida das pessoas, pois as tecnologias leves de cuidado impactam positivamente e podem ser estratégias para garantir a mitigação dos riscos e danos, o autocuidado, a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. OMS. **Global Tuberculosis Report**. Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>. Acesso em: 27 jul. 2022.
2. Macedo LR, Maciel, ELN, Struchiner CJ. **Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26 (1): 4749–59.

3. Gioseffi JR, Batista R, Brignol SM. **Tuberculose, vulnerabilidades e HIV em pessoas em situação de rua: revisão sistemática.** Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2022; 56 (1): 1-13.
4. Hino P, et al. **Tuberculosis in the street population: a systematic review.** Revista da Escola de Enfermagem da USP: 2021; 55 (1): 1-8.
5. Aguiar FHS, et al. **Perfil da tuberculose em populações vulneráveis.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2021; 20 (1): 253-8.
6. Santos CE, et al. **Analysis and comparison of tuberculosis treatment outcomes in the homeless population and in the general population of Brazil.** Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2021; 47 (2): 1-4.
7. Alves NR, et al. **Atuação dos profissionais do consultório na rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Brasil: uma revisão de escopo.** Research, Society and Development. 2021; 10 (4): 1-13.
8. Cardoso AC, et al. **Challenges and potentialities of nursing work in street medical office.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2018; 26 (1): 1-9.
9. Timóteo AVG, et al. **Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL.** Enfermagem Em Foco. 2020; 11(1): 126–130.
10. Brasil. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Ministério da Saúde. 2014; 1ed: 1-38.
11. Silva, CM. **Como transformar qualquer vivência em relato de experiência.** 2021; 1 ed: 1-32.
12. Merhy, EE et al. **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde.** Saúde em Debate. 2019; 43(6): 70-83.

SAÚDE DO TRABALHADOR DO CONSULTÓRIO NA RUA: CUIDANDO DO CUIDADOR

Ana F.S. Lima^{1*};

Heloísa W. A. Tigre²;

Cayo E. B. Manolo²;

Nemório R. Alves¹;

Jorgina S. Jorge²;

Laís M. C. Costa¹

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: anafsl94@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde - Consultório na Rua de Maceió. E-mail: heloisa.tigre20@gmail.com



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

O trabalho objetiva descrever a experiência da prática “Cuidando do cuidador” como dispositivo de promoção à saúde do trabalhador desenvolvido pela gestão do Consultório na Rua de Maceió-Al. Desenvolveram-se atividades como jogos de futebol, cinema, caminhada, práticas integrativas e dinâmicas. Os trabalhadores das equipes do Consultório na Rua demonstram apreço por esse momento de autocuidado e integração. A experiência do “Cuidando do cuidador” mostrou-se como uma prática efetiva de promoção da saúde viável e necessária para o bem-estar e melhora da qualidade de vida no trabalho.

Palavras-chaves: Promoção da Saúde, Saúde do Trabalhador, Atenção Primária

INTRODUÇÃO

A equipe do Consultório na Rua atua com ações *in loco* ou de forma itinerante por meio da realização de busca ativa de pessoas em situação de rua, a fim de prestar atenção integral a esse grupo. Dessa forma, para o alcance dessa integralidade, o cuidado a população em situação de rua exige, além dos conhecimentos técnicos de cada componente da equipe multiprofissional, envolve virtudes humanas como a solidariedade e a intencionalidade em compreender a pessoa a ser cuidada¹.

Para isso, a equipe do Consultório precisa se adaptar a atuar no ambiente da rua, o qual foge do convencional, marcado por uma realidade caracterizada pela falta de estrutura física; exposição às diferentes condições climáticas: sol, vento, frio; e encontros com histórias de alegrias e angústias de pessoas em vulnerabilidade, o que demanda um investimento de afeto característico deste serviço¹⁻².

O cuidado ofertado no espaço de rua é marcado por um encontro entre quem cuida e quem é cuidado. Envolve saberes, experiências e cultura das pessoas envolvidas a partir de um relacionamento interpessoal com base no vínculo, acolhimento, diálogo e escuta qualificada para que haja uma assistência integral, com respeito a singularidade³.

Este cuidado prestado a uma população marcada pela vulnerabilidade e pelo sofrimento, pode afetar o profissional de saúde, o qual pode fazer ligações com situações semelhantes de sofrimento que já tenha passado⁴. Devido a esta realidade no processo de cuidado deste serviço, desperta para a importância de um olhar atento para este trabalhador que cuida e está cercado de tensões emocionais que podem acarretar sofrimento mental e por sua vez levar ao processo de adoecimento².

Diante desse cenário, a gestão do Consultório na Rua de Maceió-Al propôs a iniciativa do “Cuidando do cuidador”. Assim, este trabalho tem por objetivo descrever esta experiência como uma prática de promoção à saúde para o trabalhador do Consultório na Rua.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre uma prática proposta pela gestão do Consultório na Rua de Maceió-Al como uma estratégia a promoção da

saúde dos trabalhadores das equipes, denominada “Cuidando do Cuidador”. Este projeto foi pensado, ao considerar que o ambiente de trabalho pode interferir na dimensão individual e relacional do trabalhador, visto que é nele onde a pessoa passa parte considerável da vida. Ademais, quando o trabalho é fonte de prazer, ele oferece identidade ao profissional, realização, reconhecimento e liberdade, e assim, o trabalhador exerce protagonismo em suas ações, não sendo oprimido pelo trabalho⁴.

Assim, o “Cuidando do cuidador” iniciou no ano de 2011 contando com a participação de uma psicóloga vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e com apenas quatro equipes instituídas no município de Maceió. Em 2011, o Consultório na Rua era vinculado a Coordenação de Saúde mental. A partir de 2012 o Consultório na Rua passa a integrar a Atenção Primária à Saúde (APS) baseado na Política Nacional de Atenção Básica⁵.

Posteriormente a essa parceria, a gestão decidiu juntamente com as equipes dar continuidade a programação com frequência bimestral. O encontro foi realizado com as seis equipes que constituem o Consultório na Rua no Estado de Alagoas. A programação é dinâmica e pensada a partir da opinião dos próprios trabalhadores com a proposta de ser um espaço de promoção da saúde mental e física, de descontração, atividades desportivas, dinâmicas e práticas integrativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A programação do “Cuidando do cuidador”, busca primar pelos princípios do SUS de autonomia e participação popular, assim como se articula aos princípios da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), logo é construída junto aos trabalhadores. Assim, a gestão do Consultório na Rua procura saber dos trabalhadores opções de atividades a serem desenvolvidas por meio eletrônico, utilizando a ferramenta do grupo de “whatsapp”. A partir das opções que surgem, ocorre a votação e a prática mais votada é desenvolvida.

Vale ressaltar a importância desta prática desenvolvida pela gestão em prol da saúde do trabalhador do Consultório na Rua, pois a literatura mostra a carência de ações em saúde do trabalhador na rotina de trabalho das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) e que de modo geral, carecem de articulação com a PNSTT, enfrentando entraves para sua execução

como a sobrecarga de trabalho, formação profissional inadequada e falta de apoio institucional⁷.

Um estudo analisou as ações de saúde do trabalhador em equipes da APS de Montes Claros, Minas Gerais, em 132 unidades básicas de saúde com a participação de 326 profissionais. Verificou-se que as equipes da Atenção Primária à Saúde apresentam dificuldade na incorporação de intervenções em saúde do trabalhador no planejamento das atividades diárias do trabalho, demonstrando a necessidade de qualificação profissional e suporte pedagógico e institucional⁷.

Dessa forma, atividades no campo da saúde do trabalhador devem ser estimuladas. Assim, dentro da programação do “Cuidando do cuidador” já foram desenvolvidas atividades como jogos de futebol, cinema, caminhada, práticas integrativas como auriculoterapia, ventosaterapia, massoterapia, yoga do riso e dinâmicas, sempre com um momento para o lanche coletivo. Os trabalhadores demonstram apreço por esse momento de cuidado, descontração, leveza e consideram positiva a experiência do contato com as outras equipes.

Neste contexto, o SUS tem importante papel na implementação de práticas de saúde do trabalhador, visto o grande número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nos registros dos sistemas oficiais e ao considerar a centralidade da Atenção Primária em Saúde na assistência à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. A saúde exige a participação ativa de todos os sujeitos na análise e elaboração das ações que visam sua promoção⁸.

CONCLUSÃO

A experiência do “Cuidando do cuidador” se mostra como uma prática de promoção da saúde do trabalhador do Consultório na Rua, visto que permite aos trabalhadores um espaço de cuidado, descontração e leveza diante da realidade de sofrimento e vulnerabilidade que se deparam na rotina de trabalho.

Além disso, oportuniza a participação do trabalhador na construção das ações de promoção da saúde para os mesmos. Assim, este trabalho traz a contribuição de demonstrar uma prática exitosa em saúde do trabalhador que acontece na APS e que serve de estímulo para que outras ações nesta área sejam desenvolvidas.

Agradecimentos

Não se aplica

REFERÊNCIAS

1. Londero MFP; Ceccim RB; Bilibio LFS. **Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse**. Interface [periódico da internet]. 2014 [citado 29 jul 2022]; 18 (49):251-260.
2. Lima AFS, Almeida LWS, Costa LMC, Marques ES, Lima Júnior MCF, Rocha KRSL. **Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [periódico da internet]. 2019 [citado 29 jul 2022];53e03495.
3. Campos EP. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde/ Eugenio Paes Campos; prefácio Júlio de Melo Filho**. 3 ed. São Paulo: Editora Dialética, 2021.
4. De Paula HC, Daher VD, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralik GBF. **Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of the health care**. Rev. Bras. Enferm [periódico da internet]. 2018 [citado 29 jul 2022]; 71:(suppl6).
5. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. **Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social**. Caderno Saúde Pública [periódico da internet]. 2016 [citado 29 jul 2022] 32(8): e00070515.
6. Amorim LA, Silva TL, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. **Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil**. Cien Saude Colet [periódico da internet]. 2017 [citado 29 jul 2022]; 22(10):3403-3414.
7. Silva ME, Lima MWH, Macedo EYL, Medeiros MBC, Monteiro VCM, Oliveira LRP et al. **Attention to worker health in primary health care: an integrative literature review**. Braz. J. of Develop [periódico da Internet]. 2020 [citado 29 jul 2022]. 6(7):44617.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. 2017.

TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DE UMA OFICINA

Ana L S Barbosa^{1*};

Jefferson D da Costa²;

Jamille R da Silva³;

Cleber De S Silva⁴;

Francisco C Mendes⁵;

Patricia F Santos⁶.

¹ Assistente social, residente pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Legislação Social, Políticas Públicas e Trabalho Social pela Pótere Social. E-mail: larissesantosb@gmail.com

² Enfermeiro, residente pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

³ Psicóloga, residente pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

⁴ Nutricionista, residente pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

⁵ Supervisor de Campo Enfermeiro, Escola de Saúde Pública do Ceará.

⁶ Supervisora Geral Enfermeira, Escola de Saúde Pública do Ceará.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da realização de uma oficina de territorialização em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em Tianguá-CE. Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo e abordagem qualitativa, referente às atividades propostas pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará nos meses de março e abril de 2022. Sendo assim, a oficina de territorialização apresentou-se como um instrumento de trabalho bastante transformador, por possibilitar, aos usuários e profissionais, uma vivência diferenciada de atenção e cuidado.

Palavras-chaves: Territorialização da Atenção Primária, Saúde da Família, Saúde Pública.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A territorialização consiste no processo de conhecimento do território para nortear estratégias de cuidado no combate aos agravos de saúde bem como a sua promoção. O território pode ser entendido como a delimitação não apenas geográfica do local, mas também como dimensão social dos determinantes de saúde naquele local coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹.

No Brasil, a territorialização é um propósito primordial da ESF. A ESF surgiu inicialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) principalmente na Região Nordeste, e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil, pelo qual foram constituídas equipes de saúde da família, e por fim passou a ser utilizado o conceito de Estratégia de Saúde da Família, constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. Uma ESF abrange uma população de até 4 mil pessoas, sendo recomendada a média de 3 mil².

É preciso, porém, ir mais além e entender que as etapas do processo de territorialização não são fixas e concretas, mas sim algo contínuo e dinâmico que se modela conforme necessidades do território permitindo, assim, uma compreensão ampla da territorialização. Tão importante quanto essas considerações, é o olhar interdisciplinar da situação de saúde, pois permite conhecer distintos saberes e visões de mundo sobre a realidade de uma população³.

Deve-se chamar atenção ao fato que as atividades grupais, na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, apresentam benefícios essenciais ao promover o potencial reflexivo, crítico e criativo dos participantes⁴. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da realização de uma oficina de territorialização em uma UBS do município de Tianguá-CE.

Além disso, o processo de territorialização também se mostra como um instrumento para a concepção do cuidado ampliado e controle social na saúde. A Oficina de Territorialização terá sua metodologia descrita no tópico a seguir.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODOS

Durante a experiência, foi importante conhecer o cenário de prática e seus profissionais, visitando os diversos equipamentos presentes no território e conversando com os atores-chaves desses equipamentos, a fim de compreender o funcionamento desses locais e o seu potencial para a execução de atividades para promoção de saúde no bairro visando diferentes públicos. Essas visitas e o contato com o bairro culminaram numa oficina em saúde com a presença de profissionais de diversos equipamentos, bem como da comunidade.

A vivência do processo de territorialização, realizado pela equipe multiprofissional da residência em saúde da família e comunidade, em um município da região Norte do Ceará, aconteceu no território da Unidade Básica de Saúde (UBS). Territorializar permite que as necessidades e potencialidades da comunidade adscrita pela UBS sejam conhecidas, além de possibilitar o planejamento de ações em saúde coerentes e resolutivas, objetivando a transformação da qualidade de vida da população⁵.

Os autores Rouquayrol e Gurgel⁶ relatam que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são abrangidos pela moradia, a alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, o trabalho, a renda, o lazer entre outros. Nesta atividade, foi possível justamente observar estes fatores, conhecer como se dava o processo saúde-doença da população e visualizar a incidência dos determinantes e condicionantes existentes em cada lugar.

É válido ressaltar que todo o percurso de visita aos equipamentos e aos limites do território foi realizado em forma de caminhada pela equipe de residentes, nesse momento pode ser percebido o modo de vida em que as pessoas da região vivem e convivem. Para além das visitas aos dispositivos e caminhada pelo território, os discursos de moradores pioneiros do bairro também se fizeram de grande importância para o conhecimento da história local, e como foi ocorrendo as mudanças ao longo do tempo para que se chegasse ao modo em que se encontra atualmente.

Para finalizar o processo de territorialização, a equipe multiprofissional de residentes realizou uma oficina com os usuários e os profissionais da unidade, para que fosse discutida a percepção de ambos sobre as potencialidades e fragilidades que são identificadas no território descrito.

Diante do processo de territorialização da área de abrangência da UBS, foram aplicadas as etapas propostas pela RESMULTI/ESPCE: Sendo elas, respectivamente: Imersão no município e Cenário de Práticas, Imersão Comunitária, Mobilização nos territórios/Execução de oficinas

de territorialização, Sistematização das oficinas/ Planejamento da quinta etapa, Realização de oficinas de planejamento participativo/ Avaliação dos elementos vivenciados e condensados. Sendo assim, entendendo que as etapas se interpenetram e possibilitam a obtenção de informações sistematizadas do território, iniciou-se o processo por meio da imersão no município e no cenário de prática.

No que tange ao objetivo deste trabalho, é apresentado a realização da 3ª etapa de mobilização nos territórios e execução de oficinas de territorialização, em que foi optado pela realização de um único encontro para viabilizar a participação integral dos profissionais dos equipamentos do território na articulação e no planejamento.

Sob essa ótica, foi pensado uma dinâmica que viabilizasse a matriz SWOT/FOFA que busca conhecer os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças. A matriz foi escolhida por considerar que este método é uma ferramenta útil na organização e no planejamento estratégico, bem como potencializa a capacidade dos serviços de saúde em definir objetivos e metas com mais precisão e coerência⁷. A dinâmica consistiu em um recurso imagético utilizando a metáfora da figura de um guarda-chuva protegendo o território das gotas de chuva, na qual as mesmas representavam as fragilidades e ameaças presentes no território e o guarda-chuva representava as forças e oportunidades.

Contamos com 21 pessoas, entre funcionários e usuários. Logo ao início, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do encontro e sobre a importância deste momento de comunicação, cuja base vem dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram divididos em dois grupos, onde um ficou responsável por elencar as fraquezas/ameaças e o outro por identificar as fortalezas/oportunidades.

Depois dessa etapa, cada participante teve de 3-5 minutos para falar sobre as oportunidades ou fragilidades que identificou, bem como apontaram pontos que não foram explorados pelos outros grupos. Ao final das falas, foi aberto um momento para que os participantes sugerissem alternativas de intervenção. A equipe de residentes finalizou o momento informando que seriam pensadas ações conjuntas e multiprofissionais a serem realizadas conforme necessidade e propostas apresentadas, tentando sempre articular demandas e visando melhorias para a população e para o território.

Por ser do tipo de relato de experiência, este estudo não passou por Comitê de Ética, mas é norteado pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), valendo de princípios éticos, como ética, não maleficência, beneficência, sigilo e respeito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Sousa⁸, compreender as fragilidades e potencialidades do território permitem a produção de propostas congruentes com a realidade vivenciada pela comunidade, bem como possibilitam aos profissionais de saúde serem coesos com os interesses sociais. Diante disso, cabe pontuar que o território-área conta com diversos dispositivos, onde a equipe de residentes pode realizar uma visita a cada um deles e conversar com um representante de cada organização, realizando um trabalho de escuta ativa desses atores sociais.

Nesses momentos pôde ser observado como o território funcionava, quais as queixas e problemas enfrentados nos dispositivos visitados, e em contrapartida, também pode ser observado os locais e ferramentas que poderiam ser potenciais para realização das atividades da residência, na promoção de saúde do território. Durante as visitas da área adscrita identificamos três unidades de educação, sendo duas escolas de ensino fundamental I e uma escola de ensino fundamental II. Cabe apontar, ainda, que foi possível identificar os dispositivos referentes a assistência social e seus grupos de convivência, comércios locais, associações, espaços culturais, dentre outros.

No que diz respeito a realização da oficina de territorialização propriamente dita, os participantes destacaram como principais forças/oportunidades os equipamentos públicos e sociais, esse mesmo resultado foi encontrado em uma pesquisa realizado em Sobral (Ceará) na qual as escolas foram destacadas como espaços de formação cidadã e a UBS como serviço de cuidado longitudinal⁸.

É importante resgatar que os recursos humanos também foram considerados como forças e oportunidades, dentre os quais contam com residentes em saúde da família e comunidade, agentes comunitários de saúde e estagiários. Sob essa ótica, ganha relevância uma oficina de territorialização realizada em Quixeramobim, na qual evidenciou recursos humanos além do pessoal da UBS, na qual exemplificam à influência das rezadeiras, curandeiras e presença política⁹.

Fora desse aspecto bem demarcado, são apresentadas fraquezas e fragilidades de diversas origens, na qual estão relacionadas a localização geográfica do território, condições ambientais, dentre outras. Na discussão desse ponto, cabe apontar a importância de conhecer

esses aspectos do território, tendo em vista que muitas vezes estão associadas a dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde ou até mesmo a viabilização do cuidado⁹.

Diante do exposto, foi possível a realização de um plano de ação com intervenções de curto, médio e longo prazo, na qual podem ser citadas: acionamento da associação de catadores na contribuição com questões relacionadas ao lixo à céu aberto; intensificação das atividades de educação permanente com profissionais da unidade; aprimorar o acolhimento com escuta qualificada, garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades; informar para a gestão a necessidade da implantação de um serviço de Pronto Atendimento na comunidade; educação em saúde sobre conscientização ambiental; intensificar as atividades do Programa Saúde na Escola: ações de educação à sexual e reprodutiva, promover conscientização sobre os riscos do uso de drogas, realizar uma feira de profissões e projeto de vida; expandir a criação de grupos: práticas corporais, grupo de gestantes, grupo de adolescentes, dentre outros; explorar potencialidades dos profissionais que compõem a unidade equipe mínima (residentes, estagiários e agentes comunitários de saúde); fortalecer o vínculo em rede; aplicar ações de cuidando do cuidador.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a oficina realizada se propôs a conhecer as conquistas, a história, e o cotidiano da comunidade, bem como entender as dificuldades e fragilidades do território, na qual foram sistematizadas em rodas de conversas dos profissionais de saúde residentes. Não menos importante que essa consideração, entretanto, foi o objetivo de produzir esse processo dinâmico e que tornasse os sujeitos participantes ativos nesse processo de territorialização.

A experiência no desempenho de territorialização apresenta-se como um instrumento de trabalho bastante transformador, por possibilitar, aos usuários e profissionais, uma vivência diferenciada de atenção e cuidado. Assim, recomenda-se a prática da territorialização não somente para conhecer o território geográfico, isto é, as casas, bairros, ruas e equipamentos sociais e de saúde, mas também para apreciá-la como uma possibilidade de cuidado ampliado de saúde, no qual o vínculo seja percebido como a mola mestra e as ações sejam realizadas em conjunto com seus diversos segmentos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MCC, Oliveira MAC, Pereira KD, Oliveira GE, Coutinho MLSA, Maia YMS, Gondim FSS, Barbosa DS. **Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho / Territorialization process in health as a work tool.** Brazilian Journal Of Health Review, 2020 [Citado 2022 mai 20]; 3 (5): 13578-88.
2. Pinto LF, Giovanella L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab).** Ciência & Saúde Coletiva, 2018 [citado 2022 mai 20.]; 23(6): 1903-14.
3. Colussi CF, Pereira KGr. **TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO PLANEJAMENTO LOCAL NA ATENÇÃO BÁSICA.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016 [citado 2022 mai 20]; 1(1): 01-86, jun. 2016.
4. Cavalcante VOM, et al. **ABORDAGEM GRUPAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** Rev. Tendên. da Enferm. Profiss., Fortaleza, 2016 [citado 2022 mai 20]; 3 (1): 1974-79.
5. Brasil MS. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria nº 2.488, 2011 [citado 2022 mai 20].
6. Rouquayrol MZ, Gurgel M. **Epidemiologia e Saúde.** 2013 [citado 2022 jun 25]
7. Lameirão MV, et al. **APLICAÇÃO DA MATRIZ SWOT EM UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Cadernos Esp. Ceará, Fortaleza, 2020 [citado 2022 jun 25.]; 33 (1).
8. Sousa FWM, et al. **“Por onde andei”:** vivências de acadêmicos de enfermagem na atenção primária à saúde. Saude em Redes, Porto Alegre, 2019 [citado 2022 jun 30] 3 (5):293-304.
9. Bezerra RKC, et al. **A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020 [citado 2022 jun 29]; 14 (1): 84-8.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA VIVÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nádia L. H. De Lima^{1*};

Luana C. B. Batista²;

Maria L. H. Sales³.

¹ Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, Alagoas, Brasil. *nadia.lima@academico.uncisal.edu.br*.

² Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, Alagoas, Brasil.

³ Enfermeira doutora em Enfermagem pela UNIFESP, tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, Alagoas, Brasil)



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



RESUMO

A Violência doméstica contra as mulheres é um grave problema de saúde pública, ocasionando dezenas de mortes ao longo dos anos em Alagoas. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência exitosa da Educação Permanente em Saúde aos profissionais e de Educação em Saúde às mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica sobre prevenção à violência contra a mulher. Percebemos que as mulheres compreenderam a mensagem transmitida pela peça teatral. Este evento contribuiu na amenização da insegurança alimentar, na valorização da relação interpessoal dos trabalhadores em saúde e ao reforçarmos a importância do trabalho intersetorial e da execução da EPS.

Palavras-chave: violência contra a mulher, educação em saúde, educação permanente.

INTRODUÇÃO

No Brasil, de 3.739 homicídios de mulheres, 1.314 (35%) foram considerados feminicídio no ano de 2019¹. Com frequência, essa violência é perpetrada pelo companheiro atual ou ex-companheiro. Segundo dados da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Alagoas (2021), no período de 2020 a 2021 foram registrados 22,3% (n= 52) feminicídios, enquanto o município de Maceió registrou 50% (n = 16) feminicídios no mesmo período. Mas, se analisarmos o período de 2018 a 2021, foram registrados em Alagoas 117 e em Maceió 33 feminicídios².

A violência doméstica contra a mulher constitui-se em 5 tipos, de acordo com a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, sendo a violência moral, psicológica, patrimonial, sexual e física, e define as medidas protetivas e a atuação no ministério público e da segurança³.

Este é um problema intersetorial que envolve também a saúde pública, por isso, torna-se essencial a execução da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais para o adequado acolhimento e o gerenciamento desses casos e promovendo Educação em Saúde acerca da temática às usuárias, principalmente na Atenção Básica que é a ordenadora e orientadora do cuidado. Por vezes, as mulheres podem ser acolhidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) com dores, enxaqueca, gastrites e citando alguma situação que gere desconfiança ao profissional. Essas podem perder anos de qualidade de vida, principalmente, se a violência inicia durante a infância⁴.

A EPS é o meio para discussão e compartilhamento de conhecimentos por meio da análise de casos que ocorrem no cotidiano da ESF, e pela participação dos profissionais nesse momento, tornado-se possível ajustar condutas e fornecer orientações acerca dos dispositivos constituintes da rede de atendimento à mulher vítima de violência⁵. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da educação permanente em saúde aos profissionais e de educação em saúde às mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica sobre prevenção à violência contra a mulher.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência no contexto de duas ações realizadas no Agosto Lilás, mês dedicado às ações de prevenção à violência doméstica contra a mulher. Uma Educação Permanente em Saúde (EPS) aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais e uma Educação em Saúde (ES) em formato de peça teatral às usuárias adscritas.

Essa iniciativa surgiu com a identificação de casos de violência doméstica contra as mulheres no território locus de atuação da residência multiprofissional em Saúde da Família. Apresentando um perfil de vulnerabilidade socioeconômica e em situação de insegurança alimentar, tendo em vista que algumas usuárias compareciam à unidade de saúde da família em busca de cestas básicas.

A princípio, houve a EPS aos profissionais para que compreendam o contexto do problema e saibam assistir da melhor forma as vítimas que procurarem a unidade. Ocorreu na sala de reunião e o público-alvo foram os ACSs e os demais profissionais que aceitaram participar. Utilizamos como material de apoio slide com o conteúdo e a ficha de notificação de violências.

A ES teve o objetivo de conscientizar as mulheres sobre as atitudes violentas, e houve um público de aproximadamente vinte mulheres. O roteiro da peça baseou-se na situação em que a esposa recebe os cinco tipos de violência doméstica, de forma gradativa, durante a cena, partindo da violência moral, psicológica, sexual, patrimonial e, por fim, a violência física. Realizada na quadra poliesportiva do complexo Lourenço Vasconcelos, articulamos o apoio dos seguintes atores: enfermeira preceptora, gerente da ESF, ACSs, assistente administrativo com talento em artes cênicas, Assistente Social do CRAS Dom Adelmo, profissional de Educação Física com talento em desenho, coordenadora do II Distrito de Saúde e a gestora responsável pelo grupo de cultura de paz do município.

No decorrer da organização das ações, tivemos a ideia de coletar alguns alimentos entre os profissionais da unidade para compor cestas básicas e sorteá-las no dia da educação em saúde. Além disso, pactuamos com a Assistente Social do CRAS Dom Adelmo cestas básicas provenientes da Secretaria de Assistência Social às mulheres inscritas no evento e cadastradas no Cadúnico. Os profissionais colaboraram conosco na organização do espaço, decoração, montagem das cestas básicas e das lembrancinhas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, realizou-se a EPS sobre o tema “Prevenção à violência doméstica contra mulheres”, abordando os cinco tipos de violência doméstica, contexto epidemiológico, acolhimento e a composição da rede de atenção à mulher vítima de violência em Alagoas e a notificação compulsória de violências. Alguns profissionais apresentaram resistência relacionado ao acolhimento direto da mulher e receio em realizar a notificação compulsória, pois percebiam a notificação como um ato de denúncia contra o agressor, temendo represálias. No entanto, a EPS teve como objetivo esclarecer as informações citadas.

O desconhecimento dos profissionais de saúde é mais comum do que se imagina. Em um estudo, os profissionais conseguem identificar mais facilmente sinais de violência psicológica e física, pois possivelmente pode ser medicalizada, dando ao atendimento uma abordagem biomédica e curativista⁶. Ao final da EPS, foi pactuado com a equipe a realização da ES em formato de peça teatral às usuárias. Solicitamos junto aos ACSs que inscrevessem no evento as mulheres que se apresentavam em situação de vulnerabilidade.

A ES foi realizada no formato de peça teatral interpretados pela enfermeira residente, no papel da esposa, e pelo assistente administrativo, no papel do marido. No ato, houve um diálogo entre a esposa e o marido. O marido chega em casa, cansado do trabalho, a esposa comenta que o mesmo não a cumprimentou, e a discussão começa com o marido reclamando à sua esposa, em tom de desprezo, de desvalorização de seu trabalho doméstico, critica a forma como a esposa se veste, faz insinuações de que ela está o traindo com o padeiro, inicia as ofensas e xingamentos, ameaça expulsar ela da própria casa, desconsidera sua participação na conquista dos bens materiais, e por fim, a empurra na cadeira, simbolizando a violência física.

O teatro possibilita uma abordagem problematizadora, libertadora, desperta no indivíduo a reflexão sobre a temática que começa naquele momento e pode perdurar por dias, até acompanhar o mesmo pelo resto da vida. Essa abordagem guarda relação com o Teatro do Oprimido de Augusto Boal e a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire⁷.

No decorrer da cena, as mulheres compreenderam o seu contexto e algumas estavam vibrando com as atitudes negativas do agressor, e outras confirmavam que de fato aquelas situações ocorriam na vida real. Ao final, o marido empurra a esposa na cadeira como sinal da violência física, e as vibrações positivas são maiores. Essas reações das mulheres fizeram emergir uma

certa preocupação: elas estavam apoiando as ações do personagem “agressor” ou elas estavam ovacionando o assistente administrativo que possui um vínculo de amizade com elas?

Entretanto, notamos que as cenas não acionaram um sentimento de lembrança traumática nelas, visto que as vítimas quando apresentam sofrimento psicológico convivem com o medo das ações, tornam-se ansiosas e criam expectativas de que aquilo irá se repetir, é uma sensação difícil de esquecer⁸.

No entanto, a enfermeira residente concluiu a ação explicando o contexto de violência demonstrado durante toda a cena e que elas poderiam acionar os dispositivos que compõem a rede de atendimento à mulher vítima de violência de Alagoas por meio da ESF. Foram entregues panfletos informativos da rede de atendimento com telefones, endereços e a função de cada setor, e também, as lembrancinhas em sinal de valorização da mulher.

Os apoiadores realizaram breves falas sobre a importância da prevenção, finalizando a ação com o sorteio de 5 cestas básicas e a Assistente Social do CRAS Dom Adelmo noticiou que as mulheres presentes e, devidamente cadastradas no CadÚnico, iriam receber cestas básicas provenientes da Secretaria de Assistência Social.

Figuras 1 e 2 - Evento de Prevenção à violência contra a mulher para as usuárias da comunidade.





CONCLUSÃO

Portanto, conseguimos executar as ações planejadas em equipe, todos servidores do município. Através da teatralidade, conseguimos transmitir a informação de forma dinâmica, divertida, com roteiro estruturado diante da temática. As mulheres demonstraram que compreenderam a mensagem transmitida, além de ter sido uma tarde lúdica e descontraída.

A articulação com a assistência social reafirmou a importância da intersectorialidade com setores que possam abarcar os determinantes e condicionantes de saúde da população, pois o setor saúde isolado não consegue ter êxito.

Além disso, os profissionais necessitam da execução contínua da EPS acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde, fortalecendo a confiança do trabalhador para a realização do seu papel diante da situação de violência. E a ES realizada pela abordagem teatral traz o indivíduo à reflexão dos problemas sociais e instiga à busca por soluções.

Ressalta-se o quão é enriquecedor as ações de promoção e prevenção à saúde que torna o usuário um ator ativo em autocuidado, a identificação e a valorização dos talentos dos trabalhadores em saúde, como o talento em desenho e artes cênicas. Essa percepção facilita a relação interpessoal humanizada no ambiente de trabalho e a valoriza as características de cada profissional que se dedica à promoção, prevenção e manutenção da saúde na ESF.

Agradecimentos

Agradeço a cooperação e companheirismo nessa jornada ao Thiago Souto (Gerente), Djane Pacheco (Assistente Social/CRAS), Roseane Andrade (Enfermeira gestora/SMS), Kristiane

Duarte (Coordenadora do II DS), Raphael Gomes (Educador Físico/NASF) e à equipe de profissionais de saúde da unidade estratégia saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Reuters. **Calls to Spain's Gender Violence Helpline Sharply During Lockdown**. The New York Times [Internet] 2020 [acessado em 1º abr. 2020]. Disponível: <https://www.nytimes.com/reuters/2020/04/01/world/europe/01reutershealth-coronavirus-spain-domestic-violence.html>
2. NEAC/Secretaria de Estado da Segurança Pública de Alagoas. **Feminicídios registrados pela SSP-Al cometidos contra vítimas do sexo feminino por meses, 2021**. Disponível: <http://mulhersegura.seguranca.al.gov.br/estatisticas-mulher/2021/>.
3. **LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.
4. Brasil. Ministério Público do Estado de São Paulo. **Prevenção da violência doméstica e familiar contra as mulheres com a Estratégia de Saúde da Família**. 2019. Disponível: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/prev_viol_domest/CMVP-Portugues.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. 2014. Brasília: DF. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf.
6. Serafim VVD, Callou RCM, Moreira FTLS, Albuquerque GA. **Violência contra a mulher e enfrentamento na percepção dos profissionais de saúde da atenção básica**. Rev. Salud e Sociedad. [periódico da internet]. 2019 [citado 2022 jul. 28]; 10(2): 130 – 144. Disponível: <https://revistaderecho.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3142/3273>.
7. Santos CAA, Paro CA. **A interface entre o teatro e as práticas educativas em saúde no contexto da atenção primária à saúde**. Rev. Ed. Popular, Uberlândia. [periódico da internet]. 2018 [citado 2022 jul. 28]; 17(1): 169 – 180. Disponível: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/40879/pdf>.
8. Batista VC, Marcon SS, Peruzzo HE, Ruiz AGB, Reis P, Silva AMN, Mandú ENT. **Prisioneiras do sofrimento: percepção de mulheres sobre a violência praticada por parceiros íntimos**. Rev. Bras. Enferm. [periódico da internet]. 2020 [citado 2022 jul. 28]; 73(1): 1 – 10. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8nWjvQ4X73VhbvMWkkYzJ3b/?format=pdf&lang=pt>.

Comunicações coordenadas



A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS BASES PEDAGÓGICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

José E F Dantas^{1*};

Josefa Y V Costa¹;

Ana K A Almeida¹;

Mairy E B Sampaio¹;

Renildo L Santos¹;

Andreivna K Serbim¹.

¹Universidade Federal de Alagoas – UFAL;

*jose.dantas@arapiraca.ufal.br.

RESUMO



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**

A educação em saúde é uma importante estratégia para a melhora na saúde dos indivíduos. Devendo ter como base as teorias de enfermagem e também estar sob a égide de tendências pedagógicas de ensino bem delimitadas. É primordial o entendimento de qual tendência detém o maior impacto no contexto em que o profissional está inserido, para que a realização da educação em saúde tenha impactos positivos na qualidade de vida dos usuários do sistema único de saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Métodos pedagógicos, Atenção Primária à Saúde.



INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma área profissional com amplo espectro para atuação, a partir da ótica marxista é possível apontar que dentro do trabalho do Enfermeiro com graduação em nível superior estão contidos diversos processos de trabalho, como assistir, administrar, pesquisar, participar politicamente e ensinar (1).

Tais processos podem ser realizados de maneira isolada ou conjunta como, por exemplo, ao educar o usuário enquanto o assiste. A educação em saúde realizada por enfermeiros ocorre em vários contextos de cuidado, desde a atenção primária até a internação hospitalar, por meio de consultas, grupos, atividades na comunidade, visitas domiciliares, orientações de preparo de alta hospitalar, entre outros. Entretanto, nesse caso, a complexidade do trabalho do enfermeiro aumenta, pois, a sua prática precisa ser baseada não somente em uma teoria de enfermagem, mas também em uma tendência pedagógica de ensino que potencialize sua ação.

Nesse contexto, dentre as teorias de enfermagem, destaca-se a teoria do autocuidado escrita por Dorothea Orem a qual propõe que o autocuidado se caracteriza como uma gama de ações que o indivíduo pode realizar com o intuito de preservar a própria saúde e evitar determinados agravos, sendo de responsabilidade do enfermeiro proporcionar o conhecimento necessário que possibilite o autocuidado do indivíduo.

Um dos pilares para a promoção à saúde e a prevenção de agravos é a educação em saúde, que é entendida como um conjunto de práticas de conteúdo técnico, político e científico, a ser disponibilizado pelos profissionais de saúde aos cidadãos (2). As dinâmicas de educação em saúde estão, inevitavelmente, sob a égide de uma tendência pedagógica de ensino, seja ela tradicional ou progressista. Com isso, é necessários o reconhecimento e a análise da efetividade de múltiplas tendências pedagógicas como potencializadores da educação em saúde durante a prática do enfermeiro para o refinamento da ação, impactando diretamente na saúde do usuário.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Este trabalho é um relato de experiência de discentes do 5º período do curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca* acerca das atividades de educação em saúde que ocorreram em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS 1 e 2) do município de Arapiraca, localizado no Agreste Alagoano. As UBS estão inseridas em áreas de vulnerabilidade socioeconômica, com parte da população com baixos níveis de escolaridade e renda. Tais dinâmicas foram elaboradas e realizadas por 8 discentes como parte da carga horária prática das disciplinas “Gerência/Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto I” e “Consulta de Enfermagem à Mulheres na Saúde Sexual e Reprodutiva” entre os meses de abril e julho do ano de 2022, contando com a supervisão de docentes da UFAL, conforme o Quadro 1.

Sob a égide da disciplina “Gerência/Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto I” foram trabalhados os temas “Utilização/aplicação da caneta de insulina para usuários portadores de diabetes mellitus”, “Complicações do diabetes mellitus e cuidados a serem tomados pelos usuários” e “Cuidados ao usuário com hipertensão arterial sistêmica”. O método adotado para a realização da atividade de educação em saúde foram rodas de conversa, realizadas em uma sala reservada na UBS 1.

A partir da articulação entre a disciplina e a UBS 1, foram agendados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 60 usuários com Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial para a realização de consulta de enfermagem conduzidas pelos discentes, com o intuito de atualizar seus prontuários e prescrever exames de rotina. Sendo assim, após realizada a pré-consulta, os usuários foram conduzidos a uma sala reservada para o início da educação em saúde. A equipe de discentes se dividiu em duplas para realizar a educação em saúde com vários grupos de maneira simultânea. Os grupos se limitaram a 5 usuários, para haver um monitoramento adequado do debate que teve duração de 20 a 30 minutos.

A tendência pedagógica adotada para os encontros foi a libertadora, a qual, dentre as suas potencialidades, tem a promoção da formação de um indivíduo crítico sendo ele sujeito relevante durante a construção do próprio conhecimento (3). A escolha dessa tendência foi devido a aproximação dela com o projeto pedagógico do curso (PPC), que se situa no amago das tendências pedagógicas progressistas. Além disso, promove um ambiente para a discussão de assuntos amplos e diversos, que vão além da saúde física e mental, podendo abranger o aspecto político do acesso a saúde como, por exemplo, o do controle social em saúde dentro do Sistema Único de Saúde.

Já na disciplina “Consulta de Enfermagem a Mulheres na Saúde Sexual e Reprodutiva”. Os temas foram a importância do exame preventivo para detecção do câncer de colo de útero e sobre o autoexame das mamas. A ação foi realizada na sala de espera das unidades e contou com a participação de todos os usuários que estavam presentes. Apesar do foco da ação ser voltado para as mulheres, na sala de espera estavam presentes homens que também participaram, uma vez que podem propagar as informações para as mulheres que estão ao seu redor. Em ambas ações um total de oito alunos estavam presentes acompanhados de um docente.

A primeira educação em saúde que foi realizada na UBS 2 teve como objetivo explicar sobre a importância da realização do exame preventivo para detecção precoce do câncer de colo de útero, bem como alertar sobre as características desta doença. A tendência pedagógica utilizada foi a tradicional. Os estudantes elaboraram uma palestra que trouxe os principais aspectos relacionados ao câncer de colo de útero, dentre os quais foram abordados: as principais causas, sinais e sintomas, formas e prevenção e importância de realizar o exame citopatológico de forma regular. Ao término da palestra os estudantes distribuíram panfletos, estes destacavam os principais sinais e sintomas do câncer de colo de útero e continham ilustrações que remetiam aos mesmos e se dispuseram a responder perguntas, porém não houveram.

Na segunda ação referente a essa disciplina, foi desenvolvido uma atividade de educação em saúde sobre o autoexame de mama, utilizamos uma mama, confeccionada com tecido pelos próprios estudantes, com a finalidade de expor o assunto de maneira mais simples e descomplicada. Além da elucidação do autoexame de mama, foram realizadas rodadas de perguntas e respostas com dúvidas sobre o câncer de mama com as mulheres presentes. Para isso, foram distribuídas placas de "mito" e "verdade" para os usuários presentes, priorizando o envolvimento ativo dos participantes, seguindo os ideais progressistas de Freire, que ressaltam a importância de proporcionar o protagonismo do processo de ensino-aprendizagem ao discente (4).

Quadro 1 – Síntese das atividades realizadas

Data	UBS	Assunto	Método	Tendência pedagógica	Teoria de Enfermagem
04/05/2022	UBS 1	Utilização/aplicação da caneta de insulina para usuários portadores de diabetes mellitus + As complicações da diabetes e cuidados a serem tomadas pelos usuários	Roda de Conversa	Libertadora	Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem
11/05/2022	UBS 1	Os cuidados ao usuário com hipertensão arterial sistêmica	Roda de Conversa	Libertadora	Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem
08/07/2022	UBS 2	Importância do exame preventivo para a detecção precoce do câncer no colo do útero	Palestra	Tradicional	Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem
12/07/2022	UBS 2	Realização do autoexame de mama	Mitos e verdades	Libertadora + Tradicional	Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades de educação em saúde foram realizadas com métodos distintos. A primeira e a segunda, ambas realizadas na UBS 1, promoveram uma roda de conversa que permitiu aos discentes instigar os usuários a conhecer mais sobre o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica. Apesar de 60 pacientes terem sido agendados, nem todos compareceram, assim a primeira educação em saúde contou com a participação de 15 usuários, e a segunda contou com a presença de 10, em ambas o público alvo foram homens, mulheres e idosos. A tendência pedagógica usada em ambas as atividades foi a libertadora e o objetivo principal era promover a participação ativa dos usuários, permitindo que estes

participassem como elementos centrais do processo de ensino e aprendizagem. Apesar de assuntos distintos, as educações em saúde seguiram a dinâmica da problematização, na qual, durante as rodas de conversa, os usuários eram questionados acerca do conhecimento prévio do tema abordado, no intuito de se identificar lacunas que poderiam ser trabalhadas com os sujeitos. Os discentes adotaram o papel de facilitadores, possibilitando que a conversa ocorresse entre os usuários e as informações fossem trocadas entre os mesmos, até que fosse necessário a realização de orientações específicas que não foram contempladas durante o debate.

Assim, os usuários puderam compartilhar experiências, demonstrando seus conhecimentos prévios. Ao realizarem as atividades de educação em saúde por meio das rodas de conversa os discentes observaram que o uso dessa estratégia possibilitou a participação ativa dos usuários, que se sentiram confortáveis em falar sobre o que sentiam e tirar dúvidas. Na primeira educação, que teve como foco os pacientes com diabetes, as dúvidas estiveram relacionadas ao rodizio de regiões para aplicação de insulina, autoaplicação e alimentação adequada. Na segunda atividade, que teve como foco os pacientes com hipertensão, as dúvidas foram sobre a alimentação, redução do consumo de sódio e a necessidade de realizar atividades físicas. Assim, os discentes puderam instruir os usuários de acordo com suas dúvidas.

A terceira atividade de educação em saúde, na UBS 2 abordou o câncer de colo do útero e utilizou a pedagogia tradicional, no qual uma palestra sobre o tema foi ministrada pelos discentes. Sabe-se que a pedagogia tradicional tem como elemento central o professor, desse modo o mesmo é visto como alguém superior que deve transmitir informações ao aluno, que por sua vez deve absorver aquilo que é dito (5). Todavia, uma das implicações da pedagogia tradicional consiste no fato de que nela o aluno torna-se passivo no processo de ensino-aprendizagem, em que seu papel é apenas receber o conhecimento que lhe é passado. Ao realizar a educação em saúde baseada no método tradicional de ensino, os discentes puderam perceber que as mulheres que estavam presentes não foram participativas e em alguns momentos se mostraram dispersas diante do conteúdo que estava sendo ministrado. Desse modo os discentes puderam refletir que, apesar de importante, é necessário que este método seja usado em associação com uma pedagogia que coloque o aluno/sujeito/paciente como elemento central do processo de ensino-aprendizagem, permitindo que o mesmo participe ativamente. Diante disso, a segunda educação em saúde a ser realizada na UBS 2 foi pensada

de modo a melhorar o engajamento daqueles que estivessem presentes, incorporando elementos da pedagogia libertadora.

A quarta atividade de educação em saúde abordou sobre o autoexame de mama. Nesta atividade os discentes optaram por utilizar elementos da pedagogia tradicional e libertadora, como forma de promover maior participação dos usuários. Inicialmente, os discentes perguntaram aos usuários da sala de espera se já tinham realizado o autoexame, no entanto a maioria afirmou que não costumava realiza-lo. Pois não sabiam ou tinham receio de fazê-lo. Desse modo, pode-se observar que muitas mulheres possuem uma dificuldade de autoconhecer mudanças que podem vir acontecer com seus corpos. Por esse motivo escolhemos fazer essa educação em saúde, auxilia as mulheres a conhecer seu corpo e identificar diferenças que podem ser indicativas para o rastreamento de alguma enfermidade. Posteriormente foram realizadas perguntas e respostas acerca do câncer de mama e por se tratar de dúvidas presentes no dia a dia das mulheres, ficou evidente o maior interesse e participação destas. Muitas apresentaram falta de conhecimento quanto ao autoexame de mama, os sintomas e causa do câncer de mama, todavia, demonstraram interesse em aprender, participar e relatar seus conhecimentos e experiências sobre, apesar de receosas no início, possibilitando a troca de saberes entre os indivíduos, tornando o ambiente confortável para minimizar dúvidas.

Devido o campo de trabalho da enfermagem ser vasto, os profissionais precisam buscar meios de alinhar prática e teoria conforme as necessidades dos clientes. Desse modo, as teorias da enfermagem são fundamentais para orientar a assistência de enfermagem, uma vez que auxiliam a compreender a realidade do usuário e suas principais queixas (6). “O autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (7). Nesse viés, a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, inspirou a construção das atividades de educação em saúde com enfoque para o ensino acerca da importância de fazê-lo.

CONCLUSÃO

Após a execução das atividades descritas, os discentes concluíram que a tendência pedagógica escolhida impacta diretamente na qualidade e efetividade da ação em educação em saúde a ser realizada. A horizontalização durante a construção do conhecimento se

mostrou uma prática pertinente e potencializou o engajamento dos usuários durante a educação em saúde. Corroborando assim o argumento de que o aprendizado baseado na problematização e não na verticalização do ensino é uma prática potencializadora da educação em saúde (8). A partir disso, os discentes envolvidos desenvolveram a habilidade de entender como cada tendência pedagógica impacta na sua prática profissional.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Sanna MC. **Os processos de trabalho em enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007;60(2):221–4.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Geras - Documento Básico**. Brasília: MS/Geras; 1993. p.13 – aprovado no Conselho Nacional de Saúde; 1993.
3. Freire P. **Pedagogia da Autonomia: saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra;1996.
4. Freire P. **Pedagogia do Oprimido**. 17th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
5. SANTANA TP. **Prática pedagógica tradicional e inovadora**. Revista Espaço Acadêmico. 2019;(216):55–62.
6. Matos JC de, Luz G dos S, Marcolino J de S, Carvalho MD de B, Pelloso SM. **Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná - Brasil**. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2011;24(1):23–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100003&lng=pt&tlng=pt
7. FOSTER PC, BENNETT AMDEO. Capítulo 7. In: **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 1–3.
8. Pereira AL de F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2003 Oct;19(5):1527–34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031&lng=pt&tlng=pt

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DO SUS FORTALECENDO A FORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Mariana G de Oliveira*¹;

Rudja ML de Abreu²;

Janaína A Duarte³

¹ *Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Escola Técnica de Saúde Prof(a) Valéria Hora. marianagomes.enf@hotmail.com

² Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Escola Técnica de Saúde Prof(a) Valéria Hora. rudja.abreu@hotmail.com

³ Diretora da Escola Técnica de Saúde Prof(a) Valéria Hora, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. jana.ad@hotmail.com

*marianagomes.enf@hotmail.com

RESUMO

A Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora reafirma-se como uma unidade de educação profissional que abrange as necessidades do SUS no cumprimento de sua missão frente aos desafios da Política de Educação Profissional para a formação dos trabalhadores inseridos no SUS, desenvolvendo os cursos de Técnico em Vigilância em Saúde; Técnico em Radiologia; Técnico em Hemoterapia; Qualificação em Agente de Combate às Endemias; Formação inicial de Agente Comunitário de Saúde e Qualificação em Sala de Vacina. A qualificação da força de trabalho é estratégia privilegiada para efetivação do SUS, logo, uma das prioridades das políticas de atenção à saúde.

Palavras-chave: Educação, saúde, trabalhadores.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito federal, estadual e municipal¹. A educação profissional em saúde é uma área que envolve significativas discussões no que se refere à sua política de gestão, organização e concepção teórico-prática, sendo permeada em sua trajetória histórica por diversas reformulações, configurando-se em uma organização curricular com abordagem técnica e social mais integrada². A Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) é uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde enquanto rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com vista a fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde³. Os cursos são construídos tendo por base as Políticas Nacional e Estadual de Educação Permanente em Saúde, cujo fundamento é transformar e qualificar as práticas de saúde por meio da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores a partir de estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção em saúde¹. Vinculada à Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal) e pautada em um modelo de gestão participativa, a Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora (ETSAL) reafirma-se, desde então, como uma unidade de educação profissional que abrange exigências e necessidades do SUS ao permitir e ampliar o acesso à formação, à capacitação e ao desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais que atuam no sistema de saúde³.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que descreve os cursos realizados pela Etsal no estado de Alagoas. O processo de ensino-aprendizagem das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) tem por base a metodologia da problematização, desenvolvida por meio do “Método do Arco de Maguerez”, de forma que a programação curricular conta com a integração dinâmica entre instrutor e educando. Cabe ao primeiro estimular e orientar o processo, de modo que a apropriação da informação científica necessária ao desempenho do educando, ocorra mediante respeito ao ritmo individual, aos esquemas de assimilação de que dispõe e às características culturais. A fim de construir caminhos para viabilização dos cursos, é proposta a vivência da metodologia problematizadora, de função contextualizante, que já é adotada pela escola nos cursos por ela executados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ETSAL, no cumprimento de sua missão frente aos desafios da Política de Educação Profissional potencializa a formação dos trabalhadores inseridos no SUS como condição necessária para a garantia e fortalecimento das respostas dos setores de saúde às demandas da população, possibilitando aos mesmos intervir de forma adequada no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças, numa perspectiva de melhoria das condições de vida da população alagoana. A ETSAL desenvolveu os cursos de Técnico em Vigilância em Saúde para trabalhadores do SUS inseridos nos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador, que não apresentavam formação específica para o campo das vigilâncias; Curso de Técnico em Radiologia para trabalhadores de nível médio dos serviços de saúde do SUS para atuar nas modalidades diagnósticas e terapêuticas, condizentes com as necessidades técnicas e sociais e realidades locorregionais dos serviços de radiologia; Curso de Técnico em Hemoterapia para trabalhadores de nível médio da área da saúde do SUS que atuam nos serviços de hemoterapia; Curso de Qualificação em Agente de Combate às Endemias para trabalhadores que atuam como Agentes de Combate às Endemias no SUS; Curso de Formação inicial de Agente Comunitário de Saúde (ACS) para agentes comunitários de saúde que ainda não tinham a formação inicial na área e Curso de Qualificação em Sala de Vacina para auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em sala de vacina. Os cursos descentralizados contemplaram alunos dos 102 municípios alagoanos, cujas aulas teóricas aconteceram em espaços cedidos pelos próprios municípios, conforme pactuação com os gestores (salas de

aulas de escolas públicas, salas anexas de igrejas ou em espaços alugados pelo próprio gestor municipal). Nas situações em que os alunos necessitavam realizar alguma atividade prática não disponível nos municípios-sedes dos cursos, como parte da programação curricular, a Escola, por meio da coordenação pedagógica, entrou em contato para agendar visita oficial em outro município próximo que possa possibilitar a atividade². A implementação e institucionalização do SUS como direito à saúde necessita de uma política nacional de formação de trabalhadores que fortaleça as mudanças no modelo de atenção e uma melhor qualidade da assistência³.

CONCLUSÃO

A qualificação da força de trabalho é estratégia privilegiada para efetivação do SUS, logo, uma das prioridades das políticas de atenção à saúde fortalecida pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS. A qualificação do processo formativo, por meio de cursos adequados às necessidades do setor, a inovação da formação técnica, o desenvolvimento de práticas pedagógicas que problematizem o processo de trabalho em saúde, a disseminação da cultura inter profissional e o fortalecimento da vivência no SUS, estimulando a prática do trabalho em equipe, são algumas proposições da escola, que se afirma como interlocutora entre ensino e serviço em saúde do estado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
2. Duarte JA. **Auto-avaliarão institucional de uma ETSUS: refletindo e ressignificando as práticas político-pedagógicas.** Dissertação. Rio de Janeiro, 2016. 135 f.
3. Costa LCF. **Percursos ocupacionais e evasão no curso técnico de enfermagem na Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora - ETSAL** Dissertação. Rio de Janeiro, 2016. 95 f.

A UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla S. Anjos^{1*};

Carla E. S. Fonseca¹;

Lousanny C. R. Melo²;

Josineide S. Soares³;

Rita P. Soares³;

Renise B. F. Dias³.

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca. Arapiraca/AL;

²Coordenadora de Enfermagem do município de Arapiraca/AL. Arapiraca/AL;

³Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca. Arapiraca/AL.

*Carla.anjos@arapiraca.ufal.br

RESUMO

A estratégia AIDPI tem como objetivo a redução da morbimortalidade infantil por doenças evitáveis. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem sobre o minicurso “Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – para Enfermagem – Módulo Graduação”. Consiste em um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem sobre o minicurso Estratégia AIDPI. A atividade ocorreu em momentos teóricos e práticos na sede da universidade e nas UBS’s implementando a estratégia em estudos de caso e consultas de puericultura. O minicurso possibilitou o conhecimento teórico e prático sobre a estratégia que contribui para cuidado integral a criança.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Criança, Ensino em Enfermagem.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A Estratégia Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF) e pela Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) e tem a finalidade de reduzir a morbimortalidade infantil a partir da aplicação desta estratégia¹.

A estratégia AIDPI foi adaptada para a realidade brasileira no ano de 1996, a partir do rastreamento no perfil epidemiológico do país². Trata-se de uma ferramenta sistematizada que busca avaliar para o cuidado a criança em sua totalidade³, através do qual busca-se avaliar, classificar e tratar doenças prevalentes na infância em menores de 5 anos de idade¹. No Brasil, as principais causas de óbitos infantil está associada as infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e desnutrição¹

A inclusão do conteúdo a respeito da Estratégia AIDPI durante a formação do enfermeiro é essencial, tendo em vista que atua como um incentivo para que o profissional dê continuidade e ampliação a partir da sua implementação dos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde.

Partindo dessa perspectiva, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos do 4º período do curso de enfermagem sobre o minicurso “Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – para Enfermagem – Módulo Graduação” realizado no mês de fevereiro de 2022 com atividades teóricas e práticas voltadas a implantação da estratégia AIDPI no serviço da Atenção Primária à Saúde na cidade de Arapiraca, no estado de Alagoas.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um relato de experiência acerca do minicurso intitulado: “Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – para Enfermagem – Módulo Graduação” com carga horária total de 34h, realizado no período de 7 a 24 de fevereiro de 2022 na Universidade Federal de Alagoas, campus de Arapiraca (<http://sigaa.sig.ufal.br/sigaa/link/public/extensao/visualizacaoAcaoExtensao/6685>)

A atividade foi desenvolvida sob coordenação das docentes do módulo de Saúde da Criança e do Adolescente I, um módulo obrigatório na matriz curricular do curso de

Enfermagem. O minicurso ocorreu em momentos remotos e presenciais na sede da universidade e nas Unidades Básicas de Saúde do município de Arapiraca, no estado de Alagoas.

A atividade contou a seguinte programação:

07/02/2022

1º momento: Acolhida e Boas-Vindas

2º momento: Apresentação da Estratégia AIDPI 08/02/2022

Estudo autodirigido com um estudo de caso para aplicação da Estratégia AIDPI 09/02/2022

Atividade em UBS: Reconhecer no território os aspectos do processo saúde-doença infantil.

10/02/2022

Atividade prática no miniauditório do Complexo de Ciências Médicas e de Enfermagem

– “Conhecendo os instrumentos da AIDPI” 11/02/2022

Conhecendo os instrumentos da AIDPI. 16/02/2022 e 23/02/2022

Atividade prática em Unidade Básica de Saúde – Realizar atendimento a criança – aplicação da estratégia da AIDPI

24/02/2022

Atividade remota – avaliação final do curso pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem da Universidade Federal de Alagoas (AVA/UFAL)

Os discentes foram divididos em grupos tutoriais sob supervisão das docentes do curso de enfermagem e a preceptoria de enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde no município de Arapiraca-AL, para a realização das atividades práticas. É válido frisar que o minicurso capacitou somente para as etapas de “avaliação” e “classificação”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O minicurso permitiu que os acadêmicos da turma do 4º período compreendessem acerca da avaliação e classificação com base nos manuais do “AIDPI NEONATAL”, estratégia empregada com recém-nascidos e “AIDPI criança – 2 meses a 5 anos”.

No momento de abertura do minicurso foi realizada a explanação teórica sobre o contexto histórico e a implantação da Estratégia AIDPI no Brasil (figura 1), por intermédio da

Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF). Durante os momentos assíncronos do minicurso foram enviados estudos de caso para que os discentes pudessem aplicar de forma prática a etapa de avaliação e classificação da AIDPI. Além disso, foi solicitada a produção de mapas conceituais sobre a AIDPI, como ferramenta de fixação e compreensão do conteúdo.

Figura 1 - Atividade prática do minicurso na sede da UFAL, Campus Arapiraca, 2022.



Fonte: Autoral, 2022.

Posteriormente, durante as atividades presenciais realizadas na sede da universidade, foram entregues aos discentes estudos de caso com diversas situações clínicas voltadas à saúde da criança no serviço da Atenção Primária à Saúde, preconizando as doenças prevalentes, como infecções respiratórias, desnutrição e doenças diarreicas. Os estudos de caso eram respondidos individualmente e em seguida, discutidos com o coletivo com a finalidade de partilhar as respostas entre os discentes e sanar eventuais dúvidas sobre a implementação da estratégia AIDPI por enfermeiros na APS.

Durante as consultas de enfermagem em puericultura e nas visitas domiciliares na Unidade Básica de Saúde, os acadêmicos atendiam as crianças conforme o passo a passo preconizado pela Estratégia AIDPI. Somente a etapa de “avaliação” e “classificação” eram realizadas pelos acadêmicos, tendo em vista que o minicurso capacitava somente para essas etapas preconizadas pelo AIDPI.

CONCLUSÃO

Desse modo, o minicurso “Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – para Enfermagem – Módulo Graduação” possibilitou aos acadêmicos o conhecimento teórico e prático sobre a estratégia, que por sua vez possibilita o cuidado integral à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde. Além disso, essas atividades possibilitam que os acadêmicos contribuam com a resolução de problemas e o fortalecimento dos serviços da Atenção Básica, sobretudo, no que tange ao cuidado integral à saúde da criança.

Agradecimentos

A Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Arapiraca pelo apoio.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). **AIDPI-Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de capacitação: introdução-módulo 1**. Brasília (DF); 2003.
2. Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MDLOR, Mello DFD. **Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos na USP**. Rev. Gaúcha de Enfermagem [periódico da internet]. 2011 [citado 2022 jul. 26]; 32 (11): 241-247
3. PAIXÃO AC, Barreto ES, Amaral JF. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e o ensino da pediatria da Universidade Federal de Sergipe**. Rev. Pediátrica Ceará [periódico da internet]. 2003; 4 (1): 51-4.

AÇÃO SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CACOAL SHOPPING EM RONDÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Any C. G. Gotardi*¹;

Vinício Pereira ¹;

Augusto S. P. de A. Filho¹;

Natália F. Gomes¹;

Mariana K. D. G. de Lima².

¹Graduando(a) do Centro Universitário UNIFACIMED.

²Docente do Centro Universitário UNIFACIMED.

*gotardiany@gmail.com

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre uma ação social desenvolvida no Shopping do município de Cacoal. O objetivo do trabalho é promover a prevenção primária e quaternária de saúde, em especial sobre métodos diagnósticos que possuem radiação ionizante. Foram realizados atendimentos com 51 pessoas, abrangendo dados pessoais, condições de saúde dos participantes, e aferição da pressão arterial. Mostraram que 94,1% dos entrevistados não fumam, 56,9% não são estilistas. Com base nas respostas obtidas, realizaram orientações sobre exames de imagem e compreendeu-se melhor a condição desta população. Deste modo, portanto, o trabalho preventivo é essencial a saúde e formação acadêmica.

Palavras-Chave: Promoção de saúde, Prevenção primária, Prevenção quaternária.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A primeira definição de atenção primária à saúde surgiu por meio de uma conferência organizada pela Organização Mundial da Saúde, sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978. No documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, ficou definido que “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.”¹ Logo, o desenvolvimento da ação visou a carência de conhecimento da comunidade sobre a atenção primária e promoção de saúde, abordando tais temas com os moradores que tivemos contato, levando, principalmente, informações sobre as prevenções primária e quaternária, que foram os principais focos da atividade.

Visto isso, é importante salientar o papel das prevenções primária e quaternária dentro da atenção primária como forma de promoção de saúde. Segundo Dina, Czeresnia (2003) “a prevenção de enfermidades tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo”.² A prevenção primária é um importante meio que visa remover causas e fatores de risco, seja de um indivíduo ou de uma população, a fim de evitar problemas de saúde.² Um exemplo de prevenção primária são as orientações sobre a importância de atividades físicas para reduzir os riscos de inúmeras doenças.²

Acerca da prevenção quaternária, aponta-se que seu papel principal “é prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos, por meio de técnicas e práticas qualificadas e personalizadas do cuidado.”³ Esse tipo de prevenção é feita por meio de orientações ao indivíduo sobre os riscos que determinados procedimentos e intervenções podem apresentar à sua saúde, e métodos alternativos para solucionar seu problema.

O objetivo deste estudo foi relatar os atendimentos realizados em uma ação social desempenhada pela Liga Acadêmica de Radiologia Clínica do Centro Universitário UNIFACIMED, em um shopping de Cacoal/RO.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo relato de experiência referente a uma atividade da Liga Acadêmica de Radiologia Clínica (LARC), que constitui uma descrição sobre a vivência dos ligantes de radiologia abordando a prevenção primária e quaternária de saúde, em especial sobre métodos diagnósticos que possuem radiação ionizante.

A atividade foi desenvolvida por um grupo de ligantes da LARC de medicina do Centro Universitário Unifacimed/Uninassau e dois docentes responsáveis pela ação. Foi realizado no mês de junho, no Shopping do município de Cacoal e durante a execução do projeto de extensão da liga.

Durante a ação realizou-se um questionário virtual online através da plataforma “Google Forms” referente à promoção e proteção primária e quaternária de saúde. O presente trabalho se configura nas respostas obtidas acerca da população que estava em trânsito no Cacoal Shopping no município de Cacoal, Rondônia, Brasil.

No decorrer de cinco horas, o público adulto foi atendido, tendo como fator de exclusão pacientes com idade inferior a 16 anos. O grupo ofereceu serviços de aferição de pressão arterial, avaliação antropométrica, orientações em saúde e promoção do autocuidado. As orientações foram feitas por meio de banner e diálogos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cerca de 51 pessoas tiveram acesso à mensuração de dados antropométricos, aferição de pressão arterial e orientações. A maior parte do público interessou-se pela aferição de pressão arterial, mesmo assim realizaram a coleta de dados através do questionário, e esses puderam tirar dúvidas e receber orientações durante a avaliação na base de dados da aplicação do questionário.

A partir da análise das respostas, constatou-se que o público foi composto por 24 homens e 26 mulheres, com idade entre 17 e 88 anos, sendo a maior parte dos pacientes na faixa etária entre 51 e 70 anos, como mostrado na tabela 1. A idade mais avançada dos pacientes se deve ao horário de atendimento, que foi das 13:00 às 18:00 em uma quinta-feira, que é horário comercial, facilitando o acesso de aposentados e autônomos. Isso é corroborado quando observamos a profissão dos participantes, 24,4% são aposentados, representando a ocupação com maior número de pessoas, as demais são variadas, contamos com a presença de advogados, piloto de avião, donas de casa, vendedores, funcionários públicos, contadores, pecuaristas, representantes comerciais, artesão, gerente administrativos, supervisor de vendas, entre outros.

Tabela 1: Quantidade de pacientes de acordo com faixa etária

Faixa Etária	Quantidade de Pacientes
16-30	8
31-50	18
51-70	22
71-90	3

Fonte: Produzida pelo autor com bases nos dados do questionário.

Averiguou-se também, que tal local recebe pessoas de diversos municípios. A maioria dos pacientes são de Cacoal, cerca de 56,8%, e em segundo lugar da cidade de Rolim de Moura, representando 9,8% dos atendimentos, também houve pessoas de Rondolândia, Recife, Vitória, Espigão do Oeste, Mâncio Lima, Buritis, Cascavel e São Miguel do Guaporé. Dessa forma, percebe-se que as ações de saúde podem reverberar ainda mais positivamente quando de amplo acesso, pois pode atingir localidades que possuem a saúde pública ainda mais deficiente, atendendo uma população que carece de maiores cuidados.

A respeito dos hábitos de vida, 94,1% não é tabagista e 56,9% não ingere bebida alcoólica, o que significa um bom cenário, ainda mais quando relacionado à idade

predominante dos entrevistados. No entanto, 52,9% é sedentário, fazendo com que grande parte das orientações fossem relacionadas à importância da prática de exercício físico.

Sobre as comorbidades pré-existentes 32% é hipertenso e 8% é diabético. Apesar disso, 42% dos entrevistados estavam com a pressão arterial alterada e alta entre 130/90 e 150/110 mmHg, nos 58% restantes estava adequada, entre 90/60 e 120/80 mmHg.

No cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), os valores deram entre 20,87 e 39,05 kg/m². Nesse sentido, nenhum paciente estava abaixo do peso, com IMC abaixo de 18,5 kg/m², porém somente 31,4% das pessoas estavam com o peso adequado, com IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m². Dos demais atendimentos, aproximadamente 29,4 % possui sobrepeso, com IMC entre 25 e 29,9 kg/m², e 39,2% tem algum grau de obesidade, apresentando IMC acima de 30 kg/m², os dados seguem descritos na tabela 2.

Tabela 2: Quantidade de Pacientes de acordo com índice de massa corporal

Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	Quantidade de Pacientes
Menor que 18,5	0
18,5-24,9	16
25-29,9	15
30-34,9	13
35- 39,9	7
Acima 40	0

Fonte: Produzida pelo autor com base nos dados do questionário.

A partir do questionário e da averiguação do estado de saúde dos pacientes, foram dadas orientações em saúde. Muitos pacientes acreditam que a realização de check ups e exames de imagem é a melhor forma de cuidado, foi orientado que a maior parte dos

diagnósticos podem ser feitos clinicamente, sem a realização desses e que a prevenção primária, como mudança de estilo de vida se sobressai em relação a outras, quanto ao impacto na vida do paciente e melhora da qualidade de vida⁴. Com isso, tal ação trabalhou de maneira assertiva para alertar que muitos indicadores de saúde podem ser melhorados com ações do dia a dia.

Em suma, a experiência por parte dos acadêmicos dentro da atenção primária à saúde desenvolveu competências e habilidades para manejo e trabalho com uma população adulta de ampla característica epidemiológica. Tais atribuições são necessárias dentro da formação de futuros profissionais da saúde capazes e humanizados por meio da utilização de recursos, vão além daqueles dispostos pelo Sistema Único de Saúde, como campo de aprendizagem⁵.

CONCLUSÃO

Infere-se a partir desse artigo, que foi possível promover conhecimento em saúde, realizando aferição de pressão arterial da população, orientação sobre a importância da mudança dos hábitos diários e informando sobre as contraindicações de exames que possuem radiação ionizante. Dessa forma, foi de grande valia para a população, que muitas vezes se ausenta do serviço de saúde, ter uma avaliação do seu atual estado e serem orientados sobre pequenas mudanças na rotina que impactam significativamente de maneira positiva a sua saúde.

Por meio da ação realizada, os alunos puderam se informar a respeito da situação de saúde da população e seus principais acometimentos, fazendo orientações a partir disso. Desse modo, além de reforçar os conhecimentos teóricos ofertados na graduação, os acadêmicos colocaram em prática a empatia e solidariedade importantes para a formação médica.

Assim, reforça-se que a educação em saúde deve ser uma prática valorizada e, para isso, deve estar acessível à população. Por isso, há necessidade do estímulo de ações solidárias na educação médica, pois há benefício direto para a saúde da comunidade e para a formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao público atendido pela disponibilidade e partilha.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários** [Internet]. 2002 [acesso em: 26 jul. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
2. Badalotti L. **Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária**. UNISINOS [Internet]. 2017 [acesso em: 26 jul. 22]. Disponível em: <http://gmap.unisinos.br/wiki-sst/sst/prevencao-primaria-secundaria-terciaria-e-quaternaria/#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20est%C3%A1%20classificadaa%20com%20prim%C3%A1ria%2C%20secund%C3%A1ria%2C%20terci%C3%A1ria,populacional%20antes%20do%20desenvolvimento%20de%20uma%20condi%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica.>
3. Tesser CD. **Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde**. O mundo da Saúde [Internet]. 2012 [acesso em: 26 jul. 22]; 36(3): 416-26. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/prevencao_quaternaria_humanizacao_atencao_primaria.pdf
4. Moraes CF, Neiva TS, Gomes L. **Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária**. Rev. G&S [Internet]. 1º de junho de 2015 [citado 30º de julho de 2022];6(2):Pag. 1418-1428. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2957>
5. Moraes BA, Costa NMS. **Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016, vol. 50 (n.esp):009-16. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0080623420160000300002>

ANÁLISE DA SITUAÇÃO OCUPACIONAL E PROMOÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eduarda Fonteles^{1*};

Any C. G. Gotardi¹;

Diego B. Soares¹;

Isabela R. Manzoli¹;

Lohraíne T. Domingues¹;

Jessica R. Cruz².

¹Graduando(a) do Centro Universitário UNIFACIMED.

²Docente do Centro Universitário UNIFACIMED.

*eduarda.fonteles.3@gmail.com

RESUMO

A saúde do trabalhador caracteriza-se pela junção de ações de vigilância sanitária e epidemiológica com objetivo de prevenir e reabilitar a saúde dos indivíduos expostos à agravos obtidos no exercício laboral. O artigo consiste em um relato de experiência de atividade realizada em uma Unidade Básica de Saúde, onde os Acadêmicos de Medicina do 6º período realizaram avaliação da situação ocupacional, palestra de promoção do autocuidado e dinâmica educativa. Em suma, foi possível identificar o perfil sociodemográfico bem como possibilitar a construção de conhecimento acerca da saúde do trabalhador na formação acadêmica.

Palavras-Chave: Saúde do trabalhador, Autocuidado, Centros de Saúde.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

Com alta carga horária e submissão há uma grande quantidade de estresse, os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo os setores administrativo, limpeza e operacional com todos os servidores da saúde, muitas vezes possuem uma diminuição na qualidade de vida ocasionados pelos seus empregos¹. O desenvolvimento dessa ação foi instigado pela necessidade de conhecer a relação do trabalhador de saúde com a sua função na UBS e sua saúde física e mental, além de promover o autocuidado para aqueles que dedicam seu tempo para servir e cuidar e de incentivar o trabalho em grupo para o fortalecimento da equipe.

A saúde do trabalhador é definida pelo processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho². Representa um esforço de compreensão deste processo e do desenvolvimento de alternativas de intervenção para melhor qualidade de vida do trabalhador relacionada ao melhor exercício da sua função¹. Assim, reforça-se a necessidade da análise contínua da relação do trabalhador com o seu serviço, em todas as profissões e principalmente na área da saúde, por meio do conhecimento especializado, pois permite que sejam evitados danos ao trabalhador e a sua função.

Nessa perspectiva, o passo inicial para a realização de um cuidado mais qualificado é a elaboração de diagnósticos situacionais de saúde do trabalhador, adequados de acordo com as peculiaridades de cada serviço. O Diagnóstico Situacional de Enfermagem e de Saúde (DSES) é um método, que identifica e analisa uma realidade e a relaciona com as suas necessidades, visando à elaboração de propostas de organização/reorganização de um serviço³. Desse modo, para os trabalhadores da Unidade Básica é essencial a avaliação de saúde mental, riscos de acidente de trabalho, condições de trabalho adequadas, entre outros.

Como alternativa para a melhora da saúde do trabalhador, surge a necessidade do estímulo do autocuidado, que é o conjunto de atividades que as pessoas desempenham por elas mesmas, que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar⁴. Nesse sentido, tal ação é cada vez mais necessária diante das adversidades do dia a dia no ambiente de trabalho, principalmente no que tange a saúde do trabalhador da área de saúde com enfoque àqueles da atenção primária, que são porta de entrada para a maioria dos acometimentos de saúde

Ademais, o trabalho em equipe interprofissional, aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, é essencial para a atenuação dos efeitos deletérios das condições de trabalho precárias às quais os funcionários das UBS estão inseridos. Dessa forma, é possível compartilharem o senso de pertencimento à equipe e trabalharem juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde⁵.

A partir disso, tal trabalho objetiva descrever a experiência vivenciada por acadêmicos de medicina ao promover uma ação voltada à saúde do trabalhador da atenção primária à saúde.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo relato de experiência referente a uma atividade da disciplina “Interação Comunitária” que constitui uma descrição sobre a vivência dos acadêmicos do 6º período de Medicina abordando a saúde do trabalhador em Unidades Básicas de Saúde.

A atividade foi desenvolvida por um grupo de cinco acadêmicos do 6º semestre de Medicina do Centro Universitário Unifacimed/Uninassau e um docente responsável pela ação. Foi realizado no mês de maio junto aos funcionários de uma Unidade Básica de Saúde em Cacoal-Rondônia, durante a execução do projeto de extensão da disciplina de Interação Comunitária.

Realizou-se um questionário virtual online através da plataforma “Google Forms” referente à promoção e proteção à saúde do trabalhador. O presente trabalho se configura nas respostas obtidas acerca dos riscos e agravos que abrangem os funcionários da UBS no município de Cacoal, Rondônia, Brasil.

Foram registradas 13 respostas de servidores, acerca da escolaridade, ocupação, renda mensal, satisfação e condições em relação à atividade que desempenha, acidente de trabalho, ergonomia e uso de equipamentos de proteção individual. Além disso, realizou-se atividades dinâmicas praticadas junto aos trabalhadores, na qual foi possível identificar as demandas e dificuldades encontradas pelos servidores, bem como as estratégias adotadas na rotina da Unidade Básica.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta em bases de dados de relevância de conhecimento em saúde: “PubMed”, “Scientific Electronic Library Online (SciELO)” e “Google Acadêmico”.

Por se tratar de um relato de experiência não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Mesmo tratando-se desse tipo de estudo, todos os princípios éticos foram seguidos conforme recomendações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etapa de avaliação da situação ocupacional na Unidade Básica de Saúde contou com a participação de 13 servidores tendo suas respostas resumidas em forma de gráficos (Figuras 1 e 2), de acordo com as perguntas realizadas, dados estes apresentados e discutidos adiante.

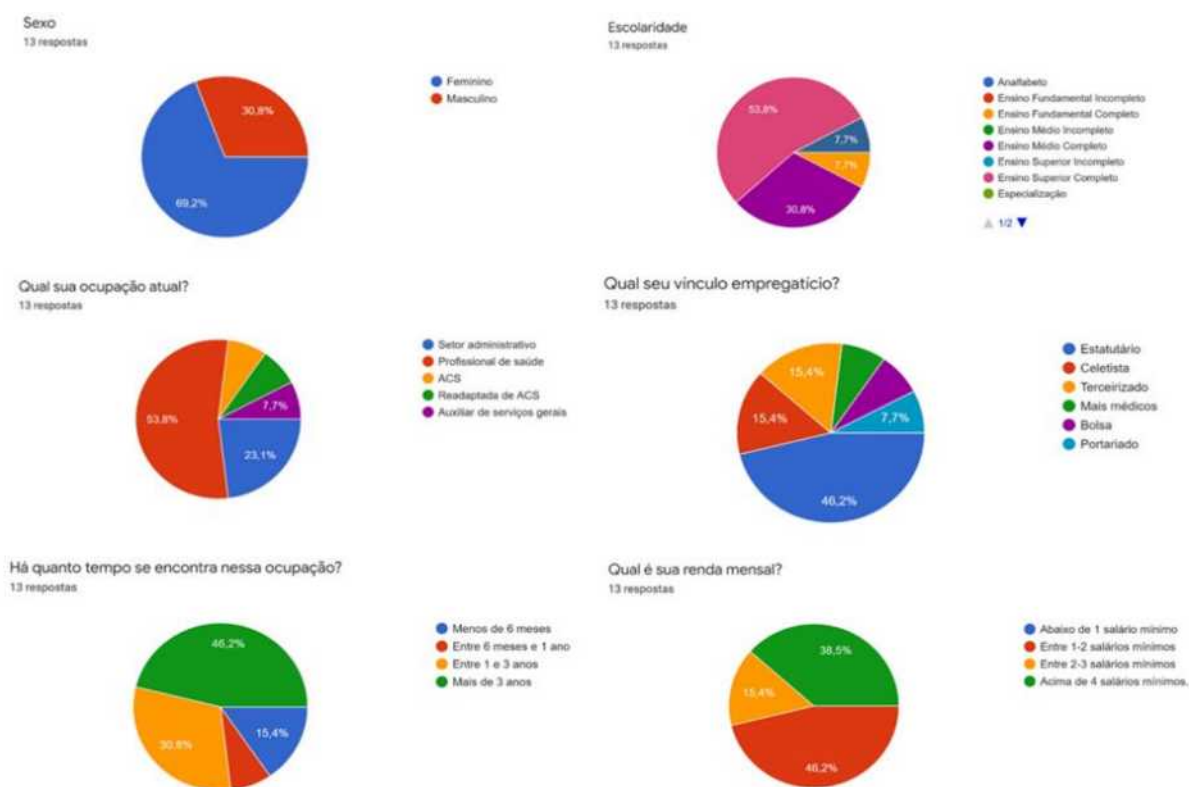


Figura 1: gráficos de sexo, escolaridade, ocupação, vínculo empregatício, tempo na ocupação e renda dos funcionários.
Fonte: material do autor.

O perfil dos funcionários conta com maioria deles composto por mulheres (feminino 69,2%, masculino 30,8%), conforme figura 1, com idade média de 41,4 anos. Cerca de 53,8% dos entrevistados possuíam ensino superior completo e 30,8% o ensino médio completo

(Figura 1). Servidores com ensino fundamental completo e analfabetismo juntos somam 15,4% das respostas.

Das principais ocupações dentro da unidade de saúde estão predominantemente nas categorias de Profissional da Saúde (53,8%), seguido de Setor Administrativo (23,1%), nas demais ocupações em menor porcentagem se encontram a de Agente Comunitário de Saúde e Auxiliar de serviços gerais (Figura 1). O principal vínculo empregatício é Estatutário (46,2%) seguido de Celetistas (15,4%) e Terceirizados (15,4%), Mais médicos, Bolsa ou Portariados apresentam a mesma porcentagem de 7,7%. (Figura 1). Desses vínculos, apenas 30,8% apresentam carteira assinada, os demais devido a modalidade do vínculo empregatício não possuem carteira assinada ou não se aplicava, totalizando 69,2% das respostas.

Os funcionários que estão na ocupação atual por mais de 3 anos representam uma taxa de 46,2%, sendo que a maioria está na mesma função por menos de 3 anos, totalizando 53,8% das respostas, o que demonstra uma parcela significativa de novos funcionários dentro de uma atenção à saúde que requer continuidade prolongada ao longo do tempo (Figura 1). A renda desses servidores situa-se, em sua maioria, em mais de 2 salários-mínimos (53,9%), e 46,2% recebem entre 1-2 salários-mínimos. Ao passo que nenhum funcionário recebe valores inferiores a um salário-mínimo (Figura 1).

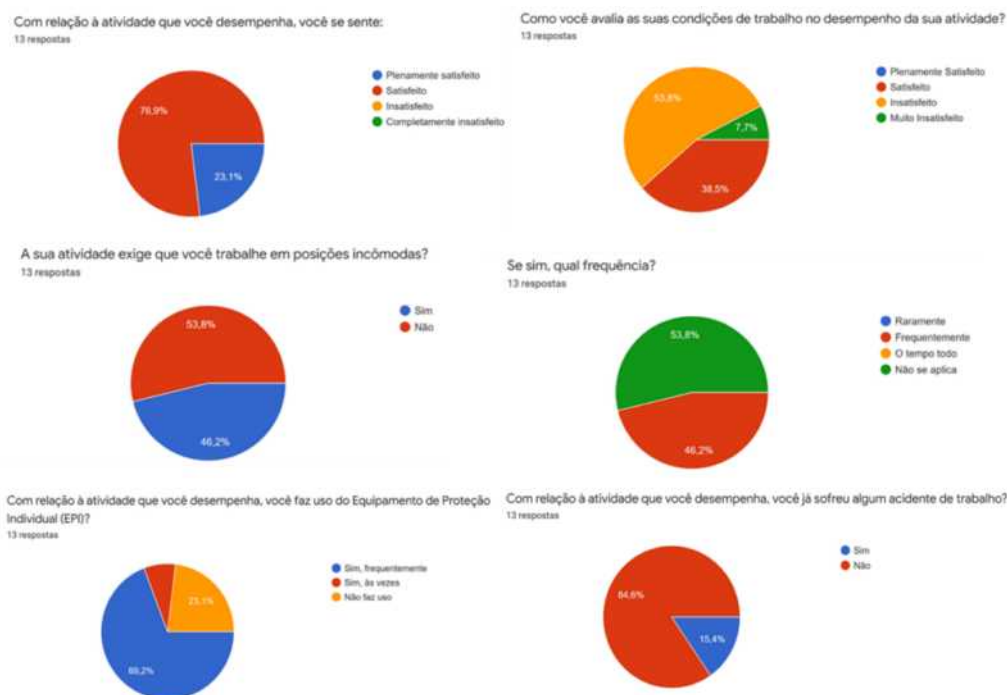


Figura 2: gráficos de satisfação com a atividade, condições de trabalho, ergonomia, uso de EPI e acidente de trabalho dos funcionários. Fonte: material do autor.

Das informações coletadas, as que mais chamaram atenção dos acadêmicos foram as relacionadas com a situação de trabalho e satisfação dos trabalhadores. Nos quais os dados obtidos apontam uma satisfação com a atividade que desempenham dentro de um nível considerado satisfatório (76,9% satisfeito e 23,1% plenamente satisfeito) com nenhuma resposta representando insatisfação (Figura 2). Entretanto, em relação às condições de trabalho, a grande maioria apontou um nível de insatisfação ou muita insatisfação (52,8% e 7,7%), conforme Figura 2. Isso está relacionado, principalmente, à grande demanda de atendimentos, devido uma população maior que a capacidade de atendimento da unidade de saúde, o que segundo os trabalhadores, torna as condições de trabalho exaustivas diante das metas propostas pelo município, assim gerando insatisfação.

Cerca de 46,2% dos funcionários alegam trabalhar em posições incômodas frequentemente de acordo com suas funções (Figura 2) e a grande maioria dos funcionários durante as atividades desempenhadas faz uso de Equipamentos de Proteção Individual (69,2%) e 23,1% alega não fazer o uso (Figura 2), no entanto 84,6% responderam que na ocupação atual não sofreram acidentes de trabalho e 15,4% (duas respostas) sofreram, conforme a Figura 2, sendo dos que apresentaram resposta afirmativa relataram ser acidente com perfurocortantes ou acidente de trajeto. É interessante salientar que apesar não serem todos os funcionários que trabalham diretamente com o paciente ou com material perfurocortante, como os profissionais de saúde e agentes comunitários, os demais funcionários apesar de desempenharem outras funções também se enquadram dentro do uso de EPI, pois atividades que exigem muitas horas sentadas, como no setor administrativo, requer equipamentos de correção de postura e manutenção da ergonomia.

Ademais, promoveu-se com todos os servidores uma palestra dinâmica que gerou participação ativa de todos que estavam presentes os quais, através de "Post-it", elencaram palavras que descreviam o trabalho da unidade e o relacionamento com os colegas gerando debate e levantamento de ações que promovam o autocuidado, principalmente com a saúde mental, dentro das condições de trabalho considerada estressante para a maioria assim como a troca de palavras e apoio por parte dos funcionários a fim de melhorar o atendimento prestado à população assim como as metas solicitadas.

Em suma, a experiência por parte dos acadêmicos dentro da atenção primária à saúde desenvolveu nos mesmos competências e habilidades para manejo e trabalho com grupos de trabalhadores assim como comunicação eficiente com esses, possibilitando que de forma ativa

e proativa pudessem vivenciar a situação de demandas e dificuldades enfrentadas pelos servidores além de, por técnicas de promoção à saúde, salientar a importância do cuidado com a saúde mental diante de um ambiente exigente de trabalho. Habilidades e competências essas necessárias dentro da formação de futuros profissionais da saúde capazes e humanizados por meio da utilização do SUS como campo de aprendizagem⁶.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é válido ressaltar a importância do autocuidado nas relações sociais e laborais no contexto da atenção primária em saúde, visando incentivar o trabalho multidisciplinar, o convívio entre os profissionais e a dinâmica de assistencialismo dos serviços ofertados. Nesse contexto, a ação desenvolvida estruturou-se na necessidade de estimular à saúde mental do trabalhador a fim de propiciar qualidade de vida e uma redução de agravos associados ao exercício das suas funções, já que os trabalhadores da atenção primária atuam como porta de entrada e desempenham papel fundamental no cumprimento dos princípios doutrinários do sistema único de saúde. Outrossim, essa atividade também buscou caracterizar o perfil sociodemográfico bem como corroborar para uma análise situacional dos profissionais de saúde que atuam na Unidade Básica.

Em síntese, esse relato de experiência possibilitou aos integrantes dessa atividade à construção de conhecimento acerca da saúde do trabalhador na formação acadêmica, pautando-se no desenvolvimento de habilidades comunicativas, competências teórico-práticas, compreensão da dinâmica da unidade de saúde e aprimoramento do senso crítico por meio de discussões e reflexões sobre a importância do autocuidado no âmbito laboral dos profissionais da atenção primária.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LR, Scatolin, HG. **Saúde Mental e Trabalho: Do sofrimento ao adoecimento psíquico nas organizações frente às tecnologias e formas de gestão.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 03, Vol. 09, pp. 139-152. ISSN: 2448-0959.
2. Mendes R, Dias EC. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Rev Saúde públ., S.Paulo, 25: 341-9, 1991.
3. Tiensoli SD, Bonisson RL, Matozinhos FP, Meléndez GV, Velásquez FSL. **Diagnóstico situacional: Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica.** Rev Min Enferm. 2014 jul/set; 18(3): 573-578.
4. Lima MJV, Cavalcante CM. **As estratégias de enfrentamento/autocuidado utilizadas pelos trabalhadores de limpeza em um centro oncológico pediátrico.** Rev. SBPH [online]. 2015, vol.18, n.1, pp. 152-172. ISSN 1516-0858.
5. Peduzzi M, Agreli HF. **Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care.** Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1525-34.
6. Moraes BA, Costa NMS. **Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016, vol. 50 (n.esp):009-16. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0080623420160000300002>.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS NOTIFICADOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA CAPITAL DA BAHIA

Taline P. Silveira^{1*};

Carmen L. R. dos Santos².

¹Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UniFTC). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil;

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana. Bahia, Brasil. Endereço do autor: talinesilveira6@gmail.com

* talinesilveira6@gmail.com; ²carmen.santos@ftc.edu.br

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se por valores sustentados dos níveis pressóricos iguais ou superiores 140 mmHg × 90 mmHg. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e quantitativo, através das informações disponibilizadas pelo SINAN, sobre os casos notificados de HAS na capital baiana no período de 2011 a 2013. Após análise dos dados, foram levantadas as seguintes categorias temáticas: Perfil epidemiológico de hipertensos que desenvolveram patologias secundárias a HAS; Características epidemiológicas do estilo de vida dos pacientes hipertensos. É necessário manter os níveis pressóricos conforme o parâmetro de normalidade, na finalidade de diminuir o impacto no contexto da morbimortalidade.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Monitoramento epidemiológico, Sistemas de informação.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de etiologia multifatorial e caracteriza-se por valores sustentados dos níveis pressóricos iguais ou superiores 140 mmHg × 90 mmHg. Essa patologia proporciona elevado impacto no contexto da morbimortalidade no país¹.

Os fatores desencadeantes do aumento da pressão arterial envolvem o estilo de vida, como obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo, exposição contínua à situação de estresse, alcoolismo e tabagismo².

A HAS é um fator de risco predisponente no desenvolvimento de doenças secundárias de cunho cerebrovasculares e cardiovasculares, como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Pode ser acentuada quando associada com os antecedentes familiares, ao estilo de vida, baixa adesão medicamentosa e nas consultas de rotina^{1,3,4}.

A HAS pode se manifestar de maneira assintomática, além de contribuir no desenvolvimento de outras patologias e impactar a qualidade de vida dos indivíduos⁵. Para direcionar o presente estudo utilizou como pergunta norteadora: Qual o panorama epidemiológico dos pacientes com HAS na capital da Bahia em 2011 a 2013? Tendo como objetivo geral: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com HAS na capital da Bahia no ano de 2011 a 2013.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e quantitativo, através das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sobre os casos notificados de HAS na capital baiana no período de 2011 a 2013.

Foram considerados como critérios de inclusão indivíduos de ambos os sexos notificados com HAS na capital baiana de 2011 a 2013. Já os critérios de exclusão englobam os casos de SC de anos anteriores a 2011. A coleta dos dados foi realizada em julho de 2022, e as informações foram armazenadas no *Microsoft Excel* e categorizadas em tabelas. As variáveis incluídas foram: sedentarismo, sobrepeso, AVE, IAM, tabagismo e IRC.

Não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois utiliza como fonte de dados de domínio públicos secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e não apresenta variáveis que apontam as características singulares dos indivíduos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados, foram levantadas as seguintes categorias temáticas: Perfil epidemiológico de hipertensos que desenvolveram patologias secundárias a HAS; Características do estilo de vida dos pacientes hipertensos.

Perfil epidemiológico de hipertensos que desenvolveram patologias secundárias a HAS

Conforme a tabela 1, 181 (5,11%) pacientes com HAS desenvolveram AVE. Registrou no Nordeste 4.688 (4,35%) casos de AVE em hipertensos. A pressão arterial alta caracteriza-se como um dos principais fatores de risco em ocasionar essa patologia, devido ao dano causado no endotélio, vasoconstrição e resistência vascular periférica, podendo impactar ao nível do sistema nervoso central⁷.

Tabela 1: Números de pacientes notificados com HAS que desenvolveram AVE, IAM e IRC no SINAN na capital da Bahia, Brasil, entre 2011 a 2013.

	Sim		Não		Total
	N	%	N	%	N
AVE	181	5,11%	3363	94,89%	3544
IRC	55	1,55%	3489	98,45%	3544
IAM	107	3,02%	3437	96,98%	3544

Fonte: BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, 2013.

Observa-se na tabela 1, que 55 (1,55%) hipertensos evoluíram com IRC. Na região nordeste registrou 2.213 (2,05%) pacientes desenvolveram IRC⁶. Essa insuficiência é desencadeada por múltiplos fatores, como desequilíbrio hidroeletrólítico, vasoconstrição e resistência vascular periférica, conseqüentemente ocasiona danos aos capilares glomerulares⁸.

Referente ao percentual de IAM secundário em pacientes hipertensos (tabela 1), equivale a 107 (3,02%). Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 2016 a 2017, identificou que 42 (5,8%) indivíduos diagnosticados com pressão alta apresentaram IAM⁹. A HAS gera injúria nos vasos sanguíneos, conseqüentemente, repercute em sequelas no miocárdio¹⁰.

Características do estilo de vida dos pacientes hipertensos

No que concerne ao estilo de vida dos hipertensos, 2037 (57,48%) declaram não realizar atividade física (tabela 2). Conforme em um estudo, 73,75% dos pacientes consideram sedentários, e enfatiza-se que a prática de exercício físico reduz a incidência de doenças coronarianas desencadeada pela pressão alta e pode contribuir na normalização dos valores pressóricos¹¹.

Tabela 2: Números de pacientes hipertensos sedentários, tabagistas e com sobrepeso notificados no SINAN na capital da Bahia, Brasil, entre 2011 a 2013.

	Sim		Não		Total
	N	%	N	%	N
Sedentarismo	2037	57,48%	1507	42,52%	3544
Sobrepeso	1929	54,43%	1615	45,57%	3544
Tabagismo	410	11,57%	3134	88,43%	3544

Fonte: BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, 2013.

Com base na tabela 2, observa-se número acentuado de hipertensos em sobrepeso, com o quantitativo de 1929 (54,43%). Em uma pesquisa foram registrados 34.685 (32,10%) de indivíduos sobrepesos⁶. Saliencia-se que os pacientes com sobrepeso apresentam duas vezes probabilidade de desenvolver HAS⁵.

Em relação ao uso do tabaco (tabela 2) aos pacientes hipertensos, 410 (11,57%) referem-se tabagistas. No estudo com 228 hipertensos, 207 (90,8%) nega tabagismo⁵. As substâncias presentes no tabaco desencadeiam a vasoconstrição, o aumento da resistência vascular sistêmica e periférica, devido à redução da elasticidade do vaso sanguíneo causada pela diminuição da produção de óxido nítrico¹².

CONCLUSÃO

Observa-se em relação aos determinantes do estilo de vida dos pacientes hipertensos, apresentam dados acentuados de sedentarismo e sobrepeso, no entanto, o número de tabagistas demonstra-se reduzido em comparação às demais variáveis. É imprescindível esses pacientes efetuarem atividade física, no intuito de promover qualidade de vida e diminuir o impacto no contexto da morbimortalidade.

No que concerne ao desenvolvimento de complicações causadas pela pressão alta, o AVE demonstra-se elevado em comparação com as demais. Portanto, é necessário manter os níveis pressóricos conforme o parâmetro de normalidade, na finalidade de reduzir o índice de surgimento de patologias secundárias à HAS.

Agradecimentos:

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues BLS, Silva RN, Arruda RG, Silva PBC, Feitosa DKS, Guarda FRB. **Impacto do Programa Academia da Saúde sobre a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica no estado de Pernambuco, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021;26(12):6199-6210.
2. Pereira SGS, Junior RFS, Ribeiro CDAL, Barbosa HÁ, Torres JPRV, Silva CSO. **Fatores associados à pré-hipertensão e hipertensão arterial em trabalhadores de saúde que atuam em serviços de alta complexidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(12):6059-6068.
3. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. **Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(3):795-804.

4. Reis IC, Vieira RM. **Correlação do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica com o desencadeamento da insuficiência renal crônica.** Revista Eletrônica Interdisciplinar, 2020;12(1):144-148.
5. Castro LS, Pessoa ÉVM, Pessoa NM, Siqueira HDS, Siqueira FFFS, Rodrigues LAS, et al. **Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população da zona urbana do Maranhão.** Revista eletrônica Acervo Saúde, 2018;18 (1): e125.
6. Macedo JL, Oliveira ASSS, Pereira IC, Assunção MJSM. **Perfil epidemiológico da hipertensão arterial na região nordeste do Brasil.** Revista Uningá, 2019;56 (4): 156-163.
7. Gonçalves CWB, Junior DBA, Rodrigues RA, Silva RFC, Tavares AR, Reis KM et al. **Análise dos fatores de risco e etiopatogenia do acidente vascular cerebral na gestação e puerpério: uma revisão sistemática.** Amazônia: Science & Health, 2019;7 (4):31-45.
8. Rezende VF, Correa VLF, Mourão ACS, Werneck BM, Reis IG, Preta MPSC, et al. **Alteração da função renal em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica: prevalência e fatores associados.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(12):e9529.
9. Oliveira MA. **Perfil epidemiológico dos hipertensos atendidos em unidades de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Cardiologia, 2021.
10. Santos AF; Machado RR; Menezes MG. **Fatores de risco predominantes na população com síndrome coronariana aguda.** Revista Saúde. Com, 2018;14(2): 1146-1152.
11. Oliveira MR. **Análise do perfil epidemiológico dos hipertensos cadastrados no programa hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira do município de Boa Esperança–ES.** [Dissertação]. Espírito Santos (ES): Faculdade Vale do Cricaré, 2020.
12. Macedo JL, Assunção FD, Pereira IC, Oliveira ASSS, Assunção MJSM. **Perfil epidemiológico da hipertensão arterial em um município maranhense.** ReonFacema, 2017; 3(4):693-698.
13. Brasil. Ministério da saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos,** 2013.

APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR POR ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vítor A. Duarte^{1*},

Bruna G. Torres²,

Izabela L. C. Freire³,

Carlos D. F. de Souza⁴,

Roberta de A. Wanderley⁵.

¹Universidade Federal de Alagoas (UFAL), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5721-3291> (vitorduartealbuquerque@gmail.com)

²Universidade Federal de Alagoas (UFAL), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8948-6128>

³Universidade Federal de Alagoas (UFAL), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3128-8521>

⁴Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7995-1893>

⁵Universidade Federal de Alagoas (UFAL), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9955-6778>

RESUMO

Relato de experiência que objetivou descrever a vivência acadêmica de construção do genograma e do ecomapa de uma paciente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) de uma cidade de Alagoas. A elaboração contou com a coleta de dados biomédicos e pessoais, que ocorreu por meio de entrevista domiciliar consentida e de conversas com a equipe da unidade básica. A experiência permitiu a compreensão do contexto biopsicossocial e da dinâmica familiar da paciente em questão, o que enriqueceu o entendimento da importância dessas ferramentas e da APS pelos acadêmicos, além de guiar futuras intervenções e assistência à família entrevistada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Genograma, Ecomapa.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o veículo de assistência contínua, compreensiva e longitudinal (1) cuja base de atuação inclui a valorização das esferas biopsicossociais do indivíduo para assisti-lo de maneira integral e universal. No Brasil, os fundamentos da APS carregam contribuições e foram alicerçados por diversos eventos históricos, como a Reforma Sanitária (1970), a promulgação da Constituição Federal de 1988 — que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) —, e a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 e que resultou na Declaração de Alma-Ata, documento no qual o papel da Atenção Básica era reforçado como essencial para atingir metas de saúde (2).

A APS inclui como primeiro nível de cuidado a valorização do papel da família no processo saúde-doença, e essa assistência é alcançada mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de atenção que usa a interdisciplinaridade da equipe de saúde para alcançar uma abordagem integral e resolutiva (3). Para isso, a ESF deve ser composta por, no mínimo, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico ou auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico (4). O Médico de Família e Comunidade como componente dessa equipe permite que os princípios de integralidade e longitudinalidade da APS sejam mais eficazmente alcançados, visto este profissional ter em sua formação objetivos que vão além do tratamento curativo, mas também que focam o cuidado preventivo e num modelo de medicina centrado na pessoa (5).

Deve-se ressaltar, ainda, que a família pode ser decisiva no processo saúde-doença de modo que ultrapassa o aspecto genético e hereditário, visto que, além de ter papel de inclusão social e de proteção, a estrutura de cuidado de um indivíduo geralmente é a família e, quando essa é problemática, o adoecimento é facilitado. Com isso em mente, ela deve ser um dos focos da assistência, e deve ser vista de modo integral com ferramentas de abordagem familiar. Tais ferramentas devem representar graficamente a estrutura da família com seu histórico biomédico e psicossocial e guiar a abordagem diagnóstica de forma direcionada às necessidades apresentadas pelas famílias (6), além de permitir a antecipação de problemas com padrão familiar. Para tanto, inúmeras estratégias podem ser utilizadas, e duas delas são o genograma e o ecomapa, realizados de modo focado em um paciente-índice, mas sob uma perspectiva familiar e estrutural.

O genograma é uma árvore familiar trigeracional que conta com a representação da estrutura familiar de um paciente-índice, ressaltando, em todos os componentes, o histórico de doenças, as causas de falecimento e as relações interpessoais entre aqueles representados. É definido por Chapadeiro et al. (2011) (7) como uma ferramenta que permite a observação da família como um todo, que guia o apoio para determinado paciente e, ainda permite a observação de problemas relevantes para o seio familiar.

O ecomapa é realizado individualmente e situa o indivíduo em seu contexto comunitário, de modo a expressar as relações dele com o ambiente em que vive, como igrejas, escolas, locais de lazer e a própria Unidade Básica de Saúde (UBS). É uma ferramenta essencial para avaliar a rede de apoio e como ela é utilizada, tendo o poder de representar a existência ou não de recursos socioculturais e econômicos (8).

Para o acadêmico de medicina, portanto, ter experiência e conhecimento de tais ferramentas, assim como da importância delas e do contexto de APS em que elas são inseridas, é essencial para que sua formação contemple o amparo eficaz a pessoas assistidas pela Atenção Primária e que precisem eventualmente da abordagem familiar como pilar de cuidado e prevenção dos agravos em saúde. Com base nisso, o presente trabalho tem como objetivo compartilhar uma experiência de construção, por acadêmicos de medicina, do genograma e do ecomapa de uma família acompanhada no âmbito da APS.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência de aplicação prática de instrumentos de diagnóstico familiar, estimuladas por uma matéria de saúde coletiva de um curso de medicina a um trio de alunos do 4º período da graduação, realizada em 2022. A disciplina tem como objetivo a aprendizagem dos princípios da abordagem familiar no cuidado às famílias na APS.

Diferentes metodologias ativas são utilizadas nesse processo, como a *Team Based Learning* (TBL), oficinas e atividades em campo, de forma a articular o ensino teórico à prática, bem como incitar o raciocínio crítico, capacitando o aluno para atuar em problemáticas (9) relacionadas à APS. Nesse sentido, fizeram parte das atividades teóricas e práticas os instrumentos de diagnóstico familiar, genograma e ecomapa, com intuito de capacitar o discente para conhecer diferentes formas de abordagem ao paciente e a importância da

utilização de ferramentas de avaliação da estrutura familiar para melhoria dos cuidados prestados à comunidade.

Ao longo da disciplina, foi abordado e amplamente discutido em sala de aula o conceito antropológico e sociocultural de família, suas tipologias e dinâmicas, a família no processo saúde-doença, o ciclo vital e, por fim, os instrumentos de avaliação e abordagem familiar. Para esse último tema, a perspectiva teórico-prática foi utilizada como meio de fazer com que o discente alcançasse a percepção da nuance biopsicossocial da família e a superação do modelo biomédico, fornecendo uma visão ampliada da funcionalidade familiar, o que é de grande importância na formação do médico generalista (10).

No primeiro momento, foi solicitado pelos docentes uma visita à UBS vinculada à instituição, na qual os alunos conheceram a equipe multiprofissional do local e dividiram-se em trios para selecionar, junto a um ACS, uma família da sua área que se disponibilizasse a recebê-los. Os critérios utilizados para a escolha da família seriam a ausência de dados familiares no prontuário, disponibilidade para recepção dos alunos pelo paciente e situação de vulnerabilidade.

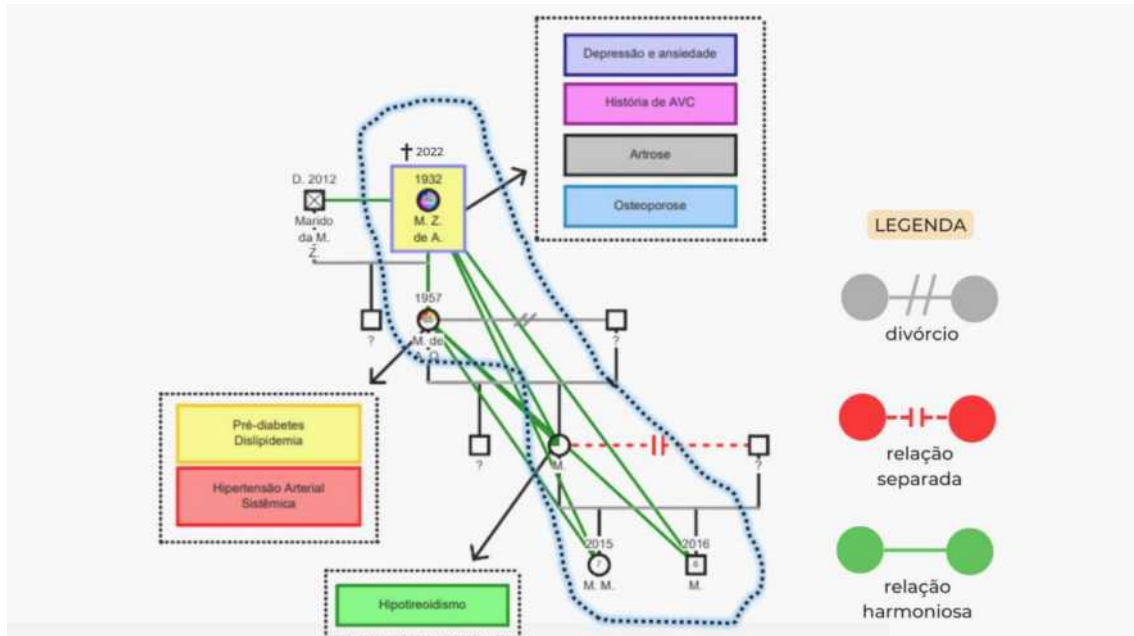
No decorrer da visita realizada de forma amistosa e autorizada à residência da família, na companhia do ACS, os estudantes coletaram os dados solicitados. Foi escolhida uma paciente-índice e entrevistaram-se os membros da família a respeito dos hábitos dos residentes da casa, da dinâmica entre todos e da situação de saúde em que se encontravam. As informações obtidas foram trabalhadas e estruturadas em sala de aula com apoio dos docentes e novas visitas foram pactuadas à UBS para apoiar na coleta de dados e construção mais elaborada dos instrumentos.

Durante as práticas, houveram entraves que dificultaram a elaboração da atividade e a entrevista da família como férias de profissionais que acompanharam o roteiro da atividade, aumento de casos da COVID-19 e óbito da paciente-índice no processo. Apesar disso, os dados já coletados permitiram a elaboração dos instrumentos. Para tal, os discentes se encontraram de forma remota, por meio da plataforma *Google Meet*[®], onde estruturaram o genograma por meio do *software GenoPro*[®] e o ecomapa pela plataforma *Canva*[®].

O produto teve uma apresentação final para os docentes responsáveis em forma de seminário e, após ajustes e recomendações, foi apresentado aos profissionais da assistência para que os instrumentos servissem de apoio ao atendimento dos pacientes. As figuras 1 e 2

apresentam o produto construído, correspondendo, respectivamente, ao genograma e ao ecomapa.

Figura 1- Genograma da família.



Fonte: Elaboração própria (2022).

Figura 2- Ecomapa da paciente-índice.



Fonte: Elaboração própria (2022).

Ao término da disciplina, os discentes realizaram, na UBS, a apresentação do genograma e do ecomapa para o ACS responsável e para a equipe multidisciplinar, seguida por um debate no qual os estudantes e a equipe visualizaram a dinâmica familiar e discutiram planos de cuidados que atendessem às necessidades e às novas vulnerabilidades da família. A atividade final compôs a avaliação da disciplina, juntamente com as avaliações formativas referentes a presença e participação em sala de aula.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito da formação profissional, o contato precoce dos estudantes com a APS e a participação ativa em suas atividades, fazendo uso do genograma e do ecomapa, foram fundamentais para integrar o conhecimento teórico com a atividade prática dentro da Saúde da Família. A integração permite que o discente seja exposto, desde os primeiros semestres, à conjuntura social da medicina, suas limitações, suas fragilidades e suas fortificações, o que promove o desenvolver de autonomia e saber crítico (11).

A interação entre os graduandos em medicina e o agente comunitário de saúde aproximou os estudantes da equipe multidisciplinar da APS, cuja função é ampliar a compreensão das necessidades de saúde da comunidade, evidenciando o princípio de integralidade do SUS (12). Assim, durante as visitas à família, os estudantes vivenciaram a funcionalidade do SUS, além de aplicar os conhecimentos teóricos a respeito da abordagem familiar e observar na prática a influência desse contexto dentro do processo saúde-doença. A produção final, com base nos dados coletados, permitiu identificar um possível padrão de adoecimento na família relacionado a depressão, o que direcionou a assistência da equipe da UBS nesse sentido.

Ao final da disciplina foram construídos os instrumentos de análise familiar, genograma e ecomapa, os quais foram apresentados para a equipe da ESF. Ao longo da apresentação, foram discutidas as percepções sobre o arranjo familiar, seus agravos à saúde, suas necessidades e vulnerabilidades e suas redes de apoio social. O material produzido pode ser usado pela UBS para elaborar estratégias de promoção à saúde por meio da equipe multidisciplinar, como desenvolver um Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma medida voltada para pessoas em vulnerabilidade com o objetivo de promover o tratamento, o apoio e o

cuidado integral, a partir da observação de toda complexidade que envolve o processo saúde-doença (13).

A construção do genograma e do ecomapa foi, no entanto, prejudicada por limitações inerentes aos próprios instrumentos. Uma das principais limitações é o fato de serem ferramentas que demandam um acompanhamento minucioso para se tornarem fidedignas à realidade de uma família (7), assim, com o número reduzido de visitas que poderiam ser feitas durante o período da disciplina, o resultado final ainda não contemplava em detalhes toda a complexidade da estrutura familiar existente. Outra limitação enfrentada pelos discentes é esses instrumentos serem representações fixas no espaço-tempo (7). Isso quer dizer que mesmo a representação mais fidedigna da situação familiar está restrita ao contexto em que ela foi construída. Assim, alterações da dinâmica da família que ocorreram entre a construção e a apresentação, como o falecimento da paciente-índice, modificaram as relações descritas no genograma.

CONCLUSÃO

Os acadêmicos foram capazes de desenvolver habilidades relacionadas à construção dos instrumentos de abordagem familiar, integrar conhecimentos teóricos à prática da Saúde da Família e da Comunidade e reconhecer fragilidades e fortalezas da APS. Apesar dos entraves, também auxiliaram a equipe da UBS ao preparar o genograma e o ecomapa de uma família que utiliza seus serviços. Esses instrumentos, embora com limitações, foram úteis na visualização do contexto estrutural e social em que aquela família estava inserida. Reitera-se, por fim, a importância da abordagem familiar ao longo da formação em medicina e do contato precoce com os sistemas de saúde na aprendizagem de conceitos trabalhados em sala de aula.

Agradecimentos

Aos docentes, pela orientação na disciplina; ao Agente Comunitário de Saúde, pela disponibilidade e empenho em acompanhar as visitas; à família, pelo acolhimento e recepção; e aos orientadores deste trabalho, por todo o apoio e aconselhamentos, que muito contribuíram para a sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CLC, Curra LCD. **Abordagem familiar e instrumentos para profissionais da Atenção Primária à Saúde.**
2. Ribeiro FA. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. – São Paulo, 2007.** Dissertação(mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
3. Pavoni DS, Medeiros CRG. **Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2009;62:265–71.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério Da Saúde; 2006.
5. Campos CEA. **Os princípios da Medicina de Família e Comunidade.** Rev APS. 2005;8(2):181–90.
6. Chapadeiro CA, Andrade H, Araújo M de. **A família como foco da atenção primária à saúde.** Nescon/UFMG. 2011;100.
7. Rebelo L. Genograma familiar. **O bisturi do médico de família.** Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2007;23(3):309–17.
8. Nascimento LC, Dantas IR de O, Andrade RD, Mello DF de. **Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira.** Texto & Contexto-Enfermagem. 2014;23:211–20.
9. Freitas FRN, da Silva Souza AT, de Carvalho NA, dos Santos Pedrosa JI. **Metodologias ativas de ensino nos cursos de medicina: uma revisão integrativa.** Research, Society and Development. 2020; 9(7): e151973922-e151973922.
10. Pícoli RP, de Oliveira Cazola LH. **Genograma na formação médica: percepção do estudante.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research. 2017; 19(3): 92-99.
11. Coelho MGM, Machado MFAS, Bessa OAAC, Nuto SAS. **Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico.** Interface (Botucatu). 2020; 24: e190740.
12. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. **Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team.** Interface (Botucatu). 2017; 21(62):589-99.
13. Rodrigues J, Peres GM, Loccioni MFL, Maftum MA, Silva AI, Orlandini RF. **Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família.** Cogitare Enfermagem. 2016;21(3):1414-8536.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Emilly C. A. Silva*¹;

Evelly S. S. Santos¹;

João R. A. Silva¹;

Raquel C. S. Amorim¹;

Marcela O. Feitosa²;

Francisca J. F. de Oliveira².

¹Acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, ²Docentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

*(emilly.carla@discente.ufma.br)

RESUMO

A fase do ciclo gestacional e puerperal é um momento especial na vida da mulher. No entanto, pode ser permeado por diversas alterações físicas, emocionais e sociais. Trata-se de relato de experiência realizado por discentes do curso de enfermagem, na realização de uma consulta de enfermagem de pré-natal a uma gestante com queixa de sangramento vaginal. Os alunos investigaram o histórico de saúde da mulher, bem como realizaram exame físico e a interpretação dos exames laboratoriais. Por fim, foram passadas orientações à gestante. Através dessa aula os discentes puderam pôr em prática seus conhecimentos teóricos.

Palavras-chave: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Assistência Integral à Saúde



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

De acordo com Cardoso et al apud Castro et al (1). A fase do ciclo gestacional e puerperal é um momento especial na vida da mulher, uma experiência única, incomparável a qualquer outra vivência. No entanto, pode ser permeado por diversas alterações físicas, emocionais e sociais. Gestar é um evento fisiológico, contudo existem múltiplos fatores que interferem na experiência da maternidade pela grávida, sendo eles o planejamento dessa gestação, as características socioeconômicas, a rede de apoio e os fatores que alteram a evolução dessa gestação pode influenciar de maneira positiva ou negativa”.

A gravidez é uma condição que envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionados ao contexto familiar e social. As informações, experiências e conhecimentos transmitidos por amigas, vizinhas, mãe e marido podem influenciar tanto positiva como negativamente no ato de amamentar (2). Nos serviços de saúde, por muito tempo, o cuidado à gestante vem sendo oferecido predominantemente atrelado à consulta individual, dificultando um eficaz acolhimento às ansiedades, queixas e temores associados culturalmente à gestação, sendo conduzida pelos profissionais de modo intervencionista, tornando o cuidado e a educação fracionados, sem que a realidade da gestante seja tratada em sua individualidade e integralidade (3).

Mediante a isso, os avanços na atenção pré-natal e puerperal, fornecida pelos serviços de saúde, possuem como pontos essenciais a qualidade e a humanização, incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento apropriado das intercorrências que venham a ocorrer. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher, considerá-la como sujeito atuante, base do processo de humanização, referindo-se à adoção de valores geradores de desenvolvimento autônomo dos sujeitos como protagonistas, possibilitando o estabelecimento de vínculos solidários e responsáveis, respeitando seus direitos como usuários (4).

As ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, assim o profissional deve ser um instrumento para que o cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. E um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que,

se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante (5).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (6).

Este estudo justifica-se pela importância de descrever a atuação de estudantes de enfermagem na execução de práticas com usuários da Unidade Básica de Saúde - UBS (Parque Buriti e Vila Lobão). Dessa maneira, com esse relato de experiência é possível ampliar a divulgação de trabalhos acadêmicos acerca do tema e contribuir para futuras produções científicas. Dado o exposto, este trabalho objetiva relatar a experiência de discentes de enfermagem no desenvolvimento de práticas nas Unidade Básica de Saúde.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado por discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA durante uma aula prática da disciplina de Atenção Básica módulo II, em uma Unidade Básica de Saúde - UBS do município de Imperatriz-MA. Este estudo visa descrever a experiência de um grupo de 4 estudantes na realização de uma consulta de enfermagem de pré-natal a uma gestante com queixa de sangramento vaginal, sob a supervisão de uma das enfermeiras docentes da disciplina.

As aulas práticas da disciplina ocorreram no período de maio a junho do ano de 2022 com o intuito de vivenciar a rotina de trabalho da enfermagem em uma UBS e de pôr em prática os conhecimentos da graduação através da realização de consultas de enfermagem. No primeiro momento foi escolhido um dos consultórios de enfermagem da unidade para a realização dos atendimentos, os materiais necessários para as consultas foram devidamente

separados e preparados, a sala foi organizada e foi feita a assepsia das superfícies utilizadas. Os atendimentos foram realizados por demanda espontânea, visando aplicar os conhecimentos práticos com o auxílio e direcionamento da docente.

Posteriormente, com a admissão da gestante na unidade, seu atendimento foi realizado por um dos estudantes - com o auxílio dos demais. Dessa forma, foi realizado através da escuta qualificada a anamnese, o exame físico obstétrico, a solicitação de exames laboratoriais, o encaminhamento à unidade de referência da cidade e a educação em saúde. Possibilitou-se conhecer o histórico da paciente, investigar sua queixa e realizar um atendimento holístico, visando a melhora de seu quadro de saúde, de sua qualidade de vida e a aplicação dos conhecimentos práticos da graduação.

Tratando-se de um relato de experiência que descreve somente um momento de aprendizado de estudantes da graduação, sendo realizado em acordo com as diretrizes éticas recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde atendendo a Resolução de nº466 de 2012 (7); e em respeito à dignidade humana, aos direitos e a proteção dos participantes, não se faz necessária a aprovação desse estudo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante todo o desenvolvimento das atividades, os alunos estiveram sob supervisão de uma das docentes da disciplina de Atenção Básica em Saúde. A supervisão de um professor capacitado é essencial para passar segurança para os alunos e para o paciente, além de diminuir possíveis erros durante o atendimento de enfermagem. Durante a realização da consulta, os alunos estavam devidamente paramentados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para garantir a segurança tanto dos pacientes quanto dos discentes.

Como afirma Bizzo (8) um dos objetivos das aulas práticas é analisar e auxiliar no processo de ensino-aprendizagem, acompanhando o progresso dos alunos e observando as dificuldades. A aula prática é essencial pois muitas vezes há uma dificuldade por parte do aluno em compreender os motivos pelos quais alguns conteúdos que são abordados teoricamente em sala de aula. O discente necessita de estímulos para aprender de forma adequada, devendo inter-relacionar conceitos e entender sua importância para a vida profissional. Caso contrário, achará mais cômodo memorizar conceitos e fórmulas, esquecendo-os logo em seguida (9).

Boa parte dos alunos ainda não possuíam experiência consolidada em relação ao atendimento de enfermagem em uma UBS, tendo em vista a grande lacuna que a pandemia de COVID-19 gerou sobre o retorno de aulas em campo para as universidades. Com o retorno gradual das aulas, observou-se grande interesse dos alunos em participar de ações presenciais. Esse interesse se explica pelo fato de que, dentre as várias funções das aulas práticas, podemos citar: despertar e manter interesse no conteúdo; estimular capacidade de investigar cientificamente; desenvolver a capacidade de resolver problemas reais e solidificar conceitos básicos (10).

No dia 27 de junho, dentre alguns atendimentos realizados no dia, os discentes realizaram a consulta de uma gestante identificada como L.O.R, de 20 anos de idade. Com Idade Gestacional (IG) do feto estipulada em 23 semanas e 3 dias, ela procurou espontaneamente a UBS para realizar sua terceira consulta de pré-natal e investigar a queixa de um sangramento vaginal recorrente. Na história pregressa, durante 4 dias ela ficou internada em um hospital de referência materno infantil de Imperatriz-MA com queixa de sangramento que se estendia até o presente momento de forma irregular. A maternidade de referência solicitou e realizou exame de ultrassom para investigar possível dano ao feto. Na ultrassonografia, o feto não apresentava sinais de sofrimento e a biometria de acordo com a IG estava dentro dos parâmetros.

Foi investigado o histórico de saúde e social da mãe e ela relatou não apresentar nenhum tipo de doença crônica ou aguda, assim nenhum dos membros de sua família. Além disso, não tinha histórico anterior de aborto e fatores de risco. Também foi questionada a relação dela com o companheiro pai da criança para afastar qualquer suspeita de violência física ou mental sofrida pela mãe. Negou qualquer tipo de agressão.

Durante o exame físico, foi observado temperatura corporal em 36 graus, peso de 75kg, pressão arterial de 100 x 70 mmHg. À ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) observou-se o valor de 166 bpm, levemente com taquicardia. A mãe não apresentava edema e relatou estar com alimentação, eliminações e sono preservados. Estava lúcida, orientada, deambulando normalmente e sem sinais de desidratação e hipóxia. Sua curva uterina de 18cm estava no limítrofe de percentil entre P90 e P10 para a IG.

Em relação a medicamentos de que fazia uso, observou-se prescrições anteriores de suplemento multivitamínico combinado – com quantidade de ferro insuficiente - analgésicos para possível dor da gravidez ou do sangramento que relatava. Além disso, foi prescrito

antiemético e antiespasmódico. Em relação a exames laboratoriais, não foi evidenciado nenhuma alteração.

Por fim, ela foi orientada a tomar de imediato a vacina de influenza já que as demais vacinas do calendário da gestante estavam contempladas. Foi preenchido formulário de encaminhamento para investigar gestação de alto risco e investigar a causa do sangramento. Algumas orientações foram passadas à gestante, como fazer ingestão frequente de líquidos e fazer uso de hidratantes para evitar desidratação e prevenir aparecimento de estrias. Além disso, foi prescrito suplementação de ferro em valores adequados.

CONCLUSÃO

Diante das experiências vivenciadas nas práticas da disciplina de Atenção Básica de Saúde, tais atividades realizadas nas aulas representaram uma importante forma de aprendizado para os alunos pois possibilitaram a estes colocarem em prática aquilo que lhes foi ensinado na teoria em sala de aula, além de instigar o pensamento crítico, e a colaboração em grupo para chegar a um consenso através de uma troca mútua de conhecimentos. Por fim, é indiscutível o fato de que essa vivência contribuiu positivamente para a formação acadêmica de cada aluno envolvido.

REFERÊNCIAS

1. CARDOSO, F. R. et al. **Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, Vol. Sup. 23, 2019.
2. FRIGO, F. L. et al. **A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência.** Rev Epidemiol Control Infect. 2012;2(3):113-114.
3. DELFINO, M. R. R. et al. **O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.
4. VASCONCELOS, O. I. M. et al. **Intervenção Educativa Em Saúde Com Grupo De Gestantes: Estudantes De Enfermagem Em Ação Extensionista No Interior Do Ceará.** Expressa Extensão. Pelotas, v.21, n.2, p. 108-118, 2006.
5. RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):477-486, 2007.

6. BRASIL. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União [on-line], 2013.
7. BIZZO, N. **Ciências: fácil ou difícil?** 2 ed. São Paulo: Ática, 2000.143 pag.
8. PRIGOL, S. GIANNOTTI, S. M. **A Importância da Utilização de Práticas no Processo Aprendizagem de Ciências Naturais Enfocando a Morfologia da Flor.** Simpósio Nacional de Educação XX Semana de Pedagogia. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel. 2008. 14 f.
9. KRASILCHIK, M. **Modalidades Didáticas.** In: Prática de ensino em Biologia, 2. ed. São Paulo: Editora Habra, 1983. 2000p.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR AO PACIENTE NA RETIRADA DE PONTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eduarda P Marinho*¹,

Maria A da S Arruda¹,

Maria C N Barros¹,

Maria E S da Costa¹,

Vilma A dos S Canjão¹,

Francisca J F de Oliveira².

eduarda.pm@discente.ufma.br

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA;

² Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Imperatriz – MA. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi realizada inspeção da ferida e, em seguida, realizada a retirada alternada dos pontos. **CONCLUSÃO:** Considera-se que a vivência da visita domiciliar contribuiu para formação acadêmica, no aprendizado das técnicas de cuidados necessários na retirada de pontos.

Palavras-chave: Atenção primária, Terapêutica, Visita domiciliar.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a principal estratégia para o reordenamento da Atenção Primária em Saúde (APS), atualmente denominada de Atenção Básica (AB), propõe-se ultrapassar o modelo de atenção baseado na biomedicina, que tradicionalmente tem como objeto do trabalho, em saúde, o corpo. Este é socialmente estruturado, codificado e dividido em partes específicas, em que o que se busca são anomalias estruturais ou funcionais, materializadas no tecido biológico.¹

A ESF prevê a cobertura populacional através de áreas geográficas, a qual deve considerar a diversidade sócio política, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, assim, o território de atuação. Dentre as atividades realizadas pela equipe de saúde da família, a visita domiciliar destaca-se por ser desenvolvida no território de atuação, mais especificamente no domicílio do usuário.²

A Atenção domiciliar (AD) é definida como: Modalidade de atenção à saúde integrada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

A abordagem domiciliar possibilita a compreensão e a análise de contextos específicos, pois, no domicílio, algumas questões sobre o arranjo familiar estão explícitas. Além disso, a visita domiciliar (VD) permite o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário, o que desencadeia transformações em suas relações que auxiliam no compartilhamento de informações e na criação de laços de compromisso, o que gera uma expansão da integralidade da atenção (BRASIL, 2013).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência das atividades desenvolvidas pelas discentes do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) durante a disciplina de Atenção Básica II, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Imperatriz – MA. O cuidado com a ferida cirúrgica em cicatrização advinda de uma cirurgia de volvo intestinal foi realizado na residência do paciente no dia 30 de maio de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visita domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial, essa prática permite a aproximação dos profissionais com a realidade do dia a dia das pessoas. Assim, a visita é um importante instrumento onde proporciona ao profissional o conhecimento sobre as condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sua população. Facilitando assim a prática assistencial e educativa dos usuários.

A retirada de pontos consiste no procedimento de remoção de fios cirúrgicos com técnica asséptica da retirada de fios para aproximar as bordas de uma lesão com o intuito de facilitar a cicatrização local. O ideal é que a retirada dos pontos seja sempre planejada e avaliada por um profissional de saúde. Manter os pontos além do período indicado para retirada pode desfavorecer o processo de cicatrização local, causar infecções e deixar cicatrizes.

No atendimento domiciliar ao paciente foi realizada a inspeção da ferida que se encontrava limpa, bem cicatrizada, sem abertura, fechamento de primeira intenção, sem inflamação, sem presença de infecções sendo manuseado soro fisiológico para higienização e em seguida foi realizada a retirada alternada dos pontos. Paciente apresentou melhora.

CONCLUSÃO

A realização de atendimentos domiciliares durante a graduação é de extrema importância, pois permite que os discentes tenham um contato mais de perto com essa modalidade de atenção à saúde, possibilitando assim um aprendizado que vai além da parte técnica e procedimentos a serem realizados, permitindo também que se conheça a realidade

do paciente, o ambiente em que ele está inserido e os indivíduos que ele tem por perto para que se possa prestar uma assistência com qualidade e humanizada. E essa vivência na visita domiciliar também contribui para a formação acadêmica, no aprendizado das técnicas de cuidados necessários, como a higienização, na retirada de pontos.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. SHIMIZU, Helena Eric; CARVALHO Junior, ALVÃO Daniel. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2405-2414, 2012.¹
2. KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. **A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014.²
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Diário Oficial da União, 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2012.

ATENDIMENTO DE TB: CAMPOS ESPECÍFICOS PARA REGISTRO NO PEC DO SISTEMA e-SUS APS

Adriane F. Valentin^{1*};

Ericle L. Costa²;

Sanay S. Pedrosa³;

Otávia N. de Souza⁴

^{1,2,3,4}Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Diretoria de Inteligência de Dados (DID)
*adrianeferiascosta.afc@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho objetiva relatar a experiência das ações educativas realizadas com a população assistida por uma Unidade Docente Assistencial durante a monitoria da disciplina de Saúde Coletiva III da FOUFAL. Realizou-se um reconhecimento do funcionamento da Unidade e das demandas referentes aos usuários e, posteriormente, os discentes, com o auxílio do monitor, desenvolveram atividades como: rodas de conversas, discussões em sala de espera, orientações lúdicas sobre higiene oral e levantamento epidemiológico simplificado em escolares. Assim, as experiências vivenciadas na atenção primária à saúde, juntamente com a monitoria, se firmam como processos essenciais na formação de futuros profissionais da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Saúde Coletiva.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por bactérias que afetam principalmente os pulmões. Sua transmissão ocorre frequentemente por via aérea, a partir da inalação de gotículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro da pessoa doente¹. No cenário mundial, estima-se que em 2019 cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhão morreram da doença. No mesmo ano cerca de 6,1 milhões de casos novos de TB foram descritos².

O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB, sendo o controle desta doença prioridade na agenda política do Ministério da Saúde¹.

Em relação aos Estados, em 2020, o Amazonas apresentou a maior taxa de incidência da TB no país, com 2.863 casos novos da doença registrados. Desse total, 2.080 casos foram registrados em Manaus (72,70%) e 783 (27,30%) no interior do Estado³.

Ainda nesse contexto, destacamos a relevância da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no que tange o controle da TB. Isso porque este nível de atenção tem a capacidade de ofertar atendimentos abrangentes que vão desde a identificação do sintomático respiratório, diagnóstico de casos, tratamento e cura das pessoas acometidas pela TB⁴.

Entretanto, para que a APS contribua de forma efetiva no controle da tuberculose no país é necessário destacar a importância, não apenas de um atendimento qualificado, mas também da qualidade dos registros desses atendimentos.

A nível nacional, os registros dos atendimentos realizados na APS são feitos a partir da utilização de um sistema denominado do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Esse sistema é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da informação e ampliar a qualidade no atendimento à população. Dependendo do cenário apresentado por cada município, o e-SUS APS pode ser utilizado em duas modalidades: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Coleta de dados Simplificada (CDS)⁵.

O PEC/e-SUS APS, por sua vez, é um software onde todas as informações clínicas e administrativas do paciente são registradas e armazenadas com o intuito de contribuir diretamente para a continuidade do cuidado dos usuários, compartilhamento de conduta entre profissionais, monitoramento e avaliação dos dados coletados e da efetividade das ações⁵.

Levando em consideração o contexto apresentado e entendendo a importância do registro para a qualificação do cuidado dos usuários com TB, propõe-se verificar se o PEC do

sistema e-SUS APS contempla campos específicos para o registro dos atendimentos de TB realizados na rede de APS do município de Manaus – AM.

MÉTODO

A metodologia utilizada nesse projeto foi à vivência in loco, uma vez que o pesquisador compõe a equipe do DICAR, departamento responsável pela gestão técnica do sistema de informação da rede de APS do município de Manaus.

Para responder o problema apresentado, o processo metodológico foi realizado em três momentos. No primeiro momento buscou-se reconhecer no PEC, através do acesso ao sistema e-SUS APS, campos específicos destinados para o registro de atendimentos a usuários com TB.

O segundo momento foi destinado a identificar nas fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) os dados considerados importantes e inerentes aos atendimentos de TB que não foram contemplados no PEC/e-SUS APS.

No último e terceiro momento propõe-se para o PEC/e-SUS APS campos específicos para o registro de atendimentos de usuários com TB definidos pelas fichas do SINAN, sendo elas: Ficha de Notificação/Investigação da Tuberculose e Ficha de Acompanhamento do Tratamento⁶.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante o processo de reconhecimento do PEC/e-SUS APS foi possível observar a disponibilização de códigos de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) para serem usados durante o atendimento de usuários com TB, porém não foi identificado nesta modalidade campos específicos e importantes para o registro do atendimento de TB, como por exemplo, data de realização da notificação, data do diagnóstico, tipo de entrada, início do tratamento atual, total de contatos identificados, dentre outros.

A ausência de campos específicos para o registro dos atendimentos de TB no PEC/e-SUS APS impactam diretamente no monitoramento, avaliação, tomada de decisão e execução de intervenções voltadas para esse público. Uma vez que, entende-se que o registro discriminado e adequado de informações que ocorre durante o atendimento do usuário para situações

específicas de saúde permite a elaboração de diagnósticos e acompanhamentos mais precisos sobre uma determinada situação⁷.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde⁸ afirma que “o registro adequado das informações em prontuário eletrônico permite a elaboração de análises mais precisas a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação” (p.4).

A partir do reconhecimento e identificação da ausência de campos específicos para o atendimento de TB no PEC/e-SUS APS, propõe-se os seguintes campos, tomando como base as fichas de Notificação/Investigação e Acompanhamento do Tratamento da Tuberculose:

- Data da Notificação (Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação);
- Data do Diagnóstico (Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação);
- Tipo de Entrada: Caso Novo, Recidiva, Reingresso Após Abandono, Transferência, Pós-óbito, Não Sabe (Preencher com a variável correspondente o tipo de entrada do paciente na unidade de saúde. O “caso novo” é todo paciente que nunca se submeteu ao tratamento de tuberculose, ou o fez por até 30 dias. Os retratamentos podem acontecer por: “recidiva” após cura e “reingresso após abandono”, quando ocorre interrupção de um tratamento por mais de 30 dias. O “não sabe” deve ser preenchido apenas quando esgotadas as possibilidades de investigação das entradas anteriores do paciente. A “transferência” refere-se ao paciente encaminhado de outro serviço para seguimento do tratamento. Os casos com entrada “pós-óbito” são aqueles que nunca foram notificados no SINAN e foram identificados e notificados após investigação epidemiológica);
- Data de Início do Tratamento Atual (Preencher com a data de início do tratamento atual);
- Total de Contatos Identificados (Informar o número total de contatos identificados do paciente);
- Tratamento Diretamente Observado-TDO (Observação da ingestão dos medicamentos, que deve ser realizada, idealmente, em todos os dias úteis da semana. Será considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo

tratamento, sendo 24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por seis meses);

- Situação de Encerramento: Cura, Abandono, Óbito por TB, Óbito por outras causas, Mudança de Diagnóstico, Tuberculose Drogarresistente (TB-DR), Mudança de esquema, Falência, Abandono Primário e Transferência (Preencher com a variável correspondente a situação do encerramento do paciente na unidade de saúde. “Cura” será dada a alta por cura quando os pacientes pulmonares, inicialmente positivos, apresentarem, durante o tratamento, pelo menos duas baciloscopias, negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento. “Abandono” paciente que fez uso de medicamento por 30 dias ou mais e interrompeu o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais. “Óbito por TB” quando o óbito apresentar a tuberculose como causa básica, a qual deve estar de acordo com as informações contidas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). “Óbito por outras causas” quando a causa básica não foi a tuberculose, mas a tuberculose consta como causa associada. As causas de morte devem estar de acordo com as informações contidas no SIM. “Mudança de Diagnóstico” quando ocorrer alteração no diagnóstico e for elucidado que não se tratava de um caso de tuberculose. “TB-DR” quando houver confirmação, por meio de teste de sensibilidade ou teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), de resistência a qualquer medicamento antituberculose, independentemente do esquema de tratamento a ser utilizado. “Mudança de esquema” quando o paciente necessitar da adoção de regimes terapêuticos diferentes do esquema básico seja por intolerância e/ou por toxicidade medicamentosa. “Falência” será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. “Abandono primário” o paciente que fez uso de medicamento por menos de 30 dias e interrompeu 30 dias consecutivos ou mais, ou quando o paciente diagnosticado não iniciar o tratamento. “Transferência” será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde.
- Data de Encerramento (Preencher com a data de encerramento do tratamento atual).

Todas as variáveis propostas apresentam informações relevantes sobre o tratamento do paciente com tuberculose na rede de APS e, conseqüentemente, proporcionaram subsídios para o monitoramento, avaliação e execução de intervenções voltadas para esse público específico.

Acrescenta-se neste contexto a relevância da análise de um conjunto de dados de saúde padronizados para facilitar o agrupamento, classificação e transformação desses dados em informações pertinentes que geram reflexos nos cuidados prestados ao usuário⁹.

CONCLUSÃO

Considerando a APS como principal rede de atenção para o cuidado das pessoas com TB, a ausência de campos específicos para o registro deste agravo no PEC/e-SUS APS, desfavorece a gestão do cuidado a pessoas com tuberculose e prejudica a qualidade dos dados.

Destaca-se, ainda, que a inclusão de campos referentes à TB no PEC contribuirá de forma efetiva para a padronização do cuidado dos usuários acometidos por essa patologia à medida que diminui a inconstância da prática profissional, qualifica a prática clínica através de decisões mais efetivas e seguras, além de organizar o processo de trabalho da APS para o atendimento da TB.

Espera-se que a proposta de inclusão de campos específicos para o registro dos atendimentos de TB fomente a nível nacional reflexões acerca da capacidade do sistema e-SUS APS em disponibilizar através do PEC dados e, conseqüentemente, informações pertinentes sobre a doença. Incluindo uma notificação com dados extraídos de forma automática do PEC/e-SUS APS.

Agradecimentos

À SEMSA Manaus e a Diretoria de Inteligência de Dados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde (Número Especial), 2021a.
3. Fundação de Vigilância em Saúde – FVS AM. **Amazonas tem a maior taxa de incidência de tuberculose e de mortalidade no país**. Governo do Estado do Amazonas, Manaus, 24 mar 2021. Disponível em: <<http://www.amazonas.am.gov.br/2021/03/amazonas-tem-a-maior-taxa-de-incidencia-de-tuberculose-e-de-mortalidade-no-pais/>>. Acesso em: 03/08/2021.

4. Caldas ML, Cardoso Filho FC. **Desempenho e Importância da Atenção Básica na Prevenção e Controle da Tuberculose: Revisão de Literatura.** *Ensaios e Ciênc.*, v. 23, n. 2, p. 80-83, 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>. Acesso em: 23/02/2022.
6. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN [homepage na internet]. **Tuberculose** [acesso em 7 mar 2022]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>
7. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Brasil). **Nota Técnica nº 3/2022-SAPS/MS. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.** Ministério da Saúde 11 jul 2022.
8. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Brasil). **Nota Técnica nº 14/2022-SAPS/MS. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde.** Ministério da Saúde 17 fev 2022.
9. Universidade Federal de Minas Gerais. Ministério da Saúde. **Qualidade de dados em registro de Atenção Primária à Saúde** [recursos eletrônicos]: curso para enfermeiros, médicos e odontólogos. Universidade Federal de Minas Gerais. Ministério da Saúde. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2020.

ATENDIMENTO FARMACÊUTICO COM PACIENTES ASMÁTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luiz F W S Junior^{1*};

Natália S Gomes¹;

Lucimar B Pinto¹;

¹ Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos

luizjuniorwindberg1999@gmail.com



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



RESUMO

O farmacêutico vem ganhando destaque nos processos de cuidado, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, principalmente no que diz respeito ao uso correto dos dispositivos inalatórios. Diante disso, esse trabalho trata-se de um relato de experiência do atendimento farmacêutico direcionado à pacientes asmáticos em uma Unidade de Saúde. Aplicou-se o rastreamento em saúde, educação em saúde, acompanhamento farmacoterapêutico e o plano de cuidado desses pacientes. Ao final foi identificado o estabelecimento de uma relação de confiança e construção de autonomia desses pacientes através do cuidado farmacêutico.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica, Asma, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica que acomete os brônquios prejudicando o fluxo de oxigênio nos pulmões. Essa condição pode causar sintomas como sibilos, tosse, pressão torácica e dispnéia, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes¹.

O Brasil apresenta uma das maiores prevalências de asma do mundo, chegando a cerca de 20% em adolescentes. No ano de 2018 o número de óbitos causados pela asma atingia aproximadamente 87 mil². Estima-se que no Brasil somente 32% dos asmáticos aderem ao tratamento. Frente a isso, é possível inferir que os fatores que mais influenciam no mau prognóstico da doença podem ser a administração incorreta e/ou abandono do tratamento prescrito¹.

Nesse sentido, surge o papel do farmacêutico frente à doença, evidenciando benefícios clínicos e vantagens econômicas. Ainda, o ciclo da assistência farmacêutica inclui ações que permeiam a seleção, dispensação e por fim, o uso correto dos medicamentos, com o objetivo de promover bem-estar na vida dos pacientes³. Dentro desse contexto, o profissional farmacêutico pode intervir no processo da assistência ao paciente asmático a partir da promoção do rastreamento em saúde e educação em saúde do usuário, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico⁴.

Frente ao exposto, esse resumo objetiva relatar a experiência do atendimento farmacêutico direcionado à pacientes asmáticos em uma Unidade de Saúde.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência referente aos atendimentos farmacêuticos realizados em pacientes diagnosticados com asma. Esse serviço tem o intuito de realizar a avaliação sintomática desses pacientes, além de revisar e orientar a técnica de uso dos dispositivos inalatórios disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Porto Alegre e, por fim, realizar a entrega dos espaçadores aos pacientes elegíveis⁵. No que diz respeito à consulta farmacêutica, esta atende a nota técnica Número 05 da Biblioteca Virtual da Atenção Primária (BVAPS)⁶.

Os atendimentos foram realizados no mês de julho de 2022 em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre. Os pacientes atendidos eram encaminhados pelos médicos, identificados no

ato da dispensação, ou atendidos por livre interesse dos pacientes. Sendo assim, os pacientes eram conduzidos para a demanda espontânea ou agendados.

Inicialmente, no ato da consulta, os pacientes eram orientados sobre o uso correto dos dispositivos inalatórios, além da entrega do espaçador, acompanhado da orientação sobre a forma de usar e higienizar. Além disso, era realizada a revisão da farmacoterapia dos pacientes, de modo a orientá-los sobre a função terapêutica dos medicamentos prescritos e, por fim, eram fornecidas informações acerca das medidas não farmacológicas que devem ser adotadas para um bom controle da doença.

Ao final do atendimento, era realizada a avaliação sintomática desses pacientes, utilizando o formulário descrito na Tabela 1, disponibilizado pela TelessaúdeRS-UFRGS⁷. Essa avaliação era classificada realizando quatro perguntas, com respostas de sim ou não (Tabela 1). Dada as respostas, os riscos eram classificados em: “Controlada” (quando respondido “não” para todas as perguntas), “Parcialmente controlada” (quando respondido “sim” para um ou duas perguntas), e “Não controlada”, (quando respondido sim para três ou todas as perguntas).

Nas últimas quatro semanas o paciente:

Apresentou sintomas de asma durante o dia mais do que duas vezes/semana? () Não () Sim

Acordou alguma noite devido à asma? () Não () Sim

Utilizou medicamento para alívio dos sintomas da asma mais de duas vezes/semana? () Não () Sim

Apresenta qualquer limitação das atividades devido à asma? () Não () Sim

Tabela 1. Disponibilizado pela TelessaúdeRS-UFRGS adaptado de Global Initiative for Asthma (2017)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos atendimentos farmacêuticos, os pacientes asmáticos que fazem uso de dispositivos inalatórios, como também os cuidadores de crianças com diagnóstico da

doença, por exemplo, pais e responsáveis, visto que esses pacientes não possuem discernimento e coordenação necessários para a realização da técnica⁸.

No que tange aos pacientes que já utilizavam dispositivos inalatórios, foi observado que a maioria possuía o domínio das técnicas inalatórias, porém, apresentavam déficit de pelo menos um cuidado quanto ao uso desses dispositivos, demonstrando falha quanto à orientação do uso correto. Somado a isso, diversos pacientes alegaram que foram diagnosticados há anos e que não houve reforço dos cuidados pelos profissionais de saúde. Um estudo ressalta que a realização de intervenções municipais têm se mostrado eficaz no controle dos sintomas da asma, destacando a importância do treinamento com os profissionais de saúde sobre as doenças respiratórias crônicas e como manejá-las⁸.

Em relação à ausência de orientações, os pacientes destacaram o desconhecimento da técnica de enxágue bucal após a utilização do medicamento Beclometasona. É importante ressaltar que os corticoides inalatórios podem como efeito adverso a candidíase oral, podendo ser minimizada com o uso do espaçador⁹⁻¹⁰. Arelado a isso, reforçou-se a importância de não descontinuar o tratamento por conta própria, além de ressaltar a importância do uso dos corticoides inalatórios no processo de evitar a progressividade das crises asmáticas.

No que diz respeito à classificação de riscos, os usuários “não controlados” ou “parcialmente controlados” que apresentaram erros na técnica de utilização, foram orientados da maneira correta e recomendados a retornar à consulta na persistência dos sintomas. Os pacientes “não controlados” ou “parcialmente controlados”, mesmo com a técnica de aplicação satisfatória eram encaminhados aos médicos. Nesse sentido, é importante destacar que os atendimentos foram realizados em uma Unidade de Saúde que possui diversos núcleos profissionais facilitando uma discussão multiprofissional visando o cuidado ao paciente, e a qualificação do manejo do tratamento. Além disso, o farmacêutico contribui como parte da equipe multidisciplinar no ciclo da assistência farmacêutica, não possuindo apenas o papel de dispensação, mas sendo fundamental para assegurar o uso seguro dos medicamentos¹¹.

Ademais, salienta-se a importância do reconhecimento do farmacêutico no protagonismo do cuidado ao uso correto dos dispositivos inalatórios. Em contrapartida, é necessário que esse cuidado seja compartilhado com toda a equipe multiprofissional, preconizando a autonomia do usuário em seu processo de saúde¹².

Diante disso, a experiência de realizar o atendimento farmacêutico com pacientes asmáticos possibilitou a construção do conhecimento e uma maior visibilidade do farmacêutico

no que concerne ao âmbito da APS. Um estudo corrobora com esse achado, evidenciando que a produção do cuidado por meio da intervenção farmacêutica pode refletir positivamente no tratamento da asma, ajudando na adesão e sucesso do tratamento¹.

CONCLUSÃO

Portanto, a experiência do atendimento farmacêutico na unidade de saúde mostrou-se importante na construção do vínculo do farmacêutico com pacientes asmáticos e seus cuidadores. Corroborando na autonomia e confiança do tratamento, ressaltando aos pacientes sobre a importância de tratar seu tratamento com seriedade.

Além disso, para o farmacêutico, a vivência propiciou a construção de conhecimento e compreensão do papel do farmacêutico no âmbito da APS, além dos muros da dispensação de medicamentos. Sendo assim, foi possível identificar que o profissional pode estar presente em diversas esferas do cuidado, podendo ser um ator relevante no contexto da assistência aos pacientes com asma, permeando todos os processos da assistência farmacêutica, da seleção, dispensação e por fim, o uso correto dos medicamentos.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Caimmi D, Demoly P. **A review of allergen immunotherapy in asthma.** Allergy and Asthma Proceedings [Internet]. 2022 [citado 2022 jul. 28];43(4):310-313. doi: 10.2500/aap.2022.43.21011
2. Ministério da Saúde (BR). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Asma [Internet].** Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 jul 22]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210526_PCDT_Relatorio_Asma_CP_39.pdf
3. Silva LG, Reis ED, Marcenio JS, Neto JFA. **Assistência farmacêutica para pacientes com asma: revisão integrativa.** Revista Artigos.Com [Internet]. 2022 [citado 2022 jul 28];34e9451. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/9451#:~:text=Resultados%3A%20%20controle%20da%20asma,seus%20respectivos%20medicamentos%2C%20aliados%20a>

4. Conselho Federal de Farmácia. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.** [Internet]. 2016 [citado 2022 jul 28]. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf
5. Porto Alegre.rs [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/]. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - Remume 2020.** [Internet]. 2022 [citado 2022 jul 28]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=960
6. Biblioteca Virtual da Atenção Primária a Saúde. NT 05/2021 - **Atendimentos Farmacêuticos às Pessoas com Asma.** [Internet]. 2021 [citado 2022 jul 28]. Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde/assist%C3%Aancia-farmac%C3%AAutica/componente-municipal?authuser=0>
7. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas: asma: versão digital 2022** [Internet]. 2022 [citado 2022 jul 28]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>.
8. Pizzichini MMM, Pinto RMC, Cançado JED, Rubin AS, Neto AC, Cardoso AP, *et al.* **Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2020.** *J. Bras Pneumol* [internet]. 2020 [citado 2022 jul. 28];46(1):e20190307. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20190307>
9. Ministerio da Saúde (BR). **Caderno de Atenção Básica: Doenças Respiratórias Crônicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010** [acesso em 2022 jul 22]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf
10. Conselho Federal de Farmácia. **DISPOSITIVOS INALATÓRIOS - orientações sobre utilização.** [Internet]. 2019 [citado 2022 jul 28]. Disponível em: <https://media.cfrs.org.br/portal/pdf/2019-04-Usodedispositivosinalatorios.pdf>
11. Corcini DS, Garcia RMA. **Atenção farmacêutica a pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e asma.** *Rev.APS* [internet]. 2020 [citado 2022 jul 28];23(4):873-886. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.25850>
12. Roosli ACBS, Palma CMS, Ortolan MLM. **Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito.** *Psicologia USP* [internet]. 2020 [citado 2022 jul 28];31:e180145. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180145>

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA APS EM ALAGOAS: TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2012 A 2019

Adson YH Agostinho^{1*};

Bruna SR França¹;

Bruna C Borges¹;

Maryanne F Soares¹;

Michael F Machado¹.

¹Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

Estudo observacional analítico retrospectivo que objetivou identificar a evolução temporal de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal na APS no estado de Alagoas entre os anos de 2012 a 2019, por grupo etário, raça/cor e tipo de parto. Utilizou-se dados secundários do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, analisados pelo *Joinpoint Regression Program*. Identificou-se aumento acima de 50% na proporção de pré-natais com 7 ou mais consultas, predominância de mulheres negras, entre 20 a 29 anos e realização de partos cesáreos. Ainda persistem entraves na assistência pré-natal apesar das políticas de saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Assistência Pré-Natal, Saúde Materno-Infantil, Epidemiologia Analítica.

INTRODUÇÃO

A Atenção Pré-Natal é um importante componente da Saúde da Mulher na Gestação, no Parto e no Puerpério e se relaciona diretamente com a redução de complicações no período gravídico, no parto e no puerpério e a menor incidência da morbimortalidade neonatal e perinatal¹.

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e quando neonatal (até 28 dias de vida) pode ser considerada evitável, na maioria dos casos, a partir do estabelecimento de uma coordenação de cuidado qualificada de assistência a pré-natal, parto e puerpério, logo, as condições do serviço ofertado contribuem efetivamente para os coeficientes de morbimortalidade².

As principais diretrizes³ para a realização de um pré-natal adequado foram determinadas pela Portaria da Rede Cegonha que indicam a captação precoce da gestante (até a 12ª semana), a garantia dos recursos físicos, humanos e materiais, a realização de sete ou mais consultas, realização, a avaliação dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), a escuta ativa da gestante, a inclusão do parceiro na realização do pré-natal, o estímulo ao parto fisiológico, se possível, além do planejamento de um plano de parto, e a informatização dos direitos das gestantes durante o período gravídico-puerperal.

As principais falhas na assistência pré-natal são a cobertura baixa da assistência a nível local, início tardio e acompanhamento inadequado abaixo do número de consultas preconizado pelos protocolos nacionais, exames complementares indisponíveis e falta de orientações sobre o parto e a amamentação⁴. Nesse sentido, é necessária a realização de vigilância do serviço de pré-natal visando avaliar a assistência prestada, através dos dados coletados, pois a assistência pré-natal é um importante fator na mortalidade materno-infantil⁵.

Logo, as disparidades sociais em relação a idade, raça e tipo de parto contribuem para as diferentes formas de acesso e qualidade do pré-natal realizado entre as usuárias do Sistema Único de Saúde⁶. Dessa forma, as mulheres em situação de maior vulnerabilidade têm menor frequência de cuidado pré-natal adequado⁷. Sendo o objetivo desse estudo, identificar a evolução temporal de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal no estado de Alagoas entre os anos de 2012 a 2019, a partir do grupo etário, raça/cor e tipo de parto.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo de abordagem quantitativa que utilizou dados secundários do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada em novembro de 2021 e os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas no *Microsoft Excel* 2016.

A população deste estudo foi de 408.479 gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal no estado de Alagoas durante o período de 2012 a 2019. Foram analisadas variáveis segundo características maternas: raça/cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela, indígena, branco/ignorado), grupo etário (00-14 anos, 15-19 anos, 20-24 anos, 25-29 anos, 30-34 anos, 34-39 anos, 40 anos ou mais); e variáveis referentes à gestação: tipo de parto (vaginal, cesáreo, branco/ignorado). A análise descritiva dos dados foi concretizada pelo *software Joinpoint Regression Program*, versão 4.5.0.1, objetivando as tendências temporais dos coeficientes de atendimento pré-natal. Foram utilizados os percentuais de 7 ou mais consultas em cada uma das variáveis de estudo, sendo consideradas variáveis dependentes e os anos desta análise foram considerados variáveis independentes.

As tendências foram descritas a partir da Variação Percentual Anual Média (AAPC – *Average Annual Percentage Change*). O intervalo de confiança considerado foi de 95% (IC95%) e a significância (valor de p) foi de 5%. As tendências foram classificadas em crescente, decrescente ou estacionária conforme $AAPC > 0$ e $p < 0,05$, $AAPC < 0$ e $p < 0,05$ e $AAPC = 0$ e/ou $p > 0,05$, respectivamente.

Este estudo não requereu submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, sob Resoluções nº 466/12, nº 522/16 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, por considerar dados secundários de bases de dados de domínio público, sendo esta uma das limitações deste estudo.

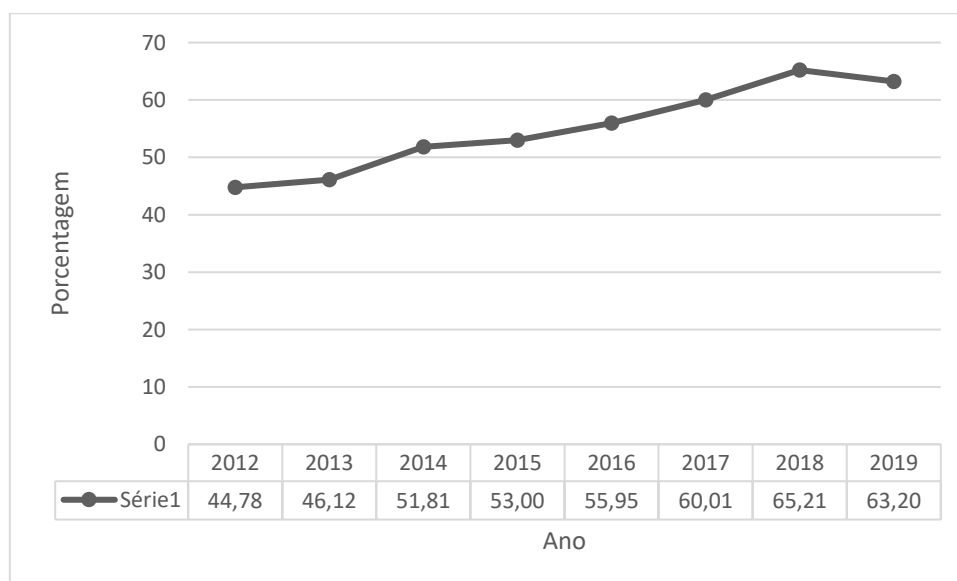
RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil tem sido observado um aumento da realização do pré-natal na Atenção Primária à Saúde, principalmente no âmbito do seguimento com a continuidade da atenção a gestante, sendo adequado em 74,9% dos casos com concentração das falhas nos aspectos

estruturais⁸. No Nordeste, ao avaliar o processo de trabalho tem-se uma alta cobertura de gestantes acompanhadas pelas unidades, no entanto, ao analisar o cumprimento dos indicadores: início do pré-natal no primeiro trimestre, com mais de sete consultas e realização dos exames recomendados, poucos serviços conseguiram cumprir os parâmetros preconizados pelo MS, ao comparar com outras regiões, o Nordeste ficou em segundo lugar na adequação estrutural, contudo, em quinto lugar na avaliação dos aspectos operacionais e na avaliação geral do pré-natal⁹.

O estado de Alagoas apresentou razão de crescimento de 29,93% nos pré-natais com 7 ou mais consultas entre os anos de 2012 a 2019. Ao analisar a evolução temporal da proporção de pré-natais com 7 ou mais consultas, foi possível perceber que a partir do ano de 2014 a representação permaneceu acima de 50% em relação às gestantes que realizaram mais de 7 consultas pré-natais (Figura 1).

Figura 1. Evolução da proporção de pré-natais com 7 ou mais consultas em Alagoas entre 2012 a 2019.



Fonte: Elaboração própria

Sob esse viés, essa evolução crescente pode ser atribuída a Rede Cegonha, instituída pela Portaria Nº 1.459 em 2011, que é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para implementar uma rede de cuidado integrada às mulheres durante o pré-natal, o parto, o puerpério, além da atenção integral à saúde da criança, em todos os serviços de saúde do SUS¹⁰.

Ao analisar o estado de Alagoas a partir das tendências temporais, percebe-se que a realização de 7 ou mais consultas pré-natais além de crescentes no período analisado, também são expressivas em todos os grupos etários analisados. O acesso precoce à assistência pré-natal viabiliza a adequabilidade do pré-natal conforme o Ministério da Saúde, considerando que a gestante deve realizar pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, no mínimo duas consultas no segundo trimestre de gestação e ao menos três consultas no último trimestre¹¹.

Tabela 1. Tendências da porcentagem de pré-natais com 7 ou mais consultas em Alagoas entre 2012 a 2019.

Categoria	N	%	AAPC (IC95%)	Tendência
Raça/cor				
Branca	19.771	4,84	6,3 (4,2 a 8,4); p=0,0	Crescente
Preta	2.308	0,56	9,6 (8,5 a 10,8); p=0,0	Crescente
Amarela	650	0,15	7,2 (-2,8 a 18,2); p<0,1	Estacionária
Parda	197.150	48,26	6,5 (5,9 a 7,1); p=0,0	Crescente
Indígena	731	0,17	13,8 (8,9 a 18,9); p=0,0	Crescente
Branco/Ignorado	8.086	1,97	9,7 (7,9 a 11,6); p=0,0	Crescente
Grupo etário				
00 a 14	2.657	0,65	7,5 (4,8 a 10,3); p=0,0	Crescente
15 a 19	44.855	10,98	6,6 (5,3 a 8,0); p=0,0	Crescente
20 a 24	59.967	14,68	5,3 (4,2 a 6,5); p=0,0	Crescente
25 a 29	54.065	13,23	4,2 (2,4 a 6,1); p=0,0	Crescente
30 a 34	39.612	9,69	5,1 (3,8 a 6,5); p=0,0	Crescente
35 a 39	18.645	4,56	5,9 (4,4 a 7,5); p=0,0	Crescente
40 ou mais	4.444	1,08	7,0 (5,4 a 8,6); p=0,0	Crescente
Tipo de parto				
Vaginal	91.604	22,42	8,4 (7,6 a 9,3); p=0,0	Crescente
Cesáreo	136.831	33,49	5,7 (4,8 a 6,5); p=0,0	Crescente
Branco/Ignorado	261	0,06	1,3 (-4,8 a 7,7); p>0,1	Estacionária

Fonte: Elaboração própria

As mulheres negras (pretas e pardas) contemplam 48,82% das mulheres que realizaram pré-natais com 7 ou mais consultas e a tendência temporal se encontra crescente, o que revela bons reflexos da aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que busca a redução da vulnerabilidade das mulheres pretas e pardas na atenção ao pré-natal social atribuída a fatores macroestruturais, políticos e históricos que afetam essa população^{12, 13}.

Embora a PNSIPN atue amortecendo as iniquidades em saúde, um estudo avaliou a mortalidade materna em Alagoas entre 1996 e 2016, verificando a persistência de maiores taxas de mortalidade (158,21/100 mil NV e 40,77/100 mil NV) em pretas e pardas, com tendência crescente em ambas, pois a raça negra está condicionada ao menor acesso aos serviços de assistência pré-natal e obstétrica^{14, 15}.

Os grupos-etários encontram-se todos com tendência crescente e a maior parcela apresenta entre 20 e 29 anos. Estratificar as idades das gestantes é relevante para a classificação do risco gestacional¹⁶. Nesse sentido, as mulheres mais velhas (> 35 anos) têm maior risco gestacional devido antecedentes clínicos, já mulheres mais novas têm menor adesão ao pré-natal¹⁷. Ao analisar as crianças e adolescentes gestantes, embora haja predominância das gestações na adolescência na faixa etária dos 15 aos 19 anos (10,98%), sendo enfatizado o risco biológico e a relação com vulnerabilidades sociais como baixa escolaridade e poder aquisitivo¹⁸, é fundamental destacar a persistência do estupro de vulnerável, pela Lei nº 12.015/2009, Art. 217-A, definido como gravidez abaixo de 14 anos¹⁹.

Quanto ao tipo de parto, há um predomínio de partos cesarianos comparados aos partos vaginais com uma discrepância de 11,07%. Em um estudo realizado com base no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC), dos 56.314.895 partos pelo SUS em todo o Brasil, foram 51,3% partos vaginais, contrário aos dados encontrados em Alagoas, ainda nesse recorte, há ocorrência maioria de partos cesarianas em mulheres brancas²⁰. Além disso, partos cesáreos estão mais associados à prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, variáveis associadas à resultados controversos quando se avalia a qualidade do pré-natal²¹.

Paralelamente, a elaboração de um Plano de Parto durante a assistência pré-natal e posterior, utilização, favorece uma experiência positiva durante o parto à gestante por abordar o tipo do parto, esclarecimentos acerca do uso de analgesia e fármacos, a presença de

acompanhante e/ou doula, orientações acerca da amamentação do recém-nascido e para o pós-parto, outrossim, também ocorre informatização sobre o procedimento e o serviço hospitalar e resolução das dúvidas da gestante²².

CONCLUSÃO

Durante o período de análise, Alagoas registrou uma crescente na realização de 7 ou mais consultas pré-natais, sendo, após o ano de 2014, a evolução da proporção acima dos 50%. Mulheres negras (pretas e pardas), de faixa etária entre 20 e 29 anos foram as que obtiveram maior tendência da porcentagem de pré-natais com ≥ 7 consultas em Alagoas entre os anos de 2012 a 2019. Esses dados permitem conceber os avanços das estratégias públicas de promoção à saúde, a exemplo a Rede Cegonha, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a elaboração dos planos de Parto durante a assistência pré-natal. Contudo, ainda persistem entraves quanto ao crescente número de partos cesáreos, além das problemáticas associadas à gravidez na adolescência, devendo ser objeto de investigação para permitir a adequação de políticas públicas.

Agradecimentos

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas.

REFERÊNCIAS

1. Luz LA, Aquino R, Medina MG. **Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil**. Saúde em Debate [periódico da internet]. 2022. 42(2): 111-26.
2. Basso CG, Neves ET, Silveira A. **Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal**. Texto & Contexto – Enfermagem [periódico da internet]. 2022 [citado 2022 jul. 23]; 21(2):269-76.
3. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Editora do Ministério da Saúde [internet]. 2013 [citado 2022 jul. 23]. 32(1): 316.
4. Mendes RB, Santos JM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. **Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Ciência & Saúde Coletiva [periódico da internet]. 2022 [citado 2022 jul. 23]. 25(3): 793-804.

5. Rezende EMA, Barbosa NB. **A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás.** Revista de Aps – Atenção Primária À Saúde [periódico da internet]. 2015 [citado 2022 jul. 23]. 18(2): 220-32.
6. Tomasi E, et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.** Cadernos de Saúde Pública [periódico da internet]. 2017 [citado 2022 jul. 23]. 33(3): 11.
7. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Revista de Saúde Pública, [periódico da internet]. 2022 [citado 2022 jul. 23] 39(1): 100-107.
8. Cunha AC et al. **Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [periódico da internet]. 2019 [citado 2022 jul. 25]. 19(2): 447-58.
9. Silva EP et al. **Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy.** Revista de Saúde Pública [periódico da internet]. 2019 [citado 2022 jul. 25]. 53(43): 13.
10. Moraes BQS, Correia DM, Machado MF. **Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018.** Salud UIS [periódico da internet]. 2022 [citado 2022 jul. 25]. 54(2): 10.
11. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção em Saúde [internet]. 2005 [citado 2022 jul. 25]. 5: 163.
12. Theophilo RL, Rattner DP, Éverton L. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Ciência & Saúde Coletiva [periódico da internet]. 2018 [citado 2022 jul. 25]. 23(11): 3505-16.
13. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção em Saúde [internet] 2017 [citado 2022 jul. 25]. 3: 44.
14. Duarte EMS et al. **Maternal mortality and social vulnerability in a Northeast State in Brazil: a spatial-temporal approach.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [periódico da internet]. 2020 [citado 2022 jul. 25]. 20(2) 575-86.
15. Teixeira NZF et al. **Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [periódico da internet]. 2012 [citado 2022 jul. 25]. 12(1): 27-35.
16. Silva DP, Cavalcante CAA, Cavalcante FF. **Acolhimento e classificação de risco nas emergências obstétricas: uma revisão de literatura.** Research, Society And Development [periódico da internet]. 2021 [citado 2022 jul. 25]. 10(15):1-7.
17. Souza ALDM, Zilly A, Cardelli AAM, Fracarolli IFL, Ferrari RAP. **Rede Mãe Paranaense: assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade.** Revista de Saúde Pública do Paraná [periódico da internet]. 2022 [citado 2022 jul. 25] 4(2): 25-40.

18. Ministério da Saúde. **Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. Secretaria de Atenção em Saúde [internet]. 2015 [citado 2022 jul. 25]. 1: 45.
19. Brasil. Lei nº 12.015 de 07 de agosto de 2009. **Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Crimes hediondos)**. Diário Oficial da União. 2009 Ago 07; 217-A (5 seção 217).
20. Guimarães NM, Freitas VCS, Senzi CG, Gil GT, Lima LDSC, Frias DFR. **Partos no sistema único de saúde (sus) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes**. Brazilian Journal Of Development [periódico da internet] 2022 [citado 2022 jul. 25] 7(2): 11942-58.
21. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. **Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil**. Cad Saude Publica [periódico da internet]. 2009 [citado 2022 jul. 25] 25(11):2507-16.
22. Santos FSR et al. **Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer**. Cadernos de Saúde Pública [periódico da internet]. 2019 [citado 2022 jul. 25] 35(6): 1-11.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO(A) NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO DE HEPATITES VIRAIS: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Livia R A Silva^{1*};

Ana M S Melo¹;

Thais S Silva¹;

Aíris B Lima¹;

Marya F S Santana¹;

Patrícia P A C Silva².

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas - Campus de Arapiraca (livia.silva@arapiraca.ufal.br).

² Docente do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Alagoas - Campus de Arapiraca.

RESUMO

O presente estudo traz um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas a partir do desenvolvimento de uma educação em saúde voltada às hepatites virais e realização de testes rápidos. Tais ações foram realizadas no em julho de 2022, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Arapiraca, Alagoas. Foi possível notar que, no contexto da Atenção Primária à Saúde, a implementação da educação em saúde acerca das hepatites virais foi de extrema importância para alertar a população sobre os distintos aspectos que envolvem as hepatites, assim como da necessidade de fazer os testes.

Palavras-chave: Hepatite viral humana; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

As hepatites virais são infecções causadas pelos vírus hepatotrópicos (vírus das hepatites A, B, C, D e E), que apresentam tropismo pelo tecido hepático, podendo causar uma inflamação no fígado e evoluir de forma crônica. Causando cerca de 1,1 milhão de óbitos por ano, decorrentes de complicações hepáticas ocasionadas, as hepatites virais são consideradas um problema de saúde pública em todo o mundo, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adotar como objetivo epidemiológico a eliminação das hepatites virais até 2030 (WHO, 2022).

Apesar disso, no Brasil durante o período de 2000 a 2021, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 718.651 casos confirmados de hepatites virais, sendo destes, 168.175 (23,4%) casos de hepatite A, 264.640 (36,8%) casos de hepatite B, 279.872 (38,9%) referentes aos de hepatite C e 4.259 (0,6%) aos de hepatite D (BRASIL, 2020a).

Diante dos impactos de morbimortalidade causados pelas hepatites virais, o rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento de saúde com pessoas infectadas se configuram como estratégias essenciais para garantir um tratamento exitoso das hepatites virais. Assim, a realização de testes rápidos se apresenta como uma estratégia de alta viabilidade no rastreamento e diagnóstico das hepatites, principalmente por serem ferramentas de fácil acesso e manuseio, além de possuir um baixo custo. Os testes rápidos de hepatite B e C são testes de triagem que foram inseridos em 2011 na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde, ajudando a ampliar o diagnóstico de ambas as infecções (BRASIL, 2020b).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) o enfermeiro tem papel fundamental nesse processo, devendo possuir a capacitação necessária para fornecer informações e orientar a população sobre a doença, ofertar o devido aconselhamento pré e pós testagem, realizar testes rápidos contra hepatites e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), solicitar e interpretar exames laboratoriais complementares e encaminhar os casos aos serviços especializados para tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2006).

A formação de competências no domínio da enfermagem para atender as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) deve promover nos estudantes acadêmicos uma visão crítica sobre o ambiente e as práticas de cuidado em saúde, assim como, construir sentidos sobre seu

papel social, ético e político na assistência em saúde oferecendo subsídios para a implementação de mudanças na realidade da profissão. Com isso, o objetivo desse trabalho é descrever a vivência de acadêmicas do curso de Enfermagem acerca do papel desempenhado pelo enfermeiro na APS no contexto da prevenção e diagnóstico de hepatites virais.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de uma ação voltada à prevenção e diagnóstico de hepatites virais realizada com usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Arapiraca, Alagoas, em julho de 2022 - mês de prevenção contra hepatites virais - desenvolvida por cinco acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. A proposta da ação consistiu em duas etapas, sendo a primeira a realização de uma educação em saúde em sala de espera, e a segunda, a realização de testes rápidos.

A educação em saúde buscou, através da promoção da saúde, orientar e informar o indivíduo assistido para garantir a promoção da autonomia durante a realização de escolhas que promovam bons hábitos de vida. Visando contemplar os princípios do SUS, a ferramenta possui em sua execução plena a capacidade de formar indivíduos que sejam capazes de cuidar da sua saúde, diminuindo riscos de adoecimento ou agravamentos, possibilitando assim uma maior qualidade de vida.

Assim, foi elucidado o que são hepatites, os tipos, as formas de contágio, os sinais, sintomas e as formas de prevenção. A atividade foi realizada a partir de uma roda de conversa, com a utilização de um folder explicativo desenvolvido pelas estudantes e distribuído para os usuários.

Após a sala de espera, foram realizadas consultas de enfermagem com realização de testes rápidos para hepatite B e C, além de outras ISTs, como HIV e sífilis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se como portas de entrada para os serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e na autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e

condicionantes de saúde das coletividades. Entre as ações de atenção à saúde, destacam-se a prevenção, rastreamento e diagnóstico de ISTs como hepatites, HIV e sífilis.

A enfermagem tem um papel fundamental no contexto epidemiológico das hepatites virais, que vai do acolhimento até o encaminhamento, que são de extrema importância para a saúde do paciente. Conforme o Parecer de Conselheiros de nº 259 de 2016 do COFEN e a Decisão do COFEN nº 244 de 2016, o profissional enfermeiro possui competência técnica e legal para realizar testes, aconselhamento pré-teste e pós-teste e, ainda, emissão de laudo de testagem rápida para hepatites virais (COFEN, 2016a; 2016b). Tendo em vista esse amparo legal é que as discentes, com a supervisão de uma enfermeira preceptora, realizaram a educação em saúde, o acolhimento, a testagem para hepatite B e C e aconselhamento pré e pós-testes.

Na educação em saúde sobre hepatites virais, é importante que o profissional informe aos pacientes a importância da prevenção, formas de contágio, sinais e sintomas e importância da testagem para hepatite B e C. A ação educativa foi recebida positivamente, com boa participação dos usuários. A utilização do infográfico foi essencial para introduzir a discussão sobre a temática, instigando os participantes a tirarem suas dúvidas e instruindo sobre as características das hepatites virais através do embasamento teórico-científico, reflexão crítica e comunicação efetiva.

Durante a educação em saúde, os pacientes foram convidados a realizar testes rápidos para hepatites B e C, além de outras ISTs como a sífilis e HIV. Os testes rápidos foram realizados de forma individual, dentro da consulta de enfermagem. Nesse contexto, o aconselhamento em saúde se configura como parte essencial da escuta ativa e integral do cliente, de forma a criar uma relação de confiança entre ele e o profissional. Assim, saber acolher e ouvir o usuário é imprescindível no aconselhamento pré teste rápido, permitindo assim a oportunidade de abertura à conversa acerca do tema, efetivando ações de prevenção às ISTs mais recorrentes, abrindo espaço para a busca ativa da infecção, através do teste, e encaminhando ao tratamento quando necessário. Além disso, o aconselhamento pós teste positivo é imprescindível para a adesão ao tratamento e de um plano de redução de riscos (BRASIL, 2003) capaz de auxiliar o tratamento medicamentoso e aplacar a transmissão do vírus.

Dessa forma, os usuários participantes da educação em saúde que apresentaram interesse em realizar os testes rápidos foram acolhidos de maneira equitativa, de acordo com suas necessidades. Foram sanadas todas as dúvidas acerca do teste, explicado o procedimento,

os riscos e benefícios e garantida a confidencialidade dos resultados. Foi possível criar, assim, uma relação de confiança com o paciente, oportunizando um atendimento integral e holístico.

Figura 1: Registro fotográfico da ação em educação em saúde sobre hepatites virais e realização de testes rápidos para hepatite B e C (foto autorizada pelos pacientes). Autorial, 2022.



O estímulo à realização desses testes rápidos tem sido considerado uma das estratégias para prevenção da transmissão dessas doenças, bem como a diminuição da morbidade e mortalidade. A testagem para hepatites possibilita o diagnóstico precoce, início do tratamento em tempo oportuno e a manutenção de uma alta adesão à terapia. Desse modo, para que haja uma melhor adesão na realização desses, é importante a implantação de um serviço que possibilite a realização de testes rápidos e consequente estabelecimento de linhas de cuidado, os quais visem a qualificação da atenção básica e proporcionem maior resolubilidade e qualidade no atendimento, além de permitir a reestruturação e ampliação da rede de atenção a pessoas portadoras de ISTs, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, acolhimento, ações de prevenção e de cuidado à saúde.

CONCLUSÃO

Dessa forma, nota-se que no contexto da Atenção Primária à Saúde a capacitação da equipe de enfermagem é fundamental para a orientação, aconselhamento e realização dos procedimentos técnicos dos testes rápidos para ISTs nos usuários. Além disso, o planejamento e implementação da educação em saúde acerca das hepatites virais foi de extrema importância para alertar a população sobre a necessidade dos testes, além de orientá-los em relação às singularidades da doença, de forma a prevenir contaminações. Ainda, o acolhimento humanizado possibilitou uma maior adesão para a realização da testagem concedendo, assim, abertura para uma escuta qualificada e atendimento direcionado às particularidades de cada paciente.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization). **Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030**. Geneva: World Health Organization. 2022 [citado 2022 jul. 20].
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Hepatites virais | 2020**. Bol Epidemiol. 2020a [citado 2022 jul. 24].
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b [citado 2022 jul. 24].
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica, n. 18**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006 [citado 2022 jul. 24].
5. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Decisão Cofen nº 244/2016**. Rio de Janeiro: Cofen, 27 out. 2016a [citado 2022 jul. 25].
6. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Parecer de Conselheiro nº 259/2016**. Rio de Janeiro: Cofen, 27 set. 2016b [citado 2022 jul. 25].
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica**. 2003 [citado 2022 jul. 25].

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE MILAGRES – CE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Cícera M. P. de Oliveira¹;

Daniela F. Marques²;

Gleudson O. Ferreira²;

Joyce R. Pereira²;

Larissa C. de Moura^{2*};

Maria J. F. Gabriel¹.

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Milagres

² Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)

*E-mail: larissa1001.lm@gmail.com

RESUMO

A gestação é um processo fisiológico que acarreta em diversas mudanças físicas, psíquicas e sociais na vida da mulher, correspondendo a um período de intensas experiências e aprendizados. O alto risco gestacional está relacionado a fatores genéticos, sociais, econômicos, nutricionais, metabólicos, entre outros.

O presente relato de experiência discorre acerca a implementação da classificação de risco gestacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Milagres-CE, localizada no Cariri do estado.

Palavras-chave: gravidez, gravidez de alto risco, cuidado pré-natal.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que acarreta em diversas mudanças físicas, psíquicas e sociais na vida da mulher, correspondendo a um período de intensas experiências e aprendizados. O alto risco gestacional está relacionado a fatores genéticos, sociais, econômicos, nutricionais, metabólicos, entre outros.

A presença de fatores de risco na gestação pode acarretar inúmeras complicações no período gestacional, implicando diretamente em riscos à saúde da mulher e do feto, sendo grande preditor de desfechos indesejáveis.¹

Dessa forma, a classificação de risco gestacional deve estar presente na rotina de atenção ao pré-natal, considerando as vulnerabilidades individuais e locais a fim de promover uma atenção qualificada.¹ De acordo com o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (MS), uma gravidez de alto risco é aquela que apresenta riscos a sobrevivência e saúde da gestante e do feto e/ou recém-nascido.²

Logo, a equipe de Estratégia de Saúde da Família deve estar capacitada a reconhecer os fatores que acarretam risco a gestante e seu encaminhamento ao pré-natal de alto risco, através um atendimento especializado e humanizado que proporcione segurança e também empoderamento as mulheres assistidas.³

O objetivo do presente relato de experiência é discorrer acerca a implementação da classificação de risco gestacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Milagres-CE, localizada no Cariri do estado.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por residentes em Saúde da Família e Comunidade pela Residência multiprofissional em saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e supervisora de campo que também exerce o cargo de Coordenadora de Vigilância Epidemiológica em Saúde no Município de Milagres-CE.

A experiência relatada ocorreu no âmbito da Estratégia de Saúde da Família do Município (ESF), tanto nas unidades localizadas na sede quanto nas áreas rurais do município. O relato baseia-se na qualidade da assistência de pré-natal realizada pelos profissionais das unidades, com ênfase para a classificação do risco gestacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Milagres, em consonância com a Rede de Atenção Materno Infantil da Região Nordeste de Saúde do Estado do Ceará, vem realizando ações para o fortalecimento da assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério, bem como a atenção integral a saúde da criança com foco nos primeiros 3 anos de vida. A organização do acesso de forma eficiente e resolutiva no município objetiva qualificar o enfrentamento à mortalidade materna e infantil.

Logo, é fundamental que ocorra uma assistência pré-natal de qualidade e para isso o município investiu na implementação de protocolos de classificação de risco gestacional, a fim de reduzir os riscos de morbi-mortalidade materna e auxiliar na melhoria dos resultados durante o cuidado perinatal. Para isso foi realizada previamente capacitação com os profissionais médicos e enfermeiros, com foco em qualificar e sensibilizar estes profissionais acerca da importância de uma classificação de risco de qualidade e seus impactos na qualidade de vida do binômio mãe-filho.

São inúmeros os desafios enfrentados por cada equipe de saúde, com destaque para dispersão territorial, pois trata-se de um município com extensa área territorial rural, de difícil acesso tanto para as equipes quando para os moradores. Mesmo assim as equipes enfrentam essas barreiras físicas/ambientais para levar assistência as gestantes e puérperas assistidas. A Secretaria de Saúde em parceria com a Secretaria de Transporte oferta o transporte para as gestantes da zona rural que não tem condições de se deslocarem até a sede para realização de exames, bem como para avaliações na maternidade quando necessário.

Outro fator muito enfatizado pelas equipes é a humanização da atenção que se inicia logo no acolhimento das mulheres quando adentram ao serviço. Logo na primeira consulta são solicitados os exames necessários e realizada uma investigação dos fatores de risco individuais e familiares, com minuciosa avaliação da história obstétrica prévia para classificação inicial do risco gestacional. Toda consulta o profissional, enfermeiro e/ou médico reavaliamos principais fatores de risco, pois ao longo da gestação a mulher pode apresentar mudança nessa classificação, devendo então ser encaminhada para realização do pré-natal de alto risco.

Resultados positivos já são vislumbrados, a exemplo da ESF Frei Damião na qual é visível a satisfação das gestantes e puérperas acerca do cuidado integral prestado, do cumprimento

com maestria dos indicadores de desempenho do Previne Brasil relacionados a assistência pré-natal. Além de baixa ocorrência de mortalidade em gestantes, puérperas e recém-nascidos. Vale destacar que o município foi contemplado com o Selo de Certificação de Atenção Primária de Qualidade em 2021.

Algumas unidades de saúde ainda enfrentam maior dificuldade na assistência a esse público, principalmente aquelas localizadas em área de maior poder aquisitivo, no qual as gestantes realizam acompanhamento pré-natal pela iniciativa privada. São essa as gestantes que mais demandam de buscas ativas para realização das consultas, pois veem como desnecessário o acompanhamento conjunto pelo seu obstetra particular e a unidade básica de saúde.

CONCLUSÃO

Com base na experiência relatada, conclui-se que a classificação de risco gestacional realmente é aplicada com qualidade na maioria das unidades de saúde. Entretanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido na busca de novas estratégias de cuidado em saúde que perpassem os modelos clássicos de assistência médico-hegemônico, que enfatizam consultas individuais e por vezes pontuais.

A educação em saúde como uma das maneiras de implementar a classificação de risco gestacional na sensibilização da gestante ainda se mostra pouco utilizada, devendo ser mais explorada.

Em geral a vivência experienciada mostrou-se de grande importância ao possibilitar analisar a implementação de uma importante ferramenta na assistência materno-infantil, e ver que realmente é aplicada ainda que as vezes de uma forma mais pontual. Além disso, possibilitou observar os avanços alcançados ao longo de poucos anos e a satisfação das usuárias dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Novaes ES.; Melo, EC.; Ferracioli PLRV.; Oliveira RR.; Mathias TAF.; (2018). **Risco gestacional e fatores associados em mulheres atendidas pela rede pública de saúde.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(3). doi:<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.45232>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
3. Silva EM.; Queiroz PSS.; Gama JAG.; Veras AS.; Barros KPS.; Júnior FAL.; Tourinho ÉF.; **Os fatores condicionantes ao pré-natal de alto risco: Revisão integrativa**. Research, Society and Development, v. 10, n. 15, p. e509101522922-e509101522922, 2021.

CONFIANÇA SOBRE FONTES DE INFORMAÇÃO ACERCA COVID-19 EM ALAGOAS SEGUNDO SEXO E ESCOLARIDADE

Adson YH Agostinho¹;

Bruna SR França¹;

Maryanne F Soares¹;

Michael F Machado¹

¹Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

Estudo quanti-qualitativo, transversal, multicêntrico que objetivou relacionar o grau de confiabilidade da população alagoana nas diferentes fontes de informação com sexo e escolaridade. Utilizou-se dados primários coletados por 441 questionários autoaplicáveis sobre prevenção e controle da COVID-19 e 84 entrevistas realizadas nos territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da capital e 03 cidades do interior de Alagoas. As principais fontes de informações sobre a COVID-19 foram as mídias tradicionais, embora a confiabilidade do conteúdo seja atribuída ao trabalho de Educação em Saúde dos profissionais de saúde. Houve predominância de mulheres com ensino fundamental incompleto na amostra por conveniência.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus, Acesso à Internet, Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença ocasionada pelo novo coronavírus que gera a Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2)¹. A emergência desse vírus deu-se na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e ocasionou uma pandemia de pneumonia². Essa disseminação acelerada foi decretada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em janeiro de 2020³. Em território brasileiro, o primeiro caso de COVID-19 foi reconhecido apenas em 26 e fevereiro de 2020, e o estado de Alagoas esteve entre os que apresentaram maiores taxas de incidência no Nordeste, sendo notificados 304.758 casos até 13 de agosto de 2022⁴⁻⁶.

A OMS, entidades públicas de saúde e sociedades científicas, tiveram papel fundamental na disponibilização de informações em saúde, acerca das formas de contágio, prevenção da doença, números de pessoas infectadas, números de óbitos e outras informações pertinentes à biologia molecular e celular^{2,7,8}. Esse papel de publicização e informações contribui para a análise da situação de saúde nas populações e permite o combate à doença⁹.

Contudo, a consolidação da *internet* e das redes sociais no processo de disseminação rápida de informações e de comunicação sobre as situações impostas pela pandemia, configuraram também riscos à veracidade dos fatos, com ênfase na disseminação de informações falsas para influenciar visões políticas e que são preocupantes no âmbito dos entraves à checagem de fatos¹⁰⁻¹². Um fenômeno denominado de infodemia, quando há quantidade excessiva de informações, muitas vezes dissonantes, circulando no tecido social em detrimento da qualidade e embasamento científico das mesmas. Face a esse cenário, assim, houve aumento do número de verificação de fatos e notícias, de modo que as plataformas de mídia social passaram a classificar as informações falsas como tentativa de reduzir a desinformação^{11,12}.

O estado de Alagoas localiza-se na região nordeste do Brasil e tem uma população estimada de 3.3 milhões de habitantes inseridos num contexto de desigualdades sociais e econômicas, evidenciado pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A Razão de Sexo representa o número de homens para cada grupo e 100 mulheres e ao ano de 2015, constava 91,7%¹³. A Taxa de Analfabetismo da população de 15 anos de idade ou mais representava 20% em 2015¹³.

Considerando a relevância da compreensão do perfil da população ante determinado agravo para o controle e combate às iniquidades em saúde, este estudo objetivou relacionar a confiança da população nas diferentes fontes de informação com sexo e escolaridade dos alagoanos frente à pandemia de COVID-19.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. O estudo é multicêntrico, envolvendo as Equipes da Saúde da Família de 4 municípios alagoanos: Arapiraca, Atalaia, Feira Grande e Maceió.

O universo da pesquisa compreende 441 questionários válidos e 84 entrevistas dos territórios associados às UBS, em que estudantes do PROFSAÚDE estão vinculados. A amostra é de conveniência por inclusão das famílias de usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa.

Apenas um indivíduo acima de 18 anos de cada família foi considerado participante desta pesquisa, sendo convidado a responder um questionário online, elaborado na plataforma *Google Forms*, com perguntas autoaplicáveis estruturadas em três núcleos de informações: características sociais, demográficas e econômicas. Relação do indivíduo com a UBS e a utilização dos serviços em saúde básica públicos; fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19.

A pergunta de pesquisa analisada neste estudo corresponde à questão 16, que trata das fontes de informação, e à questão 17, sobre a confiabilidade do respondente quanto ao veículo de informação, referidas na sessão II – Comunicação e Informação sobre o Coronavírus do formulário online, e admitem mais de uma resposta.

A participação dos indivíduos colaboradores da pesquisa intitulada “Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde” é voluntária e regida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), CEP/CONEP CAAE 37269320.4.1001.5016, conforme as Resoluções nº466/12 e nº580/18.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do tratamento das informações, pode-se perceber que em relação ao gênero, a estratégia de amostra por conveniência para convidar voluntários a responder o questionário evidenciou a predominância feminina principal das Unidades Básicas de Saúde dos 4 municípios alagoanos (Tabelas 1 e 2).

Quanto à escolaridade, o perfil é de pessoas com ensino fundamental incompleto ou ensino médio (Tabelas 1 e 2). O reconhecimento deste fato é basilar para o aperfeiçoamento da linguagem visando a segurança do usuário, o fortalecimento da relação entre o profissional de saúde e o usuário, bem como para favorecer a aceitabilidade e a adesão às recomendações de autoridades sanitárias^{14,15}.

As principais fontes de informações acerca da COVID-19 dos participantes do estudo foram as mídias 63,13% (n=1.758), sejam as mídias tradicionais, como TV, Jornais da TV ou Internet e Rádio, ou as Redes Sociais (Facebook®, Instagram® e WhatsApp®), embora a primeira prevaleça como fonte de informação em detrimento da segunda (Tabela 1); esse aspecto destaca-se, pois outras pesquisas realizadas sobre o tema, como um estudo conduzido em Taiwan referenciou a predominância das redes sociais como fonte de informação primária para população¹⁶.

A ciência da decisão refere-se ao uso de informações para prever o que acontecerá e assumir uma decisão que altere o curso do indivíduo, sob essa perspectiva, as pessoas tendem a formar opiniões em fatos que são comunicados pela mídia em decorrência do aumento da dependência destes veículos de comunicação em tempos de incerteza e crise¹⁶.

Tabela 1. Caracterização do perfil das fontes de informações sobre a COVID-19 conforme sexo e escolaridade

Variáveis	Autoridades políticas e religiosas (n=192)	Círculos de convivência (amigos, vizinhos e parentes) (n=163)	Mídias		Profissionais de Saúde (incluindo ACS) (n=293)
			Tradicional (TV, Jornais na TV ou Internet e Rádio) (n=749)	Redes sociais (Facebook®, Instagram®, WhatsApp®) (n=361)	
Sexo					
Feminino	84,89%(n=163)	84,66% (n=138)	83,44% (n=625)	84,76% (n=306)	86,34% (n=253)
Masculino	15,11%(n=29)	15,33%(n=25)	16,55%(n=124)	15,23% (n=55)	13,65% (n=40)
Escolaridade					
Sem Escolaridade	6,25% (n=12)	9,81% (n=16)	9,07% (n=68)	2,49% (n=9)	9,89% (n=29)
Fundamental incompleto	37,5% (n=72)	33,12% (n=54)	37,78% (n=283)	30,47% (n=110)	36,83% (n=108)
Fundamental	10,41% (n=20)	1,04% (n=18)	9,61% (n=72)	9,69% (n=35)	9,21% (n=27)
Médio incompleto	10,41% (n=20)	12,88% (n=21)	12,81% (n=96)	17,17% (n=62)	13,65% (n=40)
Médio	27,08% (n=52)	25,76% (n=42)	34,97% (n=263)	29,63% (n=107)	22,52% (n=66)
Superior incompleto	3,64% (n=7)	2,45% (n=4)	3,6% (n=27)	4,43% (n=16)	2,73% (n=8)
Superior	2,6% (n=5)	4,29% (n=7)	3,7% (n=28)	4,43% (n=16)	3,75% (n=11)
Pós-graduação	2,08% (n=4)	0,61%(n=1)	1,06% (n=8)	1,38% (n=5)	1,36% (n=4)

Nota: Refere-se à pergunta 16 do questionário e admite mais de uma resposta.

Fonte: Elaboração própria

As redes sociais e aplicativos de comunicação instantânea são as principais fontes de informações sobre a COVID-19, contudo, a confiabilidade dessas informações provenientes das redes sociais é bastante questionável¹⁷ pelo público da pesquisa, que refere credibilizar respectivamente os profissionais de saúde e as mídias tradicionais (Tabela 2). Além disso, persiste a exclusão no domínio virtual ocasionada pelas diferenças de acesso aos recursos tecnológicos e a restrição do letramento digital, fatores que amplificam a veiculação de informações incorretas¹⁸.

Embora a quantidade de exposição nas redes sociais e aplicativos de comunicação seja elevada, a qualidade do conteúdo também importa¹⁹, de modo que, quando há ambiguidade de informações, persiste a disseminação da desinformação. Nesse âmbito, destaca-se a utilização da Internet pelas instituições governamentais e autoridades em saúde no processo de produção e disseminação de conhecimento científico, acrescido do combate às informações falsas a partir do processo de Educação em Saúde, que torna acessível a informação científica à população^{20,21}.

Ao analisar o discurso de autoridades políticas e religiosas e os círculos de convivência como fonte de informação, há predominância de mulheres de educação média (Tabela 1). Quanto a confiabilidade destas referências, destaca-se as pessoas com ensino fundamental incompleto, de modo que ainda que as autoridades políticas e religiosas persistam como fonte de informação, a comunicação não é inteiramente credível em virtude da divergência de informações entre as instituições políticas e religiosas no Brasil²².

Tabela 2. Caracterização do perfil por confiabilidade das fontes de informações sobre a COVID-19 conforme sexo e escolaridade

Variáveis	Autoridades políticas e religiosas (n=94)	Círculos de convivência (amigos, vizinhos e parentes) (n=38)	Mídias		Profissionais de Saúde (incluindo ACS) (n=290)
			Tradicional (TV, Jornais na TV ou Internet e Rádio) (n=252)	Redes sociais (Facebook®, Instagram®, WhatsApp®) (n=44)	
Sexo					
Feminino	86,17% (n=81)	81,57% (n=31)	83,73% (n=211)	90,9% (n=40)	86,55% (n=251)
Masculino	13,82% (n=13)	18,42% (n=7)	16,66% (n=42)	9,09% (n=4)	13,44% (n=39)
Escolaridade					
Sem Escolaridade	6,38% (n=6)	13,15% (n=5)	11,11% (n=28)	11,36% (n=5)	9,31% (n=27)
Fundamental incompleto	42,55% (n=40)	36,84% (n=14)	38,09% (n=96)	36,36% (n=16)	37,93% (n=110)
Fundamental	7,44% (n=7)	7,89% (n=3)	9,12% (n=23)	4,54% (n=2)	10% (n=29)
Médio incompleto	9,57% (n=9)	13,15% (n=5)	15,87% (n=40)	15,9% (n=7)	11,37% (n=33)
Médio	26,59% (n=25)	23,68% (n=9)	21,03% (n=53)	22,72% (n=10)	22,41% (n=65)
Superior incompleto	3,19% (n=3)	2,63% (n=1)	3,57% (n=9)	6,81% (n=3)	3,44% (n=10)
Superior	2,12% (n=2)	2,63% (n=1)	1,58% (n=4)	2,27% (n=1)	4,13% (n=12)
Pós-graduação	2,12% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1,37% (n=4)

Nota: Refere-se à pergunta 17 do questionário e admite mais de uma resposta.

Fonte: Elaboração própria

CONCLUSÃO

As informações em saúde sobre a pandemia de COVID-19 apresentam diversas fontes de informações que tem graus variáveis de confiabilidade. Esse estudo primário revelou que a maior fonte de informação foram as mídias sociais e tradicionais, sendo alarmante devido a qualidade e veracidade do conteúdo disseminado. Paralelamente, os profissionais de saúde foram considerados fontes confiáveis pela população, principalmente pelas mulheres evidenciando o papel importante desse grupo para a adesão as recomendações propostas pela Organização Mundial da Saúde. Ou seja, mesmo recebendo informações de diferentes fontes, os/as participantes do estudo avaliam e atribuem o maior índice de confiabilidade das informações aos profissionais de saúde que atuam nos territórios adscritos.

Agradecimentos

À Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

REFERÊNCIAS

1. Souza ADF et al. **Clinical manifestations and factors associated with mortality from COVID-19 in older adults: Retrospective population-based study with 9807 older Brazilian COVID-19 patients.** *Geriatrics & Gerontology International* [periódico da internet]. 2020. [citado 2022 ago. 11];20(12):1177-81.
2. Croda JHR, Garcia LP. **Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19, Epidemiol. Serv. Saúde** [periódico da internet]. 2020 [citado 2022 ago. 11]; 9(1):e2020002.
3. Organização Mundial da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** Organização Pan-Americana de Saúde [internet]. 2020 [citado 2022 ago. 11].

4. Cavalcante JR, Abreu AJL. **COVID-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados**. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde [periódico da internet]. 2020. [citado 2022 ago. 11]; 29(3):1-10.
5. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. [internet]. 2022. [citado 2022 ago. 11].
6. Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas. **Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19 - nº 766**. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde. [internet] 2022. [citado 2022 ago. 11].
7. Muñoz M, Patiño LH, Ballasteros N, Paniz-Mondolfi A, Ramirez JD. **Characterizing SARS-CoV-2 genome diversity circulating in South American countries: Signatures of potentially emergente lineages?**. *International Journal of Infectious Diseases* [periódico da internet]. 2021. [citado 2022 ago. 11]; 105:329-32.
8. Singh J et al. **Structure-Function Analyses of New SARS-CoV-2 Variants .1.1.7, B.1.351 and B.1.1.28.1: Clinical, Diagnostic, Therapeutic Band Public Health Implications**. *Viruses* [periódico da internet]. 2021. [citado 2022 ago. 11]; 13(3):439-55.
9. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa sobre COVID-19**. Organização Pan-Americana de Saúde [internet]. 2020. [citado 2022 ago. 11].
10. Barcelos TN *et al.* **Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica* [periódico da internet]. 2021. [citado 2022 ago. 11];45:1-8.
11. Field-Fote EE. **Fake News in Science**. *J neurol Phys Ther* [periódico da internet]. 2019. [citado 2022 ago. 11];43(3):139-40.
12. Neto M et al. **Fake News no Cenário da Pandemia da COVID-19**. *Cogitare Enfermagem* [periódico da internet]. 2020. [citado 2022 ago. 11];25:1-7.
13. Secretaria de Estado do Planejamento. **Indicadores Básicos de Alagoas**. Secretaria de Estado do Planejamento [internet]. 2017. [citado 2022 ago. 11];3(3).
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. 2017. [citado 2022 ago. 11].

15. Barbara S. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO. Ministério da Saúde [internet]. 2002. [citado 2022 ago. 11].
16. Wang PW et al. **COVID-19-Related information sources and the relationship with confidence in people coping with COVID-19: Facebook survey study in Taiwan.** Journal of Medical Internet Research [periódico da internet]. 2020. [citado 2022 ago. 11];22(6).
17. Jones NM, Thompson RR, Schetter CD, Silver RC. **Distress and rumor exposure on social media during a campus lockdown. Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America** [periódico da internet]. 2017. [citado 2022 ago. 11];114(44):11663-8.
18. Almeida CV, Sebastião SP. **A percepção dos profissionais de saúde sobre fontes de informação e sua influência na relação terapêutica.** Observatório Journal [periódico da internet]. 2018. [citado 2022 ago. 11];12(4):26-43.
19. Holman EA, Silver RC, Michael P. **Terrorism, acute stress, and cardiovascular health: a 3-year national study following the september 11th attacks.** JAMA Psychiatry [periódico da internet]. 2008. [citado 2022 ago. 11];65(1):73-80.
20. Coelho AL, Morais IA, Rosa WVS. **A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil.** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [periódico da internet]. 2020. [citado 2022 ago. 11];9(3).
21. Silva AF, Rocha KS, Albuquerque MR, Farias DJA. **Utilização das mídias sociais como meio de disseminação da informação em saúde e prevenção de doenças.** Revista Multidisciplinar em Saúde [periódico da internet]. 2021. [citado 2022 ago. 11];2(4):63.
22. Oliveira N, Pires Y. **Falta de normas claras e de ações coordenadas para distanciamento social prejudica combate à covid.** Agência Senado [internet]. 2021. [citado 2022 ago. 11].

CONSULTÓRIO NA RUA: GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Ana F.S. Lima^{1*};

Ana V.A. Almeida²;

Maysa L.V. Damasceno²;

Flaviane M.P. Belo²;

Laís M. C. Costa¹.

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

²Secretaria Municipal de Saúde - Consultório na Rua de Maceió.

*E-mail: anafsl94@gmail.com

RESUMO

O Consultório na Rua desenvolve ações de cuidado à saúde da população em situação de rua, durante a pandemia de Covid-19 realizou ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Trata-se de um relato de experiência sobre ações em saúde durante a pandemia de covid-19. As equipes de consultório na rua seguiram os protocolos sanitários, realizaram distribuição de insumos, educação em saúde, monitoramento e busca ativa dos casos suspeitos, teste de covid-19 e vacinação. As equipes de consultório na rua buscaram garantir atendimento integral à população em situação de rua respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chaves: Pandemia, População em Situação de Rua, Atenção Primária



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua (CnaR) é um dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que visa ofertar cuidado integral à população em situação de rua (PSR) ou com características análogas. São equipes multiprofissionais que realizam ações de cuidado em saúde de modo itinerante e *in loco*, bem como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território onde atuam¹.

As equipes de CnaR também atuam em articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), movimentos sociais, sociedade civil, entre outros, tecendo uma complexa rede de cuidados em circulação nos espaços da cidade¹.

Em 2020, após a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretar estado de pandemia pela COVID-19, doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2², novas questões surgiram para a PSR; com o fechamento do comércio e diminuição do número de pessoas circulando, os pontos de apoio para alimentação, higiene e obtenção de renda ficaram escassos; dispositivos de saúde, assistência social e outros órgãos públicos reduziram seus atendimentos ou migraram para modo *online*. Este cenário favorecia que pessoas historicamente marginalizadas ficassem ainda mais excluídas³.

Diante do contexto mundial, surgiram novos desafios para as equipes do CnaR em Maceió/AL em busca de garantir o cuidado integral a esta população diante do cenário pandêmico. Assim, este trabalho tem por objetivo descrever a experiência de equipes do Consultório na Rua de Maceió/AL no cuidado a população em situação de rua na pandemia da COVID-19.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre ações realizadas por equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL no contexto da pandemia de COVID-19, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. Atualmente, o Consultório na Rua de Maceió é composto por seis equipes distribuídas no I, II, V, VI e VII distritos sanitários.

O CnaR é constituído por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, cirurgia dentista, professor/profissional de

educação física, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e profissional com formação em arte e educação.

O público atendido, corresponde a um grupo de risco, que se caracteriza por ser heterogêneo, encontrar-se em extrema pobreza, com ruptura dos vínculos familiares e a falta de uma moradia convencional, levando a fazer uso dos logradouros públicos e áreas degradadas para viver e permanecer ou procurarem por albergues para passar a noite¹. A pandemia tornou a gestão do cuidado a esta população ainda mais complexa devido às questões bem específicas que a caracteriza, fazendo parte do grupo de risco por maior chance de desenvolver a forma mais grave e/ou o óbito pela infecção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência no cuidado à população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19 foi de adaptações para as equipes, as quais precisaram se adequar às exigências do momento com a adesão aos protocolos de enfrentamento ao coronavírus e seguir a norma do distanciamento físico, levando a dilemas neste serviço, visto que a aproximação, o toque, o aperto de mão e até o abraço marcam a formação do vínculo durante a abordagem e isso é crucial para a conquista da confiança e relação de ajuda no trabalho do Consultório na Rua⁴.

Uma revisão de escopo sobre a atuação dos profissionais do Consultório na Rua no âmbito da Atenção Primária revela que este trabalho é pautado no uso de tecnologias leves como o acolhimento, empatia, vínculo e escuta qualificada⁴.

Dessa forma, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) como máscaras, protetor facial, luvas e capote causaram estranhamento por parte dos usuários e dos profissionais. Em relação aos usuários, pois dificultava o reconhecimento da equipe com toda paramentação e aparentava ser mais uma barreira no encontro. Em relação a equipe, houve a necessidade de adotar o uso de EPI's que antes não eram utilizados na prática, assim como lidar com o desafio de não permitir que esses equipamentos fossem entraves para o cuidado e vínculo.

Uma pesquisa realizada com equipes do Consultório na Rua de Belo Horizonte mostrou que a população em situação de Rua desta região também sentiu dificuldade de reconhecer a equipe devido ao uso dos EPIs e paramentação⁵.

Isto, porque o trabalho do Consultório na Rua é marcado sobretudo pela utilização, sobretudo de tecnologias leves como o vínculo, acolhimento, elementos como sorrisos e afetos, e isso precisou ser revisto no contexto da pandemia. Para tanto, as equipes realizaram a educação em saúde em cada encontro e momento de cuidado à população em situação de rua, com orientações sobre a necessidade do uso da máscara para proteção tanto do usuário quanto da equipe.

Outras ações foram desenvolvidas para garantir a integralidade da assistência como a distribuição de kits de higiene pessoal; articulação com movimentos sociais e sociedade civil para distribuição de quentinhas e cestas básicas. Quanto ao estímulo à prevenção da infecção pelo novo coronavírus, foram disponibilizadas máscaras, álcool em gel e garrafas PETs com água e sabão diluído.

Para assistir esta população que já se encontra em vulnerabilidade em relação aos casos suspeitos da infecção pela Covid-19, realizaram-se busca ativa e monitoramento dos casos com síndromes gripais, testes diagnósticos para COVID-19 e a vacinação *in loco*, tanto as vacinas de rotina do calendário vacinal quanto contra a COVID-19 com apoio do Programa Nacional de Imunização (PNI) Municipal.

Os atendimentos de rotina foram mantidos, mas readaptados como o pré-natal e atendimento odontológico, que antes aconteciam com o acompanhamento dos usuários até as unidades básicas de saúde, nesta fase da pandemia aconteceram nos locais de moradia ou com suporte do consultório odontológico móvel. Assim, a equipe buscou construir estratégias de cuidado e articulação com a rede a fim de manter o cuidado à população mesmo diante da crise sanitária vivenciada pela pandemia.

CONCLUSÃO

A experiência de cuidar da população em situação de rua no contexto da pandemia do COVID-19 trouxe muitos desafios para as equipes do Consultório na Rua de Alagoas. Buscou-se garantir um atendimento integral, mantendo o vínculo, apesar do desafio imposto pela utilização dos EPIs e do distanciamento social.

Entretanto, vê-se a oportunidade de educar em saúde sobre as medidas de prevenção contra a Covid-19, considerando a relação de vínculo das equipes no cuidado com o público atendido, mostrando-se como uma vantagem para a recepção das orientações.

Além disso, a vivência permitiu a articulação e parcerias para atender as demandas de modo integral, contemplando as necessidades básicas de higiene, alimentação, e direitos como a informação e acesso aos serviços de saúde. Ademais, primou-se por manter a rotina das atividades com uso das tecnologias leves como a escuta qualificada e acolhimento.

Dessa forma, percebe-se que as ações da equipe convergem com os princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade. O Consultório na Rua se mostra um dispositivo que garante acesso e atenção integral à população em situação de rua. Assim, o estudo desperta para que outras pesquisas sejam realizadas neste âmbito, a fim de dar reconhecimento social e apoio às ações do Consultório na Rua.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2017.
2. Brasil.In: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. **Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília-DF: Boletim Epidemiológico. 2020.
3. Akyama MRM, Canônico RP, Sette R, Kawakami MCB. **Health care strategies carried out by the Street Clinic/Bompar/SMS teams. With the homeless population during the pandemic in the city of São Paulo**. Archives of Health [periódico da internet]. 2021 [citado 12 ago 2022]; 2(3):543–550.
4. Alves NR. et al. **Practice of street clinic professionals in the context of Primary Health Care in Brazil: A scoping review**. Research, Society and Development [periódico da internet]. 2021 [citado 12 ago 2022]; 10(4): e59410414470.
5. Campos ACF, Resende ASA. **Street Office os Belo Horizonte and the challenges faced in pandemic of Covid-19**. Revista Serviço Social Em Perspectiva [periódico da internet]. 2021 [citado 12 ago 2022]; 5(1): 151–160.

DIFICULDADES DE USO E IMPLEMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Diêgo J. Correia^{1*};

Pedro Ícaro B. Souza¹;

Paloma Maria P. Sousa¹;

Vitória S. S. Silva¹;

Marcela O. Feitosa²;

Francisca Jacinta F. Oliveira².

¹Discente no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus Bom Jesus, Imperatriz - MA, Brasil;

²Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus Bom Jesus, Imperatriz - MA, Brasil.

*: diego.jc@discente.ufma.br

RESUMO

O objetivo deste artigo é evidenciar as dificuldades do uso e implementação dos sistemas de informação nas Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo do tipo revisão integrativa da literatura. Foram levantados 31 artigos, após aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, somente 6 artigos compuseram a amostra. O processo de implantação da estratégia e-SUS AB apresenta inúmeras debilidades, tais quais a própria supervisão ineficiente desta implantação, infraestrutura insuficiente, deficiência nas capacitações e grande resistência dos profissionais. Propõe-se, portanto, a realização de capacitações e treinamentos com os profissionais de saúde em consonância com Secretarias Municipais de Saúde.

Palavras-chave: Sistema de informação em saúde, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

Com um modelo de reorientação assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada no Brasil, de forma a implantar equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tais equipes têm a incumbência de acompanhar um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade pelo acompanhamento dessas famílias aponta para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e para ESF a necessidade de ultrapassar os limites clássicos definidos para a atenção primária em saúde no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde.¹

A ESF se apresenta, portanto, sujeita à evolução ao longo da história e pela forma como se organiza a saúde no Brasil, que tem o objetivo de ter uma melhor utilização dos níveis assistenciais e que tem gerado resultados positivos em diversos indicadores de saúde das populações assistidas. Os eixos desta estratégia são o estabelecimento de vínculo e corresponsabilidade entre usuários e profissionais de saúde, com a família representando um aspecto primordial de atenção no ambiente em que habita.²

Com o estabelecimento de tantas equipes em um território tão extenso quanto ao que abrange o Sistema Único de Saúde, houve a necessidade de uma melhor estruturação dos Sistemas de Informação em Saúde para que pudessem ter parâmetros de acompanhamento integral, que foi informada pelo novo sistema de saúde, garantindo dessa forma, uma constante avaliação da situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas, principalmente para o acompanhamento, controle e repasse de recursos. E foi nesse contexto em que os municípios passaram a ser também atores responsáveis pela produção e organização das informações em saúde.³

Esses Sistemas de informação em saúde (SIS) são definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Dessa forma, os sistemas de informação em saúde congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde.⁴

O sistema de informação em saúde, partindo de uma premissa geral, deve contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde,

possibilitando a realização de pesquisa, o fornecimento de evidências e auxiliar no processo de ensino. Portanto, como objetivos principais, um sistema de informação em saúde deve servir para administrar a informação que os profissionais de saúde precisam para executar as atividades com efetividade e eficiência, facilitar a comunicação, integrar a informação e coordenar as ações entre os múltiplos membros da equipe profissional de atendimento, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo.⁵

Percebendo que o sistema de informação em saúde é heterogêneo e formado de várias soluções em termos de desenvolvimento de sistemas informatizados, pode-se citar, como exemplos, os sistemas de enfermagem, sistemas de farmácia e nutrição e sistemas de contabilidade como soluções para promover a eficiência dos processos de saúde. Um desses sistemas é o SIAB, sistema de informação que dispõe os dados gerados por esses profissionais das ESF e PACS.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado no ano de 1998 e é um sistema de informação com dados gerados por esses profissionais de saúde das equipes de saúde da família, coletados nos domicílios em áreas cobertas pelo PACS e ESF. As informações são coletadas por meio de fichas de cadastro e analisadas com base em relatórios específicos.⁶

Nessa perspectiva, o SIAB foi pensado e desenvolvido com o objetivo de dar apoio operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados da ESF, fornecer informações para os gestores, contribuindo no processo de tomada de decisões, assim como evidenciando na priorização de ações a partir das demandas específicas de cada população adscrita, baseando-se nas necessidades destes residentes.¹ É válido ressaltar que este sistema põe à disposição indicadores sociais, oferecendo aos gestores municipais a obtenção de dados sociodemográficos das áreas de cobertura da ESF e PACS, que só estão disponíveis neste nível de desagregação.⁶

Entretanto, na prática as equipes parecem ter dificuldade de implementação e utilização. Foi constatado que não é raro a utilização do sistema se restringir ao cadastramento familiar e emissão de relatórios. Desta forma há a percepção, portanto, que as informações geradas pelo sistema não têm sido utilizadas para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas. Evidenciou-se, por exemplo, que o uso do SIAB é diferente entre os profissionais da mesma equipe, sendo os profissionais médicos os que utilizam com menor frequência o sistema. Há ainda uma dificuldade de articulação no trabalho em equipe, evidenciada pelo uso

de registros informais para a anotação dos dados coletados. Cada profissional o realiza de forma despadronizada, para suprir suas próprias dificuldades.⁷

Por outro lado, os ACS, apesar de se mostrarem assíduos no uso do SIAB, têm a impressão de o processo não ser completo, pelo restante da equipe não analisar e planejar ações com base nessas informações. Observa-se que a supervisão das fichas preenchidas pelo ACS é insatisfatória, sendo feita de modo informal. O ACS muitas vezes supre a deficiência de recursos humanos, principalmente administrativos, ficando seu trabalho em segundo plano.⁷

No contexto de saúde atual do mundo globalizado, a agilidade de informação e o progresso tecnológico acontecem de maneira muito ativa, o serviço público, em particular, deve construir processos que facilitem o processo de uso e implementação prática dos sistemas de informação em saúde na atividade diária dos profissionais. Os gestores públicos devem ter à disposição dados padronizados e coletados de maneira correta, para posterior avaliação e planejamento de ações, que no contexto atual, se mostra com dificuldades. O objetivo deste artigo é, portanto, evidenciar as dificuldades do uso e implementação dos sistemas de informação nas Unidades Básicas de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo do tipo revisão integrativa da literatura. O método consiste na busca de evidências de forma sintetizada, avaliando de forma crítica o tema proposto, objetivando a identificação de resultados que viabilizem o saber, mas acima de tudo proporcione conhecimento científico de forma coesa e que propicie intervenções para as fragilidades encontradas na pesquisa.⁸

A seleção dos estudos foi realizada em julho de 2022, por meio do acesso online nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados foram: sistemas de informação em saúde, atenção primária à saúde e enfermagem, para a busca foi realizado o cruzamento dos descritores juntamente com a associação do operador booleano AND nas respectivas bases de dados. A pergunta de pesquisa foi fundamentada na estratégia PICO: “Quais as principais adversidades enfrentadas na implantação e implementação do e-SUS na Atenção Básica a Saúde?”.

A revisão foi executada em cinco etapas: 1) identificação do problema; 2) busca na literatura; 3) extração dos dados; 4) avaliação; 5) análise, síntese e exposição dos resultados. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos no idioma português e inglês, na íntegra, que demonstram a temática em questão e indexados nas bases de dados entre os anos de 2017 a 2022. Entretanto, os critérios de exclusão foram: títulos, duplicações, dissertações, teses, notícias, editoriais e reportagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram levantados 31 artigos, predominando 25 (80,64%) do total na base de dados *Scielo* e 6 (19,35%) na base de dados LILACS. Após aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, somente 6 artigos compuseram a amostra desta pesquisa. Abaixo encontra-se uma tabela com a característica desses artigos.

Tabela 1: Características dos artigos selecionados.

Base de dados	Periódico/ Ano/ País	Título	Autoria	Objetivo	Resultado
LILACS	Cogitare Enfermagem /2018/ Brasil	Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios	Cavalcante RB, Vasconcelos DD, Gontijo TL, Guimarães EAA, Machado RM, Oliveira VC.	Analisar a implantação da estratégia e-Atenção Básica na Região Oeste de Minas Gerais, Brasil.	Em 44 (81,5%) dos municípios foi implantado apenas o cadastro de dados simplificado e 22 (40,7%) dos municípios estão no cenário três de implantação, 34 (54,8%) dos responsáveis pela implantação não são servidores públicos efetivos.
LILACS	Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud/ 2021/ Cuba	Cartografando controvérsias na implantação da estratégia e-sus a Saúde	Pires MCA, Gontijo TL, Quites HFO, Machado RM, Bonomo LF, Brito CJC, et al.	Cartografar controvérsias relacionadas à rede de atores na implantação de uma estratégia de informatização	Há uma controvérsia central (a decisão em implantar a tecnologia) envolvendo uma rede de atores humanos e não-humanos mobilizando decisões, conflitos e acordos, bem como há desdobramentos (outras

		em Minas Gerais		da Atenção Básica a Saúde, em Minas Gerais, Brasil.	controvérsias) que acabam por influenciar a informatização.
LILACS	Revista Brasileira de Enfermagem /2018/ Brasil	Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde Família	Silva TIM, Cavalcante RB, Santos RC, Gontijo TL, Guimarães EAA, Oliveira VC.	Analisar a difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde Família.	Verificou-se que apesar de a estratégia e-SUS Atenção Básica ser reconhecida como uma inovação tecnológica, predominam situações que fragilizam a sua aceitação como: incompatibilidades com o processo de trabalho; implantação de forma súbita, capacitação deficiente; sobrecarga de trabalho; resistências; e impactos negativos sobre a assistência.
Scielo	Revista Latino-Americana de Enfermagem /2021/ Brasil	Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, Gaete RAC, Serrano-Gallardo MDP.	Compreender como se tem processado a implantação do sistema e-SUS Atenção Básica e seu impacto no cotidiano das equipes de saúde.	Foram entrevistados 17 profissionais, enfermeiros, médicos, odontólogos e agentes comunitários. A implantação do e-SUS Atenção Básica e seu impacto no cotidiano das equipes de saúde foram compreendidos em termos da implantação obrigatória; fragilidades para a implantação, como ausência de disponibilização de recursos materiais e implícita imposição para uso do sistema; frágil capacitação para a implantação e aprendendo com a experiência.

Scielo	Revista Brasileira de Enfermagem /2021/ Brasil	Informatização da atenção primária de saúde: gestor como agente de mudança	Gontijo TL, Lima PKM, Guimarães EAA, Oliveira VC, Quites HFO, Belo VS, et al.	Analisar fatores associados com a implementação dos sistemas de software da estratégia e-SUS Atenção Básica em municípios de Minas Gerais.	Em 49,1% (IC95%: 39,5-58,8) dos municípios investigados houve implementação de algum dos sistemas da estratégia e-SUS Atenção Básica. O tempo de atuação como gestor da estratégia (OR: 3,03) e a realização de capacitações para os profissionais da Atenção Básica no município (OR: 2,28) estiveram associados à implementação dos sistemas.
Scielo	Saúde Debate/ 2019/ Brasil	Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Araújo JR, Filho DCA, Machado LDS, Martins RMG, Cruz RSBLC.	Compreender a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do sistema e-SUS AB no seu contexto de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Os resultados obtidos a partir dos relatos dos participantes foram categorizados em: Processo de introdução e preparação dos profissionais para manuseio do sistema e-SUS AB; Potencialidades e desafios encontrados pelos enfermeiros diante do uso do sistema e-SUS AB; e Sentimentos dos enfermeiros em relação ao sistema e-SUS AB.

A implementação de tecnologias de informação, tal qual a informatização da Atenção Básica a Saúde (ABS), está relacionada à maior eficiência na busca e armazenamento de informações sobre a população, melhora no fluxo de trabalho e a prática de Enfermagem, assim como favorece a distribuição de medicamentos, a continuidade do cuidado, contribuindo assim para a segurança do paciente⁹. Entretanto, o processo de implementação da estratégia e-SUS AB, por exemplo, ainda apresenta fragilidades, mesmo considerando sua constante evolução.^{9,12-13}

Segundo Pires et al.¹² (2021) o gestor é o principal mobilizador do processo de implementação, ele está associado aos avanços obtidos na implementação do e-SUS AB nos municípios pesquisados. Realizar estratégias voltadas a este gestor, para a continuidade da

informatização da ABS pode ser o ponto chave para a aceleração deste processo, mesmo com as inúmeras deficiências tecnológicas, operacionais e de infraestrutura ainda pertinentes.

O processo de implantação da estratégia e-SUS AB apresenta inúmeras debilidades, tais quais a própria supervisão ineficiente desta implantação, infraestrutura insuficiente nas Unidades Básicas de Saúde, deficiência nas capacitações para manuseio do sistema e grande resistência por parte dos profissionais ao se depararem com esse processo de informatização.^{9,14} Portanto, torna-se necessário um debate coletivo entre todos os envolvidos no processo de implementação da tecnologia, sendo necessário incluir profissionais, gestores, usuários da Atenção Primária a Saúde (APS), conselho local e demais representantes de instâncias dos níveis municipal, estadual e federal nessa discussão.¹⁰

Houve também, além da falta de habilidades tecnológicas por parte dos profissionais e recursos nas instituições, um processo de incentivo danoso configurado como um processo de pressão institucional acerca do uso do sistema. Tais problemáticas associam-se a uma possível inexistência de planejamento nessa implantação.¹¹ Segundo Araújo et al.¹³ (2019) é importante que os gestores se atentem para as necessidades e percepções dos profissionais para confirmar os requisitos e melhorias que devem ser realizados para garantir a eficácia do sistema e-SUS AB, bem como a confiabilidade dos dados coletados e das informações geradas.

CONCLUSÃO

Ao identificar na produção científica existente as dificuldades do uso e implementação dos sistemas de informação nas UBS, evidenciaram-se algumas fragilidades, dentre as principais se destaca o próprio acompanhamento realizado de maneira ineficaz dessa ferramenta, gerado talvez por uma deficiência nas capacitações para manuseio do sistema e uma certa resistência inicial por parte dos profissionais ao se depararem com esse novo processo de informatização. Também foi possível notar que há dificuldades estruturais das UBS que corroboram para o quadro de debilidades que dificulta a implementação do processo.

Nessa perspectiva de despreparo das equipes para a utilização do processo de informatização, fica evidente que tal problemática decorre da capacitação insuficiente das equipes, uma vez que o treinamento introdutório quando realizado, não discute de forma aprofundada os sistemas de informação, sendo o preparo dos profissionais insuficiente para o preenchimento das fichas e utilização do sistema para a extração de relatórios. Com o processo

realizado de maneira errônea logo na coleta de informações, o objetivo de auxiliar no planejamento das ações acaba não obtendo êxito.

As publicações analisadas sugerem diversas estratégias para um melhor aproveitamento dos sistemas de informação na APS, com o aporte dos dados que são fornecidos por ele. Propõe-se, portanto, a realização de capacitações e treinamentos com os profissionais de saúde. A efetiva educação permanente de toda a equipe em consonância com Secretarias Municipais de Saúde proporcionará aos profissionais de saúde maior conhecimento sobre este sistema. Com o uso adequado, haverá a utilização da informação como instrumento de transformação, ao realizar o planejamento de ações e atender a demanda específica da comunidade baseado na integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB: indicadores 2003. 2004;** 15-34. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>
2. Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família. 2004;** 179-86. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
3. Ministério da Saúde do Brasil. **A experiência brasileira em sistemas de informação em Saúde. 2009;** 7-11. [Acesso em 15 de jul. 2022] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf
4. de Fátima MH. **Sistemas de informação em saúde: considerações gerais.** Journal of HealthInformatics, 2010 (2) 1-7. [Acesso em 15 de jul. 2022]. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>
5. Safran C, Perreault LE. **Management of Information in Integrated delivery networks.** Medical Informatics computer applications in healthcare and biomedicine. 2001. (2) 359-96. [Acesso em 15 de jul. 2022]. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-21721-5_10
6. França T. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório.** Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 1-4. [Acesso em 15 de jul. 2022] Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4727>
7. Marcolino JDS, Scochi MJ. **Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 2010, (31) 314-320. [Acesso em 15 de jul. 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/z79GzJs69y3Kpxfdgg498xP/abstract/?lang=pt>

8. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. **A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem**. Revista Investigação em Enfermagem - Novembro 2017: 17-26. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>.
9. Cavalcante RB, Vasconcelos DD, Gontijo TL, Guimarães EAA, Machado RM, Oliveira VC. **Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios**. Cogitare Enferm. (23)3: e54297, 2018. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54297>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.54297>.
10. Pires MCA, Gontijo TL, Quites HFO, Machado RM, Bonomo LF, Brito CJC, et al. **Cartografando controvérsias na implantação da estratégia e-sus atenção básica a Saúde em Minas Gerais**. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud 2021;32(2):1654. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/159720>.
11. Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, Gaete RAC, Serrano-Gallardo MDP. **Implementation of the e-SUS Primary Care system: Impact on the routine of Primary Health Care professionals**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021; 29:3447. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mpkGdqxpRBHH3B7cSyziSXC/?lang=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4174.3447>.
12. Gontijo TL, Lima PKM, Guimarães EAA, Oliveira VC, Quites HFO, Belo VS, et al. **Computerization of primary health care: the manager as a change**. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20180855. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z7HYpNdyGkssm9mWrdm9Ryx/?lang=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0855>.
13. Araújo JR, Filho DCA, Machado LDS, Martins RMG, Cruz RSBLC. **Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. SAÚDE DEBATE V. 43, N. 122, P. 780-792, JUL-SET, 2019. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZVVtLm5pzmWc4yrkJKTdqkb/?lang=pt>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912210>.
14. Silva TIM, Cavalcante RB, Santos RC, Gontijo TL, Guimarães EAA, Oliveira VC. **Diffusion of the e-SUS Primary Care innovation in Family Health Teams**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):2945-52. [Access 2022 jul. 20]; Available in: <https://www.scielo.br/j/reben/a/R5RGg3rJJ3ZHxp9Bc95Nwt/?lang=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E A INTERPROFISSIONALIDADE EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS DE MUDANÇA SOCIAL

Carolyne R. Queirós^{1*};

Maria C. C. Leite¹;

Karina V. Nascimento¹;

Larissa F. Bonomo¹;

Mabel M. S. Salas¹.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora *campus* Governador Valadares;

*carolynequeiros@gmail.com

RESUMO

Este relato é produto de oficinas realizadas nos anos 2021/22 por discentes de medicina e nutrição, e professoras do departamento de farmácia, com profissionais do NASF e ESF de um município de Minas Gerais, objetivando qualificar os preceptores no contexto da Educação Permanente em Saúde e do Trabalho Interprofissional. As trocas de experiências e as reflexões levantadas revelam que a Educação Interprofissional e a prática colaborativa maximizam ações de saúde dos profissionais e contribuem para a integralidade do cuidado, e que os papéis da Universidade e do preceptor são importantes na formação em saúde pautada no Trabalho Interprofissional.

Palavras-chave: Educação Interprofissional, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

A complexidade do processo saúde-doença tem levado à necessidade de implantação de estratégias que garantam a integralidade da atenção com qualidade e resolutividade. A integralidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionada à condição integral de compreensão do ser humano e constitui eixo prioritário das políticas de saúde, formando um meio para concretizar a saúde como uma questão de cidadania. Nesse contexto, a formação universitária e a qualificação profissional configuram instrumentos fundamentais para impulsionar mudanças e alcançar a atenção integral, com o desenvolvimento de competências para a atuação profissional na área da saúde, enfatizando preceitos éticos, técnicos e políticos que contemplem as múltiplas dimensões indissociáveis do ser humano, para além dos fenômenos biológicos, considerando a sua inserção no contexto social, cultural, geográfico e histórico¹.

Frente à importância da qualificação dos trabalhadores atuantes na área da saúde em relação às demandas da população, têm-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de reorganização das práticas de atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde, em especial a Atenção Primária em Saúde (APS), proporcionando o encontro de ensino no trabalho e, para o trabalho, de forma a transformar as práticas profissionais e melhorar o cuidado em saúde².

Na perspectiva da EPS e da multiprofissionalidade, é vista a imprescindibilidade da educação voltada para o trabalho interprofissional em saúde. Essa nova perspectiva de trabalho é criadora de espaços para a prática colaborativa, que, por sua vez, configura-se como estratégia para que profissionais de saúde aprendam juntos a atuarem em equipe na criação das ações de atenção à saúde fundamentadas na construção coletiva de processos de cuidado e saúde, e como caminho para que a comunidade se reconheça como sujeito autônomo no processo de cuidado³. O objetivo do trabalho é relatar a experiência discente das ações desenvolvidas com foco na EPS e no Trabalho Interprofissional (TI) em saúde em um grupo de profissionais da Atenção Primária à Saúde.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

O presente relato é produto de atividades realizadas nos anos 2021 e 2022 pelo projeto de extensão “Qualificação das preceptorias da atenção básica sob a perspectiva da educação e trabalho interprofissional e práticas colaborativas em saúde”, de uma Instituição Pública de Ensino Superior, formado por discentes do curso de medicina e nutrição, e professoras do departamento de farmácia. As intervenções foram realizadas com profissionais atuantes do NASF e ESF de uma cidade de médio porte de Minas Gerais, por meio de oficinas, com o objetivo de qualificar os preceptores no contexto da EPS e do TI em saúde para o desenvolvimento e aplicação de competências colaborativas, utilizando metodologias ativas com o foco na problematização da realidade vivenciada pelos profissionais no âmbito de cada profissão e do território de abrangência.

Os profissionais foram divididos em três grupos de 25 pessoas cada, constituindo-se de fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas, assistentes sociais e enfermeiros. As oficinas foram intituladas como “Boas perguntas exigem boas respostas”, “Realidade sanitária dos territórios versus integralidade do cuidado em saúde” e “Mudando o rumo da atuação em equipe para transformações duradouras”, as quais foram repetidas para cada grupo em dias alternados, de forma que todos os profissionais participaram das três oficinas.

Os objetivos de cada oficina estão descritos na Tabela 1 e, ao final de cada oficina os participantes receberam um link com um formulário no qual foram capazes de avaliar as dinâmicas realizadas, ressaltar os pontos mais relevantes para o aprendizado e fazer sugestões para as próximas oficinas. Na oficina 3, houve também um momento em que os profissionais puderam sugerir novos projetos de extensão voltados para capacitação na área da saúde com base nas necessidades de cada território, observadas e discutidas ao longo das oficinas.

Tabela 1: Objetivos das oficinas realizadas com profissionais do NASF e ESF de uma cidade de médio porte de Minas Gerais, em 2022.

	Oficina 2	Oficina 3
Oficina 1 “Boas perguntas exigem boas respostas”	“Realidade sanitária dos territórios versus integralidade do cuidado em saúde”	Mudando o rumo da atuação em equipe para transformações mais duradouras”

<p>Debater sobre a rotina de trabalho e atuação dos preceptores na perspectiva dos profissionais de saúde;</p> <p>Caracterizar a figura do preceptor; sensibilizar sobre a importância da atuação do preceptor enquanto ator responsável pela formação dos futuros profissionais de saúde;</p> <p>Refletir sobre como o trabalho interprofissional pode transformar o cuidado à saúde do paciente/família/comunidade;</p> <p>Discutir sobre a integração dos profissionais de saúde para atuação em uma equipe interprofissional e transformação dos processos de trabalho.</p>	<p>Conhecer o território sanitário dos participantes;</p> <p>Caracterizar as competências comuns, específicas e colaborativas;</p> <p>Explorar as competências de cada categoria profissional;</p> <p>Sensibilizar sobre o cuidado integral à saúde diante da realidade sanitária.</p>	<p>Discorrer acerca da importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do trabalho em equipe interprofissional;</p> <p>Refletir sobre a integração entre os serviços de saúde, as universidades e a comunidade em prol do cuidado integral à saúde;</p> <p>Teorizar e explorar a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na atuação de uma equipe interprofissional;</p> <p>Discutir sobre a integração dos profissionais de saúde para atuação em uma equipe interprofissional e transformação dos processos de trabalho.</p>
---	--	---

O início da primeira oficina foi marcado por um momento de reflexão acerca da importância de se questionar e fazer perguntas, nas quais os participantes puderam refletir sobre o próprio processo de trabalho no âmbito pessoal e coletivo. Em um segundo momento, houve uma explicação com fundamentação teórica sobre a figura do preceptor, seu papel nos

serviços de saúde, suas competências e especificidades. O fechamento da oficina foi feito a partir de um caso clínico envolvendo a figura do preceptor, no qual os participantes puderam apontar as fragilidades e potencialidades observadas.

A segunda oficina teve como primeira etapa uma tempestade de ideias a fim de conhecer as fragilidades e dificuldades e as fortalezas e potencialidades de cada território sanitário representado pelos participantes, para que fossem capazes de entender como aprimorar o cuidado em saúde e ter como objetivo final a resolução dos problemas identificados. Foram apresentadas competências, em especial as colaborativas, que possibilitam uma atuação em equipe de forma interprofissional no cuidado em saúde, além de competências comuns e específicas dos profissionais de saúde, atrelado a outros conceitos importantes, formando a “CHAVE” da competência profissional, como mostra a Figura 1. Por fim, foi apresentado um caso clínico no qual os participantes puderam identificar e apontar as competências relacionadas.

Figura 1: CHAVE da competência profissional.



A terceira oficina teve como eixos temáticos “Equipe interprofissional”, “Educação Permanente em Saúde” e “Projeto Terapêutico Singular (PTS)”, na qual foram apresentados conceitos acerca da EPS e orientações para a construção de um PTS, além de ferramentas de abordagem familiar para o diagnóstico situacional, sendo elas o Genograma e o Ecomapa, destacando a importância desses conhecimentos para a integralidade do cuidado. A dinâmica da oficina constituiu a construção de um PTS por cada grupo de profissionais com base em um caso clínico apresentado, em que os participantes puderam colocar em prática o que foi

aprendido ao longo das oficinas. Ao final, os participantes receberam um *link* no qual puderam enviar três palavras que definiram a oficina, a fim de construir uma nuvem de palavras, como ilustra a Figura 2.

Figura 2: Nuvem de palavras da terceira oficina.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas permitiram que houvesse um momento de troca de experiências entre os profissionais de saúde de diferentes territórios e os estudantes, além de reflexões acerca do processo de trabalho individual e coletivo dos participantes, reforçando o conceito e a aplicação da EPS. A Educação Interprofissional (EIP) e a prática colaborativa maximizam as ações de saúde dos profissionais, favorecem seu desempenho quanto aos conhecimentos e habilidades desenvolvidas, e proporcionam atendimentos coordenados em situações cotidianas. Com relação à Atenção à Saúde, a prática colaborativa resulta na segurança e na satisfação dos pacientes quanto aos resultados em saúde, bem como no uso adequado dos recursos clínicos especializados. A EIP e a prática colaborativa não significam uma “cura”, porém, quando praticadas, desenvolvem a força de trabalho em saúde de maneira participativa, capaz de gerar respostas efetivas e assistenciais⁴.

O preceptor tem um papel fundamental para a formação dos estudantes dos cursos da área da saúde, sendo corresponsável pela formação destes, porém, apresentam necessidades educacionais na perspectiva da educação interprofissional e das práticas colaborativas para o trabalho interprofissional em saúde que muitas vezes não são compreendidas. Na residência, o trabalho de equipe viabiliza ações conjuntas em prol do paciente em uma relação de reciprocidade entre o trabalho e a interação. Para Peduzzi⁵, é importante que a comunicação

entre profissionais faça parte do exercício cotidiano do trabalho e permita articular inúmeras ações na equipe, no serviço e na rede de atenção. As instituições, os gestores e os serviços devem se comprometer com a eficácia da EIP em forma de um apoio organizacional que deve incluir: liderança na condução do processo, conhecimento, experiência com essa abordagem, e a formação de um corpo docente proativo que incentive os estudantes.

O papel da universidade foi discutido e reforçado como imprescindível no que tange a promoção da EPS e do trabalho interprofissional, já que constitui um elo entre o meio acadêmico e a comunidade, sendo capaz de influenciar positivamente e agregar nas ações individuais e coletivas relacionadas à promoção da saúde, autonomia do sujeito no seu processo de cuidado, fortalecimento das equipes de saúde e capacitação dos profissionais para aprimoramento dos serviços. Câmara et al.⁷ afirmam que a EIP necessita se estabelecer mediante o apoio institucional das universidades e se fortalecer com as políticas indutoras de formação para tornar possível uma ampliação do diálogo com todas as profissões da saúde, bem como manter uma efetiva articulação entre os gestores dos serviços em todos os níveis de governo, universidades, profissionais, órgãos reguladores das profissões, usuários e população, a fim de superar os modelos predominantes de educação e prática uniprofissional que não correspondem às reais necessidades de saúde da população⁶.

A EIP é uma necessidade que se constitui em um desafio na relação dos profissionais da saúde nos processos de formação, nos vínculos e na comunicação⁶. A qualificação das técnicas de trabalho e da compreensão da importância do trabalho interprofissional, feitas a partir da EPS, torna possível que os profissionais, em conjunto, sejam capazes de desenvolver propostas e condutas terapêuticas articuladas, direcionadas e centradas em um indivíduo, família ou coletivo, contando com os recursos integrados pela equipe e do conhecimento construído a partir da EPS, da multiprofissionalidade, da família e do próprio sujeito, em um processo de construção compartilhada do saber, que resulta em uma prática voltada para a integralidade e a autonomia do cuidado em saúde.

Após a realização das oficinas, os profissionais puderam avaliar a condução da atividade e a experiência como um todo, e, como resposta, obtivemos o relato de que a intervenção agregou conhecimentos, ampliou olhares diante das estratégias usadas pelos profissionais de saúde durante seu processo de trabalho, e contribuiu para a construção compartilhada do saber e para o aperfeiçoamento dos serviços prestados, dentre outros.

CONCLUSÃO

As ações desenvolvidas permitiram melhor entendimento dos profissionais de saúde quanto ao trabalho interprofissional, surgindo também a necessidade de outras intervenções de EPS que abordem aspectos da interprofissionalidade em saúde, fortalecendo o vínculo entre universidade, serviços públicos e comunidade para mudanças efetivas no ensino e nas práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Biscarde DGdS, Pereira-Santos M, Silva LB. **Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção entradas na realidade e repercussões no processo formativo.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2014;18:177-86.
2. Yamamoto TS, Machado MTC, Silva Junior AGd. **Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, rio de janeiro.** Trab educ saúde. 2015;13:617-38.
3. Peduzzi, Marina. **O SUS é interprofissional.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2016, v. 20, n. 56 [Acesssimplesado 14 Julho 2022], pp. 199-201. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>>.
4. Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa** [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [acesso 31 julho 2022].
5. Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev Saude Publica. 2001; 35(1):103-9. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016.
6. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. **La educación Interprofesional y la práctica compartida en programas de residencia multiprofesional de Salud.** Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl.1):1325-37.
7. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. **Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde.** Interface (Botucatu). 2016; 20(56):5-8. doi: 10.1590/1807-57622015.0700.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ADEQUAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA DE UM CURSO EAD AUTOINSTRUCIONAL

Lima, Erivaldo Santos de^{1*}

Anjos, TCC²;

Barros, MQPM²;

Sales, MLH¹

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

² Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU)

* erivaldolimah@gmail.com



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

O presente manuscrito tem por objetivo relatar a experiência de adequação didático-pedagógica de um curso EAD autoinstrucional. A experiência é resultante da integração ensino-serviço entre um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas. Tomou-se como base para o processo de adequação didático-pedagógica o modelo ADDIE que consiste em: 1) Análise; 2) Desenho 3) Desenvolvimento 4) Implementação e 5) Avaliação. A análise contextual do curso gerou um relatório técnico que foi apresentado às professoras autoras, discutido e posteriormente, as sugestões começaram a ser implementadas.

Palavras-chave: Ensino a Distância, Formação Profissional em Saúde, Educação Permanente.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista de política pública, a Constituição Federal de 1988, na seção que trata da saúde, trouxe a ideia de Educação Permanente em Saúde (EPS) ao País quando estabeleceu a ordenação da formação de pessoal para a saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS), em outras palavras, determinou que os serviços que compõem o SUS fossem cenários de aprendizagem para os estudantes da área da saúde, assim como, para as pessoas trabalhadoras destes, já que, a interação entre os serviços e as instituições beneficiaria ambos (1). Tais preceitos são reforçados pela Lei 8080/1990 (2).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) define a EPS como a aprendizagem no trabalho e para o trabalho, vistas à resolução de problemas cotidianos dos serviços, diante disso, resulta em melhoria das práticas de atenção-gestão e consequentemente da assistência à pessoa usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) (3).

Diversas são as estratégias metodológicas para facilitar a aprendizagem dos trabalhadores do SUS, ao pensar em EPS deve-se considerar primordialmente as metodologias ativas de ensino e visar a aprendizagem significativa, isto é, considerar os saberes prévios das pessoas envolvidas no processo e romper com uma educação centrada na figura de um(a) professor(a), abrindo espaço para uma aprendizagem colaborativa, dialógica e horizontal (3).

A Educação a Distância (EAD) pode ser uma ferramenta colaboradora dos processos de EPS, uma vez que agrega características facilitadoras da participação das pessoas trabalhadoras, um exemplo é a flexibilidade de horários e o rompimento de barreiras geográficas que permitem que as pessoas estudem nos horários e lugares que melhor se adequem as suas rotinas (4-6).

É a partir do entendimento da importância do fortalecimento da PNEPS nos territórios e do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nos processos de ensino-aprendizagem que o presente manuscrito tem por objetivo relatar a experiência de adequação didático-pedagógica de um curso EAD sobre a temática de EPS.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vistas ao registro, reflexão e socialização de uma atividade desenvolvida por meio da integração ensino-serviço representada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) de uma instituição pública de Alagoas e a Secretaria de Estado de Saúde (SESAU/AL).

O locus da vivência foi uma Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) no âmbito estadual. A vivência ocorreu entre os meses de março a julho de 2022 durante o segundo ano da residência (R2) - ano de atuação frente a ações de gestão em saúde.

No ano de 2021, alguns integrantes da CIES Estadual desenvolveram um curso EAD intitulado "Introdução à Educação Permanente em Saúde" ofertado pela Educ@Sesau - plataforma de cursos da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas instituída pela Portaria 1.642 de 2018. O curso foi projetado para atender a proposta autoinstrucional, ou seja, ofertado sem a mediação de tutores ao longo do percurso formativo, com a carga horária de 40h divididas em 4 módulos. Após a primeira oferta e a geração do relatório final do curso identificou-se a necessidade de realizar alguns ajustes, tal demanda foi apresentada ao Profissional de Saúde Residente lotado no setor - considerando suas inclinações pessoais e a sua formação na área de EAD.

Tomou-se como base para o processo de adequação didático-pedagógica o modelo ADDIE que consiste em: 1) Análise: 2) Desenho 3) Desenvolvimento 4) Implementação e 5) Avaliação (7). Salienta-se que o relato de experiência foca nas etapas 1, 2 e 3 do referido modelo.

O primeiro passo foi realizar um diagnóstico que subsidiou as proposições didático-pedagógicas, assim, realizou-se a leitura na íntegra dos documentos base do curso, a saber, plano de ensino e materiais-base, como textos, vídeos e atividades, além disso, verificou-se o design instrucional da plataforma Moodle. Em seguida, gerou-se um relatório técnico com os principais problemas identificados e a proposição das adequações pedagógicas (disponível na eduCAPES) (8). O material foi enviado para as professoras autoras tomarem ciência e uma reunião foi agendada para apresentação e discussão das sugestões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns apontamentos do relatório estão dispostos abaixo no Quadro 1.

Quadro 1 - Breve resumo do diagnóstico realizado no curso (8).

CONCEPÇÃO	O curso foi criado para atender a proposta autoinstrucional (sem mediação de tutores) e teve como público-alvo pessoas trabalhadoras do SUS de todo o Estado. Os objetivos de aprendizagem da oferta educacional mostraram-se insuficientes, já que apresentavam apenas um objetivo geral (salienta-se que cada módulo deve trazer o seu objetivo específico visando atender ao objetivo geral da oferta).
OBJETOS EDUCACIONAIS	Predominantemente textos (artigos, legislação e uma tese). Apresentava também dois vídeos não autorais como conteúdo principal de dois dos quatro módulos. Com exceção dos vídeos, nenhum dos objetos educacionais possuíam a característica de automediação didático-pedagógica (requisito de cursos autoinstrucionais), além disso, a quantidade de materiais (textos) e o tamanho deles era excessivo para a carga horária proposta. Um ponto positivo identificado foi a utilização de situações-caso em alguns módulos com o objetivo de disparar reflexões e estabelecer conexões com os materiais de leitura obrigatória.
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	Integralmente por meio de questionário com questões de múltipla escolha e sem feedback avaliativo.
DESIGN INSTRUCIONAL NO MOODLE	Textos introdutórios dos módulos longos, fontes pequenas e em um cor que se confundia com o plano de fundo da plataforma moodle, além disso, poucos recursos visuais (como banners introdutórios dos módulos e separadores de conteúdos - rótulos).

Percebeu-se que a estruturação do curso, em alguns pontos, ia de encontro aos preceitos da EPS considerando que se alinhava (mesmo que parcialmente) a um modelo tradicional de ensino, tal fato evidenciado pelo excesso de conteúdo e pouca valorização do protagonismo da pessoa cursista e do aprendizado colaborativo e por vezes, distante do cotidiano dos trabalhadores. Reforça-se que a EPS deve se pautar em metodologias ativas e problematizadoras, valorizando o diálogo e a horizontalidade de saberes entre os sujeitos (3).

Ainda nessa perspectiva, a oferta também destoava das características autoinstrucionais, pois os objetos educacionais não possuíam adequação pedagógica para a oferta educacional. Em outras palavras, um material base como um artigo ou um livro quando não são produzidos especificamente para um curso EAD autoinstrucional necessitam de adequação pedagógica para atender os objetivos educacionais propostos, isso é feito, por exemplo, com a criação de situações de aprendizagem que dialoguem com a prática profissional do cursista, criando destaques ao longo do texto do tipo “Saiba mais”, “Você sabia?” etc, transpondo o conteúdo para infográficos, esquemas, imagens, adequando a linguagem do texto para um formato dialógico e fornecendo feedbacks de aprendizagem ao longo das atividades (autocorreção ou padrões de resposta) (9).

A proposta instrucional da adequação didático-pedagógica está descrita no Quadro 2.

Quadro 2 - Proposta de adequação didático-pedagógica do curso “Introdução à Educação Permanente em Saúde” (8).

MÓDULO	PROPOSTA DE SOLUÇÕES EDUCACIONAIS	RECURSOS NO AVA/MOODLE	AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO
BOAS VINDAS	Vídeo de boas vindas das autoras do curso (ou uma autora representante)	Vídeo	–
Disponibilizar o plano de ensino/instrucional aos alunos na área GERAL Fórum de apresentação (interação aluno-aluno)			

MÓDULO 1

Sugestão de objetivo: Compreender o conceito de Educação Permanente e a sua importância enquanto política pública

- *Tema sugerido do Café com EPS* - Desafios para a consolidação da Política de EPS no Brasil

1 - A POLÍTICA DE EPS	E-book Café com EPS Materiais complementares - artigos/políticas	Entrega de atividade	Mapa mental: esquematizar/construir um mapa mental a partir da compreensão do conteúdo apresentado no módulo Pontuação da atividade: 25 pontos
-----------------------	--	----------------------	---

MÓDULO 2

Sugestão de objetivo: Diferenciar os conceitos de Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Saúde

- *Tema sugerido do Café com EPS* - Impactos das confusões conceituais na consolidação da Política de EPS

2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE, EDUCAÇÃO CONTINUADA OU	E-book ou vídeo Vídeo - Café com EPS	Entrega de atividade ou fórum do tipo P e R	Entrega de texto online: compartilhar uma experiência que caracterizou uma
---	---	---	--

EDUCAÇÃO SAÚDE?	EM	Materiais complementares - artigos		atividade de EPS. Ofertar padrão de resposta (autocorreção). Pontuação da atividade: 25 pontos
--------------------	----	---------------------------------------	--	--

MÓDULO 3

Sugestão de objetivo: Analisar como as políticas indutoras da formação em saúde favorecem(eram) a integração ensino-serviço e conseqüentemente a formação de trabalhadores(as) no e para o SUS

3 - AS POLÍTICAS INDUTORAS DA FORMAÇÃO SAÚDE	EM	Infográfico e vídeo Materiais complementares - artigos e vídeos	Entrega de atividade	Resolução da situação-caso com oferta de padrão de resposta (autocorreção) Pontuação da atividade: 25 pontos
---	----	---	-------------------------	--

MÓDULO 4

Sugestão de objetivo: Fomentar a compreensão e análise crítica e situada das relações entre EPS e Interprofissionalidade e suas contribuições no cuidado em saúde junto à pessoa usuária

4 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTERPROFISSIONALIDADE	Vídeo Materiais complementares - artigos	Questionário ou entrega de atividade	Resolução da situação-caso com oferta de padrão de resposta (autocorreção) Pontuação da atividade: 25 pontos
			<p>PONTUAÇÃO TOTAL: 100 pontos <i>(transformar em escala 0-10)</i></p> <p>Média para aprovação = 6.0 (60 pontos)</p>

A proposta acima reduziu significativamente a quantidade de materiais de leitura e diversificou os objetos educacionais (e-book, infográfico, vídeos) buscando alinhamento às diretrizes para a elaboração de cursos na modalidade EAD. No módulo 1, por exemplo, criou-se um e-book (em fase de diagramação) a partir das referências que eram recomendadas aos cursistas, além disso, buscou-se ampliar o referencial teórico para traçar uma breve linha do tempo sobre a origem da ideia de EPS no mundo e no Brasil. O objeto educacional do módulo 1 possui um total de 22 páginas, em conformidade com as diretrizes para cursos EAD que recomendam entre 2 a 3 páginas por cada hora aula (o módulo possui carga horária de 10h) (10).

Com o objetivo de promover maior dialogicidade e interatividade, os conteúdos obrigatórios dos módulos seguintes passariam a ser vídeos, além disso, pensou-se em um

momento de entrevista intitulado inicialmente de “Café com EPS” que após reunião com as autoras passou a se chamar “Minuto EPS”. Trata-se de uma breve discussão sobre o tema principal do módulo buscando trazer o conteúdo para a realidade das pessoas cursistas em uma conversa de até 15min. O referencial de elaboração de cursos recomenda até 16min para uma unidade de aprendizagem de 10h (10). Alguns dos materiais em texto (artigos) continuariam, porém, como leitura complementar.

Em relação a elaboração dos objetivos de aprendizagem dos módulos, levou-se em consideração a taxonomia de bloom que também direcionou para a escolha das atividades do curso - criação de mapa conceitual, fórum de discussão e resolução de situações-caso (9) (11). No que se refere ao design instrucional na plataforma moodle, criou-se banners para cada módulo e cada atividade com o objetivo de sinalização do conteúdo e redução da sensação de “cansaço visual”, além disso, as fontes dos textos foram aumentadas, atribuiu-se a cor preta a todas as fontes com destaques coloridos para palavras-chave e chamadas para ação, reduziu-se a quantidade de texto de apresentação de cada unidade de aprendizagem e todos os conteúdos foram separados por rótulos do tipo: documentos do curso, leitura obrigatória, material complementar, material obrigatório, minuto EPS, fórum e atividade.

Percebe-se na proposta acima elementos favorecedores da EPS, a citar: aprendizagem colaborativa por meio dos fóruns, atividades problematizadoras por intermédio de situações-caso, indissociabilidade entre os conteúdos teóricos e situações reais do cotidiano dos serviços de saúde, valorização dos saberes prévios dos estudantes e ampliação da aprendizagem para um formato dialógico indo de encontro ao modelo tradicional de ensino que tem como foco a figura do professor e a hierarquia entre quem ensina e quem aprende (3).

O desenho de cursos EAD autoinstrucionais desde a produção do conteúdo até a customização do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) esbarra em grandes desafios, são alguns exemplos o desconhecimento das especificidades dos cursos autoinstrucionais, a tentativa de reprodução do modelo tradicional do ensino presencial para a modalidade EAD, ausência de equipe pedagógica etc. A superação desses desafios fortalecem a educação mediada pelas TIC e amplia as possibilidades de EPS no contexto do SUS (12).

CONCLUSÃO

O relato acima é de uma experiência ainda em curso, embora as etapas 1, 2 e 3 do modelo ADDIE estejam concluídas, salienta-se que por mais que as etapas do ADDIE sejam sequenciais, constantemente surge o convite de visitar etapas anteriores, repensar processos, realizar testes e efetuar ajustes necessários. A flexibilidade deve permear todo o processo de criação e implementação de uma oferta educacional.

Dentre os principais desafios encontrados destacam-se a ausência de equipe pedagógica específica para a demanda educacional (gerência de projetos, designer instrucional, diagramador, revisores textuais, validadores técnicos de conteúdo dentre outros) e infraestrutura tecnológica insuficiente para a elaboração dos objetos educacionais alinhados a proposta autoinstrucional.

Agradecimentos

A Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES Estadual), em especial, as professoras autoras do curso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988[citado 2022 jul. 25]. online. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990** [Internet] Brasília, DF: **Presidência da República**; 1990[citado 2022 jul. 25]. online. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007** [Internet]. Brasília, DF: Gabinete do Ministro; 2007[citado 2022 jul. 25]. online. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

4. Campos KA, dos Santos FM. **A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. RSP [periódico da internet]. 2016 [citado 2022 jul. 25]; 67(4):603 - 626. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1055>.
5. Cezar DM, da Costa MR, Magalhães CR. **EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?**. Em Rede [periódico da internet]. 2017 [citado 2022 jul. 26];4(1):106-15. Disponível em: <https://www.aunirede.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/184>.
6. Brasil. Ministério da Educação. **Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [citado 2022 jul. 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9057.htm.
7. Oliveira JM, CSIK M, Marques, P. **Desenho de cursos: introdução ao modelo ADDIE**. Escola Nacional de Administração Pública [Internet]. 2015. [citado 2022 jul. 26]. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2288>.
8. Lima ES, Anjos TCC, Barros MQPM, Sales MLH. **PROPOSTA DE READEQUAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA DO CURSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - EAD AUTOINSTRUCIONAL**. Portal eduCAPES [Internet]. 2022 [citado 2022 jul. 27]. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/705442>.
9. Garcia PT, Chagas DC, Oliveira AEF. **Planejamento educacional para cursos autoinstrucionais na EAD: por que, para que e como fazer?** Universidade Federal do Maranhão [Internet]. 2021[citado 2022 jul. 27]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24368>.
10. Silva ARL, Diana JB, Spanhol FJ. **Diretrizes para Concepção de Cursos em EAD**. *Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância* [periódico da internet]. 2020 [citado 2022 jul. 25];19(1):1-17.
11. Ferrraz APCM, Belhot RV. **Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais**. *Gestão & produção* [periódico da internet]. 2020 [citado 2022 jul. 25]; 17(1): 421-431.
12. Feijó G, Silveira CAN, Fracon JF, Poças KC, Lima MG, Pinheiro RM. **Curso de especialização em saúde da família autoinstrucional da Universidade de Brasília**. In: *II Relato de experiências em tecnologias educacionais do Sistema UNA-SUS*. Ed. Universitária da UFPE [Internet]. 2015 [citado 2022 jul. 27]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24807>.

ESTRATÉGIAS DE BOAS PRÁTICAS DE IMUNIZAÇÃO EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Camila R Silveira^{1*};

Paulo R R Nogueira².

¹ Universidade Luterana do Brasil (ULBRA);

² Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC);

*Camilarocha_silveira@hotmail.com

RESUMO



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



Estimular os profissionais a adotarem as técnicas de manejo não farmacológico durante a vacinação e reforçar a segurança do paciente na sala de vacinas. Este estudo caracteriza-se por ser um relato de experiência sobre a implementação de um projeto em uma sala de vacinas de uma unidade de saúde na região metropolitana de Porto Alegre/RS, no contexto da Atenção Primária à Saúde. As práticas realizadas durante a vivência possibilitaram manter a equipe de saúde capacitada para atuar na sala de vacinas, além de reforçar a importância do manejo da dor não farmacológica e da ambiência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Vacinação, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Na atenção básica são ofertados diversos serviços à população que trabalham com promoção, prevenção e controle de fatores de risco, todos atuando conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com equidade, integralidade e universalidade¹

Entre os serviços ofertados temos a vacinação, adotada como um dos principais métodos de prevenção de doenças, capaz de combater e erradicar diversos agravos transmissíveis.¹ Como exemplo, temos a Varíola, erradicada em 1980 por conta da vacinação, sendo uma das maiores conquistas para a saúde pública no mundo.¹ Após a erradicação da Varíola, foi vista a possibilidade de controlar e erradicar outras doenças com as vacinas, e após esse movimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa Ampliado de Imunização (PAI) para expansão da humanização para outros agravos.²

Já no Brasil, foi originado o Programa Nacional de Imunização (PNI), que foi criado em 1973 e regulamentado em 1975, através da lei nº 6529 (Lei Nacional de Saúde), com objetivo principal de criar, implementar e organizar as ações de imunizações no Brasil.^{1,2} Além disso, um dos principais objetivos do PNI é garantir a vacinação para toda a população, principalmente as crianças, idosos, indígenas e gestantes.²

A vacinação é uma ação em saúde que beneficia principalmente as crianças, auxiliando o sistema imunológico a se proteger contra possíveis infecções.³ Devido a isso, o calendário nacional de imunizações possui 75% das vacinas voltadas às crianças, sendo até os 19 anos a aplicação de 15 vacinas diferentes, oferecidas em diversas doses e diferentes faixas etárias, salientando que até os 5 meses de idade a criança recebe 8 injeções intramusculares.³

A vacinação expõe as crianças a estímulos dolorosos, medo e ao estresse, que são obrigatórios no período da infância.³ Como resposta a dor, as crianças podem apresentar alteração do ritmo cardíaco, saturação do oxigênio e choro, podendo causar consequências para a vida, principalmente na infância, como ansiedade, sensação de medo antecipado, fobia, redução da atividade de intervenções analgésicas e não adesão ao calendário de vacinação.³ Para o sucesso da vacinação também são necessários que sejam realizados os cuidados técnicos de forma correta desde o transporte, armazenamento, administração dos imunobiológicos, higienização correta de mãos e que o ambiente da sala de vacinas esteja limpo e organizado.⁴ Devido a isso, os profissionais devem estar capacitados para atuar com as imunizações, estando

preparados para trabalhar desde o acolhimento da família até o momento da preparação e aplicação do imunobiológico.⁴

Considerando tal panorama, se observou a importância de estimular os profissionais a adotarem as técnicas de manejo não farmacológico durante a vacinação e reforçar a segurança do paciente na sala de vacinas, visando transformar a experiência da vacinação em uma prática positiva, com foco voltado para o público infantil.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser um relato de experiência descritivo sobre a implementação de estratégias de boas práticas de imunização em uma sala de vacinação em uma unidade de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde na região metropolitana de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul.

A referida vivência ocorreu em uma sala de vacinas de uma Clínica de Saúde da Família, ele foi organizado pela residente Multiprofissional em Saúde do núcleo de enfermagem do programa de Saúde Comunitária e pelo Gestor técnico da referida unidade. O projeto ocorreu entre os meses de março e julho do ano de 2022.

O projeto foi dividido em três etapas distintas: Ambiência da sala de vacinas; Capacitação da equipe de enfermagem sobre o acolhimento e manejo da dor não farmacológico dos usuários; e; Realização de um POP (Protocolo Operacional Padrão) para qualificar o atendimento e padronizar os procedimentos no processo de imunização.

Com relação aos aspectos éticos do trabalho, não há a necessidade da submissão do relato de experiência ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não foram divulgados os nomes de pessoas e das unidades envolvidas, mantendo-se o sigilo dos mesmos. Foram adotados os aspectos ético-legais durante todo o processo do projeto e da confecção deste relato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ambiência se constitui do meio físico e moral para a construção de um espaço acolhedor e saudável que está preparado para a realização das atividades humanas e de relações sociais.^{5,6} Além disso, permite o fortalecimento do vínculo e das conexões dos sujeitos, e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.^{6,7}

A arquitetura de um ambiente não é realizada apenas de formas físicas, cores e texturas, mas também de iluminação, valores, simbologias e sonoridade.⁵ As pessoas são capazes, por meio dos sentidos, de interagir e de criar relações com o ambiente físico e social em que se inserem.⁵ Além disso, quando nos referimos a ambiência e a arquitetura de uma sala de vacinas, devemos levar em conta uma estrutura mínima com boa iluminação, ventilação, sem luz solar direta, entre outros.⁷

As estratégias de ambiência e humanização fortalecem o vínculo entre os profissionais de saúde com o menor e a família.^{5,6} Esses aspectos podem contribuir para o bem-estar e o cuidado à criança, proporcionando efetivação do cuidado e qualificação do trabalho realizado.^{5,6} A prática da ambiência pode ser associada a práticas de humanização para tornar o processo menos traumatizante para as crianças.⁷

Devido a isso, a ambiência da sala de vacinas foi a primeira estratégia adotada, o local foi todo adequado com uma temática específica, de forma que ficasse mais lúdico e acolhedor ao público, mas também de forma a manter a segurança do paciente e dos profissionais que a frequentam. Além disso, para trabalharmos com a ambiência juntamente com o processo do manejo da dor não farmacológico e com o atendimento humanizado, a unidade aderiu a uma cadeira de amamentação na sala de vacinas, visando estimular a prática da mamalgesia.

A sala de vacinas da unidade de saúde em questão foi decorada se tornando a “Sala da Colmeia”, o ambiente foi decorado com abelhas, colméias, flores, entre outros, no material de EVA. Nenhum material de decoração ficou ao acesso das crianças e usuários, tampouco em cima dos mobiliários, visando manter a higiene e a segurança do paciente. O material não estraga com a limpeza terminal do ambiente. Além disso, foram disponibilizados scrubs para a equipe, sendo que cada profissional recebeu dois scrubs personalizados, com temática a escolha. Os scrubs mantêm a segurança e identificação dos profissionais na atuação da sala de vacina, e atuam com a ambiência do local.

Para dar continuidade ao projeto, os organizadores planejaram um momento de conversa e capacitação com a equipe de enfermagem da unidade de saúde, para isso, foi convidada uma enfermeira, para capacitar a equipe quanto ao manejo da dor não farmacológica. Após, a equipe foi capacitada quanto a criação e utilização do POP pelos próprios enfermeiros da unidade de saúde. O momento foi destinado para toda a equipe da unidade de saúde, incluindo agentes comunitários em saúde e médicos, além dos demais Residentes Multiprofissionais em Saúde do serviço.

A equipe de enfermagem foi capacitada quanto algumas outras práticas não farmacológicas para reduzir a dor no processo da vacinação, que são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como os profissionais de saúde utilizarem vocabulário neutro, por exemplo, utilizar “aplicar” ao invés de “vacinar” ou “injetar”; A pessoa mais próxima da criança estar junto da vacinação; e Criança maiores de 6 meses utilizar um brinquedo, música ou vídeo.^{3,8,9} Outras práticas recomendadas pela OMS são: não realizar a aspiração em vacinas intramusculares pois pode aumentar a dor, optar por tentar deixar a criança em alguma posição confortável e quando forem aplicadas várias vacinas de forma sequencial optar por aplicar primeiro a que causa menos dor para a mais dolorida.^{3,8,9} Para finalizar as capacitações, foram abordadas a mamalgesia, o método canguru e a atividade lúdica.

Uma das práticas abordadas na capacitação, visando reduzir o trauma na sala de vacinas é a Mamalgesia que tem como significado reduzir a dor e acalmar os bebês com a amamentação durante a vacinação.^{3,10} Caso não seja realizado durante o procedimento, pode ser realizado antes ou imediatamente após.^{3,10} A mamalgesia pode proporcionar uma posição confortável à criança, sensação de segurança, o contato pele a pele da mãe com o bebê e redução da ansiedade.¹⁰ Além disso, o leite materno possui agentes com propriedades analgésicas.^{3,10} O método canguru deve ser reforçado na prática da vacinação, com o contato pele a pele, promoção do aleitamento materno, envolvimento da família durante o procedimento e um olhar integral e individualizado para a criança, além disso, podem ser reforçados cuidados e a promoção à saúde da criança e da família.¹¹ A atividade lúdica também pode ser utilizada na preparação das crianças na sala de vacinas. O brincar auxilia a criança a se adaptar a novas situações, propiciando prazer e relaxamento, o que favorece em momentos de procedimentos dolorosos.¹² Em um estudo realizado no Brasil em 2015 evidenciou que a preparação das crianças com o brinquedo terapêutico na sala de vacinas apresentaram maior aceitação na realização do procedimento, se mostrando colaborativas, quietas e tranquilas.¹²

Quando é realizada a abordagem da sala de vacinas é imprescindível que sejam reforçadas as práticas de segurança do paciente. Em tal ambiente os usuários estão expostos a riscos, sendo necessário manter um local seguro e organizado. Entre os riscos, os principais são os erros de imunização e eventos adversos pós-vacinação (EAPV).^{4,14} Os erros de imunização são caracterizados pelo não cumprimento de normas estabelecidas, desde o preparo do imunobiológico, transporte, administração, armazenamento, entre outros.^{4,14} Esses erros podem ocasionar falhas no efeito esperado ou até mesmo causar eventos adversos graves.^{4,14}

Pensando em qualificar o atendimento e padronizar os procedimentos realizados na sala de vacina, foi criado um POP “Boas Práticas de Imunizações”, com base no preconizado pelo MS. O POP foi elaborado pelos autores do projeto, após foi enviado à instituição responsável pelas unidades de saúde do município e para a instituição responsável pelo programa de residência, no qual todos aprovaram a utilização do mesmo. Após a aprovação, o POP foi disponibilizado para todo o município.

Um estudo realizado em 2015 evidenciou que a falta de qualificação dos profissionais é o principal fator para o descumprimento das normas de segurança estabelecidas pelo MS. Devido a isso, é necessário que seja realizado um processo contínuo de educação permanente e de qualificação profissional. Os erros de imunizações e os EAPV podem trazer diversos riscos e prejuízos a população, sendo necessário buscar informações, identificar falhas e traçar estratégias para a qualificação do serviço e garantir a segurança do paciente.^{4,13,14}

CONCLUSÕES

As práticas realizadas durante a vivência possibilitaram manter a equipe de saúde capacitada para atuar na sala de vacinas, principalmente com intuito de reduzir os riscos de eventos adversos e erros de imunização, além de reforçar a importância do manejo da dor não farmacológica e da ambiência, visando em transformar a experiência da vacinação em uma prática positiva para as crianças.

Identifica-se que há uma escassez de estudos na área de segurança do paciente na sala de vacina. Espera-se assim, que este relato possa servir de base para que outras equipes de saúde possam realizar estratégias com intuito de garantir uma vacinação segura e a realizarem a educação permanente das equipes.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca, JM, et al. **O trabalho humanizado no setor de imunização: Relato de experiência. 2019.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 02, Vol. 04, pp. 05-13. ISSN: 2448-0959. [citado 2022 jun. 11]
2. Muniz, SV, et al. **Acolhimento do Usuário de Sala de Vacinas.** 2012. Centro Universitário La Salle. Unilasalle/Canoas. V. 1 n. [citado 2022 jun. 13]
3. Daré, MF. **Reatividade à dor de lactantes entre dois a cinco meses de idade que receberam sacarose.** 2017. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. [citado 2022 jun. 13]
4. Correa, TB. **Segurança do Paciente na Sala de Vacinação.** 2018. Universidade Federal do Triângulo Mineiro Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde - PPGAS. [citado 2022 jun. 17]
5. Bestetti, MLT. **Ambiência: espaço físico e comportamento.** 2014. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro; 17(3):601-610. [citado 2022 jun. 17]
6. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** 2013. 1ª edição. Brasil.
7. Prates, DO de, et al. **Acolhimento e Ambientação de Sala de Vacina da Perspectiva de Garantia dos Direitos da Criança.** 2012. XV SEREX. Seminário de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste. Goiânia. [citado 2022 jun. 18]
8. Who. **Report to SAGE on reducing pain and distress at the time of vaccination.** 2015. [citado 2022 jun. 19]
9. HELPinKids&Adults 2.0 (expanded and updated). **Clinical Practice Guideline for Reducing Pain during Vaccine Injections in Children and Adults.** [citado 2022 jun. 22]
10. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 39/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** 2021. Brasil. [citado 2022 jun. 22]
11. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru : manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica.** 2018. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasil. [citado 2022 jun. 22]
12. Pontes, JED, et al. **Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina.** Einstein. 2015;13(2):238-42. [citado 2022 jun. 22]
13. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação.** 2014. 3ª edição. Brasil. [citado 2022 jun. 22]
14. Marchon, SG, et al. **Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil.** 2015. Cad. Saúde Pública 31 (11). [citado 2022 jun. 22]

Sessões Temáticas Experiências em Educação Formação e Pesquisa em Saúde



A TECNOLOGIA PODE AUXILIAR O CUIDADO INTEGRAL DO IDOSO: CONSTRUINDO FERRAMENTAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ellen KN Santos^{1*};

Lidianne MBM Rocha¹;

Geraldo M Teixeira¹;

Lilian MS Silva-Lira¹;

Camila L Sarmiento²;

Laércio Pol-Fachin¹.

¹ Docente no Grupo de Estudo Transdisciplinar em Ensino e Formação para Gestão em Saúde. Centro Universitário Mário Pontes Jucá (UMJ, Maceió - AL, Brasil)

² Docente em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS, Feira de Santana - BA, Brasil)

* ellen.nobre@umj.edu.br

RESUMO

Este trabalho observou a Gerontotecnologia (Gerontecnologia) através da publicação de trabalhos científicos, a fim de sensibilizar os profissionais da saúde para a utilidade das ferramentas tecnológicas. Realizou-se busca por artigos publicados de 2010 a 2020 na PubMed, utilizando o descritor *gerontechnology*, resultando em 125 trabalhos. Houve o maior número de publicações em 2019, 21 publicações; e 16 publicações até 20 de junho de 2020. 37 trabalhos publicados em 2019 e 2020 foram avaliados, observando-se que a tecnologia pode auxiliar o cuidado integral do idoso e as ferramentas podem ser utilizadas pelos profissionais da saúde, pelos idosos, familiares e cuidadores.

Palavras-Chave: Gerontologia, Tecnologia, Cuidado Integral.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

A Gerontotecnologia ou Gerontecnologia é a tecnologia direcionada para qualidade do envelhecer (1). Em 2018, uma abordagem histórica da Gerontecnologia foi publicada, incluindo informações sobre a formação da *Sociedade Internacional de Gerontecnologia* em 1996 e o estabelecimento do periódico *Gerontechnology* como um marco para o desenvolvimento da área (2). O objetivo desta revisão foi observar a evolução da área ao longo dos anos através da publicação de trabalhos científicos, a fim de sensibilizar os profissionais da saúde para a utilidade clínica das ferramentas desenvolvidas na Gerontecnologia.

MÉTODO

Realizou-se uma busca por artigos publicados na base de dados *online* PubMed para observar a evolução das publicações científicas em Gerontecnologia, utilizando o descritor *gerontechnology*; e um gráfico foi gerado pelo próprio banco de dados. Para a revisão, foram avaliados, na íntegra, os trabalhos *open access* publicados em 2019 e 2020, verificando a aplicabilidade das tecnologias no cuidado integral do idoso.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A busca resultou em 125 trabalhos publicados em *free full text*. Houve o maior número de publicações sobre esse tema em 2019 - 21 publicações em *free full text*; e havia 16 publicações em *free full text* até 20 de junho de 2020. Para a presente revisão, foram avaliados os 37 trabalhos *open access* publicados em 2019 e 2020, destes, 11 foram incluídos por abordarem a aplicabilidade das tecnologias no cuidado integral do idoso. A Figura 1 apresenta a evolução ao longo dos anos de todas as publicações disponíveis na PubMed através do descritor *gerontechnology*.

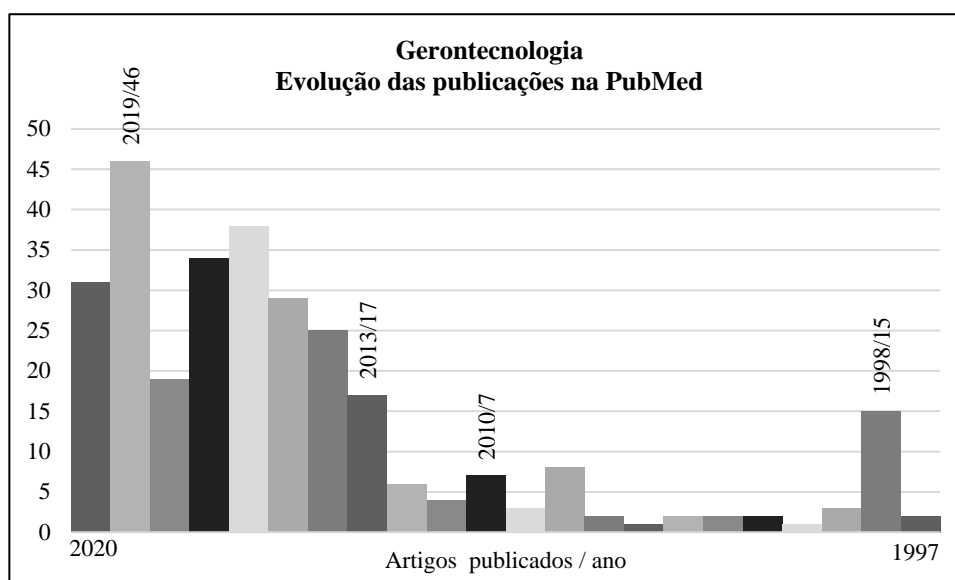


Figura 1. Evolução das publicações disponíveis na base de dados PubMed utilizando o descritor *gerontechnology*.

Embora a percepção dos idosos quanto à utilidade das tecnologias na qualidade de vida seja limitada, tais recursos podem ajudá-los a permanecer em casa com autonomia, mesmo com declínio funcional ou cognitivo. Tais recursos precisam ser adequados às necessidades individuais e aos idosos que não são “nativos digitais”. Dessa forma, as atividades da vida diária podem ser executadas com maior segurança, pois os dispositivos podem, por exemplo, detectar quedas e ajudar a localizar idosos desorientados. Os profissionais da saúde podem utilizar sistemas de comunicação e informação integrados para melhorar a colaboração, bem como as moradias podem ser equipadas com tecnologias para gerenciar cuidados complexos. Os idosos podem se beneficiar de sistemas de vigilância para garantir a segurança em casa e de equipamentos de alto desempenho para transferir pessoas com mobilidade reduzida (3-6).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) se esforça para ajudar e inspirar as cidades a se tornarem mais adequadas ao envelhecimento populacional, de forma que os residentes envelheçam ativamente dentro de suas famílias, bairros e sociedade civil. Ao longo das décadas, a tecnologia tornou-se essencial para as sociedades. No entanto, a tecnologia não é explicitamente considerada no modelo preconizado pela OMS, o qual precisa abarcar os campos da gerontologia, geografia urbana e desenvolvimento, ciência da computação e gerontecnologia (4).

De acordo com os artigos científicos avaliados, houve uma clara evolução na Gerontecnologia, passando pelo desenvolvimento de aplicativo para tablet a fim de treinar

habilidades prejudicadas pela esclerose múltipla (7,8) e de realidade virtual 3D para reabilitar funções perdidas em acidente vascular cerebral (9); culminando na busca por alternativas para a saúde do idoso no contexto pandêmico atual (10), visto que pessoas com mais de 60 anos são mais suscetíveis a contrair COVID-19 (11).

As medidas de contenção e o distanciamento social foram colocados por muitos países para atenuar a propagação da COVID-19. Tal conduta pode proteger os idosos da infecção, mas também pode induzir consequências negativas, incluindo isolamento social; e acesso limitado a serviços rotineiros de saúde, assistência social e gestão de autocuidado. Portanto, a Gerontecnologia pode desempenhar uma função importante em época de pandemia para que idosos possam enfrentar os desafios de manter a saúde integral e a autonomia mesmo em isolamento social (10).

Dispositivos portáteis, sensores e monitoramento remoto podem auxiliar cuidadores informais e formais, os quais podem ser alertados sobre mudanças no estado de saúde do idoso (atividade física, sono, ansiedade, nível de estresse e nutrição). Pode ser realizado um trabalho de intervenção personalizado *online*, incluindo mensagens com lembretes para realizar a higiene das mãos, tomar medicamentos, realizar exercícios físicos e agendar entrega de medicamentos. Através dos recursos tecnológicos, os profissionais de saúde podem ser conectados automaticamente ao idoso, cuidador e familiar (10).

É importante salientar que, semelhante ao envelhecimento, o uso de tecnologias por idosos é complexo, dinâmico e pessoal. Períodos de estabilidade e mudança ocorrem naturalmente. Novas ferramentas de análise podem ajudar a entender a estabilidade e a instabilidade do uso da tecnologia e a desenvolver e implementar soluções tecnológicas sustentáveis para o envelhecimento (12,13).

Aplicativos gratuitos podem ser utilizados para auxiliar os profissionais da saúde no cuidado integral do idoso, como o app Geriatria - Escalas Geriátricas, aplicativo desenvolvido por [Apex Startups](#) e oferecido por Aislan Lander. O aplicativo possui questionários para avaliação multidimensional do idoso pelo gerontólogo, utilizando as escalas de Katz, Lawton & Brody, Yesevage, *Mini Mental State* e *Mini Nutritional Assessment*. Disponível para Android em <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.wecando.geriatria> (requer Android 4.1 ou superior / tamanho 6,1M).

Outro app gratuito, o *AMI - Avaliação do Idoso*, foi produzido pelo Telessaúde RS – UFRGS. É um projeto da UFRGS e do Ministério da Saúde que tem como objetivo auxiliar

profissionais da saúde a melhorar a atenção primária oferecida para a população através do SUS. O app foi criado para auxílio ao cuidado da saúde do idoso e tomada de decisão de profissionais da saúde em relação a saúde geriátrica. Inclui MEEM, *Mini Mental*: exame do estado mental; teste de depressão geriátrica; tabela de leituras para testar a visão do idoso; teste de sobrecarga dos cuidadores; AMI: avaliação multidimensional do idoso reduzida; rastreamento: grau de evidência A e B; e dicas sobre tomada de decisão clínica. Disponível para Android em <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.sisqualis.AMI> (requer Android 4.1 ou superior / tamanho 5,4M).

É importante ressaltar que os aplicativos são ferramentas para triagem e não substituem o julgamento clínico do profissional da saúde.

CONCLUSÃO

A Gerontotecnologia pode, portanto, auxiliar o cuidado integral do idoso, tanto quando seus recursos são utilizados pelos profissionais da saúde para avaliar e reabilitar; como quando são usados pelos idosos, familiares e cuidadores para facilitar as atividades diárias. Como desafios identificados, aponta-se que os idosos precisam integrar as equipes para desenvolvimento das novas ferramentas a fim de facilitar sua adesão. Além disso, há a necessidade de se considerar que parte da população brasileira é excluída das novas tecnologias e do acesso à internet.

REFERÊNCIAS

1. Chiarelli TM. **Tecnologias e envelhecimento ativo**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2019.
2. Tinker A et al. **Twelve years of ISG masterclasses: past, present, and future**. *Gerontechnology*, 2018;17(4):232-237.
3. Haufe M et al. **Matching gerontechnologies to independent-living seniors' individual needs: development of the GTM tool**. *BMC Health Serv Res.*, 2019;19(1):26.
4. Marston HR et al. **Older adults' perceptions of ICT: main findings from the Technology In Later Life (TILL) study**. *Healthcare (Basel)*, 2019;7(3):86.
5. Seifert A et al. **Designing and using digital mental health interventions for older adults: being aware of digital inequality**. *Front Psychiatry*, 2019;10:568.

6. Verloo H et al. **Perceptions about technologies that help community-dwelling older adults remain at home: qualitative study.** J Med Internet Res., 2020;22(6):e17930.
7. van Beek JJW et al. **Tablet app based dexterity training in multiple sclerosis (TAD-MS): research protocol of a randomized controlled trial.** Front Neurol., 2019;10:61.
8. van Beek JJW et al. **Feasibility of a home-based tablet app for dexterity training in multiple sclerosis: usability study.** JMIR Mhealth Uhealth., 2020;8(6):e18204.
9. Knobel SEJ et al. **Immersive 3D virtual reality cancellation task for visual neglect assessment: a pilot study.** Front Hum Neurosci., 2020;14:180.
10. Chen K. **Use of Gerontechnology to assist older adults to cope with the COVID-19 pandemic.** J Am Med Dir Assoc., 2020;S1525-8610(20)30424-2.
11. Verity R et al. **Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: A model-based analysis.** Lancet Infect Dis., 2020;20:669e677.
12. Peek STM et al. **Understanding changes and stability in the long-term use of technologies by seniors who are aging in place: a dynamical framework.** BMC Geriatr., 2019;19(1):236.
13. Marston HR, van Hoof J. **"Who doesn't think about technology when designing urban environments for older people?" A case study approach to a proposed extension of the WHO's Age-Friendly Cities Model.** Int J Environ Res Public Health., 2019;16(19):3525.

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS NO PERÍODO DE 2017 A 2021 NO ESTADO DO CEARÁ

Maria C. P. Santos^{1*};

Talita N. Brasil¹;

Walber M. Linard¹

¹Centro Universitário Fametro - Unifametro

*claudiapaivace@hotmail.com



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



RESUMO

A intoxicação medicamentosa compreende sinais e sintomas desencadeados no contato com medicamentos em concentrações acima das doses terapêutica. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico de intoxicações por medicamento, 2017 a 2021, no Ceará. Estudo caracterizado como epidemiológico exploratório, de abordagem quantitativa, em que foram analisados dados secundários. Observamos prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 20-39 anos e a tentativa de suicídio como circunstância. Identificamos necessidade de ações de conscientização da população para o uso racional dos medicamentos e reavaliação do perfil das pessoas com alta prevalência de intoxicações.

Palavras-chave: Medicamentos, Toxicologia, intoxicação

INTRODUÇÃO

O conceito de toxicante envolve um aspecto quantitativo que significa que praticamente toda substância é perigosa em certas doses como também pode ser desprovida de perigo em doses muito baixas, e outro qualitativo que pode se considerar uma substância nociva para uma espécie ou linhagem específica como pode ser desprovida de perigo para outra espécie (1).

A toxicologia acompanha a história a humanidade, pois, desde a época mais remota, o homem possuía conhecimento sobre os efeitos tóxicos de venenos animais e de uma variedade de plantas tóxicas, se tornando uma das ciências mais antigas (HUBER, 2012).

A intoxicação medicamentosa é compreendida como uma serie de sinais e sintomas desencadeados, quando um medicamento é ingerido, inalado, injetado ou até mesmo quando entra em contato com os olhos, pele ou membranas de mucosas quando estão acima das doses terapêutica (2).

Os centros de toxicologia fazem parte de uma rede de informações tóxico-farmacológicas, que integram hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), notificam os casos de interação hospitalar e óbitos ao DATASUS (Departamento de informática do sistema único de saúde), que coletam as informações do atendimento, publicando anualmente sua produtividade (3).

Segundo GONÇALVES *et al.* (2017), entre os anos 1993 e 1996, no Brasil foram registrados 217.512 casos de intoxicações, sendo um total de 1483 óbitos. Além disso, somente no ano de 2007 foram confirmados 11.362 casos de intoxicações não intencionais em todo Brasil, com 39.878 casos em crianças e adolescentes de 0 a 14 anos (2).

O presente estudo apresenta como objetivo a análise do perfil epidemiológico de intoxicações por medicamentos no período de 2017 a 2021, no estado do Ceará.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/ MÉTODO

Este estudo está caracterizado como epidemiológico exploratório- descritivo, de abordagem quantitativa, em que serão analisados os dados secundários do registro de casos de intoxicações por medicamento. A fonte de dados do estudo foi as ocorrências registradas no estado do Ceará pelo DATASUS, esse sistema abrange os dados do Sistema de Informação

de Agravos de Notificação- SINAN, regulamentado desde 1998. As coletas de dados foram através de tabelas disponíveis no DATASUS, registrados nos anos de 2017 a 2021, no período de março a abril de 2022. As variáveis levantadas foram: faixa etária que vai de <1 até 80+, sexo feminino e masculino, circunstâncias das intoxicações como tentativa de suicídio, uso acidental, habitual, terapêutico, erro de administração, abuso, tentativas de aborto e homicídio, óbito. Os dados foram distribuídos em gráficos e tabelas, analisados para demonstrar o perfil de intoxicação ao longo dos anos. Foi feita uma análise descritiva das variáveis estudadas, relatando a frequência e porcentagem. O estudo não foi submetido a um Comitê de Ética por não envolver diretamente seres humanos, utilizando-se somente de dados secundários de domínio público disponibilizados em bases de dados governamentais. Porém, as demais normas da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados casos de intoxicações medicamentosas no estado do Ceará, entre os anos de 2017 e 2021, foi observado o aumento no número de casos no período de 2017 a 2019, porém houve uma diminuição no ano de 2021 com queda de 73,1% (437) em relação ao ano de 2019, até a data da coleta de dados.

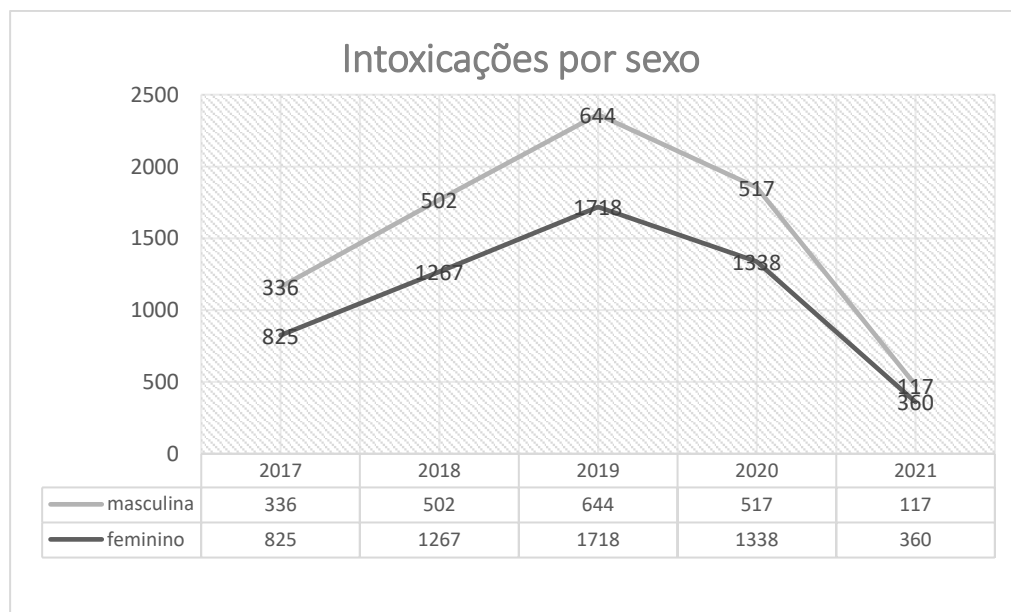
A faixa etária mais afetada foi 20-39 anos com 43,7% (3.331), estudos demonstraram que fatores como a vida profissional e a falta de realização, podem ser indicadores para que esta faixa tenha maior predominância nos registros de intoxicação, seguida pela faixa de 15-19 anos com 21% (1.601), essa faixa sofre com período de transição da adolescência para a vida adulta e com novas responsabilidades (4).

Além disso, as intoxicações na faixa etária acima de 60 anos do período estudado atingem 23% (242), do total de intoxicações. Intoxicações em idosos tem maiores preocupações, pois na sua grande maioria não são intencionais, o uso inapropriado e armazenamento inadequado do medicamento, podem ser resultado de demência e confusão (5).

Analisando o perfil das intoxicações em relação ao sexo no período estudado, o sexo feminino é o que apresenta maior percentual de envenenamento com 72,2% (5.228), o sexo masculino representa 27,8% (2.116) do total de casos (gráfico 1).

PEREIRA *et al*, (2021), em seu estudo abrangendo a região nordeste o sexo feminino é apontado com o que tem mais práticas incorretas com uso de medicamentos, como de forma recreativa, no uso de benzodiazepínicos, onde os casos de intoxicações foram os maiores (4).

Gráfico 01: Total de intoxicações medicamentosa por sexo no estado Ceará da era no período de 2017 a 2021.

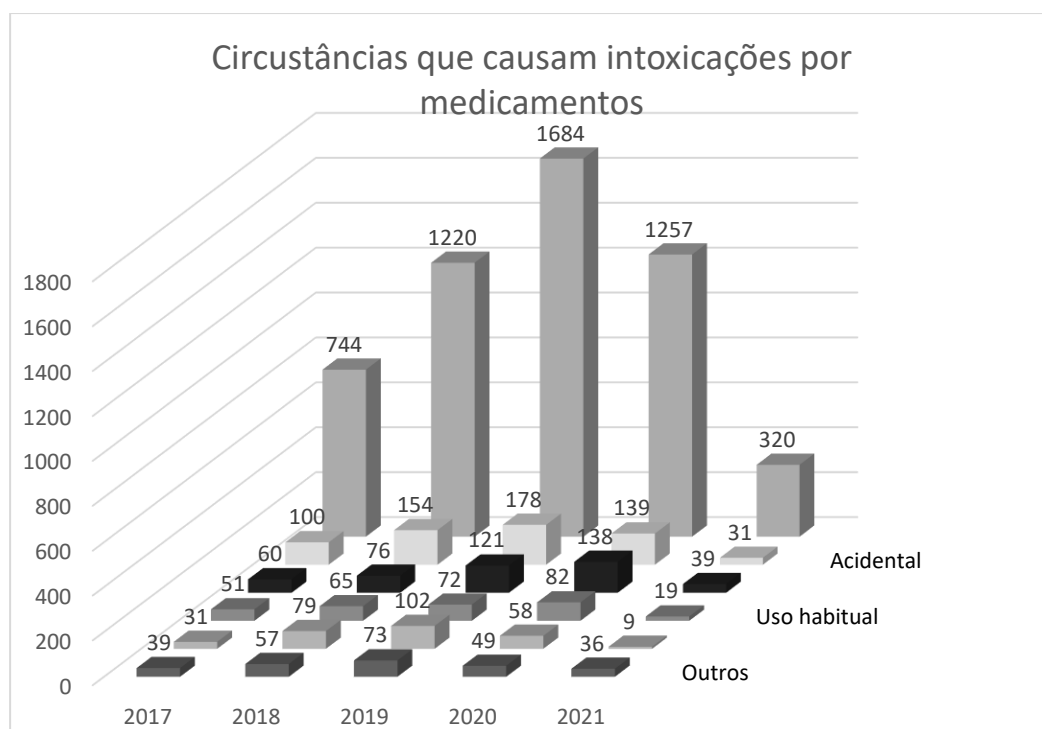


Fonte: DATASUS, SINAN-TABNET, 2022

Considerando as circunstâncias das intoxicações, identificamos: tentativa de suicídio, uso acidental, automedicação, uso habitual, uso terapêutico, erro na administração, abuso, tentativa de aborto e tentativa de homicídio (gráfico 2). O ano de 2019 apresentou os maiores números de casos em tentativa de suicídio, uso acidental, uso terapêutico, tentativa de homicídio, já automedicação e uso habitual tem seus maiores índices em 2020. Em 2018, apresenta alta em erros de administração. A tentativa de aborto apresenta resultados iguais em 2017 e 2019, o ano de 2021 demonstra uma queda circunstancial em todas as variáveis.

Os maiores números identificados foram de tentativa de suicídio, no ano de 2019, 23% (1684) do total de casos, em 2021 com 4,5% (320) casos. Tentativa de suicídio é definida como uma prática violenta contra si mesmo com desfecho conhecido pelo praticante. As notificações registradas pelo SINAN nos anos de 2015-2016 registraram 18.729 casos de tentativa de suicídio, mostram uma alta no número anual de casos de tentativa de suicídio, uma das principais causas de intoxicação medicamentosa (6).

Gráfico 02: Circunstâncias que causam intoxicações por medicamentos no estado do Ceará no período de 2017 a 2021.



Fonte: DATASUS, SINAN-TABNET, 2022

Os óbitos registrados são números reduzidos, se comparado ao número de pessoas curadas, só no ano de 2019 foram 2.048 (31%) pessoas curadas, já os óbitos somam apenas 0,3% (6) do total de casos do mesmo ano, em 2018 os óbitos registrados somam 13, havendo uma queda no número de óbitos a partir do ano 2019 até 2021 de 54% se comparado a 2018. Estudos relatam que os medicamentos são as principais causas de emergências toxicológicas, hospitalizações e óbitos em diferentes lugares no mundo, apesar de seu objetivo ser profilático e terapêutico, pode ser nocivo, e um possível causador de óbito (7).

Alertamos para o total preenchimento das notificações de intoxicações junto aos sistemas do Governo (DATASUS), no qual depende a qualidade de um bom estudo epidemiológico, pois com esses dados se torna eficazes estudos para tomar medidas de segurança junto as autoridades do estado do Ceará. Não foram encontrados dados que demonstrem porque no ano de 2019 houve altos índices de intoxicações medicamentosas.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo no período de 2017 a 2021, permitiu a identificação do perfil de intoxicações medicamentosas no Estado do Ceará. Foi observado que dentre as variáveis estudadas houve uma prevalência do sexo feminino, faixa etária mais afetada está entre 20-39 anos, dentre as circunstâncias demonstradas foi a tentativa de suicídio que apresentou dados mais alarmantes, com sua alta em todos os anos estudados, representando um grave problema de saúde pública.

Verificamos a necessidade de medidas efetivas no combate a ao uso incorreto dos medicamentos, com ações sociais para conscientizar a população para o uso racional dos medicamentos e orientação para os riscos apresentados por medicamentos devido seu abuso intencional ou não intencional, e uma reavaliação do perfil das pessoas com alta prevalência de intoxicações medicamentosas devido ao uso indiscriminado de medicamentos. Destacamos nas medidas preventivas a importância da figura farmacêutico, como profissional de saúde capacitado a instruir a população sobre o uso adequado dos medicamentos e suas reações adversas.

REFERÊNCIAS

1. HUBER, Charles Soares. **Toxicologia Ambiental**. Rio Grande do Sul: A Equipe de Produção de Material Didático da Universidade Aberta do Brasil do Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, 2012. 87 p.
2. GONÇALVES, Claudiana Aguilar; GONÇALVES, Cleide Avilar; SANTOS, Valdeir Areia dos; SARTURI, Leandro; TERRA JUNIOR, André Tomaz. **INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA: RELACIONADA AO USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 135-143, jan. 2017.
3. GRAFF, Sergio Emanuelle. **Centros de toxicologia como ferramenta pública: Contribuição ao Sistema de Toxicovigilância no Brasil**. 2004. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, Análises Clínicas Toxicológicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
4. PEREIRA, Maria Juliana Alves; PEREIRA, Ana Júlia Alves; OLIVEIRA, Dário Rodrigues de; NICÁCIO, Beatriz da Silva; SÁ, João Cláudio Leite de; COELHO, José Leonardo Gomes; CARNEIRO, Ângela Patrícia Linard; GADELHA, Maria do Socorro Vieira. **Perfil dos Casos Notificados de Intoxicação Exógena por Medicamentos no Estado do Ceará / Profile of notified cases of exogenous drug poisoning in the State of Ceará**. Id On Line Revista de Psicologia, [S.L.], v. 15, n. 54, p. 457-477, 28 fev. 2021.
5. KLEIN-SCHWARTZ, Wendy; ODERDA, Gary M. **Poisoning in the Elderly**. Drugs & Aging, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 67-89, jan. 1991. Springer Science and Business Media LLC.

6. SILVA ER, Álvares ACM. **Intoxicação medicamentosa relacionada à tentativa de autoextermínio.** Rev Inic Cient Ext. 2019; 2(2): 102-8.
7. MOTA, Daniel Marques; MELO, José Romério Rabelo; FREITAS, Daniel Roberto Coradi de; MACHADO, Márcio. **Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 61-70, jan. 2012.

ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RIO GRANDE/RS

Lisandra dos P. Pereira^{1*};

Elaine Thumé²;

Mabel M. S. Salas³

1 PROFSaúde UFPel, Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, RS

2 PROFSaúde UFPel, Universidade Federal de Pelotas.

3 PROFSaúde UFPel, Universidade Federal de Juiz de Fora.

*lisandra.passos@gmail.com

RESUMO

O estudo visou compreender a situação da atenção domiciliar odontológica das Unidades de Saúde da Família de Rio Grande/RS. Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas em profundidade com os dentistas inseridos na Saúde da Família, que aconteceram de forma virtual. Foi utilizada a análise do conteúdo categorial temática de Bardin, da qual emergiram quatro categorias sobre a atenção domiciliar odontológica: Compreensão e perspectiva dos dentistas; Ações identificadas como importantes; Fatores que influenciam o desempenho e Sugestões de melhorias. Os achados mostram a existência de dificuldades em alcançar o cenário ideal no contexto da atenção domiciliar odontológica.

Palavras Chaves: Atenção Domiciliar, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde e sua abrangência e qualidade podem ser avaliadas pela efetivação dos seus atributos.^{1,2} A APS tem como modelo preferencial de organização do serviço a Estratégia de Saúde da Família³(ESF), onde a prática da AD é preconizada, pois favorece a maior presença dos atributos, principalmente, do acesso e da longitudinalidade.⁴ A AD é considerada uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar).⁵

Estudos que avaliaram as condições de saúde bucal de pessoas acamadas, evidenciaram higiene bucal insatisfatória e grande necessidade de tratamento, principalmente por doença periodontal.^{6,7,8} Porém a literatura demonstra que as visitas domiciliares ainda não fazem parte da agenda programática da maioria dos cirurgiões dentistas(CD), deixando os usuários, que não possuem condições, físicas ou mentais, sem acesso a atenção e cuidado adequado^{8,9}.

O presente estudo visa analisar a situação da AD odontológica das Estratégias de Saúde da Família (ESF) em Rio Grande, RS.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa qualitativa com base nos serviços de atenção primária à saúde com implantação da ESF do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, com equipes de saúde bucal. Foram elegíveis os CD concursados que iniciaram a trabalhar nas equipes da ESF antes da pandemia Covid-19. Estavam em atividade no momento da coleta de dados um total de 17 CD e destes 12 participaram da pesquisa, os demais não atenderam aos critérios de inclusão.

Como desenho metodológico foi utilizado a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade com roteiro guia (Tabela 1) como técnica de construção dos dados.¹⁰Tal roteiro sofreu algumas modificações após a aplicação de pré-testes, que consistiram em entrevistas preliminares com uma população alvo similar. A coleta de dados ocorreu por meio de encontros virtuais, via Google Meet, entre abril e maio de 2022, os quais foram agendados conforme a disponibilidade dos participantes e foram identificados por números.

Tabela 1. Roteiro guia para entrevista

Questões usadas no Roteiro guia para entrevista

- 1) Conte sobre sua formação até os dias de hoje.
 - 2) Fale sobre o que você entende por atenção domiciliar na ESF.
 - 3) Você teve na graduação experiência teórica e/ou prática em atenção domiciliar no serviço público? Gostaria de falar sobre a experiência.
 - 4) Fale sobre seu trabalho (número de usuários que a eSB é responsável, participam de educação permanente, como é a relação com a equipe, quais as atividades desempenhadas, acredita que ainda permanece o trabalho da odonto centrado em procedimentos?
 - 5) Você conhece os usuários que necessitam AD do seu território? Como são identificadas as demandas de VD? Antes e durante a pandemia
 - 6) Fale sobre atenção domiciliar da odonto (planejamento, objetivos, classificação de risco/ frequência, avaliação). Como você acompanha os usuários que necessitam de atenção domiciliar?
 - 7) Utiliza algum instrumento para registrar as condutas e os retornos necessários?
 - 8) Você considera que um modelo para registro das VD, evolução do tratamento e acompanhamento dos usuários ajudariam a organizar os atendimentos domiciliares? De que forma ajudaria?
 - 9) Quais as limitações existem para a realização da atenção domiciliar odontológica ser mais rotineira?
 - 10) Me fale sobre os instrumentos e materiais que estão disponíveis para realizar atendimento domiciliar?
 - 11) Quais procedimentos você considera que podem ser realizados no domicílio? Existe algum item que poderia auxiliar na qualidade do atendimento?
 - 12) Comente alguma VD que tenha lhe impactado/marcado?
 - 13) Quais os fatores que facilitam seu trabalho na AD?
 - 14) Quais fatores que dificultam seu trabalho na AD?
 - 15) Gostaria de acrescentar algo sobre o que acabamos de conversar?
-

As 12 entrevistas realizadas totalizaram 6 horas, 57 minutos e 36 segundos de gravação, as quais foram transcritas de forma literal, sendo digitadas em arquivo no Word. Posteriormente, os dados foram organizados em planilhas no Excel para análise integral.

Os dados foram analisados mediante a proposta de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, a qual consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A escolha desse tipo de análise se baseou no fato de a mesma possuir uma metodologia objetiva e sistemática para o estudo de dados qualitativos, a qual engloba três fases: 1) pré-análise, durante a qual foi feita a leitura geral das entrevistas transcritas, intercalando com a leitura e observação do vídeo gravado. O material foi preparado e dividido em 15 blocos com 12 respostas cada sendo os objetivos analisados e eleitos aqueles mais representativos; 2) exploração do material, durante a qual foi feita a codificação das entrevistas a partir do recorte dos segmentos de texto em unidades de registro e classificação das informações em categorias temáticas; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹¹.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), registrado com o número 53624621.0.0000.5317 em 2021 e respeitou os aspectos contidos nas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, bem como e as orientações para procedimentos em pesquisa em ambiente virtual (Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Os participantes assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma ficou com o participante e outra com o pesquisador. Com a finalidade de garantir o anonimato, os participantes foram identificados por números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 12 dentistas, dos quais 08 eram mulheres, apresentaram idades entre 36 e 44 anos, tempo de formação entre 7 e 22 anos, todos graduados em universidade pública, a maioria com pós-graduação em saúde pública ou saúde da família e desenvolvem atividades na ESF entre 4 e 12 anos.

Após a análise do material emergiram quatro categorias.

(1) COMPREENSÃO SOBRE AD NA PERSPECTIVA DOS CD.

Ficou evidente diante das falas um conflito sobre o que realmente significa atenção domiciliar, visto que muitas vezes o atendimento domiciliar foi citado como termo equivalente. Diante de uma visão mais curativista, a atenção domiciliar é associada a uma intervenção com procedimentos (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados da análise de cada categoria ou tema chave.

CATEGORIAS OU TEMAS CHAVES

Compreensão sobre a atenção domiciliar na perspectiva dos cirurgiões dentistas

Visão do Dentista *“Acho que nos complica um pouco por causa do tipo de trabalho. A gente fica bem limitado a dar orientações só, de higiene e tal e a respeito da dieta, mas acho que funciona mais a questão domiciliar para outras áreas do que propriamente da nossa área odontológica”.* (D11)

“Eu entendo que atenção domiciliar seja todo cuidado que os profissionais de saúde da família têm com as pessoas que não tem condições de comparecer na unidade”. (D5)

“Fazíamos bastante visita domiciliar para promoção de saúde, depois foi se perdendo”. (D3)

“A política ela está escrita, a política nacional de saúde bucal e a política nacional de atenção básica estão inseridas uma na outra. Estão escritas de forma que a gente tem que fazer esse cuidado. Agora, cabe aos profissionais serem sensíveis a esse processo. Assim como cabe também a sensibilização dos gestores e das instituições de ensino começarem a formar, começarem a discutir esse tema”. (D4)

Usuários que
devem receber a
atenção domiciliar

Paciente acamado ou com dificuldade de locomoção/acesso

... “É voltada, principalmente, para aquelas pessoas que não tem acesso na forma usual do serviço, por problemas de locomoção ou questões de saúde que inviabiliza a vinda a unidade básica de saúde”. (D2)

Pós alta hospitalar

“O paciente de UTI precisa de dentista, principalmente depois quando está tratando sequelas...”. (D12)

Cuidados paliativos

Pessoa com deficiência/ Sequela de AVC

“O paciente que sai da rede de atenção à saúde ou der alta do hospital. Questões de saúde, que podem envolver “n” problemas, como cuidados paliativos, paciente acamado, paciente com sequela de AVC, paciente portador de necessidades especiais, entre outros”. (D4)

Paciente em tratamento oncológico

Idoso que perdeu o autocuidado

“...idoso que perdeu o seu autocuidado, que vai precisar de um cuidador”. (D4)

Como e quando
fazer?

Diagnóstico situacional dos pacientes que necessitam AD

Se fazia muito o levantamento de acamados, domiciliados, portadores de necessidades especiais[...]”. (D4)

Acompanhamento

“Não tenho feito um acompanhamento, mas até poderia ser feito. Até tinha, há uns bons anos atrás. A enfermagem fazia uma classificação de risco dos acamados, aí eles me passavam, mas agora faz um bom tempo que não temos feito”. (D6)

Demanda solicitada

As demandas são identificadas quando um familiar solicita ou através do agente comunitário de saúde ou outro profissional que percebe a necessidade”. (D7)

Ações identificadas pelos cirurgiões dentistas como importantes na atenção domiciliar

Avaliação da
condição sistêmica
do paciente:

“Acho que é possível fazer avaliação clínica com segurança”. (D1)
“A maioria dos pacientes acamados são comprometidos, tem uma série de restrições”.(D2)

Avaliação da ambiência do domicílio e contexto de vida do usuário da *“Tudo depende muito também da condição da residência, da iluminação, de onde o paciente está, da acomodação do paciente. Se teria como deixar sentado”*. (D5)

Ações de educação, promoção e prevenção em saúde. *“...orientação de higiene, inclusive escovação para o paciente entender como deve ser feito”*. (D12)

Ações curativas no domicílio *“Acho que extrações podem ser feitas, aquelas que o dente tem problema periodontal, que o dente está incomodando porque está frouxo. Nada muito complicado, nada”*. (D10)

“Acho que uma raspagem, uma extração bem simples, no caso”. (D11)

- Conhecer a realidade do paciente que não modifica hábitos

“Às vezes não adianta nada tu ir e fazer uma escovação, mas tu estás vendo que toda vez ele retorna com aquele nível de placa elevado. Bom, então acho que vou ter que começar a trabalhar uma abordagem diferente, essa família preciso ir na casa, porque eu não vejo a família. Ela tem condições vir a UBS? Tem, mas não está resolvendo. Então é uma família que eu deveria ir no domicílio também”. (D4)

- Prevenir alterações na mucosa bucal do paciente oncológico

“...lesões na boca e tu tens que fazer uma abordagem com ele. Ele já é imunodeprimido, não pode ter infecções secundárias”. (D4)

- Alívio dos sintomas decorrente da Hipossalivação/xerostomia

“Fluxo salivar diminuído, o que ele pode fazer para melhorar esse fluxo salivar”. (D4)

- Reestabelecer saúde bucal do paciente após alta de internação

“Um paciente que volta da UTI Covid, podes ter certeza que ele tem uma demanda odontológica que está sendo negligenciada”. (D12)

- Processo agudo em paciente acamado/ domiciliado

“Paciente que está com abscesso agudo em domicílio. Ir lá, levar uma medicação, tratar”. (D4)

- Observar questões sociais consolidando um cuidado integral

Outras abordagens no domicílio *“Tem todo esse contexto social. Então às vezes tu vai para ver uma questão de saúde bucal e tu já aciona uma assistente social. Ela, por exemplo, estava sem benefício. Nós conseguimos o benefício para ela, o BPC”.* (D4)

- Busca ativa

“Eu ia na casa mais orientar e tentar trazer para o consultório. Fazia mais uma busca ativa, eles conseguiam fazer o deslocamento até a unidade”. (D8)

É notório uma visão mais ampliada quando o cuidado integral é englobado na AD. Porém, mesmo reconhecendo essa dimensão, percebe-se que o CD não consegue desempenhar esse cuidado como gostaria. Logo, o conhecimento sobre a atribuição existe, havendo necessidade de mais discussão sobre AD odontológica para que possa ser melhor vivenciada.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam que as ações de saúde bucal podem ser ampliadas através de organização de visitas da equipe de saúde bucal¹². Ademais, a atenção em saúde bucal no domicílio também é vista como atribuição específica do CD na Política Nacional de Atenção Básica, 2017, de acordo com o planejamento da equipe e em conformidade com protocolos estabelecidos¹³.

Os participantes perceberam que a AD deve ser ofertada aos usuários que não acessam a unidade de saúde, como consta no relato do CD 2. Os usuários que se enquadram como acamados ou com dificuldade de locomoção e requerem a AD odontológica incluem idosos dependentes ou semidependentes; pessoas vítimas de violência urbana e acidentes; pacientes com diagnóstico de câncer bucal ou de cabeça e pescoço; pessoas com deficiência mental congênita ou adquirida, como pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral, com deficiência física,¹⁴ usuários com comorbidades após alta hospitalar e aqueles com vulnerabilidade social¹⁵. A AD ainda que comumente indicada por critérios de impossibilidade temporária ou definitiva de comparecimento a um serviço de saúde, não deve ser baseada somente nesse viés¹⁵.

(2) AÇÕES IDENTIFICADAS PELOS CD COMO IMPORTANTES NA AD.

Os CD identificaram como ações importantes da AD a avaliação da condição sistêmica do paciente, a avaliação da ambiência do domicílio e contexto de vida do usuário, e realização de ações de educação, promoção e prevenção em saúde (Tabela 2).

Os participantes perceberam que tais ações são importantes e passíveis de serem desenvolvidas no domicílio, as quais incluem a orientação ao paciente e/ou ao cuidador sobre higiene bucal e limpeza das próteses, quando necessário. O reconhecimento domiciliar é parte integrante do cuidado domiciliar e deve ter como objetivo identificar fatores que estejam dificultando tal cuidado.¹⁵ O dentista apresenta papel fundamental na visita domiciliar ao desenvolver atividades de promoção em saúde, motivando o paciente e cuidador, e de prevenção, orientando higiene bucal e cuidados com a prótese.^{14,16,17}

A maioria dos CD acreditam que ações curativas simples podem ser realizadas no domicílio aos pacientes que não há possibilidade de atendimento na unidade, porém deve sempre ser considerada a avaliação sistêmica do paciente e condições da residência. Os procedimentos mais citados foram a exodontia de dentes com doença periodontal avançada e a raspagem supra gengival.

(3) FATORES QUE INFLUENCIAM O DESEMPENHO DA ATENÇÃO DOMICILIAR ODONTOLÓGICA

Para os CD, a grande demanda faz com que a atenção odontológica seja mais voltada aos procedimentos curativos no consultório, sendo também atribuído a gestão essa visão “procedimento centrada”, a qual avalia o trabalho odontológico por números de atendimentos (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados da análise de cada categoria ou tema chave.

CATEGORIAS OU TEMAS CHAVES

Fatores que influenciam o desempenho da atenção domiciliar odontológica

Trabalho restrito a atendimentos *“Acho que seria a demanda mesmo, ficamos muito sobrecarregados, muita coisa para fazer no posto. A gente mesmo não consegue sair. Não consigo parar, porque aí chega um, chega outro, né? Chega em qualquer horário”. (D7)*

“O dentista só precisa atender dentro do consultório e isso é trabalhar e o resto é não trabalhar”. (D12)

Problemas de comunicação com a equipe de *“Não se tem o hábito de quando o familiar vem na unidade, de falar com a equipe de saúde bucal e dizer: Olha, entrou um paciente que agora está acamado, está restrito ao leito. A equipe de saúde bucal não fala: Se tiver um paciente restrito ao leito, vamos discutir porque eu também tenho que participar desse processo de cuidado, também tenho que ir nessa visita. A equipe, às vezes, esquece de te chamar. Eles se esquecem”*. (D4) ...

“Falta a equipe enxergar mais a necessidade de chamar o dentista. A maioria sabe da importância, mas com o passar dos anos foram parando de solicitar”. (D6)

Protocolo de atenção domiciliar odontológica de *“Falta de organização, de um protocolo, de estabelecer uma rotina. Não é muito visto como uma necessidade. Ah, está acamado, vamos criar um protocolo, assim: Visita domiciliar do agente comunitário de saúde, já vai a enfermeira, depois médico e odonto. Nós não temos isso, mas deveria”*. (D9)

Falta de consultório portátil de *“Falta de um equipo móvel para atendimento domiciliar. Eu não faço procedimentos nas visitas, mas se tivesse mais estrutura, como equipamento portátil para atendimento, poderia fazer”*. (D2)

Sugestões de melhorias na estrutura e processo de trabalho

Planilha de acompanhamento no prontuário odontológico do sistema de *“Ter o registro com as visitas domiciliares e o tratamento ajudaria a ter um diagnóstico da população e iria facilitar o acompanhamento. Acho que poderia ter no próprio sistema uma parte mais voltada para atenção domiciliar odontológica”*. (D2)

Protocolo de atenção domiciliar odontológica de *“Acho que poderia se criar um protocolo de verificação. Se tu criares um hábito, assim: Nós temos visitas domiciliares, vais visitar um paciente por uma necessidade qualquer, a gente já combina de ir a odonto junto. Aí a gente já verifica e já faz o exame. Se a pessoa não precisar de nada, tudo bem. Porque às vezes a necessidade da visita domiciliar não é vista, mas quando o dentista vai até a casa e verifica a situação, ele descobre muitas vezes problemas e aí cria-se a demanda”*. (D9)

Educação permanente	<i>“Acho que é nosso papel, como dentista, mostrar a importância do nosso trabalho. Fazer essa capacitação permanente junto com os profissionais para que nos enxerguem mais como parte integrante desse cuidado”. (D4)</i>
Qualificação profissional	<i>“Acho que o Brasil não está avançado ainda nessa parte da sedação, uso do gás de óxido nitroso [...]. Acho que seria um grande avanço para nós conseguirmos trabalhar com esses pacientes com maior dificuldade”. (D4)</i>
Consultório portátil:	<i>“Se tivesse um x de equipos odontológicos portáteis que o dentista pudesse agendar o uso e utilizar no município seria bem interessante para alguns procedimentos odontológicos em domicílio”. (D4)</i>

Confirmando as narrativas, Bizerril (2016)¹⁴ aponta como dificuldade para a atenção domiciliar odontológica a priorização da assistência à saúde pela gestão municipal. A alta carga de doenças bucais na população torna o trabalho do CD mais focado nos procedimentos clínicos⁸ deixando tempo limitado para o planejamento e frequência da atenção domiciliar.¹⁸ A saúde bucal obteve muitos avanços, mas o modelo biomédico ainda é reproduzido, com enfoque curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe⁹.

A falta de comunicação entre o CD e a equipe sobre a AD também surgiu como um desafio, o qual é evidenciado na literatura^{14,16}. Para Peduzzi (2018)¹⁹ a interação e comunicação entre os membros da equipe é condição sine qua non para o trabalho em equipe e colaborativo. Nesse sentido, outro estudo corrobora com esse achado e acrescenta que as dificuldades no compartilhamento do cuidado na AD ainda persistem, em parte, devido aos problemas na comunicação, sendo que essa limitação pode ser amenizada com a ampliação das habilidades e conhecimentos específicos para o cuidado no domicílio.²⁰ Assim, a educação permanente passa a ser fundamental no processo de mudança do modelo tecnicista e excludente, incluindo no processo de trabalho do CD ações em diferentes espaços do território e em equipe¹⁶.

O fato de não ter uma organização estabelecida sobre a atenção domiciliar odontológica, sem protocolo e planilhas no prontuário eletrônico, repercutiu de maneira importante, sendo salientado a imprescindibilidade de haver a elaboração de um guia que oriente as equipes. Nessa direção, as ações no domicílio podem ser fortalecidas quando as

equipes utilizam um instrumento para o planejamento, acompanhamento e avaliação da visita domiciliar.²¹ Alguns estudos evidenciaram a necessidade de sistematização da visita domiciliar por parte do CD para a qualificação da AD e redução dos agravos bucais dos usuários que não acessam a unidade de saúde^{22,23,9}. Desse modo, a visita domiciliar não será uma prática isolada e fragmentada no processo de trabalho do CD.⁹ Outro fator que dificulta a visita domiciliar do CD é a ausência de equipamentos portáteis para realização de atendimento no domicílio, sendo evidenciado nas narrativas e na literatura como uma condição que deve ser superada para a melhora da saúde bucal e geral do acamado⁸.

(4) SUGESTÕES DE MELHORIAS NA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO

Os CD sugeriram que o programa privado utilizado no município, fosse reformulado a fim de conter um espaço para registro da visita domiciliar odontológica. Para tanto, foi consenso que tais informações deveriam ser acrescentadas: conseguir visualizar o motivo da necessidade de atenção domiciliar, o plano de tratamento proposto, a evolução de cada visita e a data estimada para retorno (Tabela 3).

Assim, é fundamental ter a consciência dos objetivos da visita para que a mesma seja eficiente, sendo igualmente importante o registro, a avaliação e o monitoramento, propiciando uma análise periódica da condição de saúde do usuário visitado.²¹ Também, a criação de um protocolo ou roteiro em atenção domiciliar odontológica foi a sugestão mais constatada nas narrativas. Assim, os protocolos de AD e os instrumentos de priorização da VD, indicam potenciais caminhos que direcionam as equipes de saúde bucal às residências dos usuários que possuem dificuldades em acessar a unidade.^{9,22,23,24} A aquisição de um ou dois equipamentos portáteis permitiria ter uma estrutura adequada, o que para Donabedian (1997)²⁵ torna o alcance dos processos assistenciais e, conseqüentemente, dos resultados em saúde satisfatórios mais viáveis.

CONCLUSÃO

A situação da atenção domiciliar odontológica apresenta desafios que incluem dificuldade de entendimento da importância da atenção domiciliar, assim como a existência de limitantes estruturais e de processos de trabalho que não facilitam a efetivação das visitas domiciliares por parte dos CD. Evidenciam-se também problemas na organização do processo

de trabalho do CD caracterizada pela sobrecarga no trabalho assistencial e falta de ações de qualificação profissional, as quais não facilitam a integração e o trabalho em equipe. Torna-se necessário que a odontologia supere os principais desafios e se insira no contexto domiciliar, de modo a facilitar o acesso e a longitudinalidade do cuidado a pacientes restritos ao lar.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EVD. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB.** Saúde em Debate. 2018; 42:52-66.
3. Santos DDS, Mishima, SM, Merhy EE (2018). **Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção.** Ciência & saúde coletiva. 2018; 23:861-870.
4. Chomotas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):294-303.
5. Grossi, JB. **A análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte a partir de casos traçadores.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte. 2016.
6. Medeiros JBG, Filho HMW, Souza LSB, Santos LM, Lucena EES. **Atenção domiciliar em saúde bucal – um estudo piloto.** VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2019:1-6.
7. Rodrigues JS, Rocha GCG, Faleiro P, Costa RVA, Franco EJ, Montenegro FLB, Miranda AF. **Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis.** Revista Portal de Divulgação. 2018; 58, Ano IX: 31-39.
8. Rosa SO, Ramirez I, Lima DC, Pereira AA. **Atenção do cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família no atendimento domiciliar à pacientes acamados: revisão de literatura.** Arch Health Invest. 2021; 10(8):1330–36.
9. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. **Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa.** Ciencia e Saude Coletiva. 2020; 25(6):2259–2270.
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. **Pesquisas Social - Teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
11. Bardin L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.
12. Brasil. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal,** Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria no 2.436- Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
14. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS; Almeida MEL. **Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal**. Rev Bra Med Fam Comunidade. 2015; 10(37):1-8.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 03 mar. 2021.
16. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batistion AP. **Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal**. Saúde em Debate. 2015; 39(105):441-450.
17. Rocha DA, Miranda AF. **Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(1):181-9.
18. Anjos FS, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Pinto IC, Mestriner Júnior W. **Equipes de saúde bucal no Brasil: avanços e desafios**. Cienc Cuid Saude. 2011; 10(3):601-0.
19. Peduzzi M, Agreli HF. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.
20. Savassi LCM. **Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2016; 11(38):1-12.
21. Andrade AM, Guimarães AMAN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. **Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias**. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(1):165-75.
22. Maciel JAC, Almeida AS, Menezes AKA, Oliveira Filho IL, Teixeira AKM, Castro-Silva II, Vasconcelos MIO, Farias MR. **Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em Odontologia**. Rev Bras Promoç Saúde. 2016; 29(5):614–20.
23. Ferraz GA; Leite ICG. **Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família**. Revista de APS, v. 19, n. 2, p. 302–314, 2016.
24. Silva Neto JM de A e, Rocha JM de OP, Quintino RV da S, Medeiros MLBB. **Atenção da equipe de saúde bucal no atendimento domiciliar: Revisão integrativa**. REAS.2019;(37):e1958.
25. Donabedian A. **The Quality of Care: How Can It Be Assessed?** Arch Pathol Lab Med. 1997; 121(11):1145-50.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM TEMPOS DE COVID-19

José Oliveira DF^{1*};

Antônia Costa VC²;

Bianca Queiroz D³

¹Médico APS em Secretaria de Saúde em Pacajus-CE;

²Enfermeira APS em Secretaria de Saúde em Pacajus-CE;

³Enfermeira APS em Secretaria de Saúde em Fortaleza-CE.

*duvilardo@gmail.com



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

A atenção à mulher no pré-natal e no pós-parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O presente trabalho se trata de um relato de experiência sobre uma atividade de educação em saúde sobre planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério em Unidade Básica de Saúde e o público alvo foram gestantes da unidade. A atividade foi realizada tomando-se os devidos cuidados para redução dos riscos de transmissão da COVID-19. A atividade foi avaliada como satisfatória pelos participantes. Desta forma, faz-se necessário atividades de educação em saúde voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária.

Palavras-chave: pré-natal, educação, COVID-19

INTRODUÇÃO

A maioria da população brasileira é representada pelas mulheres (50,77%) e elas são também as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Vão os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas também, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos (1).

A situação de saúde, no caso das mulheres, traz problemas que são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza podem aumentar ainda mais as disparidades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente (1).

Uma assistência adequada de pré-natal, com a detecção e a intervenção precoce dos riscos, bem como uma referência hospitalar ágil, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (2).

A atenção à mulher e no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível a nível hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde. Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar (3).

A gestação é uma condição que envolve mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar relacionados ao contexto familiar e social. As informações, experiências e conhecimentos transmitidos por amigas, vizinhas, mãe e marido podem influenciar tanto positiva como negativamente no período gestacional (4).

O presente trabalho se trata de um relato de experiência sobre uma atividade de educação em saúde no formato de sala de espera, em Unidade Básica de Saúde do município do Ceará.

O território de atuação da UBS conta com uma população de um pouco mais de 6000 habitantes, população que é bastante vulnerável (baixa escolaridade, saneamento e água

bastante precários, renda muito abaixo da média, índice de violência urbana elevado), abrange áreas de zona urbana e zona rural. A UBS em questão atende a uma demanda por volta de 50 a 60 gestantes e conta com apenas uma equipe de ESF.

A escolha do tema Planejamento Familiar, Pré-Natal e Puerpério se justifica pela própria relevância do assunto, mas também pelo importante grau de vulnerabilidade e a alta demanda de gestantes no território da UBS em questão.

É importante ressaltar que o presente trabalho foi realizado no mês de novembro de 2020. Período caracterizado como “fim da primeira onda”, no qual houve redução de óbitos e de incidência de casos de COVID-19 no Brasil e até então ainda não existiam vacinas disponíveis contra COVID-19.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Foram pensadas e realizadas estratégias, com o facilitador juntamente com sua equipe multidisciplinar, para a realização da atividade respeitando as normas de segurança e etiqueta que reduzam os riscos de contaminação pela COVID-19. Teve-se o cuidado com o número de participantes para evitar aglomeração, distanciamento entre as cadeiras, local arejado e amplo, oferecimento de álcool em gel, uso obrigatório de máscaras e questionou-se sintomas de COVID-19 entre todos os participantes.

A atividade foi realizada por meio de uma sala de espera na forma de exposição oral dialogada. Em que o facilitador foi o médico da UBS e a equipe multidisciplinar assumiu funções de apoio. O evento ocorreu na sala de espera/sala de recepção da Unidade Básica de Saúde, contando com 7 gestantes com idade de 18 a 35 anos, todas já estavam agendadas para a consulta de Pré-Natal com Médico ou Enfermeira. Três delas fariam sua primeira consulta de pré-natal e as outras quatro já estavam em seguimento. O evento foi realizado em tempo total de 30 minutos.

A atividade teve como tema Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério. Com ênfase nos subtemas: métodos contraceptivos, importância do acompanhamento pré-natal, alimentação e atividade física na gestação, orientações sobre intercorrências na gestação e no puerpério, orientações sobre os tipos de parto vaginal e cesárea e aleitamento materno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebeu-se que inicialmente as participantes estavam tímidas, pouco participativas e provavelmente preocupadas com o tempo. Vendo o comportamento das participantes, o facilitador começou a estimular a participação através de questionamentos como, por exemplo: “você sabem os métodos para evitar a gravidez? Quais os tipos de parto? Quantos meses dura a gestação? Qual o melhor alimento para o bebê?”. A partir de então, percebeu-se que elas ficaram mais à vontade para participar. Indagaram sobre alimentação na gestação, sobre quantos dias tem que tirar os pontos na cirurgia de cesariana, sobre o sangramento que ocorre no puerpério, sobre os métodos contraceptivos no puerpério.

Observou-se que durante a atividade, a população desconhecia informações consideradas bastante relevantes e de natureza fundamental para uma gestante. Algumas se surpreenderam com algumas informações que para elas eram novas, por exemplo, algumas não sabiam que gestantes podem ir ao cirurgião dentista ou praticar atividade física ou que mesmo no parto vaginal pode ser necessário fazer sutura ou que após o parto existem os sangramentos/loquiações.

CONCLUSÃO

A equipe e as gestantes participantes avaliaram como muito importante esse momento de intervenção. Desta forma, faz-se necessário atividades que sejam implementadas atividades de educação em saúde voltadas à saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde.

Faz-se bastante necessária uma intervenção como essa e que essa atividade tenha continuidade na UBS em questão. Desta forma, conversou-se com a equipe e decidiu-se pela continuidade de ações como sala de espera/educação em saúde com as gestantes desta UBS. Que serão realizadas no mesmo dia das consultas de pré-natal, no turno da manhã, com frequência de 15 em 15 dias, com participação da equipe multiprofissional e com a presença da equipe do NASF.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípio e Diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
3. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras** – São Paulo: SES/SP, 2010.
4. Pires BT, Alves CC, Teixeira MA, Oliveira AN. **Grupo de Gestante: Relato de Experiência.** Universidade do Vale do Acaraú. SANARE Suplemento N.2 - ISSN: 2447-5815, V.14 - MOSTRA PET SAÚDE – 2015.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA ESCOLARES COMO PRÁTICA INTERPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Diogo G Brandão^{1*};

Ana R C Mourão¹;

Bárbara P S Lima¹;

Bruna L S Caldas¹;

José F Santos¹;

Samuel C G Nascimento¹.

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL

*diogogbrandao@hotmail.com.

RESUMO

Sabido que a promoção de projetos educativos conduzidos por profissionais de saúde no âmbito escolar produz resultados profícuos na qualidade de vida dos educandos e conseqüentemente em sua comunidade, foi desenvolvido o Projeto “Sorria Pontal”, realizado na Escola Municipal Silvestre Péricles, situada no bairro Pontal da Barra do Município de Maceió, em consonância com o eixo temático do Programa Saúde na Escola que versa sobre a promoção e avaliação da saúde bucal e aplicação tópica de flúor. O objetivo deste relato de experiência é descrever as ações desenvolvidas, destacando os aspectos educativos e promover uma reflexão sobre a prática.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Educação em Saúde Bucal, Serviços de Saúde Escolar.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

Caracterizado como uma política intersetorial da Saúde com a Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.^{1,2} Sendo balizado pela intersecção das políticas de saúde e educação direcionadas aos grupos estudantis das crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública em nosso país, tendo o como pauta prioritária a execução da formação integral dos estudantes passando por meio de ações de prevenção, promoção, atenção e cuidado à saúde.^{1,2,3}

Assim, o programa se norteia a partir do conceito da intersetorialidade das redes públicas de saúde e de educação juntamente com outros mecanismos sociais, que visam o fortalecimento e desenvolvimento das ações que implicam mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve dar suporte a continuidade das ações em educação em saúde, visando a corresponsabilidade destes setores.⁴

Em concordância com o exposto, as articulações entre a Escola com a Atenção Primária à Saúde é a base do programa, que leva em consideração primordial a compreensão do território em que estes indivíduos estão inseridos, bem como as relações culturais de cada comunidade, promovendo a ruptura do método tradicional de mera transferência de conhecimento, buscando a construção de saberes, intercalando o contexto de vida das pessoas e suas bagagens populares e formais, individuais e coletivas.^{5,6}

Tendo o conceito do território, como um espaço vivo, para além do lugar com margens territoriais limítrofes, mas como o terreno onde se tensionam os ambientes construídos e ambientes naturais, dentro de uma trama com as histórias, cultura, saberes e a relação das pessoas com o espaço físico que habitam, portanto a complexidade das questões sociais encontradas nos diversos espaços educadores que as cidades possuem, a escola se revela como um desses espaços formais, de extrema importância no campo da promoção e educação em saúde, por fim, a intersetorialidade é crucial para o PSE.^{7,8,9}

Portanto, objetiva-se executar um plano de ação para a promoção de saúde bucal e a prevenção de doenças dos escolares, contribuindo para melhor qualidade de vida dessas crianças, adolescentes e indiretamente, de seus familiares. Sabido que na atualidade, o empenho da odontologia encontra-se voltado, principalmente, para a prevenção das doenças bucais, o que representa um mecanismo mais simples, barato e inteligente de atenção à saúde, destaca-se a necessidade de ensinar e motivar hábitos de higiene bucal às crianças. Os métodos

de educação e motivação têm a finalidade de esclarecer os pacientes sobre as doenças bucais e mudar seus hábitos de higiene.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O presente trabalho se trata de um relato de experiência, que é um ramo de pesquisa científica que proporciona a escrita de vivências, uma ferramenta metodológica que contribui na produção e disseminação de conhecimentos de diversas temáticas dentro da trama de experiências oriundas de pesquisas, projetos de extensão universitária, processos de ensino-aprendizagem, dentre outras.¹⁰

Portanto, trata-se de um estudo descritivo, do tipo de relato de experiência, realizado no mês de maio do ano de 2022, por residentes do programa multiprofissional em saúde da família, nas áreas de odontologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia, juntamente com o apoio dos profissionais lotados na Unidade de Saúde da Família Tarcísio Palmeira, localizada no bairro Pontal da Barra, região sul da cidade de Maceió - AL.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cenário escolhido para relatar está vivência é compreendido na Escola Municipal Silvestre Péricles na qual realizamos nossas atividades de caráter interprofissional. Esta instituição que registrou no ano letivo de 2021 o quantitativo de 391 matrículas e alcançou no último levantamento do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no ano de 2019, o indicador 6,5 onde a meta para essa categoria de instituição é de 4,8 calculado com base no aprendizado dos alunos em português e matemática (Prova Brasil) e no fluxo escolar (taxa de aprovação).¹¹

Para realização de uma atividade de saúde no ambiente escolar faz-se necessário uma visita prévia, para o conhecimento da realidade do setor e em que direção deve ser focada as ações de saúde, atendendo assim as necessidades da comunidade escolar em questão. Esse mapeamento inicial foi desenvolvido em três momentos presenciais, o primeiro foi organizado e realizado juntamente com o corpo técnico pedagógico da escola e os residentes em saúde da família, obedecendo os protocolos disponibilizados pelas gestoras e respeitando o ambiente escolar, afim de ouvir as demandas daquela instituição, seus principais anseios com as futuras

atividades a serem realizadas e compreender a dinâmica escolar. Os outros dois momentos de reunião e planejamento, foram desenvolvidos dentro da unidade de saúde, entre os residentes e os profissionais para a construção dos projetos de intervenção, confecção de recursos, debate e estruturação de quais metodologias deveriam ser adotadas levando em consideração as faixas etárias dos estudantes, visando a efetividade de cada ação.

Como a proposta é trabalhar o número máximo possível de eixos prioritários do PSE ao longo de todo ano letivo, optou-se por iniciar as atividades com o décimo eixo do programa que versa sobre a promoção e avaliação da saúde bucal e aplicação tópica de flúor nos estudantes do horário matutino e vespertino, abrangendo assim as turmas do Ensino Fundamental 1 e 2.

Didaticamente, o planejamento das intervenções foi desenhando conforme a consciência dos principais problemas em saúde apresentados pela equipe pedagógica da escola, assim foi necessário definir uma sequência de temas prioritários para as intervenções, sendo a temática da saúde bucal escolhida para iniciar o projeto e foi desenhando conforme é demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Plano de Intervenção em Saúde Bucal

NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Higiene bucal deficitária e relatos de dor de dente.	Projeto de intervenção em saúde bucal na escola.	Redução dos índices de cárie e doenças bucais prevalentes; Promoção de hábitos saudáveis.	Atividades educativas, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, entrega de kits odontológicos.	<u>Cognitivo:</u> Informações sobre o tema para elaboração do projeto. <u>Político:</u> Articulações entre o setor saúde (USF Tarcisio Palmeira) e o de

				educação (Escola Municipal Silvestre Péricles)
--	--	--	--	--

Fonte: Autores (2022)

Assim, após ser definido o plano de intervenção, foi realizada uma varredura na literatura científica acerca de informações, metodologias e didáticas exitosas que abordaram essa temática, após a construção do projeto e apresentado ao corpo técnico-pedagógico da Escola Municipal Silvestre Péricles. Foi determinado que as atividades interprofissionais acontecessem em três dias: no primeiro (13/05/2022) seriam trabalhadas as turmas do 1º, 2º, 3º, 4º anos do ciclo fundamental 1, no segundo dia (16/05/2012) foi a vez das turmas do 5º, 6º, 7º anos, por fim, no dia (17/05/2022) foram trabalhadas as turmas do fundamental 2, dos 8º e 9º anos. Ressalta-se que a intervenção durou em torno de 50 minutos em cada uma das turmas abordadas.

Sendo, a terceira etapa do projeto foi dada com a intervenção na realidade apresentada esquematicamente no Quadro 2, que constituiu nas seguintes atividades em cada grupo da seguinte forma:

Quadro 2 – Proposição de Atividades

<ul style="list-style-type: none"> • TURMAS 1º- 2º - 3º ANO <p><u>Montagem do Sorriso</u></p> <p>Recursos: Macromodelo de um sorriso cariado confeccionado em emborrachado. Placas de SIM ou NÃO.</p> <p>Perguntas abordadas durante a atividade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Você escovar os dentes? 2. Escovar os dentes é bom para a saúde? 3. Comer muitos doces é bom? 4. Eu posso usar a escova da minha mãe ou pai? 5. Dormir sem escovar os dentes é certo? 6. Eu só preciso escovar os dentes 1 vez na semana?
--

7. É certo encher toda a escova de pasta?
8. Eu preciso molhar a escova antes de escovar os dentes?
9. O fio dental ajuda a tirar a comida dos dentes?
10. Usar palito de madeira nos dentes é certo?

Execução: Atividade interativa em grupos com o macromodelo odontológico; instruções sobre saúde bucal; escovação supervisionada em todos os estudantes das turmas; entrega de escova dental; aplicação tópica de flúor e inspeção da cavidade oral.

- **TURMAS 4° - 5° ANO**

Porta da Esperança

Recursos: Divisória de quadro branco com placas de SIM ou NÃO.

Perguntas abordadas durante a atividade:

1. É correto usar a escova dental de outra pessoa da sua casa?
2. Vocês acham que os doces estragam os dentes?
3. É correta encher toda a escova de creme dental?
4. Sempre que um dente cair, outro vai nascer no lugar?
5. Já que os dentes de leite vão cair, não preciso me preocupar com eles?
6. Devo procurar o dentista somente quando sentir dor?
7. O dente só tem cárie quando está furado?
8. Depois que o dente está furado ele pode voltar ao normal sozinho?
9. É certo sentir dor de dente?
10. Usar o fio dental faz bem à saúde?
11. Eu posso utilizar outros produtos, como sabão para escovar os dentes?
12. Só preciso troca a minha escova de dentes depois de um ano?

Execução: Atividade interativa com todos os alunos da turma em similaridade com a conhecida Porta da Esperança do Silvio Santos, onde estes responderão com SIM ou NÃO as perguntas relacionadas com os mitos e verdades sobre a saúde bucal; escovação supervisionada em todos os estudantes das turmas; entrega de escova dental; aplicação tópica de flúor; inspeção da cavidade oral.

- **TURMAS 6° - 7° ANO**

Cruzadinha de Palavras

Recursos: Cruzadinhas de palavras construída em folha de cartolina.

Execução: Serão realizadas perguntas onde as respostas devem encaixar no recurso da cruzadinha; instruções sobre saúde bucal; entrega de escova dental; aplicação tópica de flúor; inspeção da cavidade oral.

- **TURMA 8° - 9° ANO**

Palestra

Recursos: Apresentação em Power-Point

Execução: Bate-papo com os pré-adolescentes sobre as doenças que são transmitidas através da boca e saliva através da projeção de 5 doenças e instrução sobre a importância da manutenção da higiene bucal e central de dúvidas; entrega de escova dental; aplicação tópica de flúor; inspeção da cavidade oral.

Fonte: Autores (2022)

Embora os assuntos inicialmente pareciam básicos, mas ao correr do desenvolvimento das atividades os estudantes foram percebendo de modo particular a importância de debater e esclarecer suas percepções e dúvidas sobre estes assuntos fundamentais, de modo integrado e descontraído. Compreendendo que cada indivíduo, com sua bagagem de vida e influências, ouvia atento e interagia, com as informações que estavam em discussão. A participação foi tão intensa que na última turma os alunos interagiram tanto com a equipe interprofissional dos residentes em saúde da família, bem como os profissionais da Unidade de Saúde que colaboraram com eles para responder às perguntas propostas.

Por fim, analisando os reflexos produzidos através da atuação no PSE dentro da formação da residência multiprofissional, notou-se que nosso grupo de residentes, diante desse contexto, conseguimos experimentar a importância de ações de promoção de saúde e a potência da educação em saúde como ferramenta de mudança social, visto o amplo alcance destas ações que corroboram de modo profícuo para a saúde da comunidade. Logo, a vivência prática dessas experiências com trabalhos comunitários mostrou-se crucial para a formação dos profissionais, pois fora do ambiente acadêmico formal os residentes além de executarem seus conhecimentos técnicos aprimoram sua sensibilidade social e humanística, por meio de uma participação mais sinérgica junto à comunidade.

CONCLUSÃO

Destarte, a prática educativa com os escolares, segundo os princípios do PSE possibilitou a todo grupo de residentes e profissionais envolvidos a aproximação com estudantes de uma instituição pública de ensino marcadamente em um contexto social de vulnerabilidades, sendo imprescindível destacar a escola como um espaço educador potente e estratégico para realizações de ações em saúde dessa natureza.

Contudo, fomentar a intersecção entre as áreas de saúde e educação com estudantes e sua comunidade, permite a criação de um espaço para compartilhar problemas comuns, troca de experiências e o fortalecimento do cuidado integral a saúde. Assim, ao finalizarmos esta atividade podemos compreender na prática como se dá as ações voltadas para o público escolar, perceber o impacto dessas atividades a partir de uma visão holística para a vida dessas pessoas, bem como ficou evidente que as políticas públicas voltadas para a prevenção de agravos de saúde direcionadas para o público escolar, são ferramentas cruciais para a transformação social.

REFERÊNCIAS

1. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. **Eixos de ação do programa saúde na escola e promoção da saúde: revisão integrativa.** Saúde Debate. 2018;42(118):773-89
2. Ataliba P, Mourão L. **Avaliação de impacto do Programa Saúde nas Escolas.** Psicol. Esc. Educ. 2018;22(1):27-36.
3. Silveira CC, Meyer DEE, Félix J. **A generificação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.** Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. 2019;100(255):423-42.
4. Medeiros ER, Pinto ESG, Paiva ACS, Nascimento CPA, Rebouças DGC, Silva SYB. **Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil.** Rev. Cuid. 2018;9(2):2127-34.
5. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB. **Rede intersetorial do programa saúde na escola: sujeitos, percepções e práticas.** Cad. Saúde Pública. 2018;34(5):e00104217.
6. Vieira LS, Belisário AS. **Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola.** Saúde Debate. 2018;42(4):120-33.
7. Bezerra RKC, Vieira BP, Ribeiro ARS, Abreu EA, Silva FFF, Souza RFS, et al. **A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência.** Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020;42(42), e2704.

8. Moreira KFA, Rodrigues DE, Ferreira LN, Rodrigues MAS, Oliveira DM, Pereira PPS. **Aprendendo, ensinando e mapeando território: vivências de acadêmicos de enfermagem.** REAS. 2019;11(4):e240.
9. Xavier GG, Lima CSA, Lima MMG, Almeida LV, Pinheiro MC, Cupertino MC, et al. **As influências da territorialização no acesso aos serviços de saúde pelas populações de fronteira: revisão sistemática.** RSD. 2022;11(8):e32611831176.
10. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. **Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico.** RPE;17(48):60-77.
11. QEDu [homepage na internet]. **IDEB - Indicador de Qualidade** [acesso em 22 de abr 2022] Disponível em: <https://novo.qedu.org.br/escola/27036359-escola-municipal-silvestre-pericles>.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Lourrany B. Costa^{1*};

Antonio V. N. P. Filho¹;

Francisco E. X. de Souza¹;

Laura C. L. de Andrade¹;

Nathanael W. F. de Freitas¹.

¹Universidade de Fortaleza

*lourranybc@unifor.br

RESUMO

O estudo tem como objetivo relatar a experiência de um projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde, realizado por estudantes do 3º período do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, Ceará, com foco na promoção de saúde sobre planejamento familiar. 13 usuárias participaram da intervenção, sendo 8 gestantes, além de 2 agentes comunitários de saúde. O relato é um exemplo de como práticas educacionais no contexto da Atenção Primária à Saúde são importantes para o desenvolvimento de competências dos futuros profissionais médicos, além do potencial impacto da integração ensino-serviço para a melhoria do sistema de saúde local.

Palavras-chave: Planejamento familiar, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

O século XXI foi marcado por três gerações de reformas curriculares no campo da Educação Médica. A terceira geração é caracterizada por currículos baseados em sistemas de saúde, a fim de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando competências profissionais essenciais a contextos de saúde locais específicos^{1,2}.

No Brasil, em 2014, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Medicina definem que o futuro profissional médico egresso deve ter uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, sendo capaz de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, seja no âmbito individual, seja no coletivo, para atender as necessidades de saúde da população onde está inserido³. Dessa forma, nos últimos anos, os currículos de graduação das escolas médicas brasileiras têm passado por reformas, com foco da mudança do modelo tradicional hegemônico biomédico e hospitalocêntrico para cenários e atividades teórico-práticas vinculadas ao campo da Saúde Coletiva com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS)⁴.

Várias instituições de ensino superior vêm atualizando suas matrizes curriculares para proporcionar uma maior integração ensino-serviço-comunidade, com inserção precoce dos estudantes desde os primeiros anos da graduação em cenários reais de prática, em especial Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, os alunos tem a oportunidade de interagir diretamente com a comunidade local, contribuindo para sua humanização, ao mesmo tempo em que serviços de saúde são prestados à comunidade⁵. Um currículo baseado no sistema de saúde possibilita o desenvolvimento de competências atitudinais de ética, profissionalismo, colaboração, cidadania e responsabilidade social⁶.

Destaca-se que também em 2014, foi aprovado o Plano Nacional de Educação, que estabelece a curricularização da extensão universitária em áreas de pertinência social. É uma forma de institucionalizar o potencial transformador do Ensino Superior, permitindo uma interação com a comunidade, por meio da produção e da aplicação do conhecimento⁷.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de um projeto de intervenção em uma UBS, realizado por estudantes em um módulo prático do 3º período do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, Ceará, (UNIFOR), com foco na promoção de saúde sobre planejamento familiar (PF).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

O módulo em questão, chamado de “Ações e Práticas Integradas em Saúde” (APIS), ocorre durante os 4 primeiros anos da graduação médica na UNIFOR. Dentre as atividades realizadas, há momentos práticos de atenção à saúde e momentos de reflexão-ação para o desenvolvimento de projetos de intervenção de acordo com as necessidades comunitárias locais. O APIS do 3º período possui a Rede de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente como foco primordial. Durante o período letivo de 2022.1, os 100 alunos, divididos em 12 pequenos grupos de 8, realizaram práticas de 4h semanais, sob supervisão docente em UBS, com foco na assistência de pré-natal, puericultura e saúde da mulher. Em outro turno de 4h semanais, refletiam sobre suas vivências, avaliavam também as necessidades locais por dados epidemiológicos, e planejavam projetos de intervenção para serem aplicados em cada UBS.

Na UBS Graziela Teixeira, localizada na periferia de Fortaleza, um dos grupos de estudantes, atendeu 73 pacientes ao longo do semestre. Durante as consultas, foi percebido a desinformação das usuárias sobre questões relacionadas ao PF. Realizou-se um projeto de intervenção com base em Educação em Saúde, utilizando o método de roda de conversa com gestantes, puérperas e mulheres em idade fértil. Inicialmente foi aplicado um curto questionário, de respostas “sim” e “não”, tratando pontos essenciais sobre a importância do planejamento familiar e do uso de anticoncepção para essa determinada população, como forma introdução da temática, a fim estimular a participação dos presentes, abertura de discussão em grupo e levantamento rápido de conhecimentos prévios. A partir dos resultados imediatos e da discussão levantada com as usuárias, os estudantes realizaram uma roda de conversa, onde saberes e experiências foram compartilhados. Além disso, os estudantes utilizaram cartazes e fotos, por eles confeccionados, e modelos de simulação, como material de apoio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

13 usuárias da UBS participaram da intervenção, sendo 8 gestantes, além de 2 agentes comunitários de saúde. A intervenção conseguiu abranger um público de diferentes idades, sendo a mulher mais jovem de 16 anos e a mais velha de 44 anos, com uma média de idades

de aproximadamente 30 anos. Além disso, englobou mulheres de diversos graus de escolaridade, variando daquelas que não possuíam nenhuma escolaridade, às que chegaram a concluir o ensino médio, sendo que estas representam mais de 50% dos participantes. Outrossim, em relação ao estado civil, notou-se que cerca de 61,6% das participantes encontravam-se em um relacionamento estável.

No início da intervenção, os dados colhidos pelo questionário e os relatos presenciados na roda de conversa, evidenciaram que apesar da maioria afirmar saber o que é PF não demonstravam um conhecimento completo de todos os aspectos envolvidos no PF. Menos da metade das participantes usavam algum método anticoncepcional e a maioria afirmava não desejar engravidar em breve.

No Brasil, dentro da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o PF, constituído pelo “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”⁸, é predominantemente a encargo das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS. As ações de PF possuem ainda muitos obstáculos na sua implementação diária pelas equipes de APS. Estudos prévios realizados no Ceará apontam que a prática do PF oferecida pela ESF é muitas vezes marcada por incongruências com as políticas preconizadas pelo SUS. Percebe-se, por exemplo, falta de ações destinadas a adolescentes, falta de informações, dificuldade de acesso a métodos contraceptivos^{9,10}. Essas situações também foram destacadas durante a intervenção do presente relato.

Um dos principais fatores para ocorrência de gravidez não é a falta de informação acerca de direitos sexuais e reprodutivos¹¹. Durante a roda de conversa, percebeu-se que as participantes tinham uma visão limitada do PF, com foco puramente de prescrição de anticoncepcionais. Esse panorama evidencia a precariedade no acesso a informações e baixa qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde.

Durante a exposição dos métodos contraceptivos cirúrgicos, a pauta sobre a participação dos homens no PF foi levantada e relatada a crença de que a anticoncepção é responsabilidade apenas da mulher, contexto que pode ser explicado por meio das relações culturais de gênero estabelecidas no Brasil¹²⁻¹⁴.

CONCLUSÃO

O relato é um exemplo de como práticas educacionais no contexto da APS são importantes cenários de ensino para o desenvolvimento de competências profissionais de saúde. O vínculo construído entre estudantes, profissionais e usuários é importante para uma formação de futuros egressos habilitados a atuar de forma individual e coletiva.

A intervenção realizada pelos estudantes, com a aplicação prática em cenário real dos conhecimentos aprendidos em sala de aula, pode estimular os profissionais de saúde do serviço para um processo de mudança e transformação local. A experiência relata é um exemplo, dentre as intervenções realizadas pelos vários grupos de alunos do curso de Medicina da UNIFOR, em diferentes períodos e em diferentes unidades de saúde, mostrando as potencialidades da extensão universitária no sistema de saúde local.

Agradecimentos

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world**. The Lancet [Internet]. dezembro de 2010 [citado 13 de agosto de 2022];376(9756):1923–58. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610618545>
2. Castillo EG, Isom J, DeBonis KL, Jordan A, Braslow JT, Rohrbaugh R. **Reconsidering Systems-Based Practice: Advancing Structural Competency, Health Equity, and Social Responsibility in Graduate Medical Education**. Acad Med [Internet]. dezembro de 2020 [citado 13 de agosto de 2022];95(12):1817–22. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/ACM.0000000000003559>
3. Machado C, Oliveira JM de, Malvezzi E. **Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas**. Interface - Comun Saúde Educ [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022];25:e200358. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000100231&tlng=pt
4. Zarpelon LFB, Terencio ML, Batista NA. **Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa**. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. dezembro de 2018 [citado 13 de agosto de 2022];23(12):4241–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204241&lng=pt&tlng=pt
5. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA de, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Rev Bras Educ Médica [Internet]. setembro de 2008 [citado 13 de agosto

- de 2022];32(3):356–62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&tlng=pt
6. Amorim FF de, Belaciano MI. **Sistema Único de Saúde, educação médica em uma rede de serviços e teoria de currículo.** *Comun Em Ciênc Saúde* [Internet]. 24 de setembro de 2021 [citado 13 de agosto de 2022];32(03). Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1009>
7. Almeida SMV de, Barbosa LMV. **Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação.** *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2019 [citado 14 de agosto de 2022];43(1 suppl 1):672–80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500672&tlng=pt
8. Chaves EJV, Sousa MNA de. **25 anos da lei de Planejamento Familiar: Quais razões ainda limitam o amplo acesso a suas atribuições na Atenção Primária à Saúde? /.** *ID Line Rev Psicol* [Internet]. 31 de maio de 2021 [citado 14 de agosto de 2022];15(55):20–32. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3029>
9. Moura ERF, Silva RM da, Gomes AM de A, De Almeida PC, Evangelista DR. **Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará.** *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 29 de agosto de 2011 [citado 14 de agosto de 2022];34(1):121. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/22>
10. Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. **Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto?** *Rev Bras Em Promoção Saúde* [Internet]. 2006 [citado 14 de agosto de 2022];125–30. Disponível em: <http://www.unifor.br/notitia/file/956.pdf>
11. Do Nascimento MDS, Lippi UG, Santos ADS. **Vulnerabilidade social e individual e a gravidez na adolescência.** *Rev Enferm E Atenção À Saúde* [Internet]. 7 de agosto de 2018 [citado 13 de agosto de 2022];7(1). Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1890>
12. Nascimento EF do, Gomes R. **Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens.** *Cad Saúde Pública* [Internet]. julho de 2008 [citado 14 de agosto de 2022];24(7):1556–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700010&lng=pt&tlng=pt
13. Kimport K. **Talking about male body-based contraceptives: The counseling visit and the feminization of contraception.** *Soc Sci Med* [Internet]. março de 2018 [citado 14 de agosto de 2022];201:44–50. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953618300467>
14. Santos JC dos, Freitas PM de. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento.** *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. março de 2011 [citado 13 de agosto de 2022];16(3):1813–20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017&lng=pt&tlng=pt

HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA GRADUAÇÃO

Angélica P.L. Gaines*¹;

Ellen K.N.S. Lima²;

Luis E.S. Lozano³;

Andrés R.L. Gaines⁴.

¹Facultad de Salud - Fundación Universitaria San Martín (FUSM), Bogotá - Colombia

²Centro Universitário Mario Pontes Jucá (UMJ), Maceió - Brasil

³Universidad Distrital Francisco José de Caldas (UDFJC), Facultad de Salud-Fundación Universitaria San Martín (FUSM) Bogotá - Colombia

⁴Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (SDS), Bogotá - Colombia

RESUMO

Introdução: Oferecer um tratamento integral e humanizado é uma competência a ser adquirida desde a graduação. **Objetivo:** Evidenciar os principais aspectos da humanização na odontologia e sua relação com as práticas educativas na graduação. **Métodos:** Foi realizado um estudo de revisão integrativa, em que foram utilizados artigos científicos nos idiomas espanhol, inglês e português; publicados até junho de 2021 nas bases de dados indexadas online ScienceDirect da Elsevier e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **Resultados:** Foram usados para este estudo um total de 35 artigos. **Considerações finais:** Os professores da graduação em odontologia devem incluir, em suas práticas, estratégias específicas para melhorar a "capacidade de empatia", a "inteligência emocional" e a "capacidade de comunicação" dos alunos, a fim de desenvolver habilidades e promover valores e atitudes humanísticas.

PALAVRAS-CHAVE: graduação em odontologia, humanização da saúde, práticas humanizadas em odontologia



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



INTRODUÇÃO

Humanização em Saúde e Odontologia

O estudo da humanização na atenção à saúde é de fundamental relevância, visto que a constituição de um cuidado pautado em princípios como atenção integral, equidade, participação social do usuário, entre outros, exige a revisão de práticas no sentido de valorizar a dignidade do profissional e do usuário (1),(2).

A falta de humanização no tratamento apresenta características, tais como: impontualidade dos profissionais, redução ou falta de profissionais especializados, deficiência na infraestrutura, falta de explicação clara dos tratamentos e procedimentos, pequeno número de hospitais, falta de medicamentos, falta de pessoal treinado para atender deficiências auditivas, visuais ou de atenção e, em alguns casos, abuso de autoridade por parte de funcionários e profissionais de saúde, o que pode ser considerado violência contra os usuários (2),(3).

Humanização no atendimento em saúde é uma ação de difícil conceituação pelos seus aspectos subjetivos e multidimensionais, a qual exige estabelecer boas relações interpessoais com cordialidade e empatia (3),(4).

O aspecto mais marcante no bom relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes é a empatia. Empatia é um conceito complexo e multidimensional que consiste em conceitos morais, cognitivos, emocionais e comportamentais. Geralmente é definida como a capacidade de compreender as emoções do paciente e seus pontos de vista e experiências, incluindo capacidades básicas (cognição, compreensão e comunicação). Por esse motivo, a empatia é considerada uma das habilidades emocionais básicas no aprendizado dos profissionais de saúde no século 21 para fornecer uma assistência social e de saúde de boa qualidade (5),(6).

O tratamento odontológico induz um quadro de ansiedade, apreensão e desconforto, gerando uma expectativa negativa no indivíduo. A vivência de realizar os tratamentos continua sendo uma das experiências mais desagradáveis na perspectiva do paciente. Os pacientes costumam falar em "pavor", "horror" e "pânico" para mencionar as sensações associadas aos

cuidados dentários. Às vezes, esses sentimentos resultam na opção de não procurar os tratamentos necessários (7),(8).

O desenvolvimento das relações interpessoais é fundamental para estabelecer um melhor entendimento entre a pessoa assistida e o profissional. Para isto, deve-se pensar que o indivíduo é um “ser” e não se preocupar apenas com seus sintomas. É importante lembrar que essa habilidade é desenvolvida desde a graduação (8),(9).

Então podemos nos perguntar: como os docentes podem contribuir para a formação humanística dos acadêmicos de odontologia? Dessa forma, o objetivo deste estudo foi evidenciar os principais aspectos da humanização na odontologia e sua relação com as práticas educativas na graduação.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de revisão integrativa, em que se optou pela utilização de artigos científicos publicados em espanhol, inglês e português até julho de 2021 nas bases de dados indexadas online ScienceDirect da Elsevier e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual inclui as bases de dados BBO, SciELO, LILACS e MEDLINE. As estratégias, “humanização em odontologia” AND “práticas educativas humanizadas em saúde” “pregrado humanizado AND Odontología” “problemas e desafíos nas praticas de pregrado AND saúde e odontologia”, foram utilizadas para a busca, dando preferência a artigos publicados nos últimos 7 anos. No Quadro 1 podemos ver as etapas de organização e revisão para a elaboração deste estudo.

QUADRO 1. Etapas da organização e elaboração do artigo

Etapa	Tópicos	Detalhamento
1ª	Tema	Humanização na graduação em odontologia
	Pergunta norteadora	Como os docentes podem contribuir para a formação humanística dos acadêmicos de odontologia?
	Objetivo Geral	Evidenciar os principais aspectos da humanização em odontologia e sua relação com as práticas educativas na graduação.

	Estratégias de busca	<ol style="list-style-type: none"> 1. humanização em odontologia AND práticas educativas humanizadas em saúde 2. pregrado humanizado AND Odontología 3. problemas e desafios nas praticas de pregrado AND saúde e odontologia
	Descritores estruturados no DeCS / MeSH	<p>Humanização</p> <p>Odontologia</p> <p>Educação em Odontología</p> <p>Estudantes de Odontología</p>
	Bibliotecas virtuais	<ol style="list-style-type: none"> 1. ScienceDirect 2. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (inclui as bases BBO, SciELO, LILACS, MEDLINE)
2ª	Período de coleta dos dados	Dezembro de 2020 a junho de 2021
	Critérios de inclusão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texto completo 2. Data da publicação (2015 – 2021) 3. Idioma português, inglês e espanhol
	Critérios de exclusão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artigo duplicado 2. Artigo em outra temática
3ª	Número de trabalhos selecionados para revisão a partir da leitura dos agentes indexadores das publicações (resumo, palavras-chave e título), os quais devem conter os descritores utilizados nesse estudo	35 trabalhos
4ª	Número de trabalhos utilizados em cada seção do artigo	<p>Na introdução: 12 artigos</p> <p>No tópico “humanização e desafios da prática educativa nos cursos de saúde e odontologia”: 17 artigos</p>

		Na discussão: 18 artigos
--	--	--------------------------

Fonte: os autores (2021)

RESULTADOS

Foram obtidos um total de 46 artigos, dos quais 35 foram selecionados por abordarem o tema proposto. Foram utilizados 12 artigos na introdução, 17 artigos para a abordagem em humanização e desafios da prática educativa nos cursos de saúde e odontologia e 18 artigos na discussão. No Quadro 2, podemos ver a relação entre o ano de publicação e o número de artigos utilizados neste estudo.

QUADRO 2. Ano de publicação e número de artigos utilizados no estudo

Ano de Publicação	Número de Artigos
2005	1
2013	1
2015	3
2016	5
2017	6
2018	12
2019	3
2020	5
2021	1

Fonte: Os autores (2021)

HUMANIZAÇÃO E DESAFIOS DA PRÁTICA EDUCATIVA NOS CURSOS DE SAÚDE E ODONTOLOGIA

Os profissionais de saúde devem estar atentos ao estado emocional dos pacientes, pois ansiedade e medos podem ser fatores que prejudicam um bom tratamento. Os profissionais

de saúde, ao atingirem um bom vínculo afetivo com o paciente, podem exercer uma grande influência positiva sobre os mesmos, o que pode ser utilizado para ajudá-los a minimizar a ansiedade e frustrações que possam sentir na consulta (10),(11).

A motivação é um dos maiores desafios em odontologia, em que o dentista deve garantir que o que está sendo ensinado aos pacientes seja aceito e integrado em seus costumes e comportamentos e, assim, torne-se um hábito de saúde. Para isso, a comunicação deve ser bidirecional e deve-se conquistar sua confiança. Estratégias de educação em saúde devem e podem ser utilizadas, tais quais esclarecer dúvidas que surjam e transmitir conhecimentos e informações para que o paciente se torne cada vez mais responsável pelo seu estado de saúde, sem esquecer de fornecer os estímulos positivos adequados para manter esta comunicação em perfeitas condições e assim praticar uma atenção integral e humanizada (12).

Na consulta ideal, os pacientes devem receber informações claras, completas, personalizadas e individualizadas para que se sintam acolhidos e cuidados, respondendo as suas possíveis dúvidas, inquietações e medos, gerando um ambiente de confiança em que os pacientes possam compreender tudo o que se relaciona com o problema e expressar seu estado emocional. No entanto, quando expectativas, preocupações, realidades e emoções do paciente não são atendidas pelos profissionais de saúde que interagem com o paciente; e quando o ponto de vista do paciente e o fator psicológico não são considerados, o tratamento humanizado não está sendo oferecido. É importante, desde a graduação, insistir que os alunos integrem uma perspectiva social humanística no cuidado (13),(14),(15),(10).

Educar não é repetir velhas rotinas e se ajustar às demandas institucionais. Ser professor é refletir constantemente sobre o que é oferecido, o que produz e estimula nos alunos em relação à prática. Para crescer como educadores, a metodologia e as ferramentas didáticas utilizadas em sala de aula e na prática devem ser autoanalisadas, integrando a parte científica com a humanística. Só assim, os educadores poderão ser formadores profissionais integrais (16),(17).

Para implementar o cuidado acolhedor e integral, são necessárias mudanças no sistema de ensino e práticas dos cursos de saúde, bem como é necessário integrar esses aspectos em todas as disciplinas, além disso, os professores devem incluir em suas práticas estratégias específicas para melhorar a "capacidade de empatia", a "inteligência emocional" e as "habilidades de comunicação" dos alunos para desenvolver competências e promover valores e atitudes humanísticas (18),(19).

Desenvolver o sentimento de empatia em estudantes universitários em cursos da saúde pode ser uma tarefa complicada, mas tornou-se uma necessidade e uma preocupação para as instituições educacionais. Segundo (15) acreditam que deve ser abordada especificamente com atividades de formação ao longo do currículo universitário dos futuros profissionais de saúde. Os alunos têm como modelo aqueles professores que integram à gestão das novas tecnologias científicas um tratamento humanizado integral e cordial, respeitando os tempos e os sentimentos dos alunos e pacientes (20),(21).

Muitos avanços têm sido feitos no processo de articulação entre o ensino e o atendimento humanizado em odontologia no que diz respeito a um melhor preparo dos acadêmicos, principalmente quando se registram mudanças na matriz curricular nos projetos de curso, onde a humanização faz parte consistente do processo geral. No entanto, considera-se que tal processo ainda é frágil devido à falta de políticas estruturadas sobre o tema (22),(23).

Os cursos de odontologia devem ter como foco a formação de um profissional integral, que tenha um excelente preparo técnico-científico, que conheça as tecnologias que o ajudarão em um tratamento mais rápido e de qualidade, mas, acima de tudo, um profissional integral com valores éticos, que tenha formação humanística social e compromisso. Para isso, é necessário que o docente clínico assuma o seu papel de educador, com ferramentas de inteligência emocional, abrangentes com as situações tanto dos pacientes como dos alunos, para que os alunos tenham mais segurança em relação aos seus tratamentos e para que ocorra um tratamento humanizado dos usuários (24),(25).

DISCUSSÃO

Na década de 1970, as competências clínicas básicas de um profissional em saúde incluíam apenas três elementos: conhecimento clínico / técnico, exame físico e habilidades para resolver problemas. As habilidades de comunicação estavam ausentes nessa lista. A comunicação era considerada pela maioria dos profissionais uma habilidade inata, característica do profissional, que não podia ser aprendida e, portanto, não exigia o ensino (26).

Em 1999, a *American Association of Medical Schools* (AAME) observou o que havia sido ensinado até então nas escolas de saúde, estabelecendo que toda faculdade de medicina deveria realizar uma avaliação formal e integral. E era primordial ter uma qualidade na comunicação entre docentes e os seus alunos (7),(27).

Para que ocorra uma humanização na odontologia, é imprescindível a superação de um modelo "operatório-mutilador", por meio de práticas de tratamentos cordiais e integrais. Para isso, é necessário que o futuro dentista adote um novo olhar para seu paciente, considerando os determinantes sociais e pessoais de saúde na realização de cada atendimento odontológico (28).

As práticas e atitudes dos professores são modelos a serem seguidos pelos alunos nas diferentes carreiras. Quando analisamos o modelo educacional praticado nos cursos de odontologia, devemos insistir que os professores busquem para os alunos uma formação humanística, crítica e reflexiva (29),(30).

As habilidades de comunicação fazem parte do trabalho de um bom profissional de saúde. Quando existe uma boa comunicação nas práticas educativas, reafirma-se que os futuros profissionais pratiquem uma atenção humanizada (28).

O Conselho de Credenciamento para Educação Médica dos Estados Unidos exige que as escolas médicas, para serem credenciadas, ensinem habilidades de comunicação formalmente e sujeitas à avaliação em seus programas de graduação e pós-graduação. Atualmente, a comunicação efetiva é considerada uma das competências básicas da educação médica (21),(31).

O ensino da graduação em odontologia ainda se desenvolve de forma tradicional, narrativa e depositária: o professor é considerado o principal responsável por esse processo; as estratégias de ensino-aprendizagem pautam-se em relações excessivamente autoritárias, diminuindo a autoestima e a autoconfiança; e a relação professor-aluno é verticalizada, em que se evidencia certo desprezo pelas habilidades humanísticas (26),(32).

Um dos entraves para a humanização são os critérios de seleção e contratação de professores de odontologia, em que a única exigência é ser especialista em sua área de atuação profissional. Muitos docentes não possuem conhecimento ou experiência suficiente para atuar na área educacional ou pedagógica (21),(24).

A formação dos cursos de graduação em odontologia é excessivamente técnica em detrimento da formação humanística. No entanto, a transformação do processo de formação odontológica, além de necessária, é complexa e dinâmica, o que implica em mudanças nas concepções de saúde, educação e suas práticas. Inclui também mudanças nas relações entre dentistas e pacientes, entre dentistas e outros profissionais de saúde e entre professores e alunos (31).

Os professores que ouvem atentamente os outros, de forma serena e cordial, demonstram aos alunos como fazer um tratamento humanizado. Ao mesmo tempo, estimulam e reforçam o tratamento caloroso para abordagem do paciente pela equipe assistencial. Essas ações contribuem para o estabelecimento de relações interpessoais fortes e, ao final dos procedimentos, tais educadores são reconhecidos pelos pacientes como excelentes profissionais (31),(33).

Além disso, é importante incluir ou incrementar, nos cursos de saúde, atividades lúdicas, sociais e humanísticas ou disciplinas que estimulem os alunos a adotarem atitudes afetuosas e integrais em suas práticas (34),(35).

CONCLUSÕES

Países e instituições educacionais devem direcionar sua legislação para a educação humanizada. Esse processo é contínuo, participativo, permanente e deve ser abraçado pelos professores.

Na busca pela integralidade do cuidado, o processo de mudança deve ser iniciado na instituição formadora. E as pessoas envolvidas (pacientes, professores e alunos) devem orientar esse processo.

Do ponto de vista da formação odontológica, a reestruturação curricular se apresenta como uma oportunidade para discutir a metodologia de ensino na graduação. Esse processo pode gerar uma mudança no sentido de colocar o aluno no centro do processo ensino-aprendizagem, valorizando a humanização em todos os sentidos, respeitando integralmente o paciente.

Os professores devem acompanhar esta transformação curricular, não só melhorando as suas atitudes científicas, mas também realizando uma formação pedagógica. Dessa forma, as relações humanísticas com os alunos serão enriquecidas e estes, seguindo o modelo dos seus professores, utilizarão o modelo com seus pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Não se aplica

REFERÊNCIAS

1. Casate JC, Corrêa AK. **HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE: CONHECIMENTO VEICULADO NA LITERATURA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.** Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(1):105–11.
2. LIMA AA, JESUS DSDE, SILVA TL. **Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2018 Dec;28(3):1–15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300615&lng=pt&tlng=pt
3. Azeredo YN, Schraiber LB. **Violência institucional e humanização em saúde: Apontamentos para o debate.** Ciencia e Saude Coletiva. 2017;22(9):3013–22.
4. Azeredo YN, Schraiber LB. **Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2021;25:1–15. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7yNQT6BTJdFWdTwHqv5Z66x/?lang=pt>
5. Azevedo LDM, Alves da Silva ED, Valtuir Barbosa F, Brito de Oliveira RL. **Humanização no tratamento odontológico.** GEP News. 2017;1(4):53–7.
6. Souza DDO, Maurício JC. **The antimony of the health care humanization proposal.** Saude e Sociedade. 2018;27(2):495–505.
7. Ramos Martínez K, Alfaro Zola LM, Madera Anaya MV, González Martínez F. **Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena.** Revista odontológica mexicana [Internet]. 2018;22(1):8–14. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77035>
8. Rodrigues FL, Torres RG. **Hospitalidade e humanização no atendimento odontológico: A percepção dos pacientes.** Revista Espacios [Internet]. 2017;38(44):11–27. Available from: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n44/a17v38n44p11.pdf>
9. Lozano-González EO. **Significado de la docencia y procesos formativos del profesorado en el área de la salud: Los inicios en la docencia.** Revista Electrónica Educare [Internet]. 2020;24(1):1–21. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=731014>
10. Cavalcanti S, Gonnelli FAS, do Carmo ED. **Utilização Da Simulação Realística Como Ferramenta Pedagógica Para Desenvolver Habilidades Comportamentais De Empatia E Humanização Na Educação Em Odontologia.** Atas de Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753) [Internet]. 2020;9(3):52–9. Available from: https://redib.org/Record/oai_articulo2949751-utilização-da-simulação-realística-como-ferramenta-pedagógica-para-desenvolver-habilidades-comportamentais-de-empatia-e-humanização-na-educação-em-odontologia
11. Oliveira MMS, Farias TMCP, Leao R de S, Costa RTE, Muniz PA, de Moraes SLD. **Aspectos psicossociais relacionados ao paciente desdentado: Uma revisão da literatura.** Revista Eletrônica Acervo Odontológico [Internet]. 2020;1:e2477. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/odontologico/article/view/2477>

12. Bourguignon AM, Baldani MH, Moreira D. **A humanização dos cuidados em saúde bucal: percepções de estudantes de Odontologia.** *Odonto* [Internet]. 2019;27(54):25–35. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/10213>
13. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF e. **A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura.** *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2015;13(1):201–14. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756985012>
14. Grönblom Lundström L, Aasa U, Zhang Y, Sundberg T. **Health care in light of different theories of health—A proposed framework for integrating a social humanistic perspective into health care.** *Journal of Integrative Medicine* [Internet]. 2019 Sep;17(5):321–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2095496419300743>
15. Wang Y, Zhang Y, Liu M, Zhou L, Zhang J, Tao H, et al. **Research on the formation of humanistic care ability in nursing students: A structural equation approach.** *Nurse Education Today* [Internet]. 2020 Mar;86:104315. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691719308500>
16. Cintra PR. **A produção científica sobre docência no ensino superior: uma análise bibliométrica da SciELO Brasil.** *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)* [Internet]. 2018;23(2):567–85. Available from: <https://www.scielo.br/j/aval/a/c5DVTZG5DNnfXnqK7nzDwBh/abstract/?lang=pt>
17. Lozano González EO. **Teacher Formation and Teaching Culture in Everyday School Life at University: The Area of Health Case.** *The International Journal of Humanities Education* [Internet]. 2018;16(1):33–43. Available from: <https://cgscholar.com/bookstore/works/teacher-formation-and-teaching-culture-in-everyday-school-life>
18. de Souza LM, Dias GK dos R, da Silva FL, Perpétuo CL. **Pedagogia Hospitalar: Conceito E Importância Frente Aos Direitos Da Criança Hospitalizada.** *Educere - Revista da Educação da UNIPAR* [Internet]. 2018;18(1):81–92. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/educere/article/view/6797>
19. Gilligan MC, Osterberg LG, Rider EA, Derse AR, Weil AB, Litzelman DK, et al. **Views of institutional leaders on maintaining humanism in today's practice.** *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2019 Oct;102(10):1911–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399119301442>
20. Batista NA, Batista SHSDS. **Educação interprofissional na formação em Saúde: Tecendo redes de práticas e saberes.** *Interface: Communication, Health, Education* [Internet]. 2016;20(56):204–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kh54yfRbjcFfdzmGXj8rP3M/?lang=pt>
21. Forte FDS, Fernandes Pessoa TRR, Morais Freitas CHS, Pereira CAL, Carvalho Junior PM. **Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: O olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS).** *Interface: Communication, Health, Education* [Internet]. 2015;19(c):831–43. Available from: <https://interface.org.br/reorientacao-na-formacao-de-cirurgioes-dentistas-o-olhar-dos-preceptores-sobre-estagios-supervisionados-no-sistema-unico-de-saude-sus/>

22. Faé JM, Silva Junior MF, de Carvalho RB, Esposti CDD, dos Santos Pacheco KT. **A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil.** Revista da ABENO [Internet]. 2016;16(3):7–18. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/286/0>
23. Simão Moraes, G., Almeida Mecca, L. E., Terumi Jitumori, R., Dalmolin, A. C., Huller, D., Stadler Wambier, D., & da Luz Stadler R de C. **A didática no ensino odontológico: percepções de docentes.** Revista da ABENO [Internet]. 2018;18(2):27–36. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/451>
24. Fukuhara M, Castro A, Flores M. **Perfil del docente de práctica clínica en odontología desde la perspectiva del estudiante y del docente de una universidad privada.** Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2018;28(3):144. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552018000300002
25. Lafaurie M, Perdomo A, Tocora J, González MC, Barbosa R. **La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología.** Revista Salud Bosque [Internet]. 2018;8(2):97–105. Available from: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2498>
26. FURLIN N. **a Sociologia Na Educação Superior: Sentidos Produzidos Nas Narrativas De Estudantes De Odontologia Da Universidade Estadual De Maringá.** Educação em Revista [Internet]. 2020;36:1–19. Available from: <https://www.scielo.br/j/edur/a/LsVPgT4MYwrct8hK5T5Tpty/?lang=pt>
27. Schneider A, Andrade J, Tanja-Dijkstra K, Moles DR. **Mental imagery in dentistry: Phenomenology and role in dental anxiety.** Journal of Anxiety Disorders [Internet]. 2018 Aug;58(May):33–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618518300434>
28. Brunetta AA, Hummel do Amaral L. **POTENCIALIDADES DO ENSINO DE SOCIOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC).** Revista desenvolvimento, fronteiras e cidadania [Internet]. 2017;1(1):56–79. Available from: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/fronteracidania/article/download/2171/1706>.
29. Álvarez Loureiro L, Gugelmeier V, Hermida Bruno L. **Cómo aprenden los estudiantes de odontología que cursan el último año de la carrera?** Odontoestomatología [Internet]. 2013;15(21):4–11. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000100002&lng=es
30. Zuluaga MCG, Delgado CM, Cardona Gómez, Natalia, JoseLuis Gutierrez Pineda KAGMoncada. **Manejo de la salud bucal en discapacitados.** Artículo de revisión. Rev CES odont [Internet]. 2017;30 (2):23–36. Available from: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4611/2884>
31. Ferreira LR, Artmann E. **Pronouncements on humanization: Professionals and users in a complex health institution.** Ciencia e Saude Coletiva [Internet]. 2018;23(5):1437–50. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T7kRmxV7k8xCP4CgHMyxCDr/?lang=en&format=pdf>
32. Rancich AM, Donato M, Gelpi RJ. **Relación docente-alumno: percepción de incidentes moralmente incorrectos.** Persona y Bioética [Internet]. 2015;19(2):319–29. Available from:

<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/5160/html>

33. Venancio MMR, de Souza VLT. **Humanização e docência crítica: a arte como mediação na formação inicial docente.** Revista de Educação PUC-Campinas [Internet]. 2018;23(2):175. Available from: https://www.researchgate.net/publication/325910968_Humanizacao_e_docencia_critica_a_a_rte_como_mediacao_na_formacao_inicial_docente_Humanization_and_critical_teaching_art_as_mediation_in_initial_teacher_training
34. Araujo RAS de, Ribeiro M do C de O, Sobral ALO, Faro A. **El uso de actividades lúdicas en el proceso de humanización en ambiente hospitalario pediátrico : relato de experiencia.** Revista de Extensão da UFMG, [Internet]. 2017;5(1):173–9. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VqQZ1pwYdiwJ:https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/download/19000/16015/+&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=co&client=safari>
35. Briones González MJ, Esquivel Hernández R, Ruiz Rodríguez M del S, Moncada Mendoza MT, Pozos Guillén A de J, Garrocho Rangel JA. **La sala lúdica: un complemento de la Clínica Dental Pediátrica Universitaria.** Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2016;73(1):44–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od161j.pdf>

IMPACTO DA FORMAÇÃO CONTINUADA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM TEMPOS DE COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mara G. B. L. Ferreira*¹;

Erica T. A. Lima¹;

Michael F. Machado¹;

Divanise S. Correia¹;

Maria G. M. M. Taveira¹.

¹Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil.

[*mara_gabriela@hotmail.com](mailto:mara_gabriela@hotmail.com).

RESUMO

A formação continuada para profissionais de saúde possui um potencial modificador do processo de intervenção em seus ambientes de trabalho. Essa capacidade de melhoria é verificada em situações desafiadoras. Encontrar métodos que possam contornar a situação é uma capacidade extremamente significativa na vida de qualquer profissional, especialmente em áreas prioritárias. Dentre as diversas formações alocadas na saúde, o enfermeiro possui destaque sendo solicitado na composição de equipes multidisciplinares nas rotinas de trabalho do SUS. Assim, por meio desse relato de experiência foi possível demonstrar a associação entre pós-graduação, profissionais de saúde e intervenção em tempos de COVID-19.

Palavras-chave: pós-graduação, profissionais da saúde, intervenções comunitárias



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

A formação de profissionais da saúde no Brasil, sobretudo no âmbito da pós-graduação, ainda é um dos principais desafios da atualidade (1) no que tange os ideais de aperfeiçoamento dos diversos profissionais do setor. Nesse sentido, é de suma importância que o desenvolvimento de programas que facilitem e/ou permitam o acesso dos trabalhadores da área da saúde aos cursos de pós-graduação possa ser cada vez mais estimulado, seja por instituições públicas ou de cunho privado. O crescimento significativo das ofertas de cursos de pós-graduação, especialmente, e de mestrados profissionais votados para a área da saúde coletiva e atenção à saúde tem sido um fato cada vez mais notório e benéfico aos acadêmicos matriculados (2) e eventuais egressos.

Alinhado a esse cenário, o Mestrado profissional em saúde da Família (PROFSAÚDE) surgiu em 2016 amparado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e atualmente é oferecido por uma rede de 22 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), visando atender a expansão da graduação e da pós-graduação em todo o território nacional (3). Ancorando-se pedagogicamente nas metodologias ativas, o programa proporciona inúmeras contribuições na formação permanente e na prática-ação dos profissionais da saúde que tiveram essa oportunidade, por meio do aprimoramento de suas técnicas e habilidades, favorecendo a qualidade dos contatos com os usuários da atenção primária e ampliando a melhoria e a resolutividade dos atendimentos.

A situação provocada pela pandemia da COVID-19 foi uma ocasião de numerosos desafios em todos os aspectos, sobretudo no âmbito da procura por serviços de saúde e orientações correlatas que proporcionassem um acompanhamento satisfatório dos pacientes e demais cidadãos que necessitassem de um serviço mais direcionado liderado por profissionais capacitados. São nesses momentos que uma formação focada em metodologia ativa faz toda diferença, pois as ações que podem ser trabalhadas são aprimoradas por expertises acadêmicas diferenciais capazes de conciliar temáticas tão atuais quanto a pandemia da COVID-19, com políticas consagradas do Sistema Único de Saúde (SUS) como o Programa de Saúde nas Escolas (PSE).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

As atividades de intervenção desenvolvidas tiveram como tema: Estratégias para a efetivação do PSE em tempos de COVID-19. Tiveram como contexto o momento de pandemia da COVID-19 e os desafios inerentes, tais como o distanciamento social e a conciliação entre calendário escolar e aulas remotas e presenciais. O foco sempre se manteve em valorizar as ações conjuntas com os alunos de modo que eles se tornassem participantes ativos do processo e não apenas espectadores passivos da intervenção. O objetivo da ação consistiu em promover o acesso a informações de qualidade em meio a uma disseminação por veículos digitais e mídias sociais de conteúdos inverídicos.

A proposta de intervenção envolveu os profissionais da ESF Branca II e os profissionais e estudantes da Escola Municipal Dr. João Carlos, pertencentes ao município de Atalaia, Alagoas, Brasil. As atividades seriam desenvolvidas por meio remoto a partir de encontros virtuais, os assuntos abordados estimulariam o pensamento crítico nas ações estudantis frente os cuidados com a saúde pessoal e coletiva preconizados no PSE. No entanto, por ocasião do retorno das aulas na modalidade presencial, bem como o aparecimento de intercorrências relacionadas ao período de readaptação dos alunos e docentes ao cenário presencial e atitudes sanitárias obrigatórias, a intervenção não pôde ser concluída, sendo discutida posteriormente alternativas de abordagens futuras.

É conveniente salientar que tal intervenção é reflexo direto dos conhecimentos adquiridos por meio das disciplinas ao longo do curso do mestrado profissional, tornando-se exemplo de uma manifestação concreta da capacidade de conversão da teoria em prática de modo dinâmico e contínuo. Cada disciplina ministrada apresentou seu potencial de aplicação no contexto real, indo além das bases de informações conceituais, abrindo espaço para modificações significativas nos territórios aplicados e para a população que nelas vivem. A observação do plano de saúde municipal (4) (5), que possibilitou o entendimento das realidades locais junto as Unidades Básicas de Saúde - UBS, pode exemplificar perfeitamente uma iniciativa originada nas disciplinas do mestrado e que apresentou repercussões positivas tanto para os estudantes quanto para os cidadãos.

O mestrado profissional proporciona uma legítima oportunidade de aprofundamento prático e concreto dos saberes e habilidades aprendidas e desenvolvidas ao longo do curso. O cenário mundial imposto pela pandemia da COVID-19, por exemplo, em vez de se manifestar

como um obstáculo limitante das abordagens profissionais da área da saúde e dos profissionais mestrandos, se tornou objeto de estudo e proporcionou a criação de trabalhos apresentados e publicados como forma de divulgação das experiências nos territórios, como as estratégias de enfrentamento da COVID-19, tendo como perspectiva a atenção primária de saúde (6).

A potencialidade dessas intervenções foi material para a construção de outras publicações que tiveram reconhecimento para a comunidade acadêmica de modo a serem convertidos em mais matérias pertencentes à literatura científica apresentados em eventos de caráter nacional e internacional, com publicações versando sobre temáticas atuais de caráter epidemiológico como relatos de experiência sobre testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (7) e sobre a utilização da plataforma Google Forms para vigilância de Cobertura Vacinal (8), trabalhos voltados para a divulgação científica no âmbito da atuação em uma Estratégia de Saúde da Família (9), relato de experiência de representação municipal no controle social de profissional de saúde (10), entre outros.

Além da própria motivação ao contínuo processo de inovação em qualidade de atendimento junto aos programas de pré-natal, por meio do Circuito Eu sou SUS (11) fruto de qualificação oriunda do mestrado profissional e cujo reconhecimento internacional veio por meio de premiação concedida pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Esses exemplos mostram a capacidade do mestrado profissional possui em modificar a realidade do mestrando trabalhador, e este, por sua vez, ao adquirir tal expertise, também transforma a vida dos usuários dos serviços ofertados por ele em um ciclo harmonioso de eficiência e produtividade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações oriundas dos conhecimentos obtidos ao longo da formação do mestrado profissional possuem um potencial de incrementar consideravelmente oportunidades de motivar e exercitar a criticidade dos acadêmicos. Tais momentos permitem que a comunidade local, e em especial os estudantes, encontrem nas propostas em saúde uma forma de melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças (12). É notório que o potencial de transformação comportamental por meio de atividades de extensão pode gerar uma modificação plena da realidade dos envolvidos (13). As ações desenvolvidas durante o mestrado profissional vão ao encontro dessas premissas e são exemplos atuais de como é

possível contornar crises imprevistas por meio de tecnologias digitais (14) e metodologias ativas voltadas para a educação básica e temáticas de saúde (15) por exemplo, gerando uma parceria multiprofissional com pilares na educação e na saúde coletiva.

O planejamento estratégico, extremamente necessário para o enfrentamento de situações adversas, bem como para o aprimoramento das atividades de rotina, também é um aspecto trabalhado fortemente na formação do profissional enfermeiro que ingressa em um mestrado profissional como o PROFSAÚDE, visto que a modificação na conduta do enfermeiro com essa formação se reflete em uma ampliação das possibilidades de atuações que o mesmo poderá vislumbrar para enfrentar uma demanda que exija uma intervenção mais complexa e elaborada. Assim o planejamento estratégico aparece como uma diferencial precioso para o manejo de situações conflitantes (16).

O enfermeiro está entre os profissionais da saúde que mais sentem o impacto transformadores que uma crise sanitária pode gerar no sistema de saúde como um todo. E tal impasse foi concretizado durante a pandemia do COVID-19 em todos os lugares, sendo um dos principais grupos infectados junto com os médicos e carecendo do apoio inclusive de estudantes da graduação por meio da composição da chamada linha de frente de enfrentamento à pandemia (17). Soma-se ao contexto, a interrupção parcial ou total de políticas de saúde não emergenciais, como o PSE, para que todos os instrumentos e recursos humanos e materiais disponíveis fossem obrigatoriamente concentrados em atender, nas emergências e demais localidades, prioritariamente pacientes com sintomas respiratórios, uma vez que o espectro clínico da COVID-19 é altamente variável (18) como consequência direta da crescente demanda de pacientes graves infectados pelo vírus SARS-Cov-2 responsável pela COVID-19.

Essa situação é extremamente comprometedoras desmotivando qualquer iniciativa que um profissional enfermeiro pudesse ter em realizar atividades de intervenção ou que extrapolassem ainda mais suas funções já sobrecarregadas em meio aos constantes entraves, como carências de insumos, falta de estabilidade laboral, ritmo de trabalho intensificados (19) e restrições provocados pelas ondas de paralizações. O que torna uma atuação bem-sucedida ainda mais preciosa visto que na fase crítica da pandemia decretada mundialmente no dia 11 de março de 2020 (20) muitas paralizações foram decretadas, especialmente as entidades de ensino que, em um primeiro momento suspenderam completamente suas atividades em todos os níveis.

É pertinente ressaltar que a transformação do perfil do enfermeiro após uma formação continuada, como um mestrado profissional, surge como divisor de águas na capacidade intervencionais que esse trabalhador da saúde irá desempenhar a partir de sua titulação, com propósitos de mudanças em sua prática cotidiana (21) por meio da implementação de projetos e parcerias exitosas. É fundamental que o enfermeiro esteja constantemente buscando formas de capacitação e treinamento com o objetivo de melhorar seu desempenho pessoal e colaborativo permitindo que sejam identificadas com precisão as reais necessidades dos pacientes e organizar o cuidado a ser dispensado a ele de modo adequado e proporcional (22). Um profissional comprometido com convicções éticas-político será fortemente beneficiado com numerosas oportunidades proporcionadas pelas formações em cursos de pós-graduação que existem na área da saúde.

CONCLUSÃO

Na formação continuada, especialmente em um mestrado profissional em saúde, o acadêmico egresso possui um compromisso e um dever de retribuir o somatório de conhecimentos adquiridos durante o curso na forma de benefícios para a população assistida. É uma verdadeira satisfação observar o êxito de uma intervenção planejada a partir dos saberes e habilidades adquiridas ao longo do curso e que se somam ao já possuído durante a formação inicial. Além disso, os resultados de cada ação se mostram gratificantes em todas as frentes consideradas comungando com os conhecimentos que são gerados com as parcerias e contatos com outras áreas da sociedade. Muitos são os dilemas a serem superados para lograr sucesso nesses projetos, especialmente a partir da perspectiva do enfermeiro que atua diariamente em distintas realidades nem sempre favoráveis para o cumprimento básico de suas funções e que por tais situações se encontra desmotivado a indagar a possibilidade de um aprofundamento acadêmico, como um mestrado profissional, por exemplo.

O monitoramento das ações realizadas no cotidiano de trabalho nas UBS, de modo a sempre construir uma rotina de avaliação e aprimoramento de condutas, bem como um controle mais efetivo e atualizado das diversas situações apresentadas diariamente nas atribuições do profissional enfermeiro. O Mestrado profissional possibilitou uma preparação diferenciada na medida em que a aplicação dos conteúdos ministrados se fazia possível de modo imediato, visto que as realidades do ambiente de trabalho já se apresentavam coerentes

com o que se estava aprendendo com uma precisão instantânea, gerando intervenções assertivas.

Assim, estima-se que cada vez mais os resultados obtidos com a formação continuada possam incentivar um número crescente de profissionais a aderirem aos cursos de pós-graduação como PROFSAÚDE e se tornarem agentes ativos de transformação da realidade e benefício comunitário. Cabe aos futuros ingressantes em programas com esse perfil manterem viva essa mentalidade transformadora de hábitos e comportamentos em prol do bem-estar geral e da qualidade de saúde e educação nacional.

Agradecimentos

Não se aplica

REFERÊNCIAS

1. Engstrom EM, Hortale VA, Moreira COF. **Trajetória profissional de egressos de Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Município de Rio de Janeiro, Brasil: estudo avaliativo.** Ciênc Saúde Coletiva. 2020; 25:1269–80.
2. Engstrom E, Hortale VA, Moreira COF. **Trajetória profissional de egressos de curso de mestrado profissional em atenção primária em saúde.** 2018;
3. Manual do (a) Mestrando (a) do PROFSAÚDE | **ProfSaúde** [Internet]. [citado 10 de junho de 2022]. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/manual-mestrando-profsaude>.
4. Prefeitura Municipal De Atalaia. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.** 2022.
5. Prefeitura Municipal De Neópolis. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.** 2018.
6. **Covid-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)** [Internet]. ProfSaúde. 2021 [citado 9 de julho de 2022]. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/publicacao/covid-19-atencao-primaria-experiencias-territorios-rede-profsaude>.
7. de Lucena Ferreira MGB, Santos R, dos Santos Barbosa TC, da Silva LR, Macedo LMM, de Lucena MLF, et al. **Abordagem de organização facilitada para otimização de testes rápidos de detecção de infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência.** Rev APS. 2022;25.
8. Lima ETA, Taveira, MGMM. **Utilização da Plataforma Google Forms para vigilância de Cobertura Vacinal: experiência de uma equipe de Saúde da Família.** In: Anais do 15º Congresso

- Internacional da Rede Unida; 2022 jun 16-19; Espírito Santo, Brasil. Porto Alegre: Editora Rede Unida; No Prelo 2022 (Revista Saúde em Redes, v. 8, supl. 3).
9. de Lucena Ferreira MGB, dos Santos RC, dos Santos Barbosa TC, da Silva LR, Araújo HM dos SS, de Lucena MLF, et al. **“Café com Ciência”: trabalhando a educação permanente no âmbito de uma Estratégia Saúde da Família.** Rev APS. 2021;24.
 10. Lima ETA, Taveira, MGMM. **Exercício do Controle Social: um relato de experiência de uma profissional de saúde.** In: Anais do 15º Congresso Internacional da Rede Unida; 2022 jun 16-19; Espírito Santo, Brasil. Porto Alegre: Editora Rede Unida; No Prelo 2022 (Revista Saúde em Redes, v. 8, supl. 3).
 11. **Circuito Eu Sou SUS – Pré-Natal: Uma estratégia para fortalecer a adesão ao pré-natal** [Internet]. APSREDES - Inovação na Gestão do SUS. 2020 [citado 15 de julho de 2022]. Disponível em: <https://apsredes.org/circuito-eu-sou-sus/>.
 12. Piantino CB, Vanin AC, Vieira M, Souza DHI. **Propostas de ações educativas no ambiente escolar como prática de promoção da saúde.** Ciênc Prax. 2018;11(21):107–10.
 13. Castro TPPG, Alves BRP, Castro MTPG, de Almeida Porto VF. **Promoção de saúde para docentes de escolas públicas: experiência da extensão universitária.** Rev Portal Saúde E Soc. 2020;5(3):1543–51.
 14. Sousa RP de, Moita F da, Carvalho ABG. **Tecnologias digitais na educação.** Eduepb; 2011.
 15. Paiva MRF, Parente JRF, Brandão IR, Queiroz AHB. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa.** SANARE-Rev Políticas Públicas. 2016;15(2).
 16. Giovanella L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** Cad Saúde Pública. 1990; 6:129–53.
 17. Franzoi MAH, Cauduro FLF. **Atuação de estudantes de enfermagem na pandemia de Covid-19.** Cogitare Enferm. 2020;25.
 18. Loureiro CMC, Serra JPC, Loureiro BMC, Souza TDM de, Góes TM, Neto J de SA, et al. **Alterações Pulmonares na COVID-19.** Rev Científica Hosp St Izabel. 27 de agosto de 2020;4(2):89–99.
 19. Souza NVD de O, Carvalho EC, Soares SSS, Varella TCMY, Pereira SRM, Andrade KBS de. **Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores.** Rev Gaucha Enferm. 2021;42.
 20. Spohr M. **Tempos de pandemia.** Estud Históricos Rio Jan. 2021; 34:235–8.
 21. Backes VMS, Cartana M do HF, Carraro TE, Martendal M, Rosso EG. **Impactos gerados pela formação continuada de enfermeiros especialistas em projetos assistenciais.** Texto Contexto Enferm. 2003;538–43.
 22. Lucas MG, Oliveira ÉBC de, Oliveira IC de, Basseto M, Machado RC. **Impacto de uma capacitação para enfermeiros acerca da assistência no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Rev SOBECC. 10 de julho de 2018;23(2):89–95.

O ENSINO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Maryelle F. Barros^{1*};

Érica P. O. Tavares²;

Waldemar A. das Neves Junior³.

¹ Universidade Federal de Alagoas (UFAL);

[*maryelle.barros@famed.ufal.br](mailto:maryelle.barros@famed.ufal.br).



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

Para se discutir sobre Atenção Primária à Saúde faz-se necessário conhecer de que forma a promoção em saúde pode ser aplicada e utilizada de forma correta. Deste modo, os conhecimentos sobre relações étnico-raciais e a saúde da população negra devem estar presentes desde o início da formação médica. Nesta pesquisa, foi aplicado um questionário para analisar o processo de discriminação racial na formação médica com estudantes de uma universidade pública. A premissa da inserção de pautas que abordem a discriminação racial no currículo médico torna-se imperativo quando o objetivo é combater as iniquidades de saúde enfrentadas pela população negra.

Palavras-chaves: discriminação racial, saúde da população negra, promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A educação se constitui como um dos principais mecanismos para a transformação de um povo e é papel das Instituições de ensino, fomentar de forma democrática e estarem comprometidas com a promoção do ser humano na sua integralidade, como também estimular a formação de valores, hábitos e comportamentos que respeitem as diferenças e as características próprias de grupos e minorias.¹

A Promoção e a Proteção da Saúde é um dos pilares que conceituam a Atenção Primária à Saúde (APS).² A Promoção à Saúde pode ser considerada como o conjunto de programas e planos que visam promover a saúde, reduzir os riscos e vulnerabilidades que acometem indivíduos a partir dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.²

E é nesta perspectiva que se devemos considerar o que está disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino da História e Cultura Afro-brasileira e Africana (DCNERER)³, que orienta as instituições a inclusão de conteúdos de disciplinas e atividades curriculares dos diferentes cursos de saúde para a inserção das questões étnico-raciais, bem como a Política de Saúde Integral da População Negra do SUS (PNSIPN).

Deste modo, faz-se relevante no processo formativo a discussão das políticas públicas na APS, principalmente a PNSIPN, para que gestores/as e cidadãos/os comuns possam contribuir para a melhoria das condições da saúde dessa população e à compreensão de suas vulnerabilidades.⁴ Daí a necessidade de inclusão da temática racial nos processos formativos em saúde, sob a perspectiva de se permitir o desenvolvimento de ações que, desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades desta população.

A saúde da população negra pode ser afetada em diversas esferas sociais. Quando voltadas para a esfera acadêmica de ensino e educação em saúde, tanto dentro do contexto de um hospital escola quanto na comunidade, o/a usuário/a pode sofrer discriminação por seus semelhantes, por estudantes da área da saúde e pelos próprios profissionais que o/a atendem. A fim de compreender como este processo de discriminação racial pode vir a ocorrer e se perpetuar na formação médica, esta pesquisa se propõe analisar na perspectiva dos/as

estudantes sobre como o racismo e a discriminação racial se desenvolvem dentro do curso de medicina de uma universidade pública.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

O referido trabalho se trata de uma análise descritiva de um estudo observacional do tipo transversal. A coleta dos dados foi composta pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em seguida a aplicação do questionário estruturado aos discentes do curso de Medicina de uma faculdade pública.

Os dados foram coletados usando a plataforma digital de Formulários do Google. Sendo o instrumento da pesquisa constituído pela seção 01, que continha o perfil com as variáveis sociodemográficas dos/as participantes, como idade, raça/cor, gênero, nacionalidade, prática religiosa e período em que estão cursando. Já na seção 02, estava contido o questionário que era disposto de assertivas que tentam identificar o processo de discriminação racial no ambiente acadêmico e na formação do médica, seja em relação entre: os/as estudantes, currículo, professores/as e usuários/as. Foi utilizada a escala de Likert variando de: (1) concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) discordo parcialmente e (4) discordo totalmente.

Posteriormente, as assertivas foram analisadas qualitativamente e categorizadas de acordo com Malheiros.⁵ Ao final os dados foram computados, categorizados e analisados descritivamente utilizando os sites de Documentos e Planilhas do Google, além dos aplicativos Word e Excel da Microsoft. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o CAEE nº 48057321.4.0000.5013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 123 participantes, 44,72% se autodeclararam brancos, 38,21% pardos e 14,63% negros. Sobre a idade, 66,67% se encaixavam na faixa etária de 17-24 anos, 27,64% de 25-30 anos, 4,88% de 31-40 anos e apenas 0,81% de 41-50 anos. Desse total, 43,09% eram homens cis, 56,10% eram mulheres cis e 0,81% não binário. Quando perguntados sobre a religião, 34,96% se diziam católicos, 23,58% agnósticos, 15,45% evangélicos, 8,94% ateus, 5,69% espíritas, 3,25% não tinham nenhuma religião, 2,44% cristãos e 0,81% pertenciam a outras religiões como: budismo, candomblé, mórmon, santo daime, teísta, umbandista.

No decorrer da pesquisa, foram identificados pontos de divergência entre as avaliações dos/as participantes sobre os objetivos de promover a saúde da população negra na prática clínica e como ainda são observadas as situações de discriminação racial. Esse ponto expressa a necessidade da inserção da temática da saúde da população negra desde o início da formação médica, para que conceitos como promoção de saúde sejam basilares na prática clínica, colaborando com o bem-estar das pessoas negras.

Esses pontos puderam ser observados nas seguintes assertivas do questionário estruturado: “É importante aprender sobre saúde da população negra e seus determinantes sociais de saúde no curso” onde 99% dos voluntários da pesquisa responderam que concordavam e somente 1% discordavam (figura 01). Já em outra assertiva que corrobora com a perspectiva de que os “Usuário/a s negros/as enfrentam desigualdades sociais relevantes para prática clínica”, 90% dos/as participantes concordaram totalmente e 7% concordaram parcialmente, enquanto somente 3% discordaram sobre esta afirmativa (figura 01). Deste modo, é notório que os/as participantes que responderam concordam que existem dificuldades em driblar as situações de desigualdades sociais tanto na prática clínica para a saúde quanto na interação do profissional de saúde para o atendimento da população negra, bem como de sua relevância durante a formação médica.

Figura 01: Assertiva - Saúde da população negra e Desigualdade social



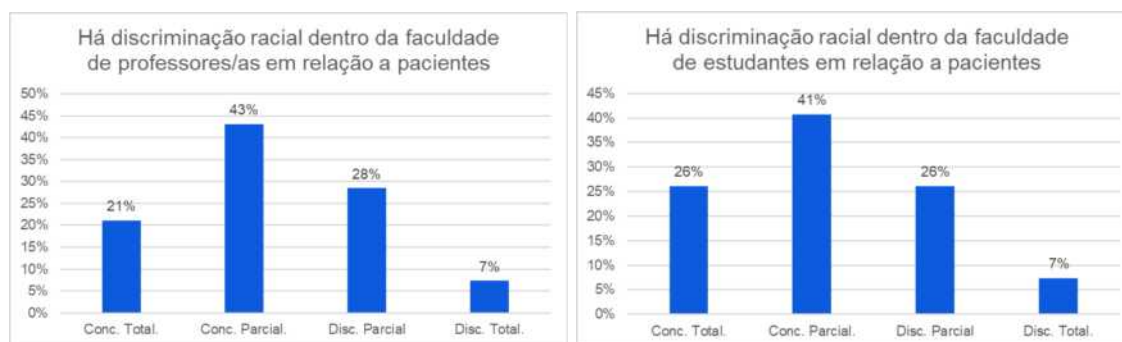
Fonte: autores

Em contrapartida, 64% dos participantes concordaram que os professores do ensino médico cometem atos de discriminação contra seus usuários/as, de acordo com a assertiva: “Há discriminação racial dentro da faculdade de professores/as em relação aos usuários/as” (figura 02). Como também na assertiva que fala: “Há discriminação racial dentro da faculdade

de estudantes em relação aos usuários/as”, 67% concordaram que existe tal discriminação e somente 33% disseram que não (figura 02).

Já na Figura 02 abaixo ao analisarmos as assertivas: “*Há discriminação racial dentro da faculdade de professores/as em relação aos usuários/as*”, percebemos que em contrapartida, 64% dos participantes concordaram que existem atos de discriminação por parte de docentes com relação aos/as usuários/as dentro do ensino médico (figura 02). Percebemos que este processo também ocorre da mesma forma com os/as discentes, quando na assertiva se afirmar que: “*Há discriminação racial dentro da faculdade de estudantes em relação aos usuários/as*”. Cerca de 76% concordaram dos/as participantes responderam que existe tal discriminação e somente 24% disseram que não (figura 02).

Figura 02: Assertiva: Discriminação de professores/as e estudantes versus usuários/as



Fonte: autores.

Portanto, devemos ter em mente que inicialmente da atenção básica se baseava no modelo tradicional intervencionista, e que agora a perspectiva em se propor estratégias com o objetivo de promoção de saúde são fundamentais para diminuir e/ou evitar que este tipo de discriminação ocorra tanto dentro da faculdade quanto dentro dos cenários de práticas com os/as usuários/as da população negra.⁶ Infelizmente, alguns profissionais ainda seguem essa metodologia tradicional em sua prática, o que dificulta o entendimento e a aplicação do modelo da atenção primária e promoção em saúde. Segundo o filósofo e jurista Sílvio de Almeida, “O racismo se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica”.⁷ No caso da saúde, existe uma notória falta de investimento nessas políticas, seja econômico, seja de controle ou fiscalização.⁸

CONCLUSÃO

A inserção de pautas que abordam a discriminação racial no currículo médico torna-se imperativo quando o objetivo é combater as iniquidades de saúde enfrentadas pela população negra. A não inclusão de discussão dessas questões na educação médica tornam os espaços acadêmicos e os cenários de práticas propícios para perpetuação da discriminação racial, o que aumentam o preconceito com a população negra e não resulta numa formação médica antirracista e que promova uma atenção e cuidado à saúde desta população.

A relevância as inserção na matriz curricular de questões étnico-raciais e das políticas públicas da saúde da população negra que podem ser integradas nas diferentes faces dimensões dentro do curso médico, como por exemplo no tripé acadêmico ensino, pesquisa e extensão. Desta forma, poderemos contribuir e preparar o estudante de medicina para um desenvolvimento e reflexão individual diferenciada, refletir sobre questões sobre privilégios e raça para além da sua perspectiva biológica na sua futura atuação como médico, mas também no saber reconhecer e driblar as nuances da discriminação racial presentes no seu cotidiano e dia a dia.

Portanto, a inserção de questões Étnico-Raciais, em uma narrativa de discussão positiva sobre a cultura e saúde da População Negra podem oferecer condições de formação profissional que possibilitem os/as estudantes desenvolver competências para o enfrentamento das necessidades de saúde da população negra e o entendimento de suas singularidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Educação (CNE). **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.** [online]. Aprovado em 10/3/2004. [Acesso em 29 jul 2022]. Disponível em: https://download.inep.gov.br/publicacoes/diversas/temas_interdisciplinares/diretrizes_curriculares_nacionais_para_a_educacao_das_relacoes_etnico_raciais_e_para_o_ensino_de_historia_e_cultura_afro_brasileira_e_africana.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online] (Série E. Legislação em Saúde). [Acesso em 29 jul 2022]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

3. Castro TPPG, Monteiro VCQ, Martins HA, Coutinho WL. **Sintomas vocais e queixas associadas ao trabalho de professores em escolas públicas**. Rev. Port. Saúde e Sociedade [periódico da internet]. 2020 [citado 2020 nov. 20]; 5(1):1340-5.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. [online] Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [Acesso em 30 jul 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. [online] 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. [Acesso em 29 jul 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
6. Malheiros, Bruno Taranto. **Metodologia da pesquisa em educação/Bruno Taranto Malheiros**. – Rio de Janeiro: LTC, 2ed. 2011.
7. Perreault, M., Rios, É., Lisboa, L. V., Alencar, B. M., Passos, S., Ferreira, A. F., ... & Sá, K. N. (2016). **Programa de saúde da família no Brasil: Reflexões críticas à luz da promoção de saúde**. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 5(1). [Acesso em 29 jul 2022]. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/897>
8. Almeida, S. (2019). **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA.
9. Lages, S. R. C., Silva, A. M. D., Silva, D. P. D., Damas, J. M., & Jesus, M. A. D. (2017). **O preconceito racial como determinante social da saúde-a invisibilidade da anemia falciforme**. [online]. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 109-122. [Acesso em 29 jul 2022]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202017000100011

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE TRABALHADORES RURAIS QUE DESENVOLVERAM COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO

Maria C. C. da Silva*¹;

Clécia R. Santos²;

Aíris B. de Lima² Beatriz D. Silva²;

Karol F. de Farias²;

Meirielly K. H. da Silva².

¹Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca;

²Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca;

*criscavacalcante1998@gmail.com

RESUMO

A pandemia trouxe impactos não apenas nos grandes centros urbanos, mas também na zona rural. Assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico de trabalhadores rurais que desenvolveram COVID-19 no município de Arapiraca/AL. Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e corte transversal desenvolvido em 4 Unidades Básicas de Saúde no período de 10 a 17/03/2022. Foram analisados o perfil de 47 trabalhadores, chegando-se ao seguinte resultado: sexo feminino (61,7%), entre 41-50 anos (27,8%), parda (57,4%), casado (60,4%), ensino fundamental incompleto (68%) e renda de até 1 salário

mínimo (57,4%).

Palavras-chave: Trabalhadores Rurais, COVID-19, Atenção Primária à Saúde.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



INTRODUÇÃO

Arapiraca, o segundo maior município do agreste de Alagoas, com aproximadamente 230 mil habitantes, tem sua economia baseada na agricultura e fumicultura. A plantação de fumo, fumicultura, ajudou a consolidar a cidade e, posteriormente, o plantio de outros produtos foi incentivado pelo projeto “Cinturão Verde” que, hoje, movimenta cerca de 50 milhões de reais por ano(1). O município apresenta uma cobertura de 96,77% da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), porta de entrada para a Atenção Primária à Saúde (APS) (2), oferecendo atendimento multiprofissional para a população quanto à promoção de saúde, prevenção e reabilitação de doenças e agravos.

A expansão da cobertura da ESF é de grande relevância na oferta e avaliação da atenção ofertada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando aliada a ferramentas como a Vigilância Epidemiológica (VE), facilitando a identificação de determinantes do processo saúde-doença e de problemas prioritários, além de fortalecer o controle de tais doenças/agravos(3). Neste sentido, as pesquisas científicas também se apresentam como valiosos recursos da VE, auxiliando na tomada de decisões dentro da APS, com potencial para trazer melhorias ao serviço, além de aproximar pesquisadores acadêmicos da atenção básica(4).

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi recentemente descoberto e responsabilizado pela doença infecciosa (COVID-19) que surgiu na China em 2019, o qual causou muitas mortes no mundo, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar situação de pandemia em 11 de março de 2020. Em torno de 80,9% dos pacientes que foram infectados apresentaram sintomas leves a moderados, enquanto 1% cursaram com quadro assintomático. Porém, em torno de 18% evoluíram para casos graves, necessitando de atendimento médico e/ou internação (5).

No mesmo ano, Alagoas registrou por dia 24 óbitos e 4,5 mil novos casos. Tal cenário foi alterado apenas após o início das campanhas de vacinação, momento em que observou-se a redução da taxa de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por COVID-19. Assim como em várias cidades brasileiras, Arapiraca/AL, que necessitou da abertura de novos leitos de UTI especializados em infecções respiratórias no início da pandemia, mostrou redução

para 30% entre os dias 02 e 08 de janeiro de 2022 (5), refletindo a redução da sobrecarga hospitalar e o sucesso no controle deste agravo por meio do avanço da vacinação.

A pandemia pelo SARS CoV-2 trouxe impactos não apenas nos centros urbanos, mas também na zona rural. No campo, milhões de pessoas estão se arriscando, principalmente trabalhadores rurais e produtores para garantir o alimento da população, por isso é essencial informar e se preocupar com as condições adequadas de trabalho, saúde e higiene no campo, seja pelas empresas ou pela atenção primária de saúde (6). O cenário de vulnerabilidade dos trabalhadores rurais, durante a pandemia, vai além das condições econômicas e desemprego, principalmente quando retratados pela desigualdade de acesso aos serviços públicos. Dessa forma, é necessário identificar o perfil e as necessidades desses trabalhadores, com a finalidade de prestar uma assistência à saúde congruente com as características socioculturais desta população.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico de trabalhadores rurais que desenvolveram COVID-19 no município de Arapiraca - AL.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional de caráter quantitativo e corte transversal, realizado com trabalhadores rurais e seus familiares que tiveram COVID-19 que residem na zona rural de Arapiraca-AL. Considerou-se como critérios de inclusão os trabalhadores rurais e seus familiares com idade ≥ 18 anos, que residem na área de abrangência de 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas (UBS Batingas, UBS Pau D'arco, UBS Bananeira e UBS Capim), que tiveram COVID-19 confirmada por algum método diagnóstico ou pelo critério clínico-epidemiológico e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que realizaram tratamento quimioterápico e radiológico nos últimos 3 meses.

O questionário foi aplicado presencialmente no período de 10/03/2022 a 17/03/2022, usando as UBS selecionadas como porta de entrada para acesso aos trabalhadores rurais, por meio das Enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde, seguindo os protocolos de Biossegurança recomendados contra a COVID-19.

Os dados obtidos foram armazenados e analisados em planilhas do Microsoft Excel. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do parecer:

4.482.481 e possui anuência do gestor municipal para sua execução, obedecendo a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 47 trabalhadores rurais e todos afirmaram ter desenvolvido a COVID-19, quer seja por confirmação clínico-epidemiológica ou por métodos diagnósticos. Estes trabalhadores são residentes na área de abrangência da UBS Bananeiras (31,4%; n:15), UBS Capim (25,5%; n: 12), UBS Batingas (21,6%; n:10) e UBS Pau d'Arco (21,6%; n: 10). Considerando o perfil epidemiológico destes trabalhadores rurais, apresentado no Quadro 1, é possível perceber uma maior prevalência de COVID-19 em trabalhadoras rurais do sexo feminino (61,7%; n: 29), corroborando com alguns estudos que destacam a predominância do sexo feminino na agricultura, em oposição à maioria das pesquisas que apresentam a dominância de homens nesta atividade laboral (6, 7, 9). Assim, percebe-se que a mulher tem garantido papel representativo na agricultura, assegurando sua autonomia econômica também nessa área, ressaltando porém a necessidade de um olhar atento para este público, considerando a sobreposição de vulnerabilidades as quais a mulher se expõe, incluindo a COVID-19 (8).

Quadro 1. Descrição do perfil epidemiológico dos trabalhadores rurais que desenvolveram COVID-19 em Arapiraca, Alagoas, Brasil.

Variáveis	Frequência (F)	%
UBS		
Batingas	10	21,6
Pau d'arco	10	21,6
Bananeiras	15	31,4
Capim	12	25,5

Sexo		
Masculino	18	38,3
Feminino	29	61,7
Faixa Etária		
18-30 anos	2	5,6
31-40 anos	10	20,4
41-50 anos	14	27,8
51-60 anos	11	22,2
61-70 anos	6	13
71-80 anos	3	7,4
Mais de 81	1	3,7
Raça/cor		
Branco	11	23,4
Negro	9	19,1
Pardo	27	57,4
Estado Civil		
Solteiro	4	9,4
Casado	31	60,4
Viúvo	4	6,4
Divorciado	3	7,4
Separado	1	3,8
União estável	4	7,5
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	32	68,0
Ensino fundamental completo	1	2,1
Ensino médio incompleto	4	8,5
Ensino médio completo	4	8,5

Sem escolaridade	6	12,7
Trabalho/ocupação*		
Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca.	47	100
Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, eletricista, encanador, feirante, ambulante, guardador/a de carros, catador/a de lixo)	01	2,1
Trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro/a, mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro/a, acompanhante de idosos/as etc.)	02	4,2
No lar (sem remuneração)	29	61,7
Aposentado	1	2,1
Renda		
Até 1 salário mínimo	27	57,4
De 1 a 3 salários mínimos	20	42,5

Nota: * Há trabalhadores rurais que além de trabalhar na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca utilizam outras fontes de renda, por isso a soma das frequências será maior do que a da amostra da pesquisa.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

A faixa etária dos entrevistados teve maior prevalência entre 41-50 anos, com 27,8% (n: 14), seguido de trabalhadores entre 51-60 anos, com 22,2% (n: 11) e entre 31-40 anos, com 20,4% (n: 10). Esta proporcionalidade na faixa-etária assemelha-se com outros estudos desenvolvidos, em que o maior número de trabalhadores rurais também são de meia idade (6, 9). De outro modo, constata-se a prevalência do estado civil referido como casados (60,4%; n: 31).

Quanto ao quesito raça/cor, 57,4% (n: 27) dos participantes se autodeclararam pardos, 23,4% (n: 11) brancos e 19,1% (n: 9) se declararam negros. Estudos prévios também identificaram que a cor parda e negra está ligada a baixas condições de acesso a bens, serviços e oportunidades, além de renda igual ou menor a um salário mínimo e baixa escolaridade ou analfabetismo(9). Afirmação congruente aos dados encontrados nesta pesquisa, onde constata-se elevado número de trabalhadores que desenvolveram COVID-19 com ensino fundamental incompleto (68%; n: 32) e analfabetos (12,7%; n: 6).

Um estudo realizado com trabalhadoras rurais no Nazarezinho, município brasileiro do estado da Paraíba, mostrou que tais trabalhadoras também apresentam baixa escolaridade, e isso se deve ao fato de que, nas comunidades rurais os filhos assumem desde cedo a responsabilidade de ajudarem na agricultura, que somado à ausência ou dificuldade de acesso às escolas, distanciamento e transportes nas comunidades rurais, contribuem para a baixa escolaridade da população rural (10). Sendo este um grave determinante social para o desenvolvimento de agravos à saúde, uma vez que a baixa escolaridade pode influenciar direta e/ou indiretamente em aspectos da saúde e cultura (6). Ademais, essas condições são um obstáculo para alcançar melhores condições econômicas (10).

A análise dos dados possibilitou a constatação de que todos os trabalhadores rurais que desenvolveram COVID-19 trabalham na agricultura, porém, alguns trabalhadores também possuem outra fonte de renda e/ou ocupação, tais como no lar sem remuneração (61,7%, n: 29), trabalho doméstico em casa de outras pessoas (4,2%, n: 2), trabalho informal (2,1%; n: 1) e aposentadoria (2,1%, n: 1). Em consonância a isto, 57,4% (n: 27) dos entrevistados afirmaram possuir renda familiar de até 1 salário mínimo, enquanto 42,5% (n: 20) recebem entre 1 a 3 salários mínimos.

Com relação aos dados clínicos apresentados pelos entrevistados quanto ao adoecimento pela COVID-19, foi observado que 62,7% (n:31) dos participantes tiveram a confirmação desta infecção por critério clínico-epidemiológico, ou seja, estiveram em contato com caso positivo comprovado laboratorialmente pelo menos 14 dias antes do aparecimento dos sinais/sintomas característicos (4), enquanto 19,6% (n:9) realizam exames de detecção de anticorpos específicos, 13,7% (n:6) fizeram o exame PCR e apenas 3,9% (n:1) realizaram ambos os exames diagnósticos (detecção de anticorpos e PCR), como demonstrado no quadro 2.

Quanto à forma de tratamento da COVID-19, 82,9% (n:39) dos entrevistados afirmaram que os cuidados foram realizados em domicílio, enquanto 10,6% (n:5) recorreram à Unidade Básica de Saúde e 4,25% (n:2) necessitaram de tratamento hospitalar (Enfermaria), destacando que nenhum dos participantes necessitou de assistência hospitalar em UTI. Desde o início da pandemia, uma das principais orientações fornecidas pelos órgãos de saúde foi para que as pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 recorressem ao hospital somente em casos de piora dos sintomas respiratórios, isso com o objetivo de desafogar os serviços e não expor pacientes menos graves a um ambiente insalubre como o hospitalar (17). Essa realidade pode ser uma

explicação para que a frequência de tratamento domiciliar tenha sido aumentada nessa pesquisa.

Quadro 2. Descrição do perfil clínico dos trabalhadores rurais que desenvolveram COVID-19 em Arapiraca, Alagoas, Brasil.

Variáveis	Frequência (F)	%
Método diagnóstico da COVID-19		
Clínico-epidemiológico	31	62,7
PCR (swab)	6	13,7
Anticorpos (exame de sangue/teste rápido)	9	19,6
Anticorpo + PCR	1	3,9
Tipo de tratamento da COVID-19		
Domiciliar	39	82,9
Hospital-enfermaria	2	4,25
UBS	5	10,6
Não relatado	1	2,2
Comorbidades diagnosticada antes da COVID-19*		
Diabetes Mellitus	7	14,8
Hipertensão Arterial	11	23
Doenças circulatórias	4	8,5
Ansiedade	10	21,2
Insônia	9	19,1
Depressão	6	12,7
Hipotireoidismo	1	2,1
Doença osteomusculares	3	6,3
Doença gastrointestinais	5	10,6
Doenças renais	1	2,1
Doença respiratória	1	2,1
Dislipidemia	2	4,2

Sem comorbidade	19	40,4
Sinais e sintomas apresentados**		
Sintomas Respiratórios		
Dor na garganta	21	44,6
Tosse	16	34,0
Dispneia	13	27,6
Crise de espirros	10	21,2
Sintomas osteoarticulares		
Mialgia	14	29,7
Artralgia /ostealgia	02	4,2
Sintomas Cardiocirculatórios		
Pressão alta	07	14,8
Taquicardia	05	11,2
Pressão baixa	01	2,1
Sintomas Gastrointestinais		
Diarreia	13	27,6
Vômito	05	11,2
Anorexia	01	2,1
Sintomas Neurológicos		
Perda do olfato /Anosmia	30	63,8
Perda do paladar /Ageusia	26	48,9
Cefaleia	23	48,9
Tontura	11	23,4
Paralisia dos membros	02	4,2
Outros		
Fadiga	24	51,0
Febre	23	48,9
Mal-estar	17	36,1

Dor no ouvido	04	8,5
Alteração da visão	03	6,3
Desmaio	02	4,2
Hiperglicemia	02	4,2
Boca amarga	01	2,1
Crise de ansiedade	01	2,1
Assintomático	02	4,2

Notas: * Há pacientes que apresentaram mais de uma comorbidade, por isso a soma das frequências será maior do que a da amostra da pesquisa.

** Há pacientes que apresentaram mais de um sintoma, por isso a soma das frequências será maior do que a da amostra da pesquisa.

Em relação às comorbidades diagnosticadas anteriormente à COVID-19, constatou-se a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (23%; n:11), Ansiedade (21,2%; n:10) e Insônia (19,1%; n:9), enquanto 40,4% (n:19) dos trabalhadores entrevistados relataram desconhecer alguma comorbidade prévia. Nesta análise, cabe destacar que em alguns casos, o entrevistado informou mais de uma comorbidade. Ressalta-se também que, 40,4% dos trabalhadores rurais entrevistados relataram desconhecer a existência de comorbidades anteriores ao diagnóstico de COVID-19, o que pode estar associado ao curso de adoecimento identificado, em que aproximadamente 93% dos entrevistados cursaram com quadros leves, necessitando apenas de tratamento domiciliar ou ambulatorial. Esta inferência se deve a estudos anteriores, em que os piores desfechos para a COVID-19 estão associados à presença de comorbidades.

Neste sentido, destaca-se a Hipertensão como uma comorbidade importante em casos de COVID-19 (11, 12, 13), considerando que as comorbidades do sistema cardiovascular foram relacionadas com piores desfechos entre os pacientes com maior risco de apresentarem as formas graves da doença e também de evoluírem para o óbito.

Dentre os sintomas mais frequentes relatados pelos trabalhadores rurais, pode-se destacar a perda do olfato (63,8%; n:30), perda do paladar (48,9%; n:26), fadiga (51%; n:24), cefaleia (48,9%; n:23), febre (48,9%; n:23) e dor de garganta (44,6%; n:21). Esta sintomatologia também foi identificada em estudos anteriores (5, 11, 13, 14).

CONCLUSÃO

Deste modo, considerando o quadro sintomatológico apresentado por tais trabalhadores rurais, evidenciado principalmente por sintomas leves, há uma relação direta com o curso de gravidade apresentado, em que há prevalência de casos leves, que necessitaram de tratamento ambulatorial ou domiciliar. Tais características podem ser associadas ao perfil epidemiológico desses, mostrando que os mesmos se encontravam em condições socioeconômicas desfavoráveis, condições essas capazes de influenciarem diretamente no agravamento à saúde. A maioria dos casos de COVID-19 entre esses trabalhadores foram confirmados por critério clínico-epidemiológico, onde os cuidados foram realizados em domicílios. Uma vez esta escolha está ligada ao manejo para casos considerados leves. Nesses casos entra a importância da APS, que pode e deve atuar como item resolutivo. Essa característica de porta de entrada desse serviço é capaz de proporcionar o desafogamento dos serviços hospitalares, aumentando a qualidade do serviço para os trabalhadores rurais.

Percebe-se que estudos assim são importantes para mostrar à APS qual o perfil mais acometido pela COVID-19, facilitando o planejamento de ações mais focadas nesse público, aumentando assim as chances de diminuir os casos e/ou a gravidade dos mesmos. Levanta-se ainda a necessidade de estudos mais aprofundados e com um “n” maior, aproximando assim os resultados da realidade.

REFERÊNCIAS

1. Prefeitura de Arapiraca. **ECONOMIA** [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 28]. Available from: <https://web.arapiraca.al.gov.br/a-cidade/economia/>
2. Prefeitura de Arapiraca. **SAÚDE** [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://web.arapiraca.al.gov.br/2022/05/arapiraca-se-tornara-primeira-cidade-brasileira-com-100-de-cobertura-do-programa-de-saude-da-familia/>
3. Brasil. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [Internet]. 1st ed. Brasília – DF [Ministério da Saúde]; 2018. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf
4. Morais JB, Jorge MSB, Bezerra IC, Paula ML de, Brilhante APCR. **Avaliação das pesquisas nos cenários da atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados.** Saúde e Soc [Internet]. 2018 Sep;27(3):783–93. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000300783&lng=pt&tlng=pt

5. BRASIL. Ministério da saúde. **COVID-19**.
6. Mendonça, K. S. Torres, B. V. S. Oliveira, J. B. V. Gusmão, B. R. Nascimento, R. Z. **Vulnerabilidade do trabalhador rural em tempos de pandemia da COVID19**. 2021. Rev. enferma. UFPE on line.
7. Oliveira JCAX, Corrêa ACP, Cezar-Vaz MR, Marcon SR, Rosa ITM, Dalprá LAS. **Work conditions and their repercussions on the quality of life of rural workers**. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200408. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0408>
8. Lovatto P, Cruz PP, Mauch CR, Bezerra, AA. **Gênero, sustentabilidade e desenvolvimento: uma análise sobre o papel da mulher na agricultura familiar de base o papel da mulher na agricultura familiar de base ecológica**. REDES, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 2, p. 191 - 212, maio/ago. 2010
9. Brust RS, Oliveira LPM, Silva ACSS, Regazzi ICR, Aguiar GS, Knupp VMAO. **Epidemiological profile of farmworkers from the state of Rio de Janeiro**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):122-8. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0555>
10. Neves B, Gregório V, Souza A, Medeiros V, Bezerra S, Galvão E. **Caracterização do perfil de mulheres rurais segundo fatores sociodemográficos, laborais e epidemiológicos**. Revista Uruguaya de Enfermería, 2022; 17(1): e2022v17n1a12. DOI: 10.33517/rue2022v17n1a12 eISSN: 2301-0371
11. Pontes L, Danski MTR, Piubello SMN, Pereira JFG, Jantsch LB, Costa LB, Santos JO, Arrué AM. **Perfil Clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses de pandemia**. Revista Escola Anna Nery, 2022; DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0203>
12. Buffon MR, Severo IM, Barcellos RA, Azzolin KO, Lucena AF. **Pacientes críticos com COVID- 19: perfil sociodemográfico, clínico e associações entre variáveis e carga de trabalho**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022; DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0119>
13. Córdova LDS, Vega APM, Carpion EL, Parodi JF, Mapelli EM, Valencia IA, Ruiz JS, Pucurimay DP, Cruz EY, Arriaga MJC, Farro MG, Romero AM, Rodríguez CAZ, Murguía PGA, Valdez ZB, García NP, Torre DQ, Mamami ALA, Martel LAG, Moscoso MAR, Orozco MG, Granara AS. **Clinical characteristics of older patients with COVID-19: a systematic review of case reports**. Rev Dement Neuropsychol, 15 mar 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010001>
14. Brasil D, Julek L, Cabral LPA, Arcaro G, Ribas MC, Gaspar MDR, Bordin D. **Tenda COVID-19: serviço de triagem especializado, uma análise temporal do perfil de pacientes atendidos**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0687>
15. Pegorari MS, Matos AP, Iosimuta NCR, Ferreira VTK, Ohara DG, Santos EPR, Silva CFR, Santos NLO, Rocha AP, Atallah AN, Pinto ACPN. **Clinical and socioeconomic characteristics of older adults with COVID-19: a protocol for a rapid systematic review**. Rev Assoc Med Bras, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.118>

16. Zárate MAP, Salomón EG, Trejo RA, Marín KLG, Márquez JGG, Ruíz IZ, Bernal MLC. **Características epidemiológicas de trabajadores con COVID-19 del Instituto Mexicano del Seguro Social.** Rev Med Inst Mex Seguro, 2022; 60 (1), 40-43. Disponible em: <http://revistamedica.imss.gob.mx/>
17. Prefeitura de Arapiraca [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 06]. Available from: <https://web.arapiraca.al.gov.br/perguntas-frequentes-coronavirus/#:~:text=O%20minist%C3%A9rio%20ressalta%20que%20as,o%20caso%20estiver%20mais%20grave.>
18. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436** [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 28]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: UMA NECESSIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Paula A. Gabriel*¹;

Keite A. Fieni¹;

Mayana R. Mazzo¹;

Kevillyn M. N. Flores¹;

Sabrini Bernardi¹;

Mariana K. D. G. de Lima².

¹Graduando(a) do Centro Universitário UNIFACIMED.

²Docente do Centro Universitário UNIFACIMED.

*paulaaguiaqgabriel@gmail.com



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



RESUMO

O excesso de exames, procedimentos e medicamentos solicitados pelo profissional de saúde ou a falta de uma conduta médica adequada expõe de forma desnecessária o paciente, assim em 2003, a World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians disponibilizou na atenção primária à saúde o sistema de classificação denominado: prevenção quaternária. Por sua vez, tem como objetivo evitar intervenções errôneas e diagnósticos precoces. Este artigo aborda o conceito da prevenção quaternária e debate sobre sua necessidade, tais como diminuir a sobrecarga do sistema de saúde, seus custos e também a iatrogenia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Prevenção Quaternária, Iatrogenia.

INTRODUÇÃO

A Prevenção Quaternária (P4), consiste no nível mais elevado de prevenção em saúde, e pretende evitar o excesso de intervencionismo médico através da detecção de indivíduos em risco de sobretratamento — trata-se, pois, da prevenção da iatrogenia¹. Em 1999, Jammouille², Médico de Família e Comunidade, conceituou a prevenção quaternária como risco de adoecimento iatrogênico, associada ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária. Desse modo, propôs medidas para o manejo dos sobrediagnósticos, sobretratamentos e danos iatrogênicos. Sua proposta só foi oficializada pela World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians em 2003³.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o local ideal para se desenvolver a prevenção quaternária, pois sua preconização coincide com as da Estratégia de Saúde da Família, que preconiza a criação de vínculo e uma escuta qualificada, o que torna possível realizar um atendimento individualizado ao paciente. O excesso de exames, procedimentos e medicalizações solicitadas e prescritas por profissionais, muitas vezes sem necessidade, evidenciam questões importantes e conflituosas de insegurança nos profissionais de saúde somadas às crenças de pacientes, que acreditam que encontrarão uma melhor qualidade de vida através de procedimentos, intervenções e medicamentos. Diante disso, o profissional de saúde tem o papel fundamental de identificar e manejar ações que evitem esses excessos nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS)⁴.

Este estudo tem por objetivo apresentar a importância da implementação da prevenção quaternária na atenção primária à saúde, discutindo o cenário atual dentro da medicina de sobremedicalização, excesso de solicitações de exames complementares solicitados desnecessariamente, e de como essas condutas inadequadas geram um potencial iatrogênico acarretando prejuízos à saúde dos pacientes e a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura com caráter descritivo e exploratório, através do levantamento de dados nas bases de relevância de conhecimento em saúde Scielo

e Pubmed, utilizando a temática da prevenção quaternária como uma necessidade na atenção primária à saúde, com buscas no período de julho do ano de 2022.

Os termos chaves definidos foram: prevenção quaternária, atenção primária em saúde e iatrogenia. Para critérios de inclusão foram considerados trabalhos em inglês e português, com foco específico da importância da aplicação da prevenção quaternária na atenção primária em saúde, de vários tipos, tais como: artigos, livros, capítulos de livros, relatórios, portarias, entre outros, desde que publicados e gratuitos. Como critério de exclusão, foram desconsiderados trabalhos que não abordassem os temas já mencionados, que fossem superiores a 10 anos e os de acesso não gratuito.

Na primeira seleção, ocorreu a leitura exploratória de todos os materiais identificados conforme os filtros definidos, resultando em 35 referências encontradas. Após essa seleção inicial, na segunda parte, procedeu-se à seleção destes estudos, o qual possibilitou outras exclusões por duplicação do material e por não atenderem à proposta da revisão, totalizando 26 referências excluídas. Na terceira etapa, as principais informações dos 9 artigos restantes foram sintetizadas através da leitura analítica produzindo fichamentos sobre o tema e em sequência para análise e interpretação do trabalho através da leitura interpretativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A necessidade da implementação da prevenção quaternária afim de evitar excesso de rastreamentos e intervenções é evidente. Este fato mostra-se através dos dados divulgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), os quais afirmam que o número de denúncias sobre médicos que solicitam exames desnecessários aos pacientes tem aumentado significativamente. O órgão afirma que o excesso de solicitações impróprias indica a inadequação da conduta médica, visto que devem ser requisitadas única e exclusivamente, para fechar um diagnóstico, a fim de evitar o risco das intervenções médicas desnecessárias, reafirmando a obrigatoriedade de uma anamnese e exame físico realizados corretamente⁵.

Dentro desse eixo temático, o Ministério da Saúde (MS) lançou um manual acerca dos riscos da radiação nos exames de imagem⁶, onde afirma que o profissional da saúde deve levar em consideração a exposição à radiação ionizante que a maioria dos exames diagnósticos utilizam. Apesar de doses de radiação serem baixas, são potencialmente lesivas e podem trazer riscos à saúde do paciente, incluindo o risco estimado de câncer, lesões e envenenamentos. As

crianças, por exemplo, mostram-se mais radiosensíveis que adultos, portanto estão expostos à riscos mais elevados de câncer de cérebro, mama, pele, tireoide e leucemia ao longo da vida após exposição às radiações⁷. O MS reafirma um princípio da prevenção quaternária, recomendando o diagnóstico por imagem somente quando explicitamente necessário⁶.

Vale destacar também, a sobremedicalização, isto é, uma medicalização excessiva, mais prejudicial do que benéfica, na atenção primária. A respeito disso, é necessário abordar a iatrogenia medicamentosa, definida como uma consequência negativa da utilização de medicamento, seja corretamente ou não, e/ou estar relacionada à prescrição e administração, a reações adversas que podem ser tóxicas, a interações e contraindicações, assim como negligências na dispensação⁸. Ivan Illich⁹, pensador e polímata austríaco, analisou três tipos de iatrogenia: clínica, social e cultural, as quais alertaram a comunidade científica acerca da medicalização, por atuar como um dispositivo biotecnológico disciplinar. Isso pode levar a um empobrecimento cultural e psicológico no comportamento das pessoas e no gerenciamento de seus sofrimentos, dores e crises no ciclo de vida. Assim, a medicalização cria um efeito incontrollável de expectativas ilusórias tanto em profissionais quanto em pacientes sobre as intervenções médicas, sobrecarregando os serviços de APS³.

Além disso, sabe-se que cada exame, procedimento e medicamentos disponibilizados pelo SUS estão disponíveis a todos os brasileiros gratuitamente, entretanto, possuem um custo ao governo federal. Quando solicitados desnecessariamente, além de gerar um gasto impróprio, sobrecarga o sistema de saúde, acarretando atrasos e prejuízos aos pacientes que necessitam realizá-los com urgência. Diante dos fatos expostos, evidencia-se a total responsabilidade dos profissionais de saúde, em identificar condutas inadequadas e manejar as demandas visando a evitar prejuízos e sobrecarga nos serviços da APS⁴, além de identificar pacientes que estejam em risco de práticas intervencionistas desnecessárias, que podem causar danos à saúde. Para isso, a aplicação de uma reforma curricular na educação médica voltada para isso faz-se necessária.

CONCLUSÃO

Portanto, esse trabalho possibilitou entender que devemos sempre buscar práticas de melhoria na atenção primária à saúde. Já que através delas conseguiremos atuar na prevenção

quaternária, de modo a prevenir situações de medicações e exames exagerados e evitar intervenções desnecessárias.

Dessa forma, nota-se que é necessário compreender e aplicar o que diz Gérvas & Pérez-Fernández³ (p. 68) "A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, fator de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação, mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária".

Conclui-se, que esse projeto foi de suma valia para os acadêmicos, já que possibilitou que todos compreendessem a importância de adotar uma abordagem centrada na pessoa e valorizar a relação profissional-paciente. Além disso, estimulou discussões entre o grupo e ocasionou uma reflexão sobre o investimento em uma visão geral, na qual aprendemos que sempre devemos resistir aos abusos e modismos presentes na prática da profissão médica, e demonstrar diferencial através de buscas por recursos e conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

1. Almeida LM. **Da prevenção primordial à prevenção quaternária**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025[online]. 2005, vol. 23, nº. 1, p. 91-96 . [acesso em: 26 jul. 2022]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/97871/1/RUN%20-%20RPS%20-%202005%20-%20v23n1a07%20-%20p91-96.pdf>
2. Jamouille M. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice)**. 2000 [acesso em: 20 de jul. 2022]. Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>
3. Norman AH, Tesser CD. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de saúde pública. 2009 [acesso em: 25 de jul. 2022]; vol. 25, n. 9, p. 2012–2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XcDF968Jks97DqmfD8RhqhF/?lang=pt>
DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
4. Attena F. **Too much medicine? Scientific and ethical issues from a comparison between two conflicting paradigms**. BMC Public Health. 2019 jan [acesso em 10 de jul. 2022]; 22;19(1):97.

Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341674/pdf/12889_2019_Article_6442.pdf
DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-6442-9>. PMID:30669992.

5. Conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo. **Excesso de exames indica a inadequação da conduta médica**. 2017 [acesso em: 10 de jul. 2022]; ed 347 [Internet]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2314>
6. Kocak M. **Riscos da exposição à radiação para fazer exames diagnósticos**. Manual MSD [Internet] 2021 [acesso em: 25 de jul. 2022]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/princ%C3%ADpios-de-imagens-radiol%C3%B3gicas/riscos-da-exposi%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-radia%C3%A7%C3%A3o-para-fazer-exames-diagn%C3%B3sticos>
7. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Exposição Pediátrica à Radiação Ionizante em Exames Radiológicos**. Fiocruz [Internet] 2020 [acesso em: 26 de jul. 2022] Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/exposicao-pediatria-a-radiacao-ionizante-em-exames-radiologicos/>
8. Lima TAM, et al. **Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos**. Arq. Ciênc. Saúde. 2016 [acesso em: 10 de jul. 2022]; vol. 23, n. 1, 52-57 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Moacir-Godoy/publication/299574500_ACOMPANHAMENTO_FARMACOTERAPEUTICO_EM_IDOSOS/links/572936d508aef7c7e2c0d180/ACOMPANHAMENTO-FARMACOTERAPEUTICO-EM-IDOSOS.pdf
9. Illich I. Limits to medicine. **Medical nemesis: the expropriation of health**. Harmondsworth: Penguin Books; 1976 [acesso em: 26 de jul. 2022].

SER GESTANTE NO MEIO REPELENTE E A PREDISPOSIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ana Caroline Tavares Gongora^{1*};

Queli Lisiane Castro Pereira²;

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Contato:

²Enfermeira. Doutora em Parasitologia. Gerente de pós-graduação e pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT/CUA.

*ana.caroliegongora@gmail.com

RESUMO

Objetivo foi identificar a predisposição da depressão pós-parto nas puérperas e conhecer os possíveis motivos que predispõem a depressão pós-parto. Realizado em Pontal do Araguaia – MT, estudo transversal foi composto por 20 usuárias do serviço de pré-natal. Aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo para rastrear fatores de risco para surgimento da DPP. Houve predominância de mulheres jovens, pardas e solteiras. A presença de DPP esteve entre puérperas (35%) de forma descritiva, com 14 a 17 anos (10%) e 18 a 24 anos (15%), baixa escolaridade e renda familiar reduzida. Esteve presente entre mulheres donas do lar.



1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual



Palavras-chave: Depressão Pós-parto, Zika Vírus, Gestação.

INTRODUÇÃO

No período do ciclo gravídico puerperal, as mulheres passam por uma série de mudanças e oscilações emocionais que podem resultar de fatores sociais e psicológicos, os quais podem influenciar no desenvolvimento da gestação, no que diz respeito ao bem-estar e saúde materno-infantil. Esses fatores podem ocasionar complicações na gestação, parto e pós-parto (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

No Brasil, a depressão pós-parto (DPP) apresenta prevalência de 26,3%, a qual é mais elevada que a média estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países de baixa renda (THEME FILHA et al., 2016). As estatísticas relacionadas à prevalência de DPP estão em torno de 10-15% para países desenvolvidos, no entanto, estudos de revisão estimam que esta porcentagem, em torno dos 15%, é subestimada, sendo que em países em desenvolvimento a prevalência pode chegar até 60% (PORRAS, 2011). A DPP pode iniciar entre a quarta e há oitava semana após o parto e seus sintomas incluem perturbação do apetite, privação de sono, declínio da energia, sentimentos de desvalia somada ao de culpa excessiva, sensação de inadequação e até mesmo pensamentos de morte e desprezo ao filho (BRASIL, 2006; LAYANE DA COSTA RODRIGUES et al., 2019). Como consequência, a DPP pode trazer problemas de comportamento, desordens linguísticas, afetivas, cognitivas, sociais, alimentares, alterações no padrão de sono, nas atividades cerebrais, além de efeitos danosos na interação entre a mãe e o filho (LAYANE DA COSTA RODRIGUES et al., 2019). É importante trabalhar a prevenção e a melhora da qualidade de vida das gestantes no pré-natal, pois se sabe que a presença de transtornos de humor nesse período pode impactar diretamente a gestação e o puerpério (HURT, K. J., 2012). O diagnóstico precoce é extremamente importante para a redução dos prejuízos causados à tríade mãe-bebê-família. Portanto, a identificação da causa da DPP, em especial os sintomas, torna-se fundamental devido à eminência de efeitos avassaladores à tríade (BARROSO; LARISSA; CARDOSO, 2018).

No início da pandemia resultada pelo Covid-19, as mães que tinham crianças com SCZ vivenciaram momentos atípicos frente a um segundo surto potencialmente fatal para suas crianças, pois as mesmas apresentavam risco eminente de serem vítimas duas vezes de vírus fatais. Essas mães ao serem questionados a respeito dos seus sentimentos, mencionaram a Ansiedade, o Medo e o Estresse em suas falas (GAMA et

al., 2021). Esses sentimentos podem gerar outras consequências, por exemplo, as manifestações de estresse presentes na gestação e puerpério, apresentaram associação à incidência de DPP. Esse fato pode ser explicado porque a resposta ao estresse reproduz ativação fisiológica contínua, provocando declínio do indivíduo e exposição ao aparecimento de transtornos psicofisiológicos. (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). A Síndrome congênita do Zika (SCZ) é caracterizada por uma sequência de complicações originada por problemas de formação ou desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). Os graves e maléficos desfechos na gestação infectada pelo vírus estão associados a anormalidades estruturais do sistema nervoso central, alterações anatômicas resultando a ventriculomegalia, calcificações intracranianas e microcefalia. (DUARTE et al., 2021).

Ao refletir sobre os achados supracitados e, em especial, o estado ansioso aumentado e não assistido Alves, Pereira e Siqueira (2018) emergiu a seguinte questão norteadora: As puérperas têm predisposição à depressão pós-parto? Assim, objetiva-se: identificar a predisposição da depressão pós-parto nas puérperas e conhecer os possíveis motivos que predispõe a depressão pós-parto em tempos de Zika Vírus (ZIKV).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Este estudo foi realizado na cidade de Pontal do Araguaia – MT nas Unidades de Saúde da Família e no domicílio das gestantes e puérperas. O município apresenta condições ambientais e climáticas favoráveis à disseminação e reprodução do mosquito transmissor do ZIKV, pois o clima é tropical quente e subsumido, com quatro meses de seca, de maio a setembro, com precipitação anual de 1.750 mm, temperatura média anual de 24º C, sendo a máxima de 40º C e a mínima de 0º C (SEPLAN/MT,2020).

Para a coleta de dados, foi aplicada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), adaptada da Edinburgh Postnatal Depression Scale, a fim de rastrear os fatores de risco para o surgimento da Depressão Pós-Parto. Esta escala foi validada e adaptada em diversos países, sendo um desses o Brasil. Escala esta é auto-avaliativa e específica para o pós-parto, considerada um instrumento de fácil aplicação e interpretação (MALLOY-DINIZ et al., 2010). A escala é composta por dez itens. Para cada pergunta, há quatro opções de resposta, sendo que

a cada resposta, é associada uma pontuação que varia de zero a três, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são pontuadas inversamente (3, 2, 1, 0) (FIGUEIRA, DINIZ, SILVA- FILHO, 2011). Cada item é somado aos demais itens para obtenção da pontuação total, que varia de 0 a 30 pontos. Uma pontuação de 11 ou mais indica a probabilidade de DPP, mas não a sua gravidade. A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir a avaliação clínica. Portanto, o emprego da escala serve para rastrear quantas mulheres teriam o risco de desencadear algum transtorno puerperal (CHAVES, 2012).

As puérperas participantes foram incluídas no grupo de risco para DPP quando atingiram escores iguais ou maiores que 11, sendo este o ponto de corte para fator de risco. Esse ponto de corte foi fundamentado em um estudo realizado no Brasil, que demonstrou sensibilidade de 83%, especificidade de 88% e eficiência global de 83% para identificação correta de mulheres deprimidas (MATTAR; et al, 2007).

A relevância deste estudo foi em identificar precocemente a predisposição à depressão pós-parto e assim, oportunizar atendimento, em tempo oportuno, pela equipe de saúde. Embora a sintomatologia depressiva seja frequente, no período puerperal, permanece sub identificados e sub assistidas. Assim, almejou-se a partir de evidências científicas subsidiar a práxis colaborativa dos profissionais da atenção básica, na prevenção da DPP e na redução das repercussões negativas para a saúde do binômio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo buscou-se investigar a presença de Depressão Pós-Parto entre puérperas cadastradas nas unidades básicas de saúde do município de Pontal do Araguaia/MT. Como descrito no gráfico 1, a tendência a esse transtornos estavam presentes entre 35% da amostra (n=20).

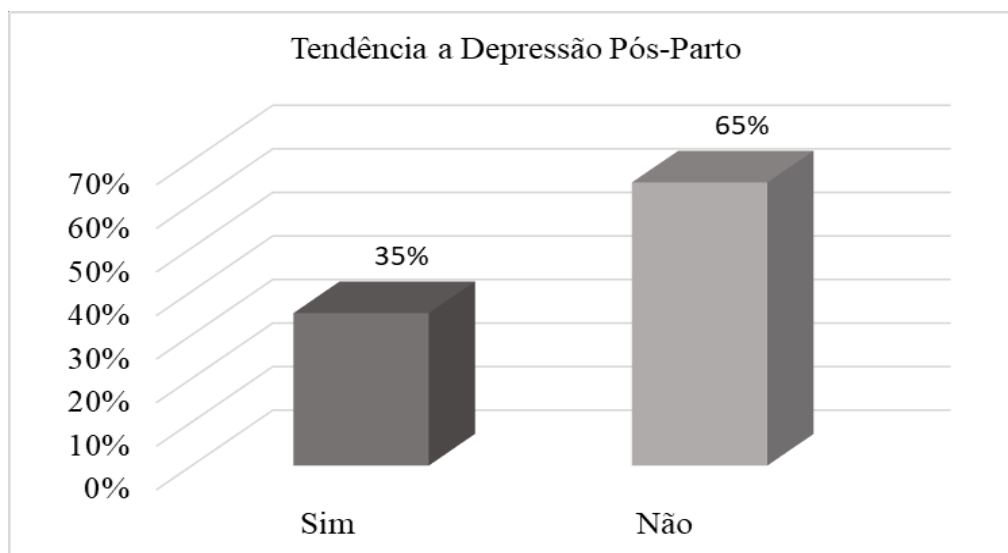


Gráfico 1. Distribuição da tendência de Depressão Pós-parto entre puérperas cadastradas nas unidades básicas de saúde do município de Pontal do Araguaia/MT. data da coleta de 20xx, 2022 (n=20).

A sinalização da presença de depressão pós-parto entre puérperas residentes no interior de Mato Grosso (35%), foi reportado por (MONTEIRO et al., 2018) que avaliou a pré-disposição e fatores de associação para DPP em mulheres jovens em Barra do Garças, interior de Mato Grosso. Em Recife – PE, encontrou-se a prevalência de DPP em 10,5% das mulheres avaliadas pelo mesmo objeto de rastreamento, a EPDS, considerando como ponto de corte o escore ≥ 12 (MELO et al., 2012). No Rio Grande do Sul (RS), mostrou a prevalência de 15% de DPP em mulheres no pós-parto (CARLESSO; MORAES; SOUZA, 2019). Em estudos internacionais, mães que apresentaram sintomas depressivos dois meses após o parto, pela mesma Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), onze delas tinham sinais de humor depressivo e seus filhos mostraram menos persistência, alegria e inteiração em brincar quando comparado aos filhos de mães não depressivas (EDHBORG et al., 2003). Outro estudo realizado em Portugal mostrou que 24,4% das gestantes foram classificadas como depressivas e 15,9% ansiosas. Os efeitos variados da ansiedade e depressão foram significativamente ruins sobre o peso neonatal, o comprimento, e o índice ponderal neonatal (PINTO et al., 2017). No Brasil é elucidado que a incidência de DPP é prevalente, podendo variar de 7,1% a 42,8%. Tal nível de variação pode dar-se pela disparidade de instrumentos de avaliação utilizados em pesquisas e pela diversidade social e cultural das comunidades avaliadas (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). A doença pode se desenvolver devido às grandes transformações que

ocorrem na vida da mulher após o parto (SACIENTE, 2021). Portanto, é neste período que as mulheres estão mais propensas a desenvolverem distúrbios psiquiátricos, pois essa transição importante da vida requer mais adaptação às mudanças físicas, hormonais, emocionais, socioculturais e familiares. E sob tais condições, estão as que favorecem a instabilidade emocional, independente do grau, podendo gerar quadros de depressão e até ansiedade (MULLER; MARTINS; BORGES, 2021). Mesmo com a discrepância e variações intensas a cerca da incidência de DPP, é certo que as mulheres no pós-parto necessitam de atenção especial nesta fase da vida sob as condições supracitadas.

De forma descritiva a tendência a depressão pós-parto esteve presente entre as puérperas com 14 a 17 anos (10%) e 18 a 24 anos (15%). Em adolescentes, a depressão puerperal pode variar entre 25 a 36%, sendo esta prevalência alta quando comparada a puérperas adultas. Alguns estudos sinalizam que o vínculo pessoal e a adoção de rotinas saudáveis durante a gravidez podem prevenir a depressão pós-parto em mulheres jovens (SACIENTE, 2021).

As puérperas que apresentaram baixa escolaridade e renda familiar reduzida, tendo em vista o número das pessoas residentes com elas (até 3), apresentaram maior tendência de depressão pós parto. A associação do baixo nível de escolaridade e surgimento da DPP já foi sinalizada na literatura, mostrado nos resultados de (GOMES et al., 2010; LIMA et al., 2016; MOLL et al., 2019). É importante ressaltar que, o baixo nível de escolaridade somado a falta de uma renda mensal maior que um salário mínimo pode ter efeito causal e intensificado sobre a DPP (GOMES et al., 2010). Pois se entende que, a educação pode reduzir de forma significativa os riscos de depressão, principalmente na vida adulta. Mulheres com nível de escolaridade alto e melhor renda financeira apresentam menor risco de desenvolver a DPP (SCHMIEGE; RUSSO, 2005). Portanto, é elucidado que quanto menor a renda, maior pode ser a frequência de DPP (CARLESSO; MORAES; SOUZA, 2019). Um estudo realizado no Paraná mostrou o risco elevado de DPP em mulheres com baixa renda, que, acrescido a baixa escolaridade são fatores prevalentes associados às puérperas do estudo (LIMA et al., 2016). Vale ressaltar que a prevalência de DPP é maior em mulheres residentes em países de baixa e média renda quando comparado a mulheres que vivem em países com renda elevada (WOODY et al., 2017).

Em relação à ocupação, mostrou que as mulheres com maior tendência ao humor deprimido foram mulheres que se declararam donas do lar. Este resultado corrobora com o estudo realizado no Sul do país, onde mostrou que a das 54,6% das mulheres donas de casa,

46% apresentou DPP. Sendo 24,0% depressão leve, 16,0% moderada e 6% depressão grave. Portanto, o nível de depressão pós-parto foi significativamente maior em mulheres donas do lar (CARLESSO; MORAES; SOUZA, 2019). É essencial observar a ocupação das gestantes e futuras puérperas neste contexto, visto que a falta de uma renda mensal provindo de sua profissão pode trazer sentimentos inquietantes e ansiedade a cerca do futuro, aonde os gastos mensais e a previsão do nascimento do filho vêm acompanhados de pensamentos preocupantes em relação aos gastos advindo do futuro (SOUSA ALVES; HECKLER DE SIQUEIRA; PEREIRA, 2018).

CONCLUSÃO

É nas consultas de pré-natal que se busca investigar os fatores contextuais da gestante, além de identificar condições de risco para o desenvolvimento da DPP, são nesses momentos que se tem a oportunidade de prevenir problemas no parto, depressão no puerpério e impactos ao futuro bebê (GABRIELA; SILVA, 2021). Ao considerar que o profissional de enfermagem permanece na maior parte do tempo em contato direto com a gestante e que possui formação e capacitação voltadas a prevenção e proteção da saúde, o profissional deveria incentivar a autopercepção da mãe e família a cerca das expressões de sentimentos e emoções durante o período, além de aproveitar a oportunidade do pré-natal para trabalhar a favor da prevenção e detecção precoce da depressão pós-parto (GABRIELA; SILVA, 2021). Por isso, é importante que os gestores de atenção básica invistam ainda mais em ações que visem à saúde mental gestacional e puerperal. Ações que contemplem e reconheçam os fatores de risco individuais e coletivos relacionados à DPP.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica!

REFERÊNCIAS

1. BARROSO, I. D. S.; LARISSA, A.; CARDOSO, B. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: principais causas e consequências para a saúde da puérpera de acordo a literatura**. POSTPARTUM DEPRESSION: main causes and consequences for the health of postpartum women according to the literature. p. 58–78, 2018. BRASIL. Manual Técnico - Pré-Natal E Puerpério. [s.l.: s.n.]. v. 1

2. CANKORUR, V. S. et al. **Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: A cohort study.** *BMJ Open*, v. 5, n. 4, p. 1–12, 2015.
3. CARLESSO; MORAES; SOUZA, A. **Depressão materna e fatores de risco associados.** *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 8, n. 3, p. 1–9, 2019.
4. CARLESSO, J. P. P.; MORAES, A. B. DE; SOUZA, A. P. R. DE. **Depressão materna e fatores de risco associados.** *Research, Society and Development*, v. 8, n. 3, p. e983835, 2019.
5. DUARTE, G. et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. spe1, p. 1–12, 2021.
6. EDHBORG, M. et al. **The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood.** *Archives of Women's Mental Health*, v. 6, n. 3, p. 211–216, 2003.
7. FIGUEIRA, P. et al. **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde.** *Rev. saúde pública*, v. 43, n. supl.1, p. 79–84, 2009.
8. GABRIELA, A.; SILVA, A. J. S. B. C. D. **Assistência de enfermagem às mulheres com depressão pós-parto : revisão narrativa Nursing care for women with postpartum depression : narrative review Atención de enfermería para mujeres con depresión posparto : revisión narrativa.** v. 16, p. 1–7, 2021.
9. GAMA, G. L. et al. **Saúde mental e sobrecarga das mães de crianças com síndrome congênita do Zika durante a pandemia de COVID-19.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. suppl 2, p. 481–490, 2021.
10. GOMES, L. A. et al. **Identifying the risk factors for postpartum depression: importance of early diagnosis.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, n. 1, p. 117– 123, 2010.
11. HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. **Postpartum depression: prevalence and associated factors.** *Cadernos de saude publica*, v. 33, n. 9, p. e00094016, 2017.
12. HURT, K. J., ET AL. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico.** [s.l: s.n.].
13. KONRADT, C. E. et al. **Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 33, n. 2, p. 76–79, 2011.
14. LAYANE DA COSTA RODRIGUES, W. et al. **Consequências da depressão pós- parto no desenvolvimento infantil: revisão integrativa Nursing (São Paulo),** 2019.
15. LIMA, N. C. et al. **Depressão Pós-Parto Baseada Na Escala De Edimburgo.** *Revista Conexao UEPG*, v. 12, n. 2, p. 268–277, 2016.
16. LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. **Magnitude da depressão pos- parto no Brasil: Uma revisao sistematica.** *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, v. 11, n. 4, p. 369–379, 2011.
17. MALLOY-DINIZ, L. F. et al. **Escala de depressão pós-parto de Edimburg: Análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 3, p. 316–318, 2010.

18. MELO, E. F. et al. **The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil.** *Journal of Affective Disorders*, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, 2012.
19. MOLL, M. F. et al. **Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens TT - Tracking postpartum depression in young women.** *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 13, n. 5, p. 1338–1344, 2019.
20. MONTEIRO, K. A. et al. **Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato.** *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 4, p. 379–388, 2018.
21. MULLER, E. V.; MARTINS, C. M.; BORGES, P. K. DE O. **Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women.** *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, v. 21, n. 4, p. 995–1004, 2021.
22. PINTO, T. M. et al. **Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth.** *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, v. 93, n. 5, p. 452–459, 2017.
23. PORRAS, P. **Prevalência da depressão pós-parto entre mulheres assistidas no ambulatório de pós-natal.** n. July, p. 1–7, 2011.
24. RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. DE A. **Stress na gestação e no puerpério: Uma correlação com a depressão pós-parto.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 33, n. 9, p. 252–257, 2011.
25. SACIENTE, S. **Depressão Pós - Parto: Causas e fatores de risco.** *Revista Científica*, v. 1, p. 1, 2021.
26. SCHMIEGE, S.; RUSSO, N. F. **Depression and unwanted first pregnancy: Longitudinal cohort study.** *British Medical Journal*, v. 331, n. 7528, p. 1303–1306, 2005.
27. SOUSA ALVES, J.; HECKLER DE SIQUEIRA, H. C.; PEREIRA, Q. L. C. **Inventário de ansiedade Traço-Estado de gestantes.** *Journal of Nursing and Health*, v. 8, n. 3, p. 1–11, 2018.
28. THEME FILHA, M. M. et al. **Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012.** *Journal of Affective Disorders*, v. 194, p. 159–167, 1 abr. 2016.
29. VICENTE, S. R. C. R. M. et al. **Maternal stress, anxiety, depression and coping in congenital anomaly.** *Estudos de Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 104–116, 2016.
30. WOODY, C. A. et al. **A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression.** *Journal of affective disorders*, v. 219, p. 86–92, set. 2017.

VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS EM ENFERMAGEM

Millena M A F Silva ^{1*};

Thais S da Silva²;

Meirielly K H da Silva³

¹⁻² Discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas - Campus de Arapiraca (*milena.feitoza@arapiraca.ufal.br*).

³ Docente do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Alagoas - Campus de Arapiraca.



**1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde:
os desafios da atenção, gestão e educação em saúde
no Brasil atual**



RESUMO

As visitas domiciliares permitem que ocorra maior proximidade dos serviços de saúde com a realidade em que se encontra seu paciente. Nesse sentido, o presente relato de experiência advém das vivências de discentes em face ao desenvolvimento de visitas domiciliares que foram oportunizadas pela graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, *campus* Arapiraca. A partir do desenvolvimento das visitas domiciliares, foi possível notar a relevância e necessidade dos estudantes do curso de Enfermagem em ter contato com pacientes que carecem de visitas domiciliares, haja vista que foi possível compreender melhor acerca dos determinantes em saúde e, ainda, cooperar para que esses pacientes tivessem acesso aos serviços de saúde de forma integral.

Palavras-chave: Visita domiciliar, Enfermagem, Saúde.

INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência advém das vivências de discentes oportunizadas pela graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, a partir das solicitações do módulo de Gestão e Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto I, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Arapiraca, Alagoas. Tal módulo estimulou que os alunos realizassem visitas domiciliares para que obtivessem uma maior proximidade com essa estratégia de saúde tão importante como constituinte da Atenção Primária à Saúde.

A Visita Domiciliar (VD) viabiliza a desinstitucionalização de usuários que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto atendimento. Amplia o acesso, acolhimento e humanização das pessoas que estão restritas ao leito ou domicílio¹. Além disso, elas se configuram como oportunidades de levar o cuidado em saúde para o âmbito domiciliar, objetivando não apenas promover a saúde, mas também reforçar o princípio da integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe ressaltar que o profissional que realiza a visita domiciliar tem a possibilidade de compreender o verdadeiro cenário que as pessoas vivenciam, de modo a identificar todos os determinantes de saúde, colocando esse profissional em uma posição privilegiada para adequar e coordenar os cuidados em conformidade com as possibilidades reais das pessoas e seus cuidadores e familiares².

Nessa perspectiva, as atividades desenvolvidas pelas discentes durante as VD's voltaram-se, sobretudo, à Promoção da Saúde, de modo especial à vacinação contra a COVID-19, doses de reforço, acompanhamento dos grupos de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Ademais, também foi realizada a verificação dos sinais vitais e avaliação dos medicamentos de uso contínuo, ressaltando o modo correto de utilizá-los, análise da validade e, ainda, elucidando os perigos da automedicação.

Assim, tal relato possui como justificativa a corroboração da eficiência do processo de práticas para a aprendizagem plena de acadêmicos de Enfermagem, por meio do desenvolvimento de ações durante as visitas domiciliares, levando em consideração, majoritariamente, as necessidades de cada paciente. Outrossim, este estudo também salienta

a importância da realização de visitas domiciliares para pacientes que se encontram em situações de vulnerabilidade de saúde, dificuldades no transporte e/ou outras características que impeçam esse usuário chegar à unidade de saúde.

Diante disso, o objetivo do presente estudo é relatar a vivência das graduandas do curso de Enfermagem durante visitas domiciliares no contexto da APS, destacando sua importância e benefícios.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS/MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência com visitas domiciliares, as quais fizeram parte das práticas proporcionadas pelo módulo de Gestão e Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto I, desenvolvidas em parceria com uma UBS, em abril de 2022, no município de Arapiraca - AL.

Cabe destacar que as visitas domiciliares foram realizadas conforme as demandas apresentadas pelos profissionais da UBS e que as discentes tiveram acesso aos prontuários dos pacientes que foram assistidos, visando compreender as condições de saúde em que cada indivíduo se encontrava, sendo acompanhadas pela professora ou monitora da disciplina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A disciplina Gestão e Assistência de Enfermagem em Saúde do adulto I conta com uma carga horária de 126 horas e caracteriza-se como um módulo obrigatório para os estudantes de Enfermagem do quinto período da UFAL, campus Arapiraca. No que concerne aos objetivos desse módulo, ressalta-se o estudo da prática de Enfermagem a indivíduos com alterações clínicas, considerando o contexto epidemiológico, social e familiar, abordando aspectos para o atendimento integral do indivíduo, com foco em ações de vigilância em saúde, proteção, promoção e recuperação da saúde. Com isso, verifica-se que esse componente da grade curricular possui o escopo de formar Enfermeiros que estejam habilitados para atuarem conforme as necessidades apresentadas pela população.

Uma vez que, para desenvolver ações no âmbito da saúde há a necessidade de suporte teórico concreto, é importante mencionar que foram realizados estudos quanto aos aspectos

concernentes às visitas domiciliares, como portarias, determinantes sociais, perfil de elegibilidade e outros, assim como a construção de instrumentos que podem ser utilizados na avaliação dos pacientes, levando em consideração aspectos sociais, psicológicos e físicos.

Através da aproximação com a comunidade, foi possível perceber questões relacionadas ao nível de escolaridade de cada usuário e sua influência no letramento em saúde, no que destaca o uso correto ou incorreto das medicações diárias, quer seja na dose ou no horário. Por ser um ambiente doméstico, questões religiosas e culturais também puderam ser observadas no processo saúde-doença, agregando maior qualidade de vida ou ainda, prejudicando a terapêutica.

O ambiente doméstico oportunizou às acadêmicas conhecerem a relação familiar e seu impacto em face a condição de saúde do paciente, por meio da fala ou comportamento do parente e até mesmo de algum vizinho. No contexto político e social, o saneamento básico, calçamento, coleta inadequada de lixo, vínculo a programas sociais e amparo governamental também foram aspectos que foram relatados como questões que impactam, de alguma forma, na saúde dos indivíduos.

Na atenção básica, várias ações podem ser realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar (BRASIL, 2012). Nesse sentido, compreender o paciente como indivíduo que possui suas singularidades para, posteriormente, desenvolver ações que visem promover a saúde é de extrema relevância.

CONCLUSÃO

A partir do desenvolvimento das visitas domiciliares, foi possível notar a relevância e necessidade dos estudantes do curso de Enfermagem em ter contato – após um sólido estudo teórico – com pacientes que carecem de visitas domiciliares para obter acesso aos serviços de saúde fornecidos pelo SUS. Isso porque, os futuros profissionais no âmbito da saúde passam a compreender a indispensabilidade de realizar visitas domiciliares, além de entender que o

paciente não é apenas um indivíduo que possui uma doença que necessita ser tratada, mas como um indivíduo com diversos fatores que cooperam para tal condição de saúde.

Somado a isto, as visitas domiciliares propiciaram aos pacientes terem acesso aos serviços de saúde de forma integral, por meio da escuta ativa com a ida dos estudantes a suas residências, haja vista que foram realizadas consultas de Enfermagem, agendamento de exames e encaminhamentos, conforme necessidade e sob supervisão das professoras/monitoras. Outrossim, os pacientes assistidos foram consultados e instruídos quanto a suas condições de saúde, por meio da Educação em Saúde visando aumentar a autonomia desses pacientes para que promovam seu autocuidado, fortalecendo assim a corresponsabilização do cuidado no contexto da Atenção Primária de Saúde.

Por outro lado, as estudantes, durante as VD's, tiveram dificuldades quanto ao acesso à casa, devido a escassez de transporte para o deslocamento até a residência dos pacientes. Mesmo com essas adversidades, as práticas foram de colossal relevância para o desenvolvimento profissional dos estudantes.

Agradecimentos

“Não se aplica”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [citado 2022 ago 07].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]. 2020. [citado 2022 ago 07].

