

**KATIA FERNANDA ALVES MOREIRA
RAFAEL FONSECA DE CASTRO
EDSON DOS SANTOS FARIAS
(ORGS.)**

ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: EDUCAÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE RONDÔNIA

ISBN: 978-65-86283-02-0



2020

Katia Fernanda Alves Moreira

Rafael Fonseca de Castro

Edson dos Santos Farias

(Organizadores)

ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

**Educação e produção de conhecimento para a
Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia**

Rio Branco - Acre

Stricto Sensu Editora

CNPJ: 32.249.055/001-26

Prefixo Editorial: 80261

Editora Geral: Profa. Dra. Naila Fernanda Sbsczk Pereira Meneguetti

Editor Científico: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

Bibliotecária: Tábata Nunes Tavares Bonin – CRB 11/935

Avaliação: Foi realizada avaliação por pares, por pareceristas *ad hoc*.

Revisão: Realizada pelos autores

Conselho Editorial

Prof^a. Dr^a. Ageane Mota da Silva (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Acre)

Prof. Dr. Amilton José Freire de Queiroz (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Edson da Silva (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri)

Prof^a. Dr^a. Denise Jovê Cesar (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina)

Prof. Dr. Francisco Carlos da Silva (Centro Universitário São Lucas)

Prof. Dr. Humberto Hissashi Takeda (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Jader de Oliveira (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho)

Prof. Dr. Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Msc. Marco Aurélio de Jesus (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof^a. Dr^a. Mariluce Paes de Souza (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Bernarde (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Universidade Federal de Goiás)

Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Prof. Msc. Renato André Zan (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof. Dr. Rodrigo de Jesus Silva (Universidade Federal Rural da Amazônia)

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E82

Estratégia em saúde da família: educação e produção de conhecimento para a atenção primária à saúde no Estado de Rondônia. / Katia Fernanda Alves Moreira, Rafael Fonseca de Castro, Edson dos Santos Farias (Orgs.). – Rio Branco: Stricto Sensu Editora, 2020.

137 p. : il.

ISBN: 978-65-86283-02-0

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020

1. Estratégia em saúde da família. 2. Atenção primária. 3. Rondônia. I. Moreira, Katia Fernanda Alves. II. Castro, Rafael Fonseca de. III. Farias, Edson dos Santos. IV. Título.

CDD 22. ed. 613.918112

Bibliotecária Responsável: Tábata Nunes Tavares Bonin / CRB 11-935

O conteúdo dos capítulos do presente livro, correções e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

É permitido o download deste livro e o compartilhamento do mesmo, desde que sejam atribuídos créditos aos autores e à editora, não sendo permitida a alteração em nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

APRESENTAÇÃO

O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA (PROFSAÚDE UNIR) E SUAS CONTRIBUIÇÕES À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE RONDÔNIA

A Universidade Federal de Rondônia (UNIR) faz parte da Rede PROFSAÚDE desde a sua primeira turma, constituindo-se em importante instituição formadora de profissionais de saúde para atuarem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Região Norte do país.

Por meio de seu corpo docente interdisciplinar (professores de Enfermagem, Medicina, Educação Física e Educação), vem orientando pesquisas fortemente baseadas na relação ensino-serviço, no intuito de produzir conhecimento a partir das diferentes realidades dos serviços de saúde que constituem o SUS. Este livro apresenta resultados dessas pesquisas, materializados em recortes de Dissertações que apresentam importantes contribuições para a Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo de seis capítulos que tratam de diferentes temáticas e ações no âmbito da Saúde da Família.

A primeiro capítulo, “O acolhimento em uma equipe de saúde da família em Porto Velho-RO: oficinas pedagógicas para sua implantação”, de Karley José Monteiro Rodrigues, Kátia Fernanda Alves Moreira, Cleson Oliveira de Moura, Arlindo Gonzaga Branco Junior, Daiana Evangelista Fernandes Rodrigues, Lerrissa Nauana Ferreira e Marcos Antônio Sales Rodrigues, versa sobre a implementação de oficinas pedagógicas para o aprimoramento do processo de acolhimento em uma Equipe de Estratégia em Saúde da Família de Porto Velho.

O segundo, “Projeto estaremos ao seu lado: uma proposta de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde, Vilhena-RO”, dos autores Edilson Alves da Silva, José Odair Ferrari e Camila Pardo Dala Riva, relata uma série de ações de Cuidados Paliativos a usuários do SUS na cidade de Vilhena.

Na sequência, o terceiro capítulo, “Assistência puerperal na Saúde da Família: uma experiência de implementação”, de autoria de Maiky José de Oliveira, Janne Cavalcante Monteiro e Gizeli Silva Gimenez, detalha a implementação da assistência puerperal, visando ao acompanhamento domiciliar multiprofissional às puérperas da área de cobertura da Equipe de Estratégia em Saúde da Família Village do Sol, no município de Cacoal.

O quarto capítulo, intitulado “Construção de uma diretriz de seguimento do tratamento da tuberculose pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde”, de Rodrigo Almeida de Souza, Edson dos Santos Farias, Janne Cavalcante Monteiro, Juan Miguel Salcedo Villalobos e Rafael Fonseca de Castro, descreve a construção de uma diretriz de seguimento do tratamento de tuberculose a fim de diminuir a taxa de abandono dos pacientes acometidos por essa doença nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho.

O quinto, “Risco cardiovascular em hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde ao Norte do Brasil”, de autoria de Sintia Mara Haito, Edson dos Santos Farias, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas e Kátia Fernanda Alves Moreira, destaca o processo de organização do fluxo de atendimento aos hipertensos pela equipe São José, pertencente à UBS Eleniza Félix do Carmo, em Nova Mamoré, RO.

O capítulo seis, que encerra o livro, “Implantando uma rotina de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: uma experiência de intervenção por uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família em Porto Velho/RO”, dos autores Soraia Rohers Penha, Rafael Fonseca de Castro, Anaclaudia Gastal Fassa, Ernande Valentin do Prado e Cristiane Czarnecki Mayorquim, é um recorte da pesquisa que objetivou a implantação da rotina de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa por uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família da UBS Pedacinho de Chão, em Porto Velho, problematizando a partir das metas pactuadas para essa implantação.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Rafael Fonseca de Castro

27 de março de 2020.

PREFÁCIO

Foi com grande honra que recebemos o convite para redigir o prefácio do e-book intitulado “Estratégia em Saúde da Família: educação e produção de conhecimento para a Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia”. O livro dá visibilidade às dissertações resultantes da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, ProfSaúde, mais especificamente, Trabalhos de Conclusão de Mestrado (TCM) produzidos pelos mestres formados pelo polo Rondônia.

Para escrever o prefácio, recuperamos a breve - mas densa - história do curso, proposto à CAPES pela ABRASCO e com a adesão de 22 Instituições de Ensino Superior lideradas pela Fiocruz em todo o país.

A ideia do ProfSaúde nasce do diagnóstico da necessidade de formação de profissionais de saúde, em especial, aqueles ligados à Atenção Primária com atuação e /ou interesse em docência/preceptoria, obedecendo a três eixos formadores: Atenção, Gestão e Educação. O encontro científico sobre a Formação Profissional em Saúde e o Ensino da Saúde Coletiva promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 2014, em Porto Seguro, é um dos marcos do movimento que resultou na oferta do curso, aprovado pela CAPES em 2016.

Descrevemos, a seguir, algumas diretrizes centrais presentes no ideário dos docentes que contribuíram para a proposta: o SUS como campo de práticas, a Educação a Distância como ferramenta capaz de atingir uma formação em grande escala, a diminuição das desigualdades regionais em termos da oferta de cursos, educação centrada na aprendizagem do sujeito, o ensino em rede como potencializador das ações de educação.

Tais diretrizes caracterizam um curso pensado para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde e estreitar os laços da academia com um cotidiano complexo, multifacetado e desafiante, como é o cotidiano do profissional de saúde da atenção primária. Trata-se de valorizar a experiência profissional do aluno e lhe dar instrumentos para enriquecer sua prática de gestão, pesquisa e ensino.

Nosso país é heterogêneo em diversos aspectos e essa heterogeneidade se expressa, também, na oferta de cursos de pós-graduação. De acordo com o portal da CAPES, são reconhecidos, atualmente, 7045 cursos de pós-graduação *Stricto sensu*. Do total, apenas 5,35% estão na região Norte e 0,31% no estado de Rondônia.

Ao buscarmos parcerias nas diversas regiões do país para constituir a Rede ProfSaúde, tivemos, de imediato, a adesão da Universidade Federal de Rondônia, que corajosamente abraçou a iniciativa, complexa por diversos motivos: por ser em rede, por ser fortemente a distância, por constituir uma novidade na área de Saúde Coletiva.

O resultado do processo foi o engajamento da UNIR no ProfSaúde e a formação, na primeira turma, de sete egressos médicos mestres em Saúde da Família, destes seis apresentam suas produções ao longo dos capítulos. Estão em curso duas outras turmas, a segunda voltada também para médicos e a terceira aberta a médicos, enfermeiros e odontólogos.

É o ensino público dando respostas ao SUS e o SUS respondendo à sociedade brasileira.

Carla Pacheco Teixeira
Coordenadora Executiva Nacional do Profsaúde

Maria Cristina Rodrigues Guilam
Coordenadora Acadêmica Nacional do Profsaúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO. 1..... 10

O ACOLHIMENTO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO-RO:
OFICINAS PEDAGÓGICAS PARA SUA IMPLANTAÇÃO

Karley José Monteiro Rodrigues (Secretária de Estado da Saúde de Rondônia/RO)

Kátia Fernanda Alves Moreira (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Daiana Evangelista Fernandes Rodrigues (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Cleson Oliveira de Moura (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Arlindo Gonzaga Branco Junior (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Lerissa Nauana Ferreira (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Marcos Antônio Sales Rodrigues (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020.01

CAPÍTULO. 2..... 31

PROJETO ESTAREMOS AO SEU LADO: UMA PROPOSTA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, VILHENA - RO

Edilson Alves da Silva (Secretaria de Saúde do Município de Vilhena – RO)

Jose Odair Ferrari (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Camila Pardo Dala Riva (Programa Mais Médicos para o Brasil)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020.02

CAPÍTULO. 3..... 54

ASSISTÊNCIA PUERPERAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA DE
IMPLEMENTAÇÃO

Maiky José de Oliveira (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Janne Cavalcante Monteiro (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Gizeli Silva Gimenez (Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020.03

CAPÍTULO. 4..... 75

RISCO CARDIOVASCULAR EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NUMA UNIDADE DE
SAÚDE AO NORTE DO BRASIL

Sintia Mara Haito (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Kátia Fernanda Alves Moreira (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Jeanne Lúcia Gadelha Freitas (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Rodrigo Almeida de Souza (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Edson dos Santos Farias (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020.04

CAPÍTULO. 5..... 93

CONSTRUÇÃO DE UMA DIRETRIZ DE SEGUIMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PELAS EQUIPES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Rodrigo Almeida de Souza (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Jeanne Lúcia Gadelha Freitas (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Juan Miguel Salcedo Villalobos (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Rafael Fonseca de Castro (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Edson dos Santos Farias (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020.05

CAPÍTULO. 6..... 107

IMPLANTANDO UMA ROTINA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO POR UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO/RO

Soraia Rohers Penha (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Rafael Fonseca de Castro (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

Ana Claudia Gastal Fassa (Universidade Federal de Pelotas)

Ernande Valentin do Prado (Centro de Formação de Recurso Humanos da Paraíba)

Cristiane Czarnecki Mayorquim (Fundação Universidade Federal de Rondônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020.06

ORGANIZADORES..... 133

COORDENADORAS NACIONAL DO PROFSAUDE..... 134

ÍNDICE REMISSIVO..... 135

Capítulo 1

O ACOLHIMENTO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO-RO: OFICINAS PEDAGÓGICAS PARA SUA IMPLANTAÇÃO

Karley José Monteiro Rodrigues¹, Kátia Fernanda Alves Moreira², Daiana Evangelista Fernandes Rodrigues², Cleson Oliveira de Moura³, Arlindo Gonzaga Branco Junior³, Lerissa Nauana Ferreira² e Marcos Antônio Sales Rodrigues²

1. Secretária de Estado da Saúde de Rondônia/RO (SESAU), Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO), Porto Velho, Rondônia, Brasil;
2. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Núcleo de Saúde (NUSAU), Departamento de Enfermagem (DENF), Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO), Porto Velho, Rondônia, Brasil;
3. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Núcleo de Saúde (NUSAU), Departamento de Medicina (DEPMED), Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO), Porto Velho, Rondônia, Brasil.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal implantar o acolhimento à demanda espontânea com escuta qualificada em uma equipe de Saúde da Família da zona urbana de Porto Velho. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de intervenção não controlado através da técnica de rodas de conversa realizadas com a equipe. Para a análise da realidade, utilizou-se o Arco de Maguerez, observando-se os problemas, causas e consequências que dificultam o acolhimento. A partir disso constatou-se que o processo de trabalho ainda é centrado no saber médico, entretanto favoreceu uma prática colaborativa entre a equipe, apesar de ainda ser um projeto em construção. É indiscutível que o acolhimento é uma ferramenta de reorganização do processo de trabalho e mecanismo de facilitação de acesso, capaz de promover a equidade e universalidade da Atenção à Saúde. Através dos resultados obtidos, as rodas de conversa foram úteis tanto na qualificação técnica dos profissionais, em relação ao acolhimento, quanto na organização do seu processo de trabalho, pois proporcionaram a interação dos serviços ofertados com as necessidades da comunidade.

Palavras-chaves: Planejamento em Saúde, Saúde da Família e Acolhimento.

ABSTRACT

This work had as main objective to implant the reception to the spontaneous demand with qualified listening in a Family Health team of the urban area of Porto Velho. To this end, an uncontrolled intervention study was developed using the conversation wheels technique carried out with the team. For the analysis of reality, the Arco de Maguerez was used, observing the problems, causes and consequences that hinder the reception. From this it

was found that the work process is still centered on medical knowledge, however it favored a collaborative practice among the team, despite the fact that it is still a project under construction. It is indisputable that welcoming is a tool for reorganizing the work process and facilitating access, capable of promoting equity and universality of Health Care. Through the results obtained, the conversation circles were useful both in the technical qualification of professionals, in relation to the reception, as in the organization of their work process, as they provided the interaction of the services offered with the needs of the community.
Keywords: Health Planning, Family Health and Welcome.

1. INTRODUÇÃO

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como na Estratégia Saúde da Família (ESF) o acolhimento é a “porta” de acesso, o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e deve ser compreendido como uma estratégia de escuta qualificada, que permite identificar necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, realizando um encaminhamento adequado frente às necessidades apresentadas pelo usuário (MOTA, 2009).

A humanização é uma prática que visa aproximar os serviços profissionais e estruturas físicas, dos usuários, para que eles se sintam mais à vontade e confiantes em relação à atenção que lhes é dada (SUSSEKIND et al., 2016). Tem como princípio tornar o ambiente da saúde mais agradável e solidário, transformando-o em um lugar de saúde e não de doença, ampliando, com isso, as possibilidades de melhora e cura dos usuários dos serviços. Sabe-se que necessidades de saúde e a forma de como lidar com elas tem fundamentação científica, porém o usuário também define o que vem a ser, para ele, necessidade de saúde, além da ciência e de profissionais de saúde.

Um grande volume de necessidades que podem ser atendidas na atenção básica necessita ser acolhido, ter escuta qualificada e ser problematizado. É o que se chama de demanda de baixo risco e que tem sua resolutividade na própria unidade, apesar de não estarem programadas (SUSSEKIND et al., 2016). Quando isso não acontece ocorrem os retornos repetidos, queixas, reclamações e busca por outros serviços mais resolutivos.

A reorganização do processo de trabalho está associada ao acolhimento no atendimento à demanda espontânea. Adotar o acolhimento como diretriz demanda grandes transformações no atendimento nas unidades. É um conjunto de ações integradas envolvendo todos os atores sociais presentes na unidade, pois não depende só do

empenho de um, mas de todos os envolvidos no ato de cuidar (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007). Existem propostas que para implantação do acolhimento com identificar um local específico com profissional disponível em horário predeterminado e com ações normativas a serem seguidas. Entretanto, essa proposta se mostra insuficiente frente à abrangência do acolhimento. É como estabelecer novas barreiras impedindo o acesso.

Alguns modos de realizar o acolhimento podem ser empregados como sugestão para unidades de saúde a partir da identificação de fluxos que o usuário desenha ao entrar nas unidades em busca de cuidado. Os fluxogramas são instrumentos que representam esses fluxos conforme suas demandas por serviços de saúde (PINTO et al., 2012).

Neste estudo, serão utilizadas as dimensões de acesso e acolhimento, entendendo que o acesso se refere à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário (MISHIMA et al., 2010). Considera-se que dar acolhimento não significa garantir a resolução completa dos problemas trazidos pelos usuários, mas dar atenção, estar aberto à escuta, valorizar as queixas e identificar necessidades, sejam estas individuais ou coletivas (MEDEIROS et al., 2010).

Frente ao exposto, nota-se a importância da resolução dessa problemática para que a qualidade no atendimento e serviços de saúde prestados à população adscrita à unidade sejam otimizados, proporcionando satisfação do usuário, resolução e acompanhamento do seu problema de saúde bem como favorecimento das ações em saúde desenvolvidas na unidade. Isto porque, na unidade básica de saúde (UBS) Osvaldo Piana, no município de Porto Velho, o acolhimento ainda não está implantado.

O objetivo do estudo foi propor a implantação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade em uma equipe de saúde da família na UBS Osvaldo Piana, Porto Velho-RO.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção não controlado, no qual todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento (ESCOSTEGUY, 2009). Assim, não há necessidade de formação de um grupo paralelo (PEREIRA, 1995; ESCOSTEGUY, 2009).

A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Osvaldo Piana, localizada na Av. Campos Sales, 891. Bairro Areal, Porto Velho/RO. Participaram do estudo a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, as atendentes do SAME, as quatro agentes comunitárias de saúde (ACS) da equipe de saúde da família, a diretora da unidade, a odontóloga e a auxiliar de saúde bucal. Foram convidados para participar deste projeto de intervenção todos os membros da UBS, onde houve a participação de alguns profissionais da unidade que não fazem parte da equipe, porém se interessaram nas discussões, como alguns agentes comunitários, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Na pesquisa, os procedimentos de intervenção foram: 1- Apresentação do projeto à gestão e à equipe; 2- Proposta de Intervenção - Aplicação do Arco de Maguerez (com seus respectivos momentos/fases); 3 – Entrevistas e avaliação da intervenção.

A entrevista foi utilizada como técnica complementar, seguindo um roteiro semiestruturado contendo perguntas referentes à percepção do profissional acerca do processo de trabalho, o Acolhimento, bem como os aspectos dificultadores e facilitadores para implantação do acolhimento, sendo gravadas as respostas e posteriormente transcritas para análise.

Os sujeitos foram codificados por números para garantir o anonimato. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi obtido de forma escrita, após explicação dos objetivos do estudo e finalidade dos resultados de avaliação.

O processo de análise iniciou-se com a transcrição das entrevistas, seguida de leituras flutuantes (BARDIN, 2011). Os discursos foram então recompostos no processo de construção e consolidação dos temas que configuravam categorias temáticas construídas a partir dos relatos dos sujeitos, objetivando a organização do conteúdo. Os dados foram agrupados em quatro categorias de análise, quais sejam: 1 – Processo de Trabalho; 2 – Trabalho em equipe e atenção integral; 3 – Acolhimento com escuta qualificada; 4 – Dificuldades e Facilidades para implantar o acolhimento.

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR (CEP), tendo sido aprovado sob o Parecer Consubstanciado nº 2.362.444 de 01 de novembro de 2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O PROCESSO DE TRABALHO

Verificamos que a equipe de Saúde da Família utilizava um cronograma de atendimento em que cada dia da semana era dedicado a uma atividade: pré-natal, puericultura, atendimento ao Hiperdia, planejamento familiar e procedimentos diversos, tais como verificação de pressão arterial, curativos, retirada de pontos, dentre outros. A demanda espontânea era constituída pelas pessoas que não estavam contempladas no cronograma do dia e apresentavam queixas diversas de febre, dor, mal-estar, pressão alta, dentre outros.

Essa forma de organização da demanda dificulta a organização do processo de trabalho das equipes, pois, ao reservar um pequeno número de vagas para a necessidade da população, a equipe se depara com a necessidade de priorizar aqueles com maior risco. Os demais têm suas necessidades de saúde negligenciadas, gerando queixas em razão da falta de atendimento. Queixas quanto à baixa resolutividade dos serviços não são incomuns.

O processo de trabalho ainda está centrado no saber do médico, fazendo com que os outros profissionais sejam subestimados na organização da atenção à saúde. O modelo utilitarista de queixa-conduta não permite o cuidado integral, contribuindo para a baixa resolutividade do SUS (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013; SCHRAIBER; MOTA, 2012). Não são utilizadas de forma sistemática as demais intervenções oferecidas pela equipe, como grupos operativos, entre outros.

Percebemos, no depoimento abaixo, a constatação do trabalho morto, direcionando o processo de trabalho dependente, quase exclusivamente, de tecnologias duras.

O usuário encaminha-se ao SAME, que localiza seu prontuário no sistema e coloca no atendimento do dia. As outras demandas são encaminhadas para a técnica de enfermagem ou mesmo para a própria enfermeira. Vacina, curativo ou algum encaminhamento, a porta de entrada vai ser o SAME (Prof.4)

Na micropolítica de organização dos processos de trabalho, as tecnologias duras e leve-duras são mais presentes no trabalho da equipe. Entretanto, há as tecnologias leves - das relações, que é fulcral para a produção do cuidado. O trabalho em saúde é sempre

relacional, porque depende de trabalho vivo, em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido (FRANCO; MERHY, 2013).

Refletir sobre o processo de trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) significa tomar a Atenção Primária à Saúde (APS) como *locus* de um trabalho vivo que responde às necessidades de saúde de uma população, por meio de relações intersubjetivas. Requer, ainda, o resgate histórico da proposição da APS, conforme conferência realizada em Alma Ata, em 1978, quando a OMS lançou a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978).

A ESF, para ser consolidada, necessita ser construída a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, através do fortalecimento do SUS e da organização das redes de atenção à saúde (RAS), em que a APS é o centro de comunicação com as RAS. Além disso, implica a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da Atenção Básica à Saúde (MENDES, 2012).

É sabido que as dimensões comunicativa e instrumental não são excludentes no processo de trabalho em saúde. Devem ser articuladas e integradas, para favorecer respostas às necessidades dos usuários e para que os trabalhadores envolvidos na construção das ações em saúde produzam acordos e consensos para organizar a ação coletiva e alcançar seus objetivos (CARVALHO et al., 2012).

3.2 TRABALHO EM EQUIPE E A ATENÇÃO INTEGRAL

As oficinas potencializaram um novo “olhar” dos sujeitos pesquisados, na medida em que estes verbalizaram que o trabalho em equipe é importante para realização das ações de forma harmônica, integrando as ações específicas de cada trabalhador. Consideram um importante recurso para otimizar a qualidade ao trabalho e fortalecer os vínculos entre os profissionais de saúde.

Os entrevistados consideram que o trabalho em equipe favorece a prática colaborativa interprofissional, possibilitando a aproximação entre os diversos profissionais e estudantes das necessidades de saúde dos usuários, para o cuidado na perspectiva da integralidade. Acreditam que, com a implantação do acolhimento, haverá valorização do encontro com os usuários e entre as diferentes áreas profissionais, com articulação dos saberes especializados, para abordar a complexidade das necessidades de saúde, em

oposição à formação especializada isolada.

O trabalho em equipe se caracteriza pela relação recíproca, de dupla mão, entre o trabalho e a interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção. No qual, comum acordo só ocorrerá quando houver convicções compartilhadas no mundo da vida (PEDUZZI et al., 2011; HABERMAS, 2012).

Neste estudo, observamos a vontade e a necessidade dos trabalhadores de saúde em trabalhar em equipe, conforme o depoimento abaixo:

A maior dificuldade é quando não está dentro de minhas possibilidades para resolver suas necessidades (usuários). Se tornará mais fácil quando a equipe falar a mesma língua, em especial ao atendimento ao cliente (Prof. 2).

Segundo esse depoimento, o conhecimento fragmentado, veiculado pela perspectiva uniprofissional do saber, provoca o isolamento e o recorte de frações do objeto de conhecimento, o que prejudica a resolução articulada dos problemas, dada a complexidade dos objetos de intervenção.

Isso nos remete a discutir sobre o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, que ainda é uniprofissional. Nesse modelo, os profissionais de cada área de atuação aprendem isolados das demais áreas da saúde, sobre determinada disciplina, com ênfase na racionalidade biomédica, que é hegemônica, predominante e preconiza a dimensão biológica e o substrato anatomopatológico do processo saúde-doença (BARR et al., 2005).

A integralidade como eixo norteador da formação em saúde requer a articulação dos saberes e práticas numa lógica interprofissional, a partir de um conceito ampliado de saúde, que reconhece e respeita a expressão da subjetividade do usuário, mediante o acolhimento e a responsabilização profissional, para superar as práticas centradas em procedimentos, com foco na doença (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Outro aspecto importante apontado no depoimento se refere à comunicação, que é o principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe, e o recurso mais utilizado para propiciá-la são reuniões com diferentes modalidades, finalidades e estilos. Verificamos, entretanto, que as reuniões são pouco utilizadas pelas equipes como estratégia para estimular o diálogo e a interação entre os profissionais.

A clínica ampliada compartilhada pode constituir uma alternativa para repensar as práticas de saúde. Esse processo é estruturado por meio da construção de um projeto

terapêutico singular, que requer conhecimento especializado do núcleo do saber, e também envolve os diferentes saberes para abordar a necessidade do cuidado. A clínica ampliada aumenta a possibilidade de participação dos usuários e familiares no processo de gestão dos processos terapêuticos, visto que tende a fortalecer o vínculo entre os usuários e os profissionais das equipes de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Por fim, refletimos sobre a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto uma ferramenta necessária para a reconstrução das práticas em saúde, pois fortalece o trabalho em equipe, uma vez que as discussões são realizadas no ambiente de trabalho, incidindo sobre os “nós críticos”, com vistas a responder às necessidades de saúde dos usuários. Também auxilia a repensar as práticas dos trabalhadores, o que fortalece o trabalho cooperativo e as práticas colaborativas, tendo como eixo norteador a integralidade da atenção à saúde.

Nas palavras de Peduzzi et al. (2013), a EPS tem como objetivo constituir uma rede de ensino e aprendizagem no exercício de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), com sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direito.

3.3 ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA

Para a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) na APS, faz-se necessária uma reflexão sobre as práticas dos profissionais, haja vista as dificuldades reais de acolhimento da população nos serviços de saúde, como pôde ser observado neste estudo, com base nas diretrizes para sua implementação (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNH são importantes e necessárias para a transformação das práticas dos profissionais e inclusão dos usuários nas decisões relativas ao cuidado em saúde, proporcionando-lhes o protagonismo necessário nas decisões que afetam suas vidas e de suas famílias (NAVARRO; PENA, 2013). É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

O acolhimento é uma ferramenta importante para a organização de serviço, cuja implantação requer o apoio efetivo dos gestores. A efetivação da PNH depende tanto dos profissionais de saúde quanto da gestão. Disso decorre a importância de compreender a

percepção do Acolhimento pelos profissionais na presente investigação. A efetivação do acolhimento exige o preparo da equipe diante das demandas dos usuários.

Acolhimento é uma forma de receber o cliente, observar sua necessidade, na medida do possível e procurar ajudá-lo. É escutar as queixas do usuário e dar uma resposta às necessidades do cidadão que procura tais serviços (Prof. 05).

O acolhimento é uma ferramenta extremamente importante no nosso processo de trabalho. É a recepção do usuário, é a porta de entrada dele no serviço. Momento em que se escuta sua queixa principal ou o motivo que o levou a procurar assistência. Por sua vez, espera ser bem acolhido e ter resolutividade no seu caso. Daí a importância de se fazer um bom acolhimento para que se estabeleça uma relação de confiança e segurança entre os profissionais e os usuários (Prof. 01).

Revedo a literatura, encontramos equivalência para essas denominações chamadas de ferramentas do cuidado: a primeira é a tecnologia dura, referente à necessidade de equipamentos, instrumentos ou materiais vinculados à realização de procedimentos; a segunda é a tecnologia leve-dura, relacionada ao campo do conhecimento, e a terceira é a tecnologia leve, pautada nas relações entre sujeitos. As duas últimas são as tecnologias da subjetividade e se processam nos encontros. Não existe trabalho que não envolva essas três tecnologias: a máquina (tecnologia dura), os saberes (tecnologia leve-dura) e as relações (tecnologia leve). Separadas, podem representar qualquer outro conceito, mas não é trabalho (MERHY, 2002).

Percebemos que os profissionais possuem vários conceitos sobre o acolhimento e têm na escuta como o principal momento desta ação. A análise dos depoimentos permite-nos inferir que há um consenso entre os entrevistados a esse respeito, bem como na concepção de que acolher implica não apenas essa escuta qualificada, mas também a responsabilização pela resolução do problema do usuário, direcionando essa ação de maneira ética, resolutiva e dentro dos princípios que garantem o acesso, a equidade e, principalmente, a integralidade.

Por meio do acolhimento, é possível manter as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, o acolhimento se torna uma ferramenta tecnológica essencial no cuidado em saúde. Consideramos como acolhimento a atitude do profissional que visa a escuta, a valorização das queixas, identificação das necessidades, o respeito às diferenças, enfim, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo (SCHNEIDER et al., 2008).

A escuta é outro componente a ser considerado, presente na ação de acolher. A escuta foi interpretada, pelos profissionais, como um caminho para identificar fluxos de

atendimento às demandas levantadas, permitindo, ainda, que se identifiquem necessidades e problemas que precisam ser encaminhados para fluxos externos, ou outros serviços disponíveis na rede de assistência pela média ou alta complexidade. A isso se dá o nome de integralidade da saúde: a articulação entre a APS e os demais níveis de atenção.

A análise e interpretação dos dados nos permitiram perceber nos depoimentos dos profissionais o consenso no entendimento e na prática do acolhimento vivenciado por eles. Quer dizer, o acolhimento está relacionado à ação de ouvir, receber bem, resolver o problema e encaminhar. Essa percepção confirma o que está posto na revisão da literatura e vem ao encontro do entendimento de profissionais sobre o ato de acolher no contexto dos serviços de saúde. Evidenciamos, ainda, que o momento mais significativo do acolhimento, na percepção de profissionais, está no compromisso de ser resolutivo. E ser resolutivo, muitas vezes, significa dar o encaminhamento correto.

Para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de maneira integral, é imprescindível a entrada do usuário no serviço, entendido como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação. A entrada deve ocorrer de maneira acolhedora e não de forma simplificada e fragmentada de “recepção”, “triagem” ou “acesso”. Isso implica em prestar atendimento com resolutividade e responsabilidade, realizando orientações e encaminhamentos, quando necessário, para a continuidade do cuidado, garantindo a eficácia do acolhimento (FALK et al., 2010).

O profissional que realiza o acolhimento aprende a lidar com o imprevisto, atenta-se à escuta qualificada, constrói um vínculo com o usuário de forma ética, busca a resolutividade dos casos, preocupando-se em não burocratizar o atendimento. O Protocolo de Manchester na Atenção Primária pode auxiliar o profissional na tomada de decisões com responsabilização, porém necessitam ser ajustados e adaptados neste nível de atenção, evitando a contradição com os princípios instituídos na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2013).

O depoimento do profissional 03, a seguir, merece destaque por questionar como classificar risco no e-SUS.

Se fizer uma classificação para nossa realidade aqui do posto, daí sim mudaria tudo. Porque tem paciente que vem aqui só para conversar, desabafar... daí o que eu vou jogar lá no e-SUS? Que cor ele vai me mostrar? (Prof. 03).

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010), o profissional, ao realizar a classificação, deve estar atento às principais queixas e procurar os

discriminadores referentes aos níveis mais altos de prioridade. Em caso de não localização do discriminador referente à queixa apresentada, o profissional pode classificar o paciente como “não urgente”, definido pelas cores verde e azul. Esse tipo de conduta causa insegurança ao profissional responsável por essa prática, podendo prejudicar na resolutividade do caso.

Ao longo das oficinas, ficou evidente que os profissionais não conseguiam identificar ou identificavam incorretamente os sinais e sintomas de agravo à saúde. A maioria dos profissionais não se sentia preparada para atuar em situações de emergência; detectamos também divergências sobre o nível de conhecimento desses profissionais no atendimento das urgências/emergências, o que reforça a necessidade de capacitação e a definição de protocolos de atenção (LUMER; RODRIGUES, 2011). Estes achados corroboram com a proposta desta intervenção, no sentido da necessidade de capacitação dos profissionais para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade.

3.4 DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO

3.4.1 Dificuldades

A construção desta categoria surgiu a partir da seguinte pergunta: em sua opinião, existem fatores que podem dificultar ou facilitar a implantação do acolhimento?

O acolhimento pode ser considerado um instrumento de trabalho que está no campo das relações humanas e que se deve adequar em todos os níveis de atendimento. A responsabilidade em fazer o acolhimento pelo desenvolvimento da escuta, classificando o risco e priorizando o atendimento, é de todos da equipe. A prática do acolhimento pode acarretar, no cotidiano dos profissionais, dificuldades para uns ou facilidades para outros.

Por meio dos depoimentos dos profissionais, que emergiram não apenas das entrevistas, mas também das observações, a falta de perfil e de conhecimento do profissional sobre a temática se torna um fator dificultador à implementação desta prática na ESF.

... a boa vontade dos profissionais, porque não é fácil mesmo no início, tem que explicar, tem que orientar, a unidade fica cheia. Mas, com o tempo facilita. “... o fator que dificulta é a vontade dos profissionais de quererem implantar) (Prof 04).

Alguns profissionais não têm perfil para fazer o acolhimento (...) (Prof. 02).

Os conceitos não são aproveitados se na prática não há melhorias na qualidade dos serviços de saúde, tanto para profissionais quanto para usuários. Os profissionais devem se comprometer com a população, proporcionando o vínculo e criando espaços de atendimento focados na valorização profissional (HAMMAD, 2010).

Nessa categoria, identificamos, também como dificuldades, problemas dos profissionais que se sentem incapazes de realizar o acolhimento com a classificação de risco, apontando a necessidade de serem capacitados. Isso revela o pouco conhecimento e a insegurança de muitos profissionais no manejo da rede de oferta de serviços da média e da alta complexidade.

A dificuldade, às vezes, é trabalhar com a equipe que não foi capacitada e nem todo mundo fala a mesma língua. Muitas pessoas interpretam o acolhimento como se fosse uma triagem (Prof. 05).

Para que haja resultado de qualidade, o acolhimento com classificação de risco deve agregar valores, visar às expectativas dos usuários, estar apropriado para a realidade local, possuir espaços e recursos necessários para a sua realização (BECK; MINUZI, 2008).

A partir dos depoimentos dos participantes, podemos concluir que, para haver o fortalecimento do acolhimento, se faz necessário que a equipe repasse para os usuários os múltiplos significados da ação de acolher no momento em que essa atividade acontece. É preciso entender que se trata de um momento de privilegiar os que mais necessitam, quando os profissionais se propõem a ouvir o outro. E mais, o acolhimento não deve ser confundido com triagem.

A efetivação do acolhimento como ferramenta para organização do cuidado exige que os profissionais envolvidos sejam capacitados para operacionalizá-lo, visto que a base é a escuta qualificada, pois é a escuta que permite tomar atitudes durante o “trabalho vivo”. Tais atitudes exigem um conhecimento ampliado do território e das necessidades de saúde dos distintos grupos sociais que o habitam.

Muitos são os desafios que permeiam a incorporação do acolhimento e há muito para avançar. Um dos impasses dos serviços de APS está na ampliação do acesso ao homem/mulher e usuários(as) trabalhadores(as), pois os mesmos encontram dificuldades em utilizar os serviços de saúde, visto que os horários de funcionamento das instituições de saúde acabam conflitando com o período de trabalho (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Outra fragilidade/dificuldade apontada se refere ao atendimento às urgências nos serviços de APS, dada a baixa capacitação dos profissionais:

Não fomos capacitados para atender urgência/emergência. Não há espaço para isso, nem equipamentos e medicamentos. Quando aparece, dependendo do caso, a médica encaminha para a UPA ou para outro colega (Prof. 02).

Quando as ações assistenciais são centralizadas na figura do médico, os demais trabalhadores são coadjuvantes dos serviços e não se assumem como corresponsáveis. Mesmo que entendam que as ações em saúde devam ocorrer de forma integral e interprofissional pela equipe, os trabalhadores atuam de forma desarticulada e fragmentada. O acolhimento deve ser compreendido com a noção de inclusão dos usuários nos serviços que, de fato, se identifiquem e se proponham ações concernentes às suas reais necessidades (SILVA et al., 2010).

Na ESF ocorre, ainda de forma restrita, o atendimento de urgência. Ainda é baixo o percentual de atendimento, em virtude da falta de capacitação para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade, e existe baixa capacidade em oferecer resposta frente ao risco identificado, embora seja uma prerrogativa dos serviços de APS o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade. Alguns autores apontam como fragilidade para o atendimento às urgências nos serviços de APS a baixa capacitação dos profissionais, bem como a precária infraestrutura das unidades e a carência de recursos humanos e de materiais/insumos (TORRES; SANTANA, 2009).

Implantar uma assistência com responsabilidade e vínculo, ampliando o acesso do usuário por meio do acolhimento resolutivo e baseado em critérios de risco à demanda espontânea, envolve, fundamentalmente, a classificação de risco. Portanto, é de suma importância que as equipes estejam instrumentalizadas e qualificadas para a identificação de risco/vulnerabilidade do usuário. Trata-se de um processo dinâmico, em que o usuário é avaliado conforme protocolos definidos. Tais depoimentos são preocupantes, pois mostram que a equipe realiza essa ação mas sem qualificação e meios adequados; em decorrência, os objetivos não são alcançados.

O despreparo dos profissionais frente às situações de urgência é considerado um fator crítico para a saúde pública. O investimento em infraestrutura e a educação permanente são cruciais para o aprimoramento dos cuidados na Atenção Primária, uma vez que a precariedade da assistência pode refletir na ineficácia e ineficiência do atendimento, inviabilizando ou referenciando de forma inadequada para os demais níveis

de atenção, acarretando superlotação e diminuição da qualidade desses serviços (TORRES; LELIS, 2010).

Refletir sobre essas falas nos remete ao que está posto na literatura acerca da classificação de risco. Verificamos a necessidade de se organizar a oferta dos serviços obedecendo aos fluxos de uma rede integrada entre a APS, a Média e Alta Complexidade para dar respostas aos problemas identificados.

3.4.2 Facilidades

Ao serem questionados quantos aos fatores facilitadores à inserção do Acolhimento com Classificação de Risco, apenas um ponto foi destacado: o respaldo profissional, conforme o depoimento em destaque:

...quando capacitada, o acolhimento com classificação nos fornece dados para que a gente trabalhe com mais tranquilidade e respaldo, e para o paciente também. Como o treinamento que você faz com a gente (Prof. 03).

A proposta ministerial prevê a capacitação dos profissionais de saúde como política de transformação nas práticas de formação, de atenção, de gestão, de participação popular e de controle social no setor saúde. A educação preconizada tem por base a aprendizagem significativa. Deste modo, serão proporcionados conhecimentos sobre acolhimento e avaliação de riscos (TORRES; LELIS, 2010).

Após a intervenção, os entrevistados, em seus depoimentos, remetem o acolhimento enquanto organizador da atenção, com o desenvolvimento de rotinas.

Olha, daqui pra frente eu acho assim: o paciente antes de vir à consulta clínica, responde um questionário sucinto. Por exemplo: queixa principal, sinais vitais se o paciente teve febre na noite anterior, se teve febre durante o dia, né? Há quanto tempo ele apresenta os demais sintomas que possam aparecer (Prof. 06).

O Acolhimento com Classificação de Risco, além de proporcionar agilidade no atendimento, oferece ao profissional responsável por este procedimento respaldo legal ao identificar a situação de urgência que precisa ser priorizada ou não (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Paralela e concomitantemente, a reorganização dos serviços - com a introdução de novas metodologias/tecnologias - é primordial, como forma de oportunizar novas formas de gestão e, conseqüentemente, qualificar a assistência.

Preconizamos o acolhimento com classificação de risco como uma ação que deve permear todos os momentos, não se constituindo numa simples etapa de atendimento, conforme o que acontece com a ação de triar. É necessário um novo perfil de profissional, outra postura que a equipe deve adotar para que se sinta corresponsável pela saúde de usuários de forma cidadã e solidária. O trabalho em equipe é o diferencial na Estratégia Saúde da Família, o que potencializa os recursos e viabiliza as ações com diferentes abordagens para diferentes contextos (OHARO; SAITO, 2014).

Colocar em prática o Humaniza SUS exige de trabalhadores e usuários encontros embasados no diálogo para construir relações humanizadas e respeitadas. Esses encontros não podem ser “armados” e nem com uso de “ferramentas ditatoriais” e de “tecnologias duras”. “Esse desafio implica não só colocar em análise o modo de se construir os encontros, mas centralmente de tornar visíveis os atos cuidadores e os agires pedagógicos que esses encontros contêm” (CECCIM; MERHY, 2009) (p.534).

3.5 AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

Perguntados se a participação nas oficinas correspondeu às suas expectativas, 100% dos profissionais responderam que “sim”. Para os participantes, o método utilizado se mostrou dinâmico e proveitoso por possibilitar a participação ativa de cada profissional nas oficinas. Percebemos que houve a fixação do conteúdo na medida em que os profissionais faziam suas colocações, reportando-se aos conteúdos discutidos nas oficinas anteriores.

Ficou evidenciada a surpresa da equipe, a partir do momento em que foram propostas as oficinas pedagógicas com reflexões sobre a realidade e formas de mudar as atitudes frente aos problemas advindos da forma como as ações eram realizadas e também em relação ao acolhimento com classificação de risco. Desse modo, os profissionais citam o sentimento de satisfação da equipe com a possibilidade de mudanças reais do acolhimento com classificação de risco:

Achei que foram momentos de grande importância para a sensibilização dos profissionais da unidade de saúde acerca do papel de cada um na melhoria dos nossos serviços, no conhecimento sobre a importância do acolhimento dentro da unidade básica, nas discussões das dificuldades encontradas no dia a dia para a implementação das atividades, nas trocas de experiências e no fornecimento de materiais para a facilitação dos serviços (Prof. 01).

A Estratégia de Saúde da Família deve resolver cerca de 90% a 95% dos problemas dos usuários que procuram esse setor. Deve garantir a resolutividade desses casos e oferecer estratégias que garantam um atendimento humanizado. Desse modo, a classificação de risco, quando implantada, serve como alternativa de organização do fluxo das demandas (CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, o presente estudo nos permitiu conhecer e problematizar o trabalho e o acolhimento da ESF da unidade de saúde Oswaldo Piana no município de Porto Velho-RO, contribuindo para compreensão dos processos que permeiam a realidade, na ótica de quem a produz e tem potencial de transformá-la. Constituiu-se um passo inicial para intervenções que favoreceram o processo de educação permanente entre os trabalhadores, dando ênfase na necessidade da substituição do modelo de atenção à saúde no SUS, a partir do reinventar das práticas e fazer dialógico, envolvendo gestão, ensino, serviço e comunidade.

Propiciar momentos de educação permanente/capacitação sobre o acolhimento foi desafiador e ao mesmo tempo gratificante, pela mudança no discurso e na prática dos profissionais, particularmente para os ACS, que passaram a adquirir maiores conhecimentos e esclareceram dúvidas mantendo um diálogo acolhedor com a família/usuário.

É a partir da prática dialógica problematizadora que se busca a articulação do conteúdo (teoria) discutido nas atividades educativas com a realidade de trabalho (prática), possibilitando que os trabalhadores de saúde desenvolvam os conhecimentos apreendidos no seu dia a dia (ARAUJO; NASCIMENTO, 2016). Portanto, o objetivo da educação dialógica não é informar para a saúde, mas transformar saberes existentes.

Ressaltamos que a classificação de risco pode se configurar como oportunidade de viabilizar o encontro humanizado, oferecendo subsídios para a atenção integral, contínua e segura. No entanto, a utilização desta ferramenta na APS exige análise constante, tendo em vista que o protocolo impactou positiva e negativamente no acesso do usuário. Assim, as demandas organizacionais precisam ser identificadas e estudadas por gestores, profissionais e usuários, para que a APS se torne, de fato, um espaço mais apropriado para o atendimento dos usuários e suas famílias, com foco em suas realidades e necessidades (DUARTE et al., 2015).

Temos consciência de que nosso estudo apresenta limitações por considerar uma realidade específica de uma única equipe, o que nos impossibilita generalizar seus

resultados. Todavia, sua importância está na possibilidade de impulsionar a realização de novas pesquisas sobre o acolhimento com classificação de risco na APS, bem como reproduzir as oficinas para outras equipes de Saúde da Família, na perspectiva de sua real implantação no município de Porto Velho-RO.

Devemos considerar, ainda, a necessidade de estudos que avancem no aspecto da avaliação do impacto da intervenção na adesão dos profissionais na ação educativa. Além disso, vivenciar essa experiência nos permitiu fazer inferências acerca da implementação dessa metodologia em unidades básicas de saúde e é oportuno citarmos algumas: um planejamento criterioso deve anteceder o início das atividades e é necessário flexibilidade de horários para reunir os grupos; o coordenador das atividades deve ter conhecimento da metodologia adotada, conhecimento técnico sobre a temática que pretende trabalhar e, ainda, ter aproximação com a unidade, local de desenvolvimento da estratégia; a atividade demanda muito tempo do coordenador que, idealmente, deve se dedicar a ela. Esses aspectos podem ser limitadores à sua aplicação.

4. CONCLUSÃO

Atender bem aos usuários sempre foi o objetivo de todos os profissionais de saúde, independentemente de sua categoria ou do estabelecimento. Porém, quando se trata da atenção primária, considerada a porta de entrada do sistema, esse objetivo passa a ter uma configuração peculiar, por estar entre um sistema de saúde e a comunidade.

Na metodologia da problematização, houve uma ampla discussão sobre os principais problemas e, através das cinco etapas do Arco de Maguerez, a equipe observou a falta de um acolhimento dito “humanizado” (observação da realidade), identificou os principais problemas que ocorrem no acolhimento à demanda espontânea.

No processo de trabalho, a equipe evidenciou a forte tendência das tecnologias duras e leve-duras, além da centralidade do trabalho no profissional médico. No trabalho em equipe, foi observada a fragmentação dos saberes dos profissionais, prejudicando a resolução articulada dos problemas. Na escuta qualificada, a equipe possui uma boa definição de acolhimento e, após as rodas de conversa, os participantes expandiram seus olhares e entenderam que todos precisam acolher de forma humanitária, praticando o ouvir,

o entender e o agir.

As rodas de conversa foram exitosas pois promoveram a capacitação dos profissionais no acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, cada membro se sentiu inserido no processo, redimensionando o papel de cada um. A criação de um fluxo de atendimento ao usuário - não só da demanda espontânea como também a de todo usuário que chega na unidade - proporcionou uma organização que envolveu todos os trabalhadores da unidade e não somente a equipe de Saúde da Família, objeto deste estudo.

A elaboração de uma ficha de classificação de risco e vulnerabilidade apresentou a opção de acolher qualquer usuário que chega à unidade com qualidade e satisfação pelo profissional que acolhe. Com o passar do tempo, a equipe terá uma base de dados importante acerca do perfil clínico epidemiológico da comunidade que procura a unidade por demanda espontânea, auxiliando no planejamento não só da equipe de Saúde da Família quanto da própria unidade básica de saúde.

As rodas de conversa foram úteis na ampliação da qualificação técnica dos profissionais, pois foram dialogados desde os princípios do SUS e da Atenção Primária, passando pela importância do conhecimento das demandas inerentes à APS, e pela participação da Atenção Primária como centro comunicador das redes de atenção à saúde. As rodas de conversa foram proveitosas, pois estimularam a equipe a se organizar com mais propriedade e conhecimento técnico associado ao diagnóstico situacional da comunidade, além de reconhecerem que o processo de trabalho precisa ser organizado de um modo que a oferta de serviços seja compatível com as necessidades da comunidade.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: Uma Experiência de Pesquisa-Ação na Mudança do Processo de Trabalho em Saúde. **Revista APS: Atenção Primária a Saúde**, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.

ARAUJO, B.O.; NASCIMENTO, M.A.A. **Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família**: em busca da resolubilidade da produção do cuidado. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

BARALDI, D.C.; SOUTO, B.G.A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. Arq. Bras. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. London: Blackwell, CAIPE; 2005.

BECK, C.L.C; MINUZI, D.O. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde Santa Maria**, v. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.

BITTENCOURT, R.J., HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. In: **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-54, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Documento Síntese para Avaliação Externa. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-59, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-310, 2007.

CARVALHO, B.G.; PEDUZI, M.; MANDÚ, E.N.T.; AYRES, J.R.C.M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.1, p. 19-26, 2012.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis Revista Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

DUARTE, S.J.H.; OLIVEIRA, J.R.; SOUZA, R.R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Gestão e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 520-530, 2012.

DUARTE, E.D.; SILVA, K.L.; TAVARES, T.S.; NISHIMOTO, C.L.J.; SILVA, P.M.; SENA, R.R. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, p. 1009-17, 2015.

ESCOSTEGUY, C.C. Estudos de intervenção. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2009.

FALK, M.L.R.; FALK, J.W.; OLIVEIRA, F.A. de; MOTTA, M.S. da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, v. 13, n. 1, p. 4-6, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo I: Racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

HAMMAD, V.M. **A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde**. (Monografia) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Núcleo de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, Minas Gerais, 2010.

LUMER, S.; RODRIGUES, P.H.A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, v. 14, n. 3, pp. 289-295, 2011.

MEDEIROS, F.A.; SOUZA, G.C.A.; BARBOSA, A.A.A.; COSTA, I.C.C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Salud publica**, v.12, n. 3, p. 402-413, jun, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, F.H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; CAMPOS, A.C.; PAULA, V.G.; DOMINGOS, M.M.L.N. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 148-156, 2010.

MOTA, P.P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do Processo de trabalho no Programa Saúde da Família**. (Trabalho de Conclusão de Curso) Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

NAVARRO, L.M.; PENA, R.S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP-SP**, v. 12, n. 1, p. 64-73, 2013.

OHARO, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. Programa Saúde da Família. 3 ed. São Paulo, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Alma - Ata Declaration**. Washington: Unicef /WHO, 1978.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G.; MANDÚ, E.N.T.; SOUZA, G.C.; SILVA, J.A.M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, M.; NORMAM, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Escola de Enfermagem da USP-SP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia e prática**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, S.; et al. Tecendo Redes: Os Planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS – A Experiência de Volta Redonda. In: PINTO, M.F.R. **Uso de fluxogramas como ferramenta de análise de linhas de cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

SCHNEIDER, D.G.; MANSCHHEIN, A.M.M.; AUSEN, M.A.B.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto-enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 81-9, 2008.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1467-73, 2015.

SILVA, L.M.V.; ESPERIDIÃO, M.A.; VIANA, S.V.; ALVES, V.S.; LEMOS, D.V.S.; CAPUTO, M.C.; et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, Supl. 1, p. 131-143, 2010.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P.; ALBUQUERQUE, V.S.; CAVALCANTI, F.O.L.; COTTA, R.M.M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 159-70, 2013.

SUSSEKIND, A.C.; MUNARI, D.B.; PEIXOTO, M.K.A.V.; RIBEIRO, L.C.M. Forças impulsionadoras e restritivas do trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016.

TORRES, A.A.P.; SANTANA, B.P. **Atuação dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente às situações emergenciais**. XVIII CIC - Congresso de Iniciação Científica, XI ENPOS - Encontro de Pós-Graduação e I Mostra Científica da Universidade Federal de Pelotas, 2009.

TORRES, H.C.; LELIS, R.B. Oficinas de formação de profissionais da equipe de saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. In: **Revista Ciência y Enfermería**, v. XVI, n 2, p. 107-113, 2010.

Capítulo 2

PROJETO ESTAREMOS AO SEU LADO: UMA PROPOSTA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, VILHENA - RO

Edilson Alves da Silva¹, Jose Odair Ferrari² e Camila Pardo Dala Riva³

1. Secretaria de Saúde do Município de Vilhena – RO, Brasil. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, Rondônia, Brasil;
2. Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho – RO, Brasil;
3. Estratégia da Saúde e da Família pelo Programa Mais Médicos para o Brasil - PMMB no Município de Vilhena – RO, Brasil. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE – pela Universidade Federal de Rondônia-UNIR, Porto Velho – RO, Brasil.

RESUMO

A população brasileira envelhece rapidamente e em consequência do aumento proporcional do número de idosos, surge a inadiável necessidade de atenção e cuidados relacionados aos dias que precedem a inevitável morte e que são apropriadamente denominados de Cuidados Paliativos-CP. Os Cuidados Paliativos abordam ações direcionadas aos pacientes e familiares, com a finalidade de proporcionar alívio dos sintomas e sofrimentos, no âmbito físico, psicológico, social e espiritual. Material e métodos: Projeto de intervenção ofertados em ambiente da equipe de estratégia de saúde da família-eESF bela vista, sendo a educação permanente em saúde – EPS estabelecida como principal estratégia para potencializar este cuidado. Resultados e discussões: As metas estabelecidas foram alcançadas parcialmente, destacando positivamente o espaço de EPS com um deslocamento positivo no cuidado. A criação de protocolos locais, disponibilidade de insumos, medicamentos e transporte ficaram prejudicados por ações de gestão municipal. Conclusão: A assistência ao usuário que necessita de CP tem relevante importância e justifica o empoderamento dos profissionais da APS de tal forma que a equipe possa propiciar avanços nos cuidados a estas pessoas e familiares. A cobertura adequada do território adscrito contribui positivamente na assistência de CP. A disponibilidade de protocolos se torna uma prioridade frente ao déficit de conhecimento sobre o tema. A inexistência de medicações, insumos e transporte ao alcance da eESF impactam decisivamente no cuidado aos usuários e suas necessidades.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos, Atenção Primária à Saúde e Envelhecimento.

ABSTRACT

The Brazilian population gets older fast and in consequence of the proportional incensement of the elderly, arise the unavoidable need and care related to the days that precede the inevitable death which are appropriately named as Palliative Care-CP. The Palliative Care approaches actions directed to the patients and their family members, with the purpose of

providing relief from the symptoms and sufferings, on the physical, psychological, social and spiritual scopes. Material and methods: Project of intervention given in family health strategy team ambient-eESF Bela vista, education being kept in – EPS established as the main strategy to increase this care. Results and discussions: The goals established were partially reached, contrasting in a good way the EPS space with a positive shift in care. The creation of local protocols, availability of inputs, medicines and transport got harmed by municipal management actions. Conclusion: The assistance of the user who need CP has relevant importance and justify the empowerment of the professionals from APS in a way that the team may provide advances on caring those people and their family members. Adequate coverage of the registered territory contributes positively to PC assistance. The availability of protocols becomes a priority in view of the lack of knowledge on the subject. The lack of medications, supplies and transportation within the reach of eESF has a decisive impact on the care of users and their needs.

Keywords: Palliative Care, Primary Health Care and Aging.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil populacional, social e econômico acarretaram transformações na prevalência das doenças prevalentes na população brasileira.

Na primeira metade do século XX no Brasil, as Doenças Infecciosas Transmissíveis eram as causas de morte mais frequentes. A partir dos anos 60, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) passaram a ter lugar de destaque no perfil epidemiológico da nossa população (BRASIL, 2011a).

A maior prevalência de mortes por doenças crônicas pode ser verificada em todas as regiões do país, sendo de 65,3% na região Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul (MALTA, 2011).

A transição epidemiológica é decorrente da transição demográfica, em consequência de significativa queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um progressivo aumento percentual na população de idosos. Esta transição favorece o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias), ao mesmo tempo em que se verifica uma mudança nos hábitos alimentares e no perfil nutricional da população com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e diminuição expressiva da desnutrição. Chama a atenção o aumento na ocorrência dos traumas decorrentes de causas externas, como violências, acidentes e envenenamentos, entre outros (BRASIL, 2011a).

As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT são responsáveis por cerca de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no país (BRASIL, 2011a) e o registro de doenças infecciosas transmissíveis se aproximou da incidência das doenças crônicas, visto que as primeiras passaram a ter curso de longa duração e não mais o curso rápido, que era o comum para tais agravos. Por isso, em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a divisão das condições de saúde em agudas e crônicas.

Este trabalho pretende abordar a compreensão de condições crônicas que, segundo Mendes, são as circunstâncias nas quais a saúde das pessoas se apresenta de forma mais persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos próprios usuários (MENDES, 2012).

As condições crônicas têm um período de duração superior a três meses, com evolução lenta, múltiplas causas, perdas funcionais e, em muitos casos, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente, tornando-se uma doença crônico-degenerativa (WAGNER, 1998). Dessa forma, impactam fortemente a saúde dos grupos sociais, com prejuízos no âmbito econômico da família e do país, pois afetam a qualidade de vida do indivíduo, limitam potencialidades e causam mortes prematuras (MENDES, 2012).

Segundo Mendes (2012), as condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas), pois envolvem: doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, doenças respiratórias crônicas); condições ligadas à manutenção da saúde e à qualidade de vida por ciclos vitais (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais permanentes (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes).

A evolução progressiva e degenerativa das condições crônicas, associadas à demanda por assistência contínua e permanente, requer a ampliação, nos diversos pontos da rede, da cobertura dos cuidados contínuos que envolvem questões relacionadas ao controle das doenças crônicas e à qualidade de vida (PINTO, 2009).

Prover assistência contínua nas condições crônicas significa manter os cuidados e a atenção também nos momentos silenciosos das doenças, pois é quando estas evoluem sem a percepção daquele que é o alvo do processo degenerativo e sofrimentos decorrentes (MENDES, 2012). A cura das doenças deixou de ser o único foco da assistência na saúde,

dando lugar aos cuidados que abrangem as necessidades físicas e espirituais dos indivíduos (SAITO; ZOBOLI 2015).

É um desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS) atingir um grau de reorganização para o atendimento das condições crônicas, pois ao longo de sua conformação, os serviços de saúde se organizaram e focaram o atendimento às condições agudas ou, quando muito, aos episódios de agudização de condições crônicas (MENDES, 2012). No Sistema Único de Saúde (SUS), estes eventos são atendidos de forma fragmentada, episódica e reativa, sem sucesso, tal qual nos países desenvolvidos que viveram esta situação em épocas passadas.

A Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012, que estabelece a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS, define ações e serviços da APS:

Promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento, acompanhamento, redução de danos, reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância no território/contexto, observados critérios de risco e vulnerabilidades; acolhimento e atenção à demanda espontânea, incluindo as urgências e emergências nas UBS; atenção e cuidado continuado/programado, nas unidades de saúde e em domicílio, quando for necessário; indicação, prescrição, realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da APS; atividades de atenção individual e coletivas; atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos do território sob a responsabilidade das unidades, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar (AD); atenção à Saúde Bucal; ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares; Vigilância Nutricional, Alimentar e Atenção Nutricional; coordenação do cuidado, incluindo o acesso às ações e aos serviços fora do âmbito da APS (BRASIL, 2012).

Na abordagem das condições crônicas, um dos pontos de atenção privilegiados da APS é o domicílio.

A Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, tem diretrizes definidas pela Portaria do MS nº 2.029 a qual se parte da premissa da reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na APS, nos ambulatórios e hospitais, com o objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de pacientes internados, contribuindo para a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011b).

A RENASES contém extensa lista de ações e serviços de saúde que competem à APS oferecer aos usuários do SUS, dentro do princípio da integralidade. A AD consta nessa Relação como atribuição da APS, sendo que uma das ações da AD é a oferta dos Cuidados Paliativos (CP), essenciais para a atenção continuada das condições crônicas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS

2.1.1 Árvore de problemas

Árvore explicativa dos problemas relacionados ao Envelhecimento da População e Doenças Crônicas Não Transmissíveis –DCNT (Figura 1).

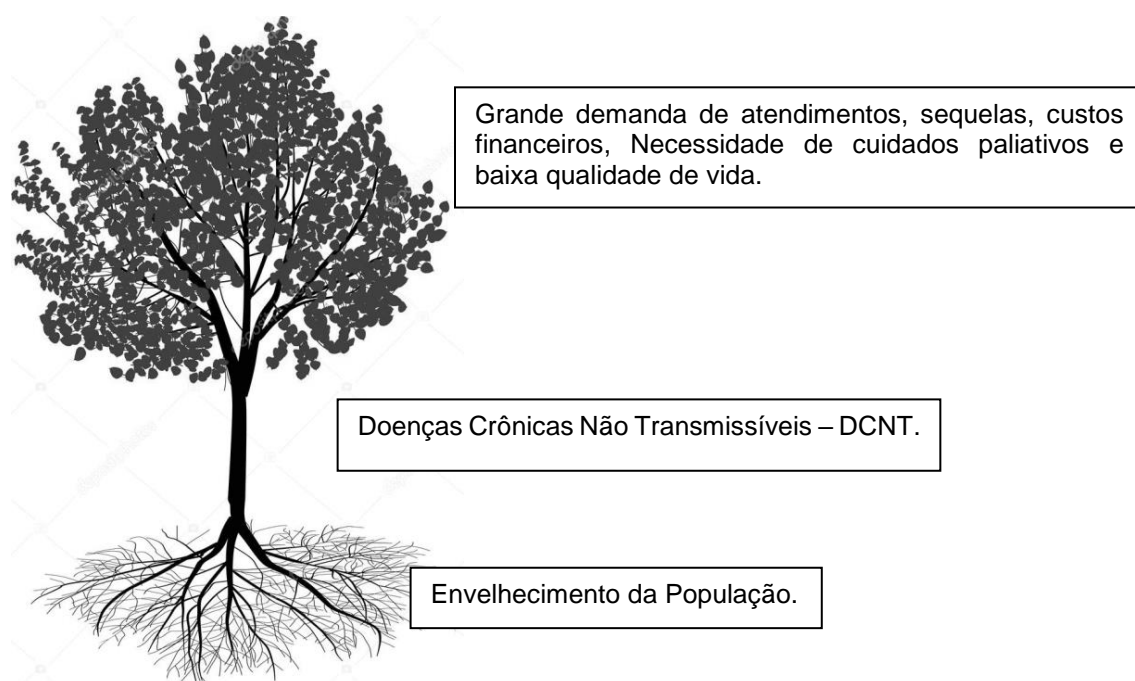


Figura 1. Árvore dos problemas relacionados ao Envelhecimento da População.

2.2 DESENHO DA PESQUISA

O projeto propôs uma intervenção junto a equipe de estratégia de saúde da família – eESF Bela Vista na unidade básica de saúde Afonso Mansur em Vilhena-RO, com capacitação para criação de espaço de hospice no ambiente da atenção primária da saúde –APS.

Projeto é um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas, com o fim de alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo dados (MAXIMINIANO, 2002). O Projeto de Intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação que, de acordo com Thiollent (2005), envolve a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção (UNASUS/UNIFESP, 2015).

O projeto de intervenção tem objetivo principal transformação de uma realidade constatada a partir de um diagnóstico do ambiente ou serviço em análise, objetivando avanços e possibilidades de posteriores implementações destes.

Comparativamente à pesquisa científica, há duas categorias de Projeto: os de Intervenção e os de Investigação. Os de Intervenção são aqueles que irão orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura ou no processo, enquanto os de Investigação têm caráter científico e buscam conhecer algo da realidade, sem a preocupação precípua de desenvolver um plano de ação para agir sobre a realidade detectada (VALERIANO, 2008).

O projeto de intervenção envolve um coletivo, incluindo os diversos atores do processo, não se tratando de algo individual, e sim de algo construído para ser desenvolvidos por estes atores do processo.

Os Projetos de Intervenção apresentam o mesmo roteiro ou estrutura que os Projetos gerais; ele denomina-se Projeto de Intervenção porque vai interferir em algo que já existe. O Projeto de Intervenção deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, partilhada entre atores do contexto. Logo, não se trata da elaboração solitária de um Projeto para, posteriormente, outros executarem. Trata-se, ao contrário, de um Projeto que desde sua proposição, ocorre no e com o coletivo (UNASUS/UNIFESP, 2015).

O método utilizado, é classificado como, pesquisa-ação onde os envolvidos no projeto, pesquisadores e/ou pesquisados, estão envolvidos no objetivo comum, isto é, a

transformação de uma realidade, e assim conquistar avanços na qualificação do serviço e bem-estar dos usuários.

...pesquisa-ação quando concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. A pesquisa-ação acontece quando há interesse coletivo na resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade [...] Pesquisadores e pesquisados podem se engajar em pesquisas bibliográficas, experimentos etc., interagindo em função de um resultado esperado. [...] com a pesquisa-ação, os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados (PRODANOV, 2013).

O estudo está apoiado em modelo de análise, ou seja, diagnóstico situacional (DLS) por estimativa rápida, árvore de problemas, plano de Ação por meio da matriz 5W2H, onde a árvore de problemas apontou decisivamente para intervenção a ser realizada, no que concerne entre os principais problemas no território da equipe de estratégia de saúde da família - eESF bela vista.

Diagrama de Árvore é uma ferramenta simples, fácil de ser utilizada e apresenta vantagens em relação a outras metodologias, principalmente devido ao fácil manuseio, pelo fato de se adequar aos diversos ambientes, contextos e áreas de atuação, além do melhor desempenho no processo de identificação da causa raiz, fundamental para qualquer método de solução de problemas (ORIBE, 2012).

2.2.1 O plano de ação com utilização da matriz 5W2H

Baseada na revisão de literatura e bibliografia obteve como pilar os conhecimentos teóricos, agregados a reflexão da equipe para a construção dos saberes sobre o tema. A partir desse ponto foram estruturadas palestras para capacitação com o objetivo de construir o conhecimento e orientar essa mudança de postura proposta no projeto, no lidar com um paciente com dores crônicas e/ou em cuidados paliativos.

Aliado a troca de experiências e abordagens multidisciplinares adotou-se as noções básicas sobre o assunto (DUNCAN; SCHIMIDT, 2014). A proposta ainda abordou a necessidade de um olhar integral ao paciente, pautados na escuta ativa durante atendimentos ambulatoriais e visitas domiciliares na estratégia de saúde da família e conseqüentemente o acolhimento do paciente e seu núcleo familiar. Foi percebida a

dificuldade desse grupo de pacientes no processo de aceitação e resiliência diante de patologia muitas vezes inesperada, com grande impacto no direcionamento da sua vida e seus familiares. Dessa forma, através dos conceitos de resiliência e em associação com o núcleo de apoio a saúde da família - NASF buscou o atendimento do doente não só das comorbidades físicas, mas a melhora do humor e saúde no campo psicológico.

2.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Vilhena está localizado no sul do estado de Rondônia, a economia está pautada na agricultura, pecuária e serviços. O município foi criado em 11 de outubro de 1977, pelo presidente da República Ernesto Geisel que sancionou a Lei nº 6.448. De acordo com as estimativas do IBGE para 2019, a população de Vilhena é de 99.854 habitantes. É considerado a 4ª cidade mais populosa de Rondônia e a 33ª mais populosa da Região Norte do Brasil. A cidade possui também o melhor IDH (0,771) do estado de Rondônia e o 9º melhor da Região Norte do Brasil.

A estrutura de serviços de saúde conta com um hospital regional que atende municípios do sul de Rondônia e parte do Mato Grosso, Serviço de Atenção Psicossocial – CAPS, serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em casa), policlínica de serviços especializados, sete unidades básicas de saúde – UBS com o total de 25 equipes de estratégia de saúde da família - eESF, sendo duas rurais e ainda quatro Núcleos de apoio à saúde da família – NASF, entre outros (SEMUS/2019).

Vilhena se tornou um importante polo educacional de Rondônia possuindo oito instituições de ensino superior presenciais, seis de ensino à distância – EAD e três de ensino técnico, curso de medicina em atividade desde 2018, e ainda residência de medicina de família e comunidade – RMFC e multiprofissional de saúde da família e comunidade.

O local de intervenção aconteceu na unidade básica de saúde Afonso Mansur, no município de Vilhena-RO, em parceria com a residência de medicina de família e comunidade – RMFC, Núcleo de apoio à saúde da família – NASF, Serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em casa), prefeitura municipal de saúde e secretaria municipal de saúde. A intervenção ocorreu especificamente no ambiente da estratégia de saúde da família. E o período de intervenção de seis meses, iniciando no mês de março de 2018.

2.4 PÚBLICO-ALVO

A população de intervenção de eleição são os profissionais da eESF que atuam na rede básica de Vilhena, e indiretamente os usuários com necessidade de cuidados paliativos, entendendo que o cunho do projeto de intervenção não acontece diretamente com os pacientes do território e sim com os profissionais da equipe que os assistem, com a criação de ambiente de hospice para melhorar as condições de atendimento dos usuários sem prognóstico de cura.

Os profissionais lotados no NASF, entre eles, médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta conquistam papel relevante no projeto de intervenção - PI, visto que, o NASF tem atuação importante na educação permanente, matriciamento, Interconsulta e projeto terapêutico singular, é assim que, o enfoque do PI pauta-se na construção de subsídio à eESF para prestarem melhor atendimento na população de usuários em CP.

Foi observada também a extrema importância de um olhar desse indivíduo inserido em sua atmosfera familiar, observando que papel ele ocupa em seu núcleo e como estão ocorrendo as mudanças na dinâmica familiar e de que forma a equipe pode auxiliar nessa mudança de postura para otimizar a aceitação da nova realidade.

2.5 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.5.1 Fase inicial

- Busca ativa pelo ACS: trazendo para conhecimento da equipe a existência de casos na comunidade dentro desse perfil de pacientes;
- Acolhimento através de atendimento ambulatorial ou visita domiciliar: por um profissional da equipe, médico ou enfermeiro;
- Escuta ativa da situação vivenciada: durante os atendimentos realizados dentro e fora da unidade (em vistas domiciliares);
- Encaminhamento para outros serviços para acompanhamento em conjunto, objetivando melhora do humor por meio do diagnóstico e tratamento de depressão e/ou ansiedade associados;

- Sensibilização dos atores envolvidos no projeto de intervenção (Gestão Municipal, Residência de Medicina de saúde da família e comunidade (RMSFC), Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), Serviço de atendimento domiciliar (SAD/ Melhor em Casa), Profissionais das equipes de estratégia de saúde da família.

2.5.2 Fase intermediária

Educação Permanente em saúde – EPS junto aos Profissionais da equipe de estratégia de saúde da família na UBS Afonso Mansur no município de Vilhena-RO, em um total de 12 encontros de 2 horas, onde as metodologias ativas – MA e problematização, compõem de forma majoritária as estratégias de ensino-aprendizagem, utilizando para isso a espiral construtivista, como também os disparadores de aprendizagem, entre eles, situação problema – SP, Viagem educacional, e ainda Oficina de Trabalho – OT, e ainda complementado às MA, exposição dialogada e apresentação de slides.

O ambiente elegido onde foram desenvolvidas estas ações foi, a sala de reunião da UBS Afonso Mansur, em parte do tempo reservado a reunião técnica e espaço de educação permanente em saúde da eESF Bela Vista, que ocorreu as sextas feiras no período matutino. A espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem é demonstrada na figura 2.

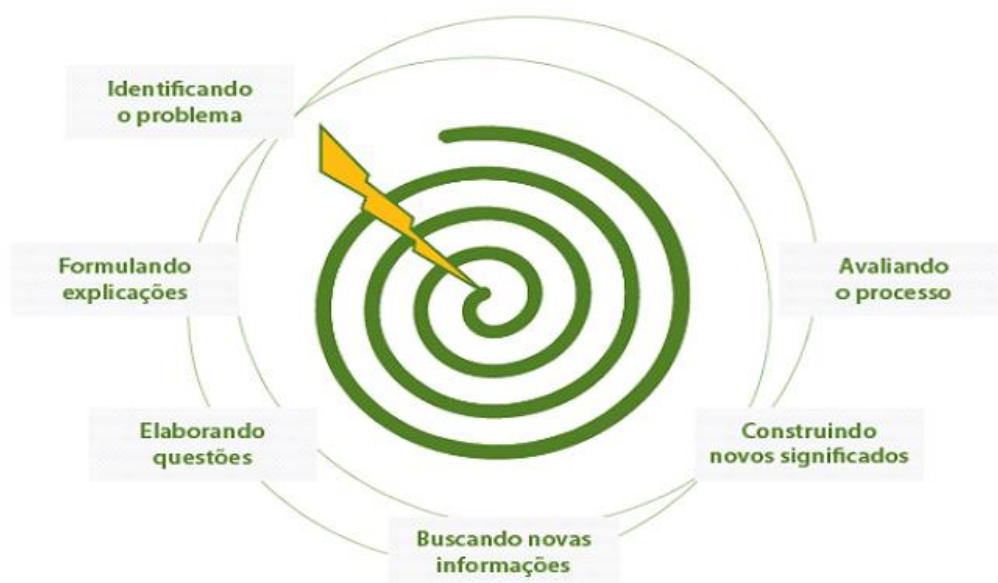


Figura 2. Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador.

Fonte: Traduzido e adaptado de Lima, V.V. Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives. Chicago, 2002.

2.5.2.1 Temas abordados no espaço de educação permanente

Os temas abordados no espaço de educação permanente estão descritos no quadro

1.

Quadro 1. Temas abordados no espaço de educação permanente	
Temas	Metodologia
Cuidados paliativos: conceitos	MA / Espiral construtivista Cine viagem
Cuidados paliativos: filosofia e princípios	MA / Espiral construtivista Cine viagem/SP
Aspectos legais e éticos dos cuidados paliativos;	Exposição dialogada
Princípios de boa comunicação;	MA / Espiral Construtivista/SP
Manejo dos principais sintomas II	MA / Espiral Construtivista/SP
Manejo dos principais sintomas III	MA / Espiral Construtivista/SP
Atenção ao cuidador do paciente em cuidados paliativos no domicílio;	MA / Oficina de Trabalho - OT
Manejo de úlceras de decúbito e feridas oncológicas;	Aula explosiva com slides Exposição dialogada
Manejo dos principais sintomas I	MA / Espiral Construtivista/SP

Nessa fase, a estratégia adotada foi a Discussão dos casos com a equipe e demais especialistas envolvidos no projeto terapêutico: com objetivo de um acompanhamento em conjunto em que não haja divergência nas condutas, priorizando como resultado final o bem-estar do paciente com as seguintes orientações:

- Realização de exercícios de alongamento: para manutenção dos ganhos funcionais estabelecidos e redução dos quadros álgicos;
- Terapia com psicólogo objetivando um espaço, momento em que o doente pôde falar sobre seus medos, angústias e aflições associadas à doença e quebra de pensamentos disfuncionais e distorcidos que podem influenciar na adesão e melhora esperada com o tratamento. Promovendo dessa forma, a redução do sofrimento e aumentando a aceitação e resiliência diante do quadro.

2.5.3 Fase final

Orientações para intervenção junto aos usuários em cuidados paliativos (Concomitante a etapa 2);

- Estabeleceu-se uma relação médico-paciente construído ao longo do projeto, equipe multidisciplinar-paciente fortalecida: princípio muito importante no cuidado de um paciente crônico com expectativa de seguimento contínua. Já que, a confiança no profissional interfere diretamente na adesão ao tratamento proposto;
- Melhora funcional e de qualidade de vida do paciente e de seus familiares: através da melhora de sintomas limitantes e incapacitantes alcançados através do tratamento adequado, que podem promover a reinserção desse paciente em sua atmosfera familiar e social;
- Manutenção dos ganhos estabelecidos durante o acompanhamento e tratamento de novos sintomas que podem surgir com a evolução da doença.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tomando como base as metas estabelecidas na construção do projeto de intervenção – PI, notou-se que alguns objetivos foram alcançados na íntegra e outros não obtiveram o sucesso esperado. O cumprimento dos objetivos teve relação direta com a governança dos atores responsáveis pela sua execução, e assim o que estava ao alcance do mestrando e equipe, foi possível alcançar, no entanto, o que dependia de recursos da gestão municipal ficou parcialmente inviabilizado por sequência de mudanças na gestão do município de Vilhena-RO.

3.1 IDENTIFICAR USUÁRIOS QUE NECESSITAM DE CUIDADOS PALIATIVOS:

A equipe de estratégia de saúde da família – eESF Bela Vista conta com equipe multiprofissional, entre estes profissionais, uma médica residente de medicina de família e comunidade, uma enfermeira, uma dentista residente de saúde da família, uma técnica de

enfermagem e saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde - ACS, e com estes profissionais o território adscrito da eESF está com 100% de cobertura.

No território adscrito da ESF Bela Vista reside uma população de 4.211 pessoas, sendo 2.459 do sexo feminino e 1752 masculinos. A população de idosos acima de 60 anos é de 555 (13,20 % da população) e destes 29 estão domiciliados, sendo 08 em cuidado paliativo - CP, sendo dois destes pacientes em acompanhamento compartilhado com o melhor em casa (SAD).

As pessoas em cuidados paliativos – CP que estão residindo no território adscrito da ESF Bela Vista, na sua maioria são sequelados por acidente vascular isquêmico – AVEi, demência e doenças cardiovasculares, em menor quantidade por consequência de acidente de trânsito, por outros tipos de traumas e ainda por evolução de insuficiência respiratória devido a doença pulmonar obstrutiva - DPOC.

Para ilustrar as ações desenvolvidas nestes quase dois anos de registros do projeto de intervenção, vamos relatar algumas histórias vivenciadas pelo mestrando e profissionais da eESF Bela Vista.

3.1.1 Seu Messias: "Uma história de amor e cuidado"

A primeira se reporta a um cidadão, a quem vou chamar "Seu Messias", e sua companheira Donatilha, a primeira vez que estive com seu Messias (25/11/2016), ele acabara de receber alta do hospital regional de Vilhena-RO, restrito ao leito, úlcera de decúbito, lucidez diminuída, sendo que foi acometido por AVEi e com antecedente patológico de hipertensão com insuficiência cardíaca congestiva e possível demência.

As visitas domiciliares - VD se tornaram constantes, devido o quadro de saúde do paciente, para nossa alegria ele evolui com melhora da qualidade de vida, saindo do leito, e por vezes, na VD encontrávamos o seu Messias (Figura 3) sentado na calçada observando o trânsito da sua rua, e no dia 30/09/2017 ele foi à obito.

O trabalho da ESF Bela vista continuou, agora prestando o cuidado a sua esposa "Donatilha", que recebe a equipe todas as vezes com grande alegria e pergunta "Por que demoraram tanto?".



Figura 3. Visita domiciliar – Equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista, Vilhena-RO.

3.1.2 Dona Maria: “O sucesso do vínculo médico-paciente”

O segundo relato descreve a história da “Dona Maria”, (Figura 4) iniciada no dia 10/08/2017 com a VD da agente comunitária de saúde - ACS, onde foi solicitado atendimento da equipe de saúde em ambiente domiciliar, justificada pela incapacidade da usuária se deslocar até unidade básica de saúde - UBS. A VD ocorreu no dia seguinte 11/08/2017 pela ESF Bela Vista, onde foi relatado que a paciente residia na zona rural de Vilhena-RO (Localidade Rio Claro), e que devido seu estado de saúde estava na casa de sua filha “Leonice”, antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes não insulínica e doença pulmonar obstrutiva. A filha relata que sua mãe esteve em internação hospitalar, Hospital Regional de Vilhena-HRV (Unidade de terapia intensiva), por problemas pulmonares, onde foi avaliada por serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em Casa), que não considerou elegível para admissão no mesmo, pois o fato de fazer uso de oxigênio domiciliar, não justifica o acompanhamento do SAD.



Figura 4. Visita domiciliar – Equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista, Vilhena-RO.

A paciente após melhora do quadro respiratório, sem necessidade de oxigenoterapia, retornando a sua residência na zona rural, onde permaneceu acompanhado por equipe ESF Rural com intervalos bimestrais.

No dia 15/02/2019 a ESF Bela Vista foi acionada por sua filha, Leonice, para realizar VD para a paciente, pois não estava bem, e acabará de ter alta hospitalar por exacerbação da DPOC. A ESF programou e realizou a VD no dia 18/02/2019, e na avaliação constatou-se que a paciente evidenciava piora do quadro respiratório (Taquipneia, saturação de oxigênio diminuída e hipopotassemia em correção), em uso de oxigenoterapia por cateter nasal, e que o quadro de saúde limitava a deambulação e atividades cotidianas. Diante do quadro a ESF fez as orientações a paciente e cuidadora e programação de VD semanal e a partir da demanda solicitada pela cuidadora e ACS.

3.1.3 Dona Joana: “Cuidado multiprofissional”

O próximo relato narra a vivência da ESF Bela Vista e a “Dona Joana”, 97 anos, diabética, hipertensão com insuficiência cardíaca, restrita à cadeira de rodas. A primeira VD foi realizada no dia 19/05/2017, onde foram levantadas as condições e necessidades de saúde e sociais da paciente. A paciente estava inserida em ambiente com condições sanitárias inadequadas, a cuidadora com dificuldades de administrar a assistência exigida

pela paciente. A equipe de ESF solicitou auxílio do núcleo de apoio à saúde da família – NASF, em especial a profissional da assistência social e psicologia, que juntamente com a ESF estabeleceu um projeto terapêutico singular – PTI, abordando as dificuldades e potencialidades contidas neste ambiente domiciliar. As diversas VD proporcionaram um controle adequado da hipertensão e glicêmico, como também das condições ambientais e sanitárias. A última VD a paciente ocorreu no dia 18/02/2019, onde a usuária manteve controle adequado da pressão arterial, embora uma piora da acuidade visual, restrição total de deambulação (cadeira de rodas), ansiosa e relato de insônia. A equipe de ESF manteve a programação de VD periódica, medicação para melhora dos sintomas emocionais e de distúrbio do sono.

3.1.4 O papel relevante da cobertura do território adscrito no cuidado

A porcentagem de cobertura territorial por parte da eESF tem papel relevante no enxergar estes usuários e famílias que necessitam serem alcançados com ações relativo ao cuidado paliativo – CP, na dinâmica do processo de trabalho da ESF, a equipe multiprofissional, desde o ACs, passando por enfermeiro e médico tem a oportunidade de criar vínculo e abordar de forma mais íntima as necessidades do usuário e familiares em CP. O serviço ofertado aos pacientes em cuidados paliativos, em face a demanda crescente dos mesmos, requer participação efetiva das eESF para atingir o cuidado integral e longitudinal a estes usuários.

O objetivo e a meta traçado foi possível ser alcançada pela característica da eESF Bela Vista, com 100% de cobertura do território e cadastro em prontuário eletrônico do sistema único do sus – SUS, o eSUS AB. A cobertura se estabelece com 05 microarias com seus respectivos ACs, todos os usuários cadastrados no eSUS AB e ainda todos os atendimentos arquivados de forma eletrônica.

3.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CUIDADO AOS USUÁRIOS QUE NECESSITAM DE PALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O espaço de educação continuada abordou o tema cuidado paliativo – CP foi disponibilizado no ambiente de educação permanente em saúde – EPS, contido no horário semanal, destinado à reunião da equipe de ESF Bela Vista (Figura 5) e atualização em

saúde. Estes momentos somaram às 24 horas programadas inicialmente pelo projeto de intervenção – PI, sendo dividido em 12 momentos de 02 horas cada.

A metodologia prioritária aplicada nestes espaços de educação continuada foi às metodologias ativas – MA, utilizando a espiral construtivista como ferramenta principal, e para isso se apropriando de disparadores de aprendizagem, entre eles, viagens educacionais, situações problemas – SP e oficinas de trabalho – OT.



Figura 5. Reunião de EPS – Equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista, Vilhena-RO.

3.2.1 O Comprometimento dos atores contribuindo para ganho de conhecimento

Os atores envolvidos neste espaço de compartilhamento de saberes, sensibilizados previamente, responderam positivamente aos momentos pactuados para socialização dos saberes. O núcleo de apoio à saúde da família – NASF participou ativamente do processo, entre os profissionais envolvidos, podemos elencar a psicóloga e assistente social residente, dentista e enfermeira sanitária, e fisioterapeuta. A residência de saúde de medicina de família e comunidade – RMFC, através de seus preceptores e residentes também contribuíram com esta etapa de construção de conhecimentos, e ainda o serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em Casa) com sua equipe, em particular médico e enfermeira.

Importante destacar o papel da equipe de ESF Bela Vista (Figura 6), em todos os seus integrantes, que responderam positivamente as atividades propostas, empenhados e atentos às atividades propostas e ainda com baixo nível de absenteísmo, proporcionando um aproveitamento adequado do conteúdo proposto no PI, e assim a meta de proporcionar espaço de EPS abordando CP na APS foi alcançado.

Fica evidente a necessidade de permanecer ativo no espaço de EPS da equipe de ESF Bela Vista, com o tema cuidado paliativo, entendendo ser um conteúdo pouco abordado na formação dos profissionais da saúde, e que é cada vez mais comum a demanda destes cuidados por parte da população.



Figura 6. Reunião de EPS – eESF Bela Vista / SAD – Vilhena-RO.

3.3. O DESÁFIO DE IMPLEMENTAR PROTOCOLOS E ALGORITMOS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE, DE FORMA A CONTEMPLAR O ATENDIMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

O trabalho de construção de um protocolo municipal, como também a utilização na prática, ficou fora da governança do projeto de intervenção – PI e atores envolvidos. O município de Vilhena vivenciou momento político singular, onde houve neste período a passagem nos cargos de três prefeitos e cinco secretários municipais de saúde, além da coordenação da atenção básica também seguir o mesmo formato, impondo a inexistência

de uma referência para trabalhar possíveis ações para construção deste protocolo, aprovação e utilização na prática das equipes de estratégia de saúde da família – eESF.

3.3.1 Pactuação para construção de guia de cuidado ou protocolos

No início de 2019, junto com serviço de atenção domiciliar – SAD, em momentos de educação continuada, ficou pactuado iniciar o processo de elaboração do protocolo de cuidado paliativo – CP para o município de Vilhena, entendendo que ele contribuirá para o processo de trabalho do SAD, eESF e qualidade de serviço prestados aos usuários que necessitam de CP.

Embora a meta proposta no projeto de intervenção não obteve êxito, fica desenhado avanços neste objetivo, a partir da pactuação firmada entre eESF e SAD (Melhor em Casa) no intuito de reunirem para construção deste protocolo até o segundo semestre de 2019.

3.4. ARTICULAR JUNTO À GESTÃO MUNICIPAL CONDIÇÕES PARA POTENCIALIZAR O ATENDIMENTO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

As metas traçadas para este objetivo foram prejudicadas por duas variáveis principais, primeiro em relação à gestão municipal, que devido à inconstância dos agentes públicos nos cargos, ficou prejudicado a articulação para disponibilidade de insumos, transportes e medicamentos. Segunda variável reporta-se a legalidade da existência de medicações nas unidades básicas de saúde, onde pela ausência do profissional farmacêutico, fica contrária a legislação sanitária brasileira e resolução do conselho federal de farmácia, a disponibilidade destas medicações.

Diante das dificuldades colocadas em relação a medicações insumos e oferta de transporte a eESF Bela Vista estas metas foram alcançadas em porcentagem mínima, limitando o cuidado prestado aos usuários em seu ambiente de domicílio e ainda acesso as medicações e insumos necessários a prática do CP.

4. CONCLUSÃO

A atenção primária à saúde - APS tem relevante papel no avanço do cuidado, proporcionado aos usuários e familiares que lidam com situação de patologias incuráveis,

e que necessitam de palição. O avanço do cuidado paliativo – CP no âmbito da APS passa pela real prática dos princípios do SUS e humanização, onde a cobertura adequada do território adscrito, e de suas microáreas contribuem positivamente na assistência prestada a população, impulsionando o vínculo e cuidado adequado ao longo do tempo aos usuários que estão sob a responsabilidade sanitária desta equipe de estratégia de saúde da família - eESF.

A formação dos profissionais para atuarem com o CP, principalmente em ambiente de APS, é de fato um grande desafio, porém produz grandes resultados na qualidade do cuidado prestado na palição. A formação acadêmica, no que tange ao CP, não atende a necessidade crescente imposta aos serviços de saúde, em especial a APS, e ainda o espaço reservado de educação permanente em saúde - EPS no processo de trabalho das eESF é insuficiente para prestar um cuidado adequado a estas pessoas acometidas por patologias sem tratamento definitivo e necessitando de CP.

Por ser uma demanda real na rotina das eESF, os profissionais estão atentos a oferta de EPS que contempla o tema CP.

O projeto de intervenção – PI refletiu a necessidade da participação da gestão no fortalecimento da prática do CP no processo de trabalho da eESF, seja proporcionado a disponibilidade de medicamentos, insumos, transporte, ou ainda, potencializado a EPS, construção e implementação de protocolos, POPs, com objetivo de fortalecer a assistência aos usuários com necessidade de palição.

A necessidade de construção, implantação ou adequação de protocolos municipais, baseado na realidade de Vilhena, ficou evidente, onde às eESF não tem domínio sobre a rotina da assistência dos pacientes em CP. A problemática se inicia na limitação de lidar com os usuários e familiares que trazem esta demanda para a eESF, o desespero em referenciar para o Melhor em Casa, e quando documentam este encaminhamento não mantém a rotina de cuidado domiciliar, e uma vez admitido pelo SAD cessa o cuidado compartilhado com este serviço.

O Projeto de intervenção – PI oportunizou o contato mais íntimo da eESF e Melhor em Casa no espaço de EPS, e a partir daí surgiu a pactuação de construir um protocolo municipal que atenda os anseios das eESF, SAD e principalmente a melhora do serviço prestado às pessoas que necessitam da assistência em cuidado paliativo.

O cuidado paliativo é uma necessidade evidenciada no espaço da APS, onde a população tem aumentado à expectativa de vida, e assim o quantitativo de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, neoplasias, e conseqüentemente a demanda por CP.

A ampliação deste projeto, alcançando outras eESF, e ainda o escopo de oferta de EPS para eESF e na formação acadêmica, como também permanecer sensibilizando a gestão do SUS para necessidade de disponibilidade de recursos disponíveis para o CP no âmbito da APS, se torna uma ação necessária no objetivo de qualificar este cuidado, e diminuir internação hospitalar e unidade de terapia intensiva, com impacto importante nos gastos públicos com saúde.

4. REFERENCIAS

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev Panam Salud Publica, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

CARVALHO, R.T.C.; PARSONS, Henrique Afonseca orgs.. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Solo, 2012.

COELHO, M.E.M.; FERREIRA, A.C. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. Rev. bioét., v. 23, n. 2, p. 340-8, 2015.

CORREIA, F.R. **Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS)**. 2012.

COSTA, P.C.; et al. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 59, p. 1041-52, 2016.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**, 4ª Ed. Porto Alegre, Editora: Artmed, 2014.

EVANGELISTA, C.B.; et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: Contribuições para construção de protocolos de intervenção de enfermagem. **Rev Bras cancerol.**, v. 51, n. 4, p. 347-59, 2005.

FROSSARD, A. **Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias.** RJ: Cad. EBAPE. BR, 2016, p.640-655.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. São Paulo: **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016.

HENK TEN HAVE, European Journal of Palliative Care 10, 2, suppl (2003) 21-6. Citado por Diego Gracia, **Sair da Vida** – em Pensar a Bioética – Ed Loyola – 2010.

LIMA, et al. **Processos educacionais na saúde II**: caderno do curso 2013: facilitadores do gestão da clínica no SUS/GVISA/GESP-- São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2013.

MARCUCCI, F.C.I.; et al. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24 n. 2, p. 145-152, 2016.

MAXIMINIANO, A.C.A. Administração de projetos. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MELO, A.; et al. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília: 2013. Ministério da Saúde, Vol. 2.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. **Mundo saúde (1995)**, v. 27, n. 1, p. 6-14, 2003.

MENDES, C.E.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde e debate**, v. 39, n. 106, p. 881-892, 2015.

MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Difficulties of caregivers providing palliative care to patients covered by the family health strategy. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, p. e3360014, 2016.

NICKEL, L.; et al. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016.

NOVAES, A.V.; et al. **Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica, nº 35.

OLIVEIRA, C.M.C.S.; OLIVEIRA, M.A. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI).** SP: UNA SUS/unifesp 2015.

OLIVEIRA, J.R.; et al. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 364 – 373, 2016.

OLIVEIRA, R.A. **Cuidado paliativo**. SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo , 2016 , 2008. 689 p.

OLIVEIRA, J.T. **Pauta de Cuidados Paliativos para a Atenção primária**, Instituto de Medicina Integral prof. Fernando figueira – IMIP, 1º. Edição, Recife, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Atlas of Palliative Care at the end-of-life**. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 02/12/2014.

PINELI, P.P.; et al. Cuidado Paliativo e diretrizes curriculares: Inclusão necessária, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. **Revista Brasileira de educação médica**, v. 40, n. 1, p. 540-546, 2016.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

SILVA, E.A. **Relatório Consolidado do Território**. Vilhena: 2017, UBS Afonso Mansur de Franca, FILTROS: Competência: 06/2017 | INE: 0000002917 - Equipe Bela Vista.

SILVA, E.A. **Relatório Consolidado de Cadastro de Território**. Vilhena: 2017, UBS Afonso Mansur de Franca, FILTROS: Competência: 07/2017 | Unidade de saúde: Todas | INE: Todos.

SIMÃO, V.M.; MIOTO, R.C.T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, Edição Especial, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, p. 31-41, 2004.

SAPORETTI, L.A. **Espiritualidade em Cuidados Paliativos**. In: CUIDADO Paliativo. Cadernos Cremesp, São Paulo, SP: CREMESP, 2008, p. 521 - 531.

TWYGCROSS, R. Medicina Paliativa: Filosofia e Considerações Éticas. **Acta Bioethica**. v. 4, n. 1, p. 1-24, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care for older people: better practices**. Geneva: WHO; 2011.

VALENTE, S.H.; TEIXEIRA, M.B. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 655-61, 2009.

Capítulo 3

ASSISTÊNCIA PUERPERAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Maiky José de Oliveira¹, Janne Cavalcante Monteiro² e Gizeli Silva Gimenez³

1. Fundação Universidade Federal de Rondônia, Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Porto Velho, Rondônia, Brasil;
2. Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia, Brasil;
3. Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Departamento de Medicina, Cacoal, Rondônia, Brasil.

RESUMO

No puerpério, as mulheres vivenciam transformações biológicas, psicológicas e socioculturais, com forte impacto na saúde e na qualidade de vida. Nesse período, compete aos serviços de Estratégia de Saúde da Família integrar o conhecimento técnico e a capacidade de acolhimento para detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, prevenir e tratar doenças, bem como apoiar a puérpera na reorganização psicossocial. Após a análise situacional em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família do município de Cacoal, Rondônia, constatou-se não adesão aos protocolos estabelecidos para a assistência puerperal. Neste sentido realizou-se a implementação da assistência puerperal por meio da capacitação da equipe e organização do processo de trabalho, no período de 30 de janeiro a 24 de outubro de 2018. Para a capacitação da equipe utilizou-se a metodologia ativa da simulação realística de cenários relacionados a atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal. Na organização do processo de trabalho criou-se uma planilha para cadastro e monitoramento das puérperas. Para a avaliação da implementação utilizou-se dados quantitativos obtidos do total de assistências no período, expressos em porcentagem, e dados qualitativos obtidos das verbalizações das puérperas e dos profissionais da equipe, tratados com a técnica do Discurso Coletivo. A implementação revelou resultados satisfatórios, evidenciados quantitativamente e nas verbalizações das puérperas e profissionais da equipe. Salienta-se, ainda, a relevância do aprimoramento técnico-científico pessoal obtido durante a implementação da assistência puerperal e durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher, Puerpério e Saúde da Família.

ABSTRACT

In the postpartum period, women experience biological, psychological and socio-cultural transformations, with a strong impact on women's health and quality of life. During this period, it is up to the Family Health Strategy services to integrate technical knowledge and the ability to embrace early detection of physical and emotional changes, prevent and treat diseases, as well as support the puerperal woman in psychosocial reorganization. After the situational analysis in a Family Health Strategy Team in the municipality of Cacoal, Rondônia, it was found that the protocols established for puerperal care were not adhered

to. In this sense, the implementation of the team's puerperal assistance was carried out through the training of the team and organization of the work process, from January 30 to October 24, 2018. For the training of the team, the active methodology of realistic simulation of scenarios related to women's health care during pregnancy and childbirth. In the organization of the work process, a spreadsheet was created to register and monitor the puerperal women. For the evaluation of the implementation, quantitative data obtained from the total of assistance in the period expressed in percentage were used, and qualitative data obtained from the verbalizations of the puerperal women and professionals of the team treated with the Collective Speech technique. The implementation revealed satisfactory results, evidenced quantitatively and in the verbalizations of the mothers and professionals of the team. The relevance of the personal technical-scientific improvement obtained during the implementation of puerperal care and during the Professional Master's in Family Health is also highlighted.

Keywords: Women's Health, Puerperium and Family Health.

1. INTRODUÇÃO

Conceitua-se puerpério como o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações provocadas pela gestação e parto, no organismo materno, retornam à situação do estado pré-gravídico. Didaticamente, o puerpério pode ser dividido em três períodos: imediato (1º ao 10º dia); tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (LIMA, 2009).

Durante o puerpério, a mulher vivencia transformações biológicas, psicológicas e socioculturais, com forte impacto em sua saúde e qualidade de vida. O processo é fisiológico, porém algumas complicações podem ocorrer, constituindo fator de risco de morbimortalidade (WELCH, 2008; CABRAL, 2010; LIMA, 2009).

Nesse período, convém aos serviços de saúde integrar o conhecimento técnico e a capacidade de acolhimento para detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, prevenir e tratar doenças, bem como apoiar a puérpera no sentido de reorganização mental, principalmente nos aspectos relacionados ao vínculo com o bebê, aleitamento materno, mudanças corporais, sexualidade e contracepção. É um momento privilegiado para a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) priorizar as demandas das mulheres, contemplando suas ansiedades e necessidades (SILVA, 2010; WELCH, 2008).

Como parte da integralidade no Sistema Único de Saúde, a saúde materno-infantil é uma das áreas básicas de atuação da Estratégia Saúde da Família. Tendo em vista que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e bem como

a presença destes no serviço de saúde devem acontecer no mesmo período. Logo, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem estar atentos e preparados para promover atenção ao binômio mãe-filho no pós-parto imediato (BRASIL, 2012a).

Esse cuidado deve ser priorizado pois a consulta puerperal tem baixa frequência na atenção primária à saúde. Entre os principais aspectos que podem ser apontados como entraves para o não comparecimento da mulher nas consultas de puerpérios destacam-se a falta de orientação durante o pré-natal, a ideia de que somente a criança necessita de atendimento ao nascer, a ausência de busca ativa das puérperas, a falta de registro nos prontuários e a estrutura inadequada dos serviços de saúde para atender a demanda por consultas pós-parto (CORRÊA, 2017; CARLETO, 2015).

Desse modo, os membros das equipes de Estratégia de Saúde da Família necessitam de qualificação para o cuidado puerperal, incluindo-se o conhecimento técnico-científico e habilidades de acolhimento e comunicação. É necessária, também, uma reorganização do processo de trabalho, do planejamento de ações e inclusão de atividades estratégicas na área assistida (ALMEIDA, 2014; CORRÊA, 2017).

1.1 PROBLEMÁTICA

Observou-se na Equipe de Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol aspectos multifatoriais que incluíam falha no processo de trabalho da equipe, contribuindo para a ausência de uma assistência puerperal suficiente e efetiva, prejudicando o estabelecimento de vínculo das pacientes e dos recém-nascidos com a unidade.

Dentre os elementos que limitavam a assistência puerperal na sua integralidade, verificou-se aspectos falhos relacionados ao trabalho da equipe e à rede, repercutindo na saúde da puérpera. De maneira geral, a equipe não seguia os protocolos estabelecidos para a assistência puerperal, realizando-a de forma assistemática. Notou-se que durante as consultas de pré-natal, a equipe realizava cuidados e educação em saúde com foco nas intercorrências da gestação e orientações sobre o parto vaginal. Porém quanto ao puerpério, ocorriam orientações pontuais sobre a amamentação, não sendo abordados assuntos sobre saúde mental, relação mãe-filho e planejamento familiar.

Soma-se ainda que a busca ativa não era realizada pelas agentes comunitárias de saúde e as puérperas não recebiam assistência domiciliar na primeira semana após o parto.

As consultas, em sua maioria, são realizadas entre 30 e 50 dias após o parto e, geralmente, são consultas únicas.

Destacava-se também uma falta de integração entre as redes de saúde do município. Nesse sentido, após a alta da maternidade, o serviço de referência não informava à UBS sobre o retorno da puérpera à área de abrangência. Com base nesses fatos, tornou-se necessária a implementação de melhorias efetivas da assistência puerperal.

1.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

A priorização dos problemas foi através da árvore de problemas e nós críticos, conforme representado na Figura 1:

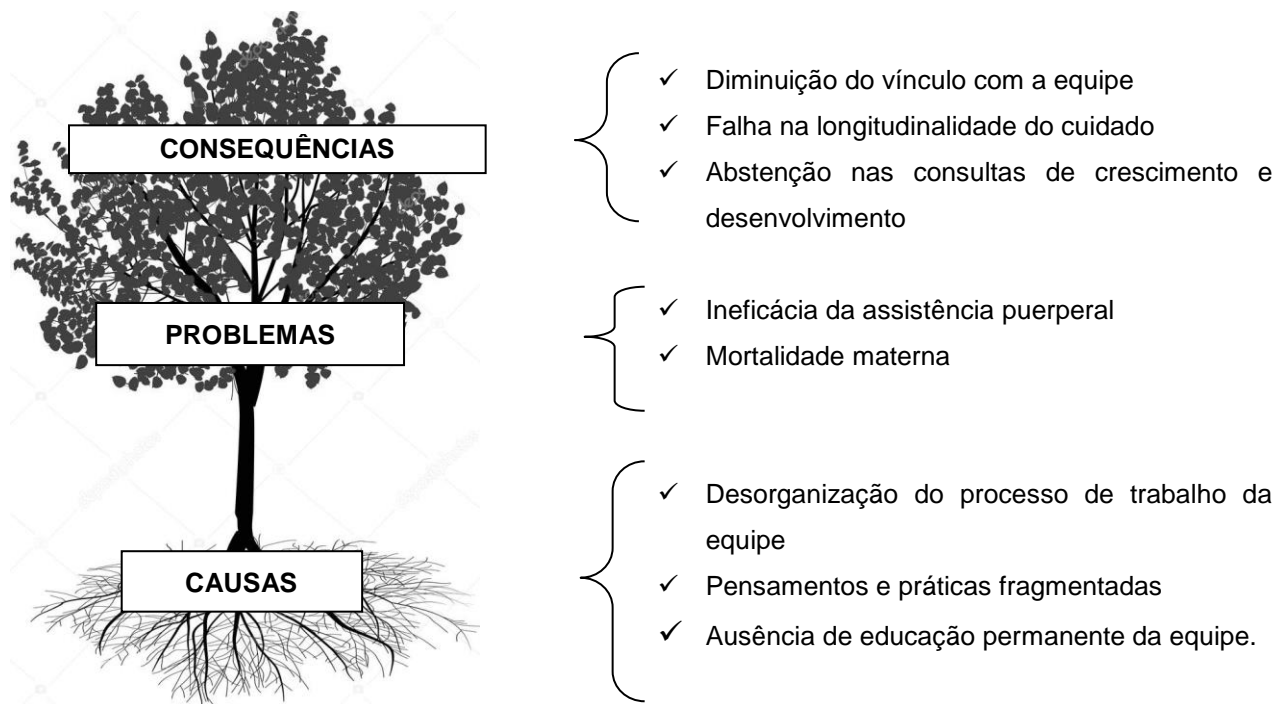


Figura 1. Árvore explicativa dos problemas relacionados à assistência puerperal na Equipe de Estratégia de Saúde da Família do Bairro Vilage do Sol no município de Cacoal (Rondônia) em 2017.

Fonte: ESF Vilage do Sol (2017).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo projeto de intervenção não controlado, onde todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento (ESCOSTEGUY, 2009).

2.2 CENÁRIO DA IMPLEMENTAÇÃO

O projeto foi executado na área coberta da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, no período de janeiro a outubro de 2018.

A Unidade Básica de Saúde Vilage do Sol está localizada na rua Antônio Sergio Gomes Barbosa, 3257, bairro Vilage do Sol I, Cacoal/RO. O seu horário de funcionamento é das 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira. A respeito da estrutura física, a unidade possui três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de procedimentos, um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala de triagem, dois banheiros para usuários e dois banheiros para profissionais, uma sala de gerência, uma sala de esterilização, uma cozinha, e uma lavanderia. Não possui sala de vacina e sala de observação.

Na unidade existe uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família denominada ESF Vilage do Sol, além de um médico sem equipe. Ambos os médicos são provenientes do Projeto do Governo Federal Mais Médicos. Na UBS também é realizado estágio de alunos do curso de Medicina de uma instituição privada.

A equipe Vilage do Sol é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal. Possui também quatro agentes comunitários de saúde, cobrindo uma população de 2895 pessoas (e-SUS AB).

Embora haja o cadastro de usuários no sistema e-SUS AB, a unidade não dispõe do módulo Prontuário Eletrônico do Cidadão. Os atendimentos são registrados em prontuário físico e as informações são registradas no e-SUS módulo CDS, isto é, *off-line*. As informações são coletadas mensalmente por um técnico de informática, para a geração de dados do município.

2.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Todas as gestantes que pertenciam à área coberta (N=25) e descoberta (N=49) da ESF Village do Sol e que estavam realizando pré-natal com a equipe foram incluídas no projeto. Foram excluídas aquelas que mudaram para fora da área de abrangência da ESF após o parto. Também são sujeitos deste estudo os membros da Equipe de Estratégia de Saúde da Família Village do Sol (N=8).

2.4 ETAPAS

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, foram instituídas, sequencialmente, as seguintes etapas:

I - Apresentação do projeto para a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família Village do Sol;

II - Capacitação da equipe multiprofissional por meio da metodologia ativa de simulação de cenários relacionados a atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal nas seguintes etapas:

- a) *Briefing*: apresentação do problema, conscientizando os passos da tarefa a ser realizada;
- b) *Ação*: realização da tarefa de forma prática;
- c) *Debriefing* estilo com bom julgamento: realização do acolhimento; síntese do cenário; discussão do cenário, iniciando com abordagem dos aspectos positivos e, posteriormente, os pontos a serem melhorados pelo grupo; encerramento com a apresentação dos objetivos e *feedback*.

III - Confeção de planilha em Excel® no computador da unidade básica saúde, contendo duas abas. A primeira aba com as seguintes informações: número do prontuário, nome da gestante, endereço, telefone, estado civil, índice de massa corporal, agente de saúde da microárea, tipo sanguíneo, data da última menstruação, data provável do parto e colunas para atualizar as consultas de pré-natal. A segunda aba foi utilizada para transferência das informações sobre a

gestante, contidas na primeira aba. A transferência foi realizada após a consulta puerperal, com objetivo de avaliação e monitoramento dos resultados.

IV - Cadastramento de gestantes da área coberta da Estratégia de Saúde da Família Village do Sol na planilha;

V - Atualização semanal da planilha com as consultas de pré-natal realizadas pelo médico e enfermeiro da equipe;

VI - Avaliação periódica semanal da planilha para identificação de gestantes faltantes nas consultas de pré-natal ou próximas do termo.

VII - Realização de contato telefônico e/ou busca ativa de gestantes e puérperas pelas agentes comunitárias de saúde;

VII - Assistência domiciliar multiprofissional para as puérperas no pós-parto imediato, registrando informações em prontuário físico e em *checklist*;

IX - Agendamento de consulta ambulatorial para reavaliação das puérperas em situações de risco, mas com possibilidade de demora permitida, bem como o agendamento de consultas de crescimento e desenvolvimento para os lactentes.

2.5 COLETA DOS DADOS

Os dados quantitativos das puérperas foram coletados a partir das informações registradas em planilhas, sendo as últimas confeccionadas a partir da migração dos dados da aba do pré-natal para a nova aba de puerpério. Na aba de puerpério foram registrados os seguintes dados: a data, o local e o período que a puérpera recebeu assistência (imediato ou tardio); a justificativa das assistências no pós-parto tardio e das puérperas que não receberam assistência. Quanto registro dos dados quantitativos das capacitações da equipe, utilizou-se uma lista de presença com o nome e a assinatura dos participantes.

Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas individuais com questões abertas, além dos registros - em diário de bordo - acerca das percepções tanto das puérperas quanto dos profissionais da equipe. Os depoimentos foram gravados individualmente.

Para as puérperas foram feitos os seguintes questionamentos:

1 – O que você achou da assistência puerperal no domicílio?

2 – Você acha importante a visita do agente comunitário de saúde nas casas?

Para os profissionais da equipe foram feitas as seguintes perguntas:

- 1 – Qual a importância da capacitação da equipe?
- 2 – Você considera importante a realização de visita domiciliar para as puérperas?
- 3 – Quais dificuldades você identifica na implementação da assistência puerperal domiciliar?

2.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados quantitativos, utilizou-se a frequência relativa simples e expressa em porcentagem.

Os dados qualitativos foram tratados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, tendo em vista que permite a análise dos depoimentos provenientes das perguntas abertas, agrupando os elementos-chave dos depoimentos de sentido semelhante em discursos-síntese, como se uma coletividade estivesse falando.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica metodológica que permite o resgate das representações sociais significativas presentes na sociedade. Como procedimentos, são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente. Os conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir um efeito de coletividade, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo mais desenvolvido (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2000).

O material verbal gravado foi posteriormente transcrito na íntegra para arquivo digital em formato de texto. Os depoimentos coletados foram tratados por meio do DSCsoft (software para o desenvolvimento de pesquisas quali-quantitativas, através da Metodologia do Discurso Coletivo), extraindo-se os elementos-chave dos discursos e o pensamento coletivo utilizados para a discussão dos resultados.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

(BRASIL, 2012b). Houve previamente autorização do gestor municipal para realização do projeto assim como aprovação do último pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (CEP).

Os profissionais que aceitaram participar do estudo receberam informações a respeito da intervenção. Após os esclarecimentos sobre as etapas da intervenção, aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O termo de assentimento foi utilizado em caso de gestantes menores de 18 anos, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável maior, ficando todos participantes cientes de que seus dados seriam mantidos sob sigilo. Informou-se também sobre ausência de riscos previsíveis durante a implementação da assistência puerperal, considerando dúvidas e desconfortos mínimos, sem remuneração ou ganhos secundários.

2.8 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

O processo de avaliação da implementação da assistência puerperal se deu de modo contínuo, avaliando-se o número de assistências realizadas e o número de membros da ESF que participaram das capacitações, tendo como referência as metas propostas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 ASSISTÊNCIA PUERPERAL E PUERICULTURA

Foram cadastradas 25 gestantes da área coberta e 49 gestantes de áreas descobertas, com idade gestacional variada, sendo que algumas já se encontravam no final do período gestacional, enquanto outras em início de pré-natal. Isso demonstra que a assistência gestacional é um processo dinâmico, pois, enquanto algumas gestantes iniciam o pré-natal, outras encerram a gravidez e iniciam o período puerperal.

Observou-se que a maior demanda da equipe é de gestantes provenientes de áreas descobertas, fato que justificou a ampliação da assistência para essas áreas. Ressalta-se que embora pertençam a áreas descobertas, as usuárias necessitavam do cuidado e de

acompanhamento pré-natal; além disso, ao viabilizar o acesso à população descoberta, cumpre-se o princípio da universalidade.

Entretanto, ao prover a organização do serviço, a PNAB (2017) ressalta que ações da ESF são realizadas e dirigidas à população em território definido, sobre os quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Por outro lado, ressalta que as ações são ofertadas integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, sendo proibida qualquer exclusão (BRASIL, 2017).

Em contrapartida, ao propiciar o acesso à população descoberta, as equipes acabam por se submeterem a uma sobrecarga de atividades, o que prejudica o estabelecimento de vínculo, o monitoramento e a busca ativa.

Para Barra (2013), a existência de áreas descobertas na atenção básica impacta negativamente o sistema de saúde, pois, além de limitar a acessibilidade, dificulta a formação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Moradores dessas regiões acabam procurando as unidades básicas de saúde mais próximas ou, ainda, os serviços especializados, sobrecarregando ambos os serviços, impulsionando a formação de demanda reprimida.

3.1.1 Assistência puerperal e puericultura na área coberta

Em relação à área coberta da unidade, as 25 gestantes cadastradas evoluíram para parto no período do estudo, sendo que foram realizadas 21 assistências domiciliares à puérperas (84%). Destaca-se que as outras quatro (16%) puérperas pertencentes a área coberta da ESF que estavam em acompanhamento pré-natal regular mudaram-se para outros bairros fora da área de abrangência da unidade, com perda do seguimento precoce.

Do total (N=21) de assistências da área coberta, 14 (66,67%) aconteceram no puerpério imediato e sete (33,33%) ocorreram no puerpério tardio. Acrescenta-se que, das assistências realizadas no puerpério tardio (N=7), três (42,86%) não foram realizadas no pós-parto imediato devida à ausência de transporte para a equipe e quatro (57,14%) foram realizadas após as puérperas retornarem das casas de familiares, localizadas em outros bairros, fora da área de abrangência da unidade básica de saúde.

Conforme normatização da Primeira Semana de Saúde Integral, os serviços de atenção primária à saúde devem realizar a visita domiciliar nos primeiros sete dias após a alta da maternidade, com a finalidade de avaliar as condições de saúde, fomentar ações de

promoção e prevenção em saúde, além de identificar situações de riscos para adoção de condutas. As ações no puerpério imediato envolvem o trabalho do médico e enfermeiro, articulados ao do agente comunitário de saúde. Preconiza-se a programação rotineira da visita domiciliar pelas equipes (CORREA, 2017).

Salienta-se que, das 21 puérperas assistidas no domicílio, 19 (90%) retornaram para uma segunda consulta de puerpério no ambulatório da unidade. Verificou-se, ainda, que uma paciente (4,8%) necessitou ser encaminhada para hospital municipal de referência de urgências e emergências por complicação materna, compatível com quadro hemorrágico de provável causa ginecológica.

Com relação à consulta de puericultura, os 21 (100%) lactentes que receberam assistência domiciliar iniciaram as consultas de crescimento e desenvolvimento na unidade, mantendo o vínculo com a equipe.

3.1.2 Assistência puerperal e puericultura na área descoberta

Das 49 gestantes de área descoberta que iniciaram pré-natal, 32 evoluíram para parto. Ressalta-se que a busca ativa de puérperas fora da área de cobertura revelou que 10 puérperas (31,25%) mudaram para outros bairros fora da área abrangência da unidade de saúde, com perda do seguimento, mantendo-se a possibilidade de acompanhamento de apenas 22 pacientes.

Notou-se, ainda, que, das 22 puérperas restantes e seus lactentes, 16 (72%) receberam a primeira assistência puerperal em domicílio no pós-parto imediato e seis (28%) receberam a primeira assistência puerperal na unidade e no pós-parto tardio. Registrou-se que oito (36%) puérperas retornaram para uma segunda consulta de puerpério no ambulatório da unidade. Com relação ao acompanhamento de puericultura, apenas 10 lactentes (45%) iniciaram as consultas de crescimento e desenvolvimento.

Segundo Silva e colaboradores (1999), a assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança, assim como o início precoce das consultas, de preferência no primeiro mês de vida. A ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central do cuidado infantil e é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção (CARVALHO et al., 2008).

Comparando-se os dados obtidos de seguimento das pacientes de áreas coberta e descoberta, nota-se melhor adesão das pacientes da área coberta, entendendo-se que a atuação da equipe de ESF é preponderante para o estabelecimento de vínculo com a unidade.

3.1.3 Percepções das usuárias sobre a assistência puerperal domiciliar

A prática da visita domiciliar puerperal permite a construção de vínculos, proporcionando um ambiente profícuo para um atendimento mais humanizado, que vai além das orientações. Trata-se de uma estratégia que possibilita um cuidado mais próximo e individualizado, para se conhecer a realidade e, ao mesmo tempo, transferir autoconfiança à mulher, potencializando seu desempenho como mãe (DRULLA, 2009).

Por meio das verbalizações das puérperas das áreas coberta e descoberta, observou-se satisfação das pacientes com o apoio e as orientações concedidas na assistência domiciliar, conforme os seguintes depoimentos:

Achei muito bacana a visita, pois das outras vezes eu fiz o meu pré-natal todo no posto do Vilage e não tive visita em casa, ninguém veio em casa. Tanto é que uma vez eu fui levar minha neném para pesar e nem sabiam que eu tinha ganhado neném. Achei muito importante vocês me visitarem.

...sobre a visita em casa eu gostei muito, das quatro gestações que eu tive essa é a primeira vez que alguém vem em casa para saber como nós estamos. Eu gostei muito.

Para mim foi ótimo, pois das outras gestações não tive tanto atendimento no posto de saúde. Gostei muito da visita em casa, pois é bom que acompanha a gente e instrui a gente também.

Existe uma ampla compreensão da visita como facilitadora do acesso ao cuidado, principalmente numa situação de mobilidade restringida. A presença dos profissionais da saúde é supervalorizada, pois pode propiciar atendimento resolutivo sem exigir deslocamento até o serviço (CORREA, 2017).

Verificou-se com expressividade a satisfação das participantes em relação aos cuidados ofertados pelos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de assistência, já que contribuíram bastante para o sucesso do puerpério:

Eu gostei muito da visita de vocês, é bom visitar aqui em casa né, para saber como nós estamos.

Fui muito bem atendida, estão de parabéns. Gostei da assistência em casa, pois nunca tinha vindo o médico na minha casa, então gostei bastante.

Então, eu não esperava receber a vista de vocês, porque da primeira gravidez eu não tive acompanhamento da forma como eu tive agora. Tanto no pré-natal quanto agora depois do parto. Eu fiquei surpresa quando vocês visitaram aqui em casa. Eu gostei muito da visita.

3.1.4 Percepções das usuárias sobre as agentes comunitárias de saúde

O trabalho do agente comunitário de saúde constitui um elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Representa um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2011b).

Durante o período de assistência, as usuárias foram estimuladas a descrever a importância do agente comunitário de saúde na microárea:

Na minha área tem agente de saúde e eu acho essencial, pois elas vêm visitar e pergunta se precisa de alguma coisa, ajuda bastante a gente.

A ACS é importante, pois passa em casa para saber como nós estamos, perguntando se precisa de alguma coisa, tirar umas dúvidas, responde as mensagens. É uma pena que nem todo o bairro tem ACS, pois faz falta.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) flexibiliza a presença do agente comunitário de saúde, facultando conforme a necessidade do município, reduzindo a quantidade mínima de agentes nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, podendo, em algumas situações, não estar presente na equipe (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que o agente comunitário de saúde é uma figura fundamental na ESF, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais. Além disso, mantém um fluxo contrário, transmitindo informações de saúde para a população da microárea. Nesse sentido, a flexibilização do agente comunitário na atenção básica ou a redução do número desses profissionais nas equipes de ESF pode interferir no acesso da população e no vínculo com as equipes.

Por meio da verbalização das puérperas de áreas descobertas, observam-se as dificuldades que encontram em virtude da ausência do agente comunitário de saúde:

Faz muita falta uma ACS na minha área, por exemplo, pois ela esclarece dúvidas e informa sobre os profissionais que estão atendendo na unidade e ajuda a marcar as consultas, mas aqui não tem agente de saúde e fica mais complicado.

A falta de agente na área dificulta bastante, para orientar a gente, quando tem campanha de vacina elas podem avisar. Como aqui não tem agente de saúde, esses dias teve vacina e nem fiquei sabendo.

A falta de agente comunitária dificulta bastante, pois tem vez que precisamos de informação e não tem. Aqui na minha casa não passa nenhuma agente, e acho importante principalmente para quem tem criança.

3.2 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE

O processo de capacitação da equipe iniciou no dia 20 de Janeiro de 2018. Na ocasião, a equipe da ESF Village do Sol era composta um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo e quatro agentes comunitárias de saúde, totalizando oito profissionais. Na primeira simulação realística, o odontólogo não participou pois encontrava-se de afastamento das atividades, sendo assim, sete profissionais (87,5%) participaram da capacitação.

No decorrer do ano, a equipe sofreu com alguns desfalques: no mês de fevereiro de 2018, a técnica de enfermagem se desvinculou da unidade de saúde, sendo substituída por outro técnico de enfermagem no mês de maio de 2018; no mês de julho, a enfermeira da equipe foi transferida para outro centro de saúde e o odontólogo permaneceu de afastamento. Assim, seis profissionais (75%) participaram da segunda simulação realística no mês de julho de 2018. No mês de setembro de 2018, uma enfermeira iniciou as atividades na unidade básica de saúde, mas não integrou a equipe da ESF Village do Sol e no mês de novembro de 2018 licenciou-se do cargo.

Nesse contexto, observa-se que a rotatividade frequente de membros da equipe pode gerar impactos ao processo de trabalho instituído na ESF, tendo em vista de que os novos integrantes necessitam de tempo hábil para adaptar-se à rotina, além de que nem sempre a reposição de membros faltantes é imediata à saída dos últimos. Tonelli e colaboradores (2018) pontuam que a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional. Discorrem ainda que o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde é de extrema importância, e a

rotatividade dos profissionais nas equipes da atenção básica prejudica a efetividade desse atributo.

Considera-se que capacitações periódicas podem atuar como facilitadores no período de aprendizagem de novos membros, assim como minimizar efeitos deletérios da alta rotatividade de profissionais no serviço de saúde. Segundo Brasil (2004), a educação permanente promove a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

3.2.1 Percepções da equipe sobre educação permanente

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009), a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, envolvendo mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas.

Segundo Brasil (2018), a Educação Permanente em Saúde traz como pilar conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos.

Coutinho et al. (2017) reforçam a necessidade de aprimoramento permanente dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal e puerpério, almejando uma reflexão crítica, uma atitude proativa e compromissada, agregando o conhecimento técnico-científico com a valorização do trabalho em equipe.

Considerando-se o contexto de educação permanente e a necessidade de constante qualificação da equipe, foram avaliadas as verbalizações de profissionais da equipe sobre o tema assistência puerperal:

Não tinha noção da importância dessas visitas domiciliares. Achava que era importante acompanhar só o bebê depois que nascesse, tanto que nós íamos nas casas e só perguntava sobre o bebê... Aprendi sobre os problemas que podem acontecer com puérpera, ficando mais fácil orientar para procurar ajuda se acontecer (M.L. P – ACS).

Aprendi bastante sobre os tipos de aleitamento, como orientar a mulher na amamentação. Outro ponto positivo foi sobre os problemas que podem acontecer com a mulher depois do parto. Ficamos mais atentas par informar sobre os problemas (M.V.O – ACS).

A simulação é usada de forma didática, como uma ferramenta de aprendizado para aproximar o profissional de situações reais que podem ocorrer no dia a dia. Trata-se de uma forma de treinar técnicas e aproximar teoria da prática (SANTOS, 2010).

As discussões ajudaram bastante no nosso conhecimento. Antes não achava importante procurar a gestante assim que chegasse da maternidade, sempre esperava um pouco. Quando visitava era para saber se o bebê precisava de alguma coisa (S. L. – ACS).

Ao utilizar a metodologia da simulação, a equipe vivenciou situações reais do cotidiano da ESF. O *debriefing* permitiu uma discussão reflexiva sobre as situações simuladas, propiciando o pensamento crítico e a consolidação dos saberes.

3.2.2 Percepções das agentes comunitárias de saúde sobre processo de trabalho

Reis et al. (2007) apontam as potencialidades das atividades educativas e culturais realizadas na atenção básica e consideram as limitações relacionadas com a deficiência na formação dos trabalhadores, bem como com a subutilização das ferramentas de informação em atenção básica e a forma de gestão baseada em controle. Os autores sinalizam, ainda, para a necessidade de revisão da organização do trabalho, com base na análise dos processos de trabalho em curso, e a necessidade de mudanças na formação dos trabalhadores da saúde.

Destacam-se algumas percepções das ACS sobre o processo de trabalho desenvolvido:

A tabela do computador ajudou a gente a monitorar as gestantes, pois tem gestantes que trabalham fora e não conseguimos identificar. Com a planilha sempre dou uma olhadinha e procuro saber se tem gestante nova na minha área, ou se tem alguma perto de ganhar bebê (M.C – ACS).

O nosso trabalho é tão importante que uma agente de outra unidade ligou para mim perguntando se era verídico que fomos na casa de uma parente, e a que parente elogiou muito nossa equipe. A parente falou que a equipe foi lá, consultou ela e o bebê, tirou dúvidas.

A agente comunitária da outra unidade falou que era muito importante, e que todos os médicos e todas as equipes poderiam fazer isso... (S.V.C. – ACS).

É muito bom fazer as visitas, bem diferente. Tem muitos lugares que não se faz isso. No meu ponto de vista acho muito importante, pois você fica sabendo como as puérperas e os bebês delas estão de saúde, pois a gente pede para elas vir consultar e trazer o bebê pesar, mas depois que o bebê nasce nem vacina quer fazer direito. Acho que muito bom (M.C – ACS).

Eu acho muito importante a visita da equipe nas puérperas, assim a gente fica sabendo das dificuldades delas. Elas acham muito bom que a equipe vai na casa delas para esclarecer dúvidas, examinar elas e os bebês. Acho muito importante o nosso trabalho... (S.V.C – ACS)

A visita domiciliar puerperal não modificou apenas a maneira de trabalhar da equipe, como também sensibilizou o modo de agir dos profissionais. A prática de prestar assistência nos locais de vivência das puérperas favoreceu uma aproximação com a realidade, possibilitando a reflexão e a revisão da própria atitude dos profissionais da equipe em busca de transformações do cuidado.

3.2.3 Percepções da equipe sobre infraestrutura e recursos humanos

Segundo Moreira et al. (2017) é de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e atenção à saúde uma estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com os recursos necessários para a execução de ações em saúde em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, a fim de se oferecer uma assistência de melhor qualidade.

No presente trabalho, a equipe vivenciou grandes dificuldades com a falta recorrente de veículo para realização da assistência domiciliar, principalmente para as puérperas no pós-parto imediato. A localização geográfica da unidade, distante das microáreas cobertas, concomitante às limitações funcionais de alguns profissionais, prejudicaram bastante as execuções das visitas aos domicílios.

A verbalização de alguns profissionais da equipe corrobora o entrave:

...uma situação que complica muito a falta de carro, teve mês de vir carro só duas vezes no mês..." (M. A – Técnico de Enfermagem).

...outro grande problema é falta de carro para visitar (S.V.C – ACS).
.. e ainda falta muito carro para visitar (M.C – ACS)

A respeito de recursos humanos, Santos et al. (2016), em sua revisão integrativa sobre a influência do trabalho em equipe na Atenção Básica, referendam que o trabalho em equipe, com a conformação multiprofissional, é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF.

Durante a execução do projeto, observou-se uma fragmentação da equipe multiprofissional. Ressalta-se que a fragmentação de uma equipe implica em ruptura do

processo de trabalho e sobrecarga dos demais profissionais. Citam-se algumas verbalizações dos profissionais a respeito dos recursos humanos:

Nossa grande dificuldade é fato da equipe ser pequena, e com bastante desfalque de profissionais, só tem um técnico de enfermagem para toda a unidade, e algumas vezes ele não pode ir, pois tem que triar os pacientes da unidade... (M.C – ACS).

Depois que eu entrei na unidade, observei que troca muito de gerente, e ficamos um bom tempo sem enfermeiro para ajudar nas visitas... (M. A – Técnico de Enfermagem).

4. CONCLUSÕES

Este projeto de intervenção proporcionou muito mais que a reorganização do processo de trabalho. Oportunizou acima de tudo, a reflexão da equipe de Estratégia Saúde da Família Vilage do Sol sobre o processo de trabalho e o papel de cada um. Neste sentido, foram ressignificados o lugar, a atuação e a importância de cada pessoa neste contexto, inclusive da puérpera e do recém-nascido.

Ao ressignificar os papéis e oportunizar momentos de educação permanente a equipe se enxergou como um “corpo único” e não apenas como um ajuntado de profissionais desenvolvendo seus atributos separadamente. A partir disso, pode planejar e desenvolver um cuidado integral materno-infantil que corresponde ao que se espera da Estratégia Saúde da Família, mas isso só é possível quando a equipe enxerga e valoriza as competências individuais e coletivas do grupo, o que foi propiciado pelos momentos de educação permanente.

Esse novo sentido foi observado pelas verbalizações das puérperas, apontando que a assistência prestada pela equipe apresentou avaliações positivas, tanto no âmbito ambulatorial nas consultas de pré-natal, quanto na assistência efetuada no domicílio.

Da mesma forma, evidenciou-se a importância do agente comunitário de saúde nas equipes de Saúde da Família, indicando que esses profissionais estabelecem um elo importante entre a equipe e a área. Por outro lado, notou-se uma redução do vínculo das pacientes de áreas descobertas com a unidade de saúde, confirmando a importância estratégica da adstrição da clientela na Estratégia Saúde da Família e do agente comunitário de saúde.

Entretanto, observou-se uma redução da participação da equipe nas atividades de capacitação, o que pressupõem-se estar diretamente relacionado à fragmentação sofrida durante a implantação do projeto, principalmente pela ausência do profissional de enfermagem, técnico de enfermagem e odontólogo. Apesar disso, evidenciou-se uma evolução no processo de trabalho, tendo em vista que a assistência puerperal planejada foi mantida, assim como a discussão de casos e revisão do trabalho mensal.

Outro aspecto relevante foi a percepção de aprimoramento expressado nas verbalizações dos profissionais. Ainda que não expressos numericamente, os ganhos reais na organização da assistência foram sentidos pela população atendida e pela equipe assistente.

Salienta-se, por fim, a relevância do aprimoramento técnico e científico pessoal obtido durante a implementação do processo de trabalho e durante o curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Apesar das dificuldades, a implementação planejada e sistematizada proporcionou, localmente, ganhos significativos do ponto de vista prático, com relevância não mensurável em saúde pública.

Com o exposto, observa-se a necessidade premente de implementar momentos de educação permanente no trabalho vivo e vivido na equipe, colaborando com o planejamento de atividades e a humanização dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, em todos os campos de atuação.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.M.S. **Promoção, prevenção e assistência a mulher no puerpério em São Francisco do Maranhão.** Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactante) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

BARRA, S.A.R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersectorialidade.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Diário Oficial da União 13 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. 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. 318 p.: il. – In: (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32); Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012b.

_____. 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?** – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

CABRAL, F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Women's Vulnerability in the Puerperium from the View of Family Health Teams: Emphasis on Generational Aspects and Adolescence. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 366-372, 2010.

CARLETO, E.C. **Plano de Intervenção para aumento de consultas de puerpério em uma unidade de saúde de Minas Gerais**. Uberaba, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/plano-intervencao-aumento-consultos-puerperio.pdf>. Acesso em: 06/2017.

CARVALHO, M.F.; LIRA, P.I.C.; ROMAN, S.A.M.; SANTOS, I.S.; VERASI, A.A.C.A.; BATISTA FILHO, M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.

CORREA, M.S.M.; FELICIANO, K.V.O.; PEDROSA, E.N.; SOUZA, A.I. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. e00136215, 2017.

COUTINHO, S.K.S.F.; MINGHINI, B.V.; BRITO, G.V.; SILVA, K.S.; ROCHA, R.B.; MIRANDA, J.S.; MAGALHÃES, A.T. Rede cegonha: uma experiência em educação permanente com agentes comunitários de saúde. In: **SANARE, Sobral**, v. 16, n. 01, p. 74-79, 2017.

DRULLA, A.G.; ALEXANDRE, A.M.C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V.A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. In: **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 667-74, 2009.

ESCOSTEGUY, C.C. **Estudos de intervenção**. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA, J.R. **Puerpério - Minimizando Riscos: Projeto de Intervenção em Diadema - Horizonte** - CE. 2009. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009.

MOREIRA, K.S.; et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. e51283, 2017.

REIS, M.A.S.; et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

SANTOS, R.R.; et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.

SANTOS, M.C.; LEITE, M.C.L. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n.3, 2010.

SILVA, F.C.S.; ARAÚJO, T.M.; ARAÚJO, M.F.M.; CARVALHO, C.M.L.; CAETANO, J.A. Postpartum Depression in Puerperal Women: Knowing the Interactions among Mother, Son and Family. In: **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 411-416, 2010.

SILVA, A.A.M.; GOMES, U.A.; TONIAL, S.R.; SILVA, R.A. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 6, n. 4, 1999.

TONELLI, B.Q.; LEAL, A.P.R.; TONELLI, W.F.Q.; VELOSO, D.C.M.D.; GONÇALVES, D.P.; TONELLI, S.Q. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF**, v. 23, n. 2, p. 180-185, 2018.

WELCH, L.G.; MILLER, L.A. **Emotional and Educational Components of Pregnancy**. The Global Library of Women's Medicine, 2008. Disponível em: <http://www.glowm.com/section_view/heading/Emotional%20and%20Educational%20Components%20of%20Pregnancy/item/414>. Acesso em: 08/2017.

Capítulo 4

RISCO CARDIOVASCULAR EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NUMA UNIDADE DE SAÚDE AO NORTE DO BRASIL

Sintia Mara Haito¹, Kátia Fernanda Alves Moreira¹, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas¹,
Rodrigo Almeida de Souza¹ e Edson dos Santos Farias¹

1. Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, Rondônia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar o risco cardiovascular por meio do Escore de Risco de Framingham (ERF) em usuários hipertensos. **Métodos:** Estudo observacional e transversal, com 55 usuários hipertensos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019 no município de Nova Mamoré, Rondônia. O ERF foi classificado em três categorias: baixo risco (<10%/10), intermediário (10 – 20%/10) e alto (> 20%/10). A análise de regressão logística multinomial foi utilizada para examinar a associação da variável dependente ERF com as variáveis independentes sexo, idade, atividade física, excesso de peso, consumir álcool, fumar, HDL, triglicerídeos (TG), glicemia em jejum (mU/L), pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e circunferência abdominal (CA) respectivamente. **Resultados:** Houve prevalências de risco baixo (25,5%), intermediário (32,7%) e alto (41,8%). Os fatores associados ao risco de doenças cardiovascular vascular (DCV) foram ser do sexo masculino, idoso, inativo, excesso de peso, TG elevado, PAS elevada, mU/L elevada e CA elevada. **Conclusão:** O estudo mostrou elevado risco de DCV e fatores associados. Há necessidade urgente de promover estratégias para o controle e acompanhamento dos hipertensos cadastrados nesta unidade de saúde.

Palavras-Chave: Hipertensão, Fatores de Risco e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify cardiovascular risk using the Framingham Risk Score (ERF) in hypertensive users. **Methods:** Observational and cross-sectional study, with 55 hypertensive users registered in a Basic Health Unit from September 2018 to February 2019 in the municipality of Nova Mamoré, Rondônia. The ERF was classified into three categories: low risk (<10% / 10), intermediate (10 - 20% / 10) and high (> 20% / 10). Multinomial logistic regression analysis was used to examine the association of the dependent variable ERF with the independent variables gender, age, physical activity, overweight, consuming alcohol, smoking, HDL, triglycerides (TG), fasting blood glucose (mU / L), systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP) and waist circumference (WC) respectively. **Results:** There were prevalences of low (25.5%), intermediate (32.7%) and high (41.8%) risk. The factors associated with the risk of cardiovascular cardiovascular diseases (CVD)

were male, elderly, inactive, overweight, high TG, high SBP, high mU / L and high AC. Conclusion: The study showed a high risk of CVD and associated factors. There is an urgent need to promote strategies for the control and monitoring of hypertensive patients registered in this health unit.

Keywords: Hypertension, Risk Factors and Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), sendo uma condição clínica associada à elevada mortalidade (CIPULLO et al., 2010; SABOYA et al., 2016). Ademais, cerca de 80% dos hipertensos possuem comorbidades associadas à estreita relação com aspectos da Síndrome Metabólica (SM) e do estilo de vida dos indivíduos (LEE et al., 2012; BORTOLETTO et al., 2016).

Estima-se que indivíduos do sexo masculino com síndrome metabólica tem duas a três vezes maiores chances de doença cardiovascular (DCV) do que aqueles sem síndrome metabólica (SOKHANVAR et al., 2011; VIDIGAL et al., 2013; MOKHAYERI et al., 2018). O Escore de Risco de Framingham (ERF) é uma ferramenta simplificada e ideal para a avaliação do nível de risco de DCV em dez anos (SOHN et al., 2012).

Segundo Zhu et al. (2013) o ERF pontua seis fatores de risco coronarianos, incluindo idade, sexo, colesterol total (CT), colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL), tabagismo, pressão arterial sistólica. Para os autores, é necessário avaliar o valor preditivo do ERF em detectar o risco de DCV em usuários com síndrome metabólica, face às peculiaridades dos fatores de risco em diferentes populações, sua aplicação mostra-se útil no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de equipes de Saúde da Família.

O objetivo do estudo foi avaliar o DCV em usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica cadastrado numa unidade de saúde ao norte do Brasil, utilizando o ERF.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O município de Nova Mamoré está situado no estado de Rondônia, oeste do país, latitude 10°24'07" sul e longitude 65°19'36" com uma altitude de 134 metros. Sua população

em 2010 era de 22.546 habitantes e em 2016 estimado para 28.255 habitantes. A área territorial da unidade é de 10.071,643(km²). Seus limites ao norte: Porto Velho (capital do Estado), ao sul: Guajará-Mirim, ao leste: Campo Novo, e ao oeste: República da Bolívia. Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,587, considerado baixo (IBGE, 2016).

A Unidade Básica de Saúde do território de atuação da Equipe de Saúde da Família São José do município de Nova Mamoré, Estado de Rondônia, dispõe de dois clínicos gerais, duas enfermeiras, um cirurgião geral, uma nutricionista, uma dentista e uma fonoaudióloga.

Trata-se de um estudo observacional e transversal, não probabilístico realizado no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019. O estudo foi composto de 111 usuários portadores de HAS, cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foi incluído nos estudo usuários com pelo menos mais de um componente da SM, de ambos os sexos na faixa etária de 30 a 74 anos de idade. Durante o processo ocorreram perdas e recusas que, juntas somaram um percentual de 50,5% (n=56), finalizando a amostra com 49,5% (n=55).

O diagnóstico da SM seguiu a recomendação proposta pelo National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel (NCEP-ATP III) National Cholesterol Education Program (2002): triglicérides (TG) elevado ≥ 150 mg/dL, pressão arterial sistólica (PAS) elevada ≥ 130 mg/dL, pressão arterial diastólica (PAD) elevada ≥ 85 mg/dL, colesterol HDL baixo para homem <40 mg/dL e mulher <50 mg/dL, circunferência do abdômen (obesidade abdominal) elevada para homem ≥ 102 cm e mulher ≥ 88 cm e glicemia em jejum (mU/L) elevada (≥ 100 mg/dL). Os exames bioquímicos foram realizados por um laboratório da Prefeitura do Município de Nova Mamoré. Para categorização das variáveis utilizou-se os protocolos recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Para o levantamento das informações demográficas e comportamentais foi elaborado um questionário do tipo autorrelato, aplicado pelos ACS da unidade adscrita ao território de residência dos usuários, após treinamento realizado pela pesquisadora do estudo.

As variáveis demográficas seguiram critérios de estudos internacionais (WHO, 2015). Os critérios incluíram o sexo (masculino e feminino), idade adulto (<60 anos) e idoso (≥ 60) As variáveis comportamentais foram fumar e consumir álcool foram categorizadas da seguinte forma: fumar diariamente o mínimo um cigarro por dia (1=sim), nunca fumou

(0=não). O consumo abusivo de álcool, definido como a ingestão de cinco ou mais doses de bebida alcoólica para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias, a partir das seguintes perguntas: a) “Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, para homens; e b) “Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, para mulheres. Foi considerado consumo abusivo de álcool a resposta “sim” a estas perguntas, independentemente do número de vezes que isso ocorreu. Uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Para avaliar o nível de atividade física, a versão curta em português oficial do IPAQ (<http://www.celafiscs.com.br>) foi aplicada em entrevistas presenciais, com um período recordativo de sete dias anteriores. O escore de atividade física foi calculado como a soma dos minutos de atividade moderada (incluindo caminhada rápida e moderadamente rápida) mais o dobro dos minutos de atividade vigorosa. O IPAQ define atividades moderadas como aquelas que produzem um aumento moderado da taxa de respiração, frequência cardíaca e sudorese por pelo menos dez minutos de duração. Atividades vigorosas são definidas como aquelas que produzem aumentos vigorosos nas mesmas variáveis. A inatividade foi definida como uma pontuação abaixo de 150 minutos de duração (CIPULLO, 2010), conforme as recomendações do US Surgeon General's Report (1996), da American College of Sports Medicine (ACSM) e do CDC (PATE et al., 1995).

A avaliação antropométrica do peso, estatura e circunferência abdominal (CA) foram realizadas pela médica pesquisadora e enfermeira da unidade de saúde. Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), foi utilizada a fórmula $IMC = [\text{peso}/(\text{altura})^2]$, agrupada em duas categorias: peso adequado ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$), excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 2000). A medida da circunferência abdominal seguiu o protocolo recomendado por Oliveira e Rodrigues (2016). A equação do risco de Framingham foi computada como a probabilidade de desenvolvimento de mais de um evento coronariano em 10 anos, por sexo, utilizando os seguintes parâmetros: idade, colesterol total, colesterol-HDL, tabagismo, PAS, PAD e glicemia em jejum (BRASIL, 2013). Após o cálculo os grupos foram classificados em três categorias: baixo risco ($<10\%/10$), intermediário ($10 - 20\%/10$) e alto ($> 20\%/10$).

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS 20 para Windows® sede, SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A

associação entre as categorias do ERF pelo número de componentes da SM foi analisada pelo teste qui-quadrado. A análise de regressão logística multinomial foi utilizada para examinar a associação da variável dependente ERF (referência/0=risco baixo) entre as variáveis independentes categorizadas sexo, idade, atividade física, excesso de peso, consumir álcool, fumar e o RCV da SM HDL baixo, TG, mU/L, PAS, PAD elevada respectivamente. Ajustado o odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) foram calculados para o ERF diferentes níveis. As potenciais variáveis de confusão na análise de regressão logística múltipla foram idade e excesso de peso. Valores de P < que 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Rondônia (CAAE: 90973618.3.0000.5300, Parecer n. 2.829.243).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes foi de 58,70 ± 10,71 anos, homens 60,53 ± 11,13 e mulheres 58,02 ± 10,61 anos, não ocorreram diferença estatisticamente significativa (p=0,445) entre os sexos. A maioria foram mulheres 72,7% (n=40). A maioria dos usuários cadastrados apresentaram níveis pressóricos elevados de HAS 76,4% (n=42).

A Figura 1 apresenta a associação REF e os componentes da SM identificadas nos usuários avaliados. As maiores prevalências foram classificadas de baixo risco foram nos componentes dois (35,7%) e três (35,7%), intermediário três (33,3%) e quatro (22,2%), alto três (39,1%) e quatro (39,1%) respectivamente.

Nas variáveis demográficas, as maiores frequências de ERF alto ocorreram no sexo masculino (53,3%) e em usuários idosos (54,2%). Nas variáveis comportamentais a ERF alta esteve associada ao fumar diariamente (55,6%), ser inativo fisicamente (42,2%) e excesso de peso (42,6%). Nas variáveis dos componentes da SM foram: TG elevada (≥ 150 mg/dL) 48,6%, PAS elevada (≥130 mg/mg/dL), PAD elevada (>85 mg/dL) 48,8%, mU/L elevada (≥100 mg/dL) 61,9%, HDL baixo 38,5% e CA elevado 40,5% (Tabela 1).

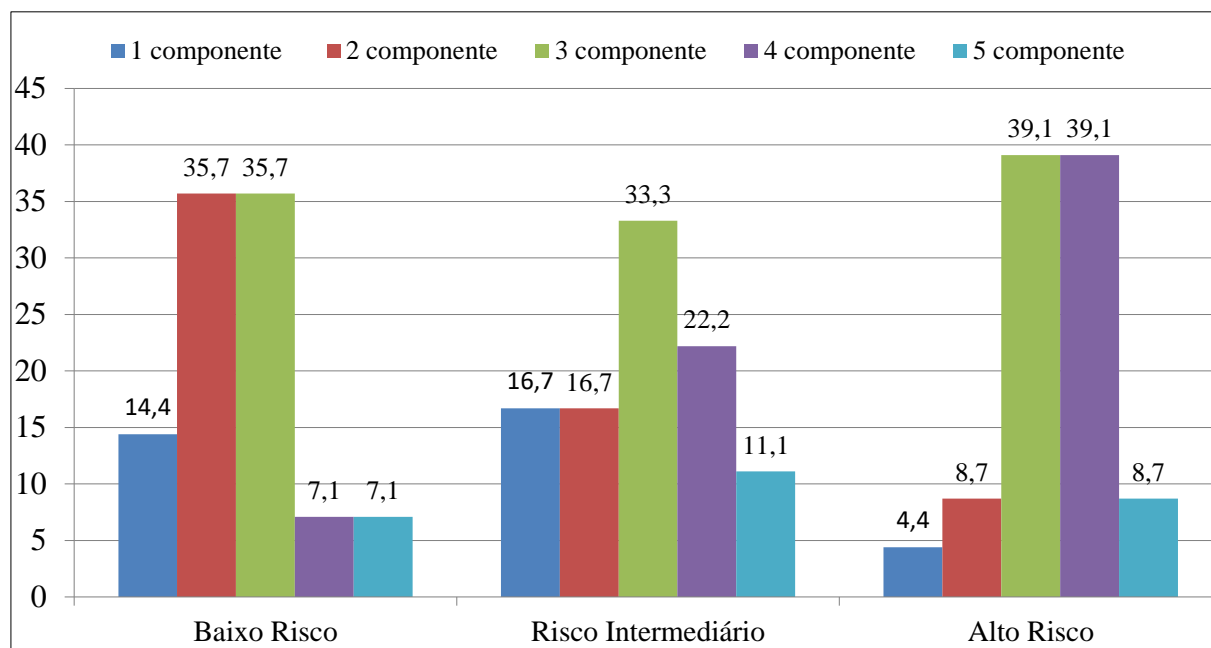


Figura 1. Associação entre as categorias do Escore de Risco de Framingham (ERF) pelo número de componentes da síndrome metabólica (SM) em usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), Nova Mamoré, Rondônia, Brasil, 2018-2019.

Por meio de regressão logística multinomial, as variáveis associadas entre o risco de SM de acordo com ERF classificados como alto risco foram o sexo masculino (OR=1,397; $p=0,044$), ser idoso (OR=1,923; $p=0,023$), ser inativo fisicamente (OR=1,32; $p=0,001$), ter excesso de peso (OR=1,28; $p=0,020$), TG elevado (≥ 150 mg/dl) (OR=1,009; $p=0,025$), PAS elevada (≥ 130 mg/dl) (OR=1,036; $p=0,048$), mU/L (≥ 100 mg/dl) (OR=1,024; $p=0,049$) e CA elevada (Homem ≥ 102 cm e Mulher ≥ 88 cm) (OR=1,151; $p=0,002$) (Tabela 2).

Como limitações do estudo, destaca-se o tamanho da amostra podendo não ter poder suficiente para detectar algumas associações testadas e a amostragem ser não probabilística.

Observou-se que os usuários cadastrados pelos agentes de saúde da Unidade de Saúde São José do município de Nova Mamoré-Rondônia, avaliados, apresentaram níveis pressóricos elevados 76,4% ($n=42$), evidenciando alta prevalência de descontrole da HAS.

Tabela 1. Prevalência (%) das variáveis demográficas, comportamentais e dos componentes da SM conforme o ERF em usuários de UBS, Nova Mamoré, Rondônia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Escore de Risco de Framingham (ERF)				p
	n (%)	Baixo risco n (%)	Risco intermediário n (%)	Alto Risco n (%)	
Usuários	55 (100)	14 (25,5)	18 (32,7)	23 (41,8)	-
Demográficas					
Sexo					0,036
Masculino	15 (27,3)	1 (6,7)	6 (40,0)	8 (53,3)	
Feminino	40 (72,7)	13 (32,5)	12 (30,0)	15 (37,5)	
Idade					0,017
Adulto	31 (56,4)	11 (35,5)	10 (32,3)	10 (32,3)	
Idoso	24 (43,6)	3 (25,5)	8 (33,3)	13 (54,2)	
Comportamentais					
Fumar diariamente					0,058
Sim	9 (16,4)	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	
Não	46 (83,6)	13 (28,3)	15 (32,6)	18 (39,1)	
Consumir Álcool diariamente					0,139
Sim	13 (23,6)	4 (30,8)	4 (30,8)	5 (38,5)	
Não	42 (76,4)	10 (23,8)	14 (33,3)	18 (42,9)	
Atividade Física					0,001
Ativo	12 (21,8)	6 (50,0)	2 (16,7)	4 (33,3)	
Inativo	43 (78,2)	8 (18,6)	16 (37,2)	19 (44,2)	
Excesso de peso					0,041
Peso adequado	8 (14,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	3 (37,5)	
Excesso de peso	47 (85,5)	11 (23,4)	16 (34,0)	20 (42,6)	
Componentes da SM					
TG elevado (≥150 mg/dl)	35 (63,6)	6 (17,1)	12 (34,3)	17 (48,6)	0,048
PAS elevada (≥130 mg/dl)	44 (80,0)	10 (22,7)	13 (29,6)	21 (47,7)	0,069
PAD elevada (≥85 mg/dl)	41 (74,5)	10 (24,4)	11 (26,8)	20 (48,8)	0,209
mU/L elevada (≥100 mg/dl)	21 (38,2)	2 (9,5)	6 (28,6)	13 (61,9)	0,010
HDL baixo (H < 40 mg/dl, M < 50 mg/dl)	26 (47,3)	8 (30,8)	8 (30,8)	10 (38,5)	0,453
CA elevada (H ≥102 cm, M ≥ 88 cm)	42 (76,4)	10 (23,8)	15 (35,7)	17 (40,5)	0,002

Teste qui-quadrado e Exact de Fisher's, TG = Triglicérides, PAS=Pressão Arterial sistólica, PAD=Pressão Arterial Diastólica, mU/L=glicemia em jejum, HDL=Lipoproteína de Alta Densidade, CA=circunferência Abdominal.

Tabela 2. Associação entre os fatores de risco da SM e de acordo com ERF em usuários de uma UBS do município de Nova Mamoré, Rondônia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Escore de Risco de Framingham (ERF)			
		Baixo (<10%)	Intermediário (10-20%)	Alto (>20%)
Sexo (Masculino)	OR	Ref.	1,050	1,397
	IC _{95%}	1	0,821 – 1,344	1,008 – 1,935
Idade (Idoso)	OR	Ref.	1,309	1,923
	IC _{95%}	1	1,104 – 1,554	1,024 – 1,389
Atividade física (Inativo)	OR	Ref.	1,25	1,32
	IC _{95%}	1	1,112 – 1,390	1,12 – 1,390
Excesso de peso (S+O)	OR	Ref.	1,27	1,28
	IC _{95%}	1	1,17 – 1,37	1,12 – 1,45
TG elevado (≥150 mg/dl)	OR	Ref.	1,007	1,009
	IC _{95%}	1	0,998 – 1,015	1,001 – 1,018
PAS elevada (≥130 mg/dl)	OR	Ref.	1,000	1,036
	IC _{95%}	1	0,963 – 1,038	1,001 – 1,074
PAD elevada (≥85 mg/dl)	OR	Ref.	0,967	1,025
	IC _{95%}	1	0,915 – 1,022	0,979 – 1,074
mU/L elevada (≥100 mg/dl)	OR	Ref.	1,014	1,024
	IC _{95%}	1	0,989 – 1,040	1,002 – 1,050
HDL baixo (H < 40 mg/dl, M < 50 mg/dl)	OR	Ref.	0,965	0,952
	IC _{95%}	1	0,888 – 1,050	0,878 – 1,034
CA elevada (H ≥102 cm, M ≥ 88 cm)	OR	Ref.	1,012	1,151
	IC _{95%}	1	0,999 – 1,025	1,054 – 1,258

Ref., referência do grupo, TG = Triglicérides, PAS=Pressão Arterial sistólica, PAD=Pressão Arterial Diastólica, mU/L=Glicemia em Jejum, HDL=Lipoproteína de Alta Densidade, CA=Circunferência Abdominal

Essa prevalência se assemelha a outros estudos (CIPULLO et al., 2010; VIDIGAL et al., ZHU et al., 2013) com pessoas de ambos os sexos, porém com valores abaixo dos encontrados em estudos de Moreira et al. (2014) no Rio Grande do Sul com 75% de prevalência e dos estudos de Souza et al. (2014) em São Paulo com 78% de prevalência. Convém destacar que, a variação no método utilizado para aferir níveis pressóricos influencia a obtenção de níveis de pressão arterial e que o controle da hipertensão é uma tarefa complexa que abrange aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária. Para Cipullo et al. (2010) o controle inadequado da pressão arterial pode ser também ser atribuído às condições de acesso e níveis de resolubilidade dos serviços de saúde e ao usuário.

Sabe-se que baixas taxas de adesão e controle da hipertensão estão relacionados a abordagem inadequada dos usuários, por conseguinte tratamento ineficaz, baixa adesão

ao tratamento, dificuldade de acesso aos serviços e aquisição de medicações (SERAFIN et al., 2010; PINHO; PIERIN et al., 2013).

Os resultados deste estudo mostram que, na população hipertensa avaliada, houve uma presença expressiva de outros fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de um evento cardiovascular adverso. Para Moreita et al. (2014) e Souza et al. (2014), este achado confere ao Escore de Framingham um destacado potencial para auxiliar os profissionais de saúde da atenção primária a estratificarem o risco cardiovascular da população assistida. Esta estratégia de abordagem estratificada pode modificar o manejo do hipertenso para uma forma mais completa, isto é, levando em consideração não apenas as cifras tensionais, mas também as condições clínicas associadas (NOBRE et al., 2010).

Vários estudos evidenciam estes achados, demonstrando que a prevenção da morbidade e mortalidade do sistema cardiovascular implica em abordagem estratificada do hipertenso (LÖNNBERG et al., 2019; MOREIRA et al., 2014; SOUZA et al., 2014).

Pesquisas de Vidigal et al. (2013) e Mokhayeri et al. (2018) também encontraram que grupos de hipertensos são mais sensíveis a RCV alto. Proporção semelhante foi relatada por Pimenta e Caldeira (2018) onde esta frequência é duas vezes aquela esperada pelo acaso. Estes dados indicam que a pressão arterial elevada, na maior parte das vezes não é apenas uma condição isolada, mas faz parte do perfil do indivíduo de risco cardiovascular elevado (YOUSEFZADEH et al., 2015; CIPULLO et al., 2010).

A maior média de idade observada no grupo hipertenso reflete os índices encontrados na população em geral, onde se constata tendência de aumento de HAS nas maiores faixas etárias e elevada incidência entre os idosos. Pesquisas de Naghavi et al. (2017) referenciam que cerca de 65% dos idosos em todo o mundo são hipertensos, mas fazem um alerta para que o aumento de pressão relacionado à idade não seja considerado uma condição fisiológica.

O presente estudo mostrou associação do ERF intermediário (OR=1,25; p=0,001), alto (OR=1,32; p=0,001) com a inatividade física. A inatividade física está fortemente associada com o risco de desenvolver doenças cardiovasculares constituindo-se nos fatores de risco mais significativos. O National Cholesterol Education Program, a American Heart Association, e a Sociedade Brasileira de Cardiologia têm assinalado a fundamental implicação da obesidade, da dieta e da inatividade física no risco cardiovascular (LANGELLIER et al., 2015; BISWAS et al., 2017).

Com o avançar da idade, a obesidade apresenta tendência de aumento, provenientes de reduções nos níveis de atividade física e diminuição do metabolismo de repouso. Esta associação pode ser observada em estudos que obtiveram resultados que demonstraram prevalência do excesso de peso a partir dos 30 e 40 anos de idade (LEE et al., 2012; BIELEMANN et al., 2010). Segundo Lee et al. (2012) pessoas insuficientemente ativas aumentam em 20% e 30% o risco de mortalidade e que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Esse preocupante cenário no Brasil, foi analisado por Bielemann et al. (2010) que estimaram gastos com internações pelo SUS por doenças cardiovasculares da ordem de R\$ 4.250.000,00 que poderiam ser economizados em cerca de R\$ 2.1000,00 se a população fisicamente inativa viesse a se tornar ativa.

No Brasil, Pereira et al. (2009) realizaram uma pesquisa de base populacional e encontraram o escore de aglomeração de fatores de risco cardiovascular, variando de zero a três: nenhuma exposição ou exposição a um, dois e três ou mais fatores, a inatividade física foi o fator mais prevalente entre todas as categorias. Para estes autores, na categoria três ou mais fatores de risco as prevalências seguidas da inatividade física foram obesidade central, hipertensão e dieta inadequada.

O estudo mostrou uma prevalência geral de excesso de peso (S+O) muito elevada 85,5% (n=47), sendo nas mulheres 72,3 (n=34) e homens 27,7% (n=13) (p=0,331), e na classificação ERF a associação do foi no risco intermediário (OR=1,2; p=0,029), alto (OR=1,28; p=0,022).

A prevalência de excesso de peso tem aumentado em todo o mundo, sendo considerado importante fator de RCV. Estudo realizado no Norte da China descreve que o IMC aumentado está fortemente ligado à RCV (REZENDE et al., 2006).

Um grande número de estudos epidemiológicos, como Nurses' Health Study, NHANES, Women's Health Initiative Observational Study e o American Cancer Society, estabeleceu um aumento significativo na mortalidade cardiovascular e não cardiovascular associada à obesidade (FENG et al., 2012). Segundo os autores, um aumento de anos de vida perdidos foi encontrado entre obesos versus não obesos em uma análise do NHANES.

Nesse estudo, de modo geral, o número de anos de vida perdidos foi de um a nove, para aqueles com IMC baixo (<17 a 19 kg/m²), comparativamente com nove a 13 para aqueles com um IMC elevado (≥35 kg/m²). Para estes resultados, contribuíram não apenas o peso atual, mas principalmente a idade com que a obesidade foi iniciada.

O sexo masculino (OR=1,397 (1,008 – 1,935; 0,044) e ser idoso mostrou maior associação com ERF alto e intermediário (OR=1,309 (1,104 – 1,554; 0,002) e alto (OR=1,923 (1,024 – 1,389; 0,023). No presente estudo identificou-se predomínio do sexo masculino, o que é compatível com outros estudos (DIAS et al., 2017; CABRAL et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014), mostrando que a doença cardiovascular ainda acomete mais os homens que as mulheres, sendo o gênero um fator de risco não modificável. Com o avanço dos anos, o sistema cardiovascular passa por uma série de alterações, tais como arteriosclerose, diminuição da distensibilidade da aorta e das grandes artérias, comprometimento da condução cardíaca e redução na função barorreceptora (FREITAS et al., 2018).

A doença coronariana é a principal causa de 70 a 80% de mortes, tanto em homens como em mulheres e a insuficiência cardíaca congestiva, causa básica mais comum de internação hospitalar, com elevada morbidade e mortalidade na população a partir da meia idade (>40 anos) prolongando ao longo da vida (FENG et al., 2012).

Com avanço da idade, as doenças crônico-degenerativas se destacam e entre elas a doença coronariana. A incidência de cardiopatia isquêmica, na idade acima de 60 anos, é de 15% nos homens e 9% nas mulheres. Com diagnóstico clínico, a doença coronariana aumenta para 20% tanto no homem quanto na mulher. Estudos de autópsia em clínicas de pacientes com idade de 60 anos ou mais revelaram que 70% desses tiveram uma ou mais oclusões de vasos coronarianos (DIAS et al., 2017; CABRAL et al., 2015).

Os componentes da SM associadas ao ERF alto foram as variáveis TG (≥ 150 mg/dl), PAS (≥ 130 mg/dl), mU/L (≥ 100 mg/dl), CA (H ≥ 102 cm, M ≥ 88 cm) elevados respectivamente. Segundo os achados do estudo de Mansur e Favorato (2012) existe uma prevalência de doenças cardiovasculares nas regiões Norte, Centro-oeste, Sul, Sudeste e um aumento nos últimos anos na região nordeste, norte (CABRAL et al., 2015).

Estudos apontam que ter no sangue altos níveis de triglicérides em jejum é tão perigoso quanto possuir colesterol elevado, ou seja, a triglicéride aumentada eleva os riscos de um AVC isquêmico (PICON et al., 2012). Nas mulheres, níveis de triglicéride acima de 442 mg/dl indicaram um risco 3,9 vezes maior de ter o problema em comparação com mulheres com níveis normais. Em níveis semelhantes em homens, o risco variou de um, dois a dois, três respectivamente. Para Pinho e Pierin (2013) as diretrizes atuais de prevenção de AVC trazem sobre os níveis de colesterol desejáveis, mas não citam os níveis desejáveis de triglicérides.

Estudo de Schiavo et al (2003) os triglicérides mostram-se mais elevados nos homens do que nas mulheres em ambos os dias da semana (segunda e quinta-feira), como elucidado em nosso estudo. Segundo estudos prévios, os níveis de triglicérides são menores nas mulheres, corroborando em parte com o presente estudo que homens têm maior RCV que as mulheres.

A PAS elevada (≥ 130 mg/dl) elevada mostrou associação com o ERF mais prevalente de 47,7% (Tabela 2), de certa forma acompanha às referidas em dados prévios da população de São Paulo, de mais de 45% em mulheres acima de 50 anos e de mais de 61% em homens acima de 50 anos; a pressão arterial é correlacionada intensamente com o risco de aparecimento de doença coronária (aumento de 3,67 vezes em mulheres e 4,38 em homens), a medida que seus valores aumentam, aumenta também o risco de óbito (MANSUR E FAVORATO, 2012; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Segundo Picon et al.(2012) a hipertensão tornou-se uma crescente preocupação de saúde pública no mundo todo, particularmente nos países em desenvolvimento, com uma prevalência estimada de 37,3%, em comparação com 22,9% nos países industrializados. A estimativa global é de que até 2025, cerca de 1,17 bilhão de pessoas (75%) das pessoas com hipertensão no mundo estarão vivendo em países emergentes (SCHIAVO et al., 2003).

Estudos de análise da glicemia de jejum observou-se que ela se manteve alterada em indivíduos com risco cardiovascular, em acordo com ERF alto no presente análise (PICON et al., 2012). Os estudos de meta-análise destes pesquisadores observou que indivíduos diabéticos apresentam risco de três a quatro vezes maiores de sofrer um evento cardiovascular e o dobro do risco de morrer desse evento comparado à população geral. Esse aumento na prevalência de glicemia em jejum alterada é comparável ao que vem sendo observado em estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento (VIDIGAL et al., 2013; MOKHAYERI et al., 2018; SCHIAVO et al., 2013).

É provável que esses aumentos na prevalência de diabetes decorram do já estabelecido aumento na prevalência de obesidade no Brasil (DIAS et al., 2017). Além disso, foi observado maior excesso de peso (sobrepeso e obesidade) dentre os indivíduos com algum grau de anormalidade da homeostase glicêmica (diabetes ou glicemia de jejum alterada).

Com relação à obesidade abdominal, foi constatado um percentual elevado de ERF intermediário e alto (30,8% e 38,5%) no grupo estudado, com uma associação significativa para o risco alto (OR=1,151; p=0,002), atendendo o critério de ponto de corte para homens

(102 cm) e mulheres (88 cm). Assim confirmado que a medida da CA é importante para a utilização como indicador de RCV, e pode ser acrescentado como uma rotina clínica e nas unidades de Saúde, como exame para avaliação do RCV.

Como visto no presente estudo, independente da classificação ERF, os resultados indicam uma maior prevalência da medida da CA alterada em homens (76,4%) e mulheres (66,7%) acima do esperado por ponto de corte para cada grupo, corroborando resultado obtido em estudo realizado com indivíduos chineses (FENG et al., 2012).

A CA alterada que caracteriza a gordura na região abdominal e apresenta risco de alterações metabólicas no diagnóstico de HAS alterada e alto RCV, representa um aumento de dois e três vírgula seis vezes de ter RCV associado com o avanço da idade (MARIK; PREISER, 2010). Já os aspectos da circunferência da cintura permite avaliar a distribuição central da gordura corporal. Atualmente, esta medida tem recebido importante atenção na avaliação do risco cardiovascular pelo fato de ser forte preditor da quantidade de gordura visceral, a principal responsável pelo aparecimento de alterações metabólicas e de doenças cardiovasculares (BARROSO et al., 2017; MALTA et al., 2018; MARIK; PREISER, 2010).

4. CONCLUSÃO

O risco cardiovascular (RCV) dos usuários foi majoritariamente alto e intermediário e esteve associado à inatividade física. Conforme critérios do Escore de Risco de Framingham, a maior prevalência do risco cardiovascular alto incidiram, sobretudo nos indivíduos do sexo masculino, idosos e aos aspectos como o excesso de peso, triglicerídeos, pressão arterial sistólica, glicemia em jejum e circunferência abdominal, todos elevados respectivamente.

Os resultados evidenciam uma população hipertensa com expressiva presença de fatores de risco que aumentam consideravelmente a chance dos usuários a desenvolvimento um evento cardiovascular adverso. Diante destes achados, parece que estes usuários não estão sendo monitorados pela estratificação de risco pela aplicação do ERF, que é uma ferramenta com grande potencial de triar e monitorar os casos novos e existentes para o risco cardiovascular.

Percebe-se a necessidade de criar estratégias de educação continuada aos profissionais da atenção primária, para estratificação e manejo mais adequado da população hipertensa assistida na unidade de saúde. Ao final, o estudo contribuiu com o processo de trabalho da equipe já que instituiu uma carteira de saúde para os usuários hipertensos contendo a classificação com risco cardiovascular pelo ERF inovando a forma de atendimento.

5. REFERÊNCIAS

BARROSO, T.A.; MARINS, L.B.; ALVES, R. GONÇALVES, A.C.S.; BARROSO, S.G.; ROCHA, G.S. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 30, n. 5, p. 416-424, 2017.

BORTOLETTO, M.S.S.; SOUZA, R.K.T.; CABRERA, M.A.S.; GONZÁLEZ, A.D. Síndrome metabólica, componentes e fatores associados em adultos de 40 anos ou mais de um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 32-40, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). 2013 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuida_do_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 08/11/2018.

BISWAS, T.; GARNETT, S.P.; PERVIN, S.; RAWAL, L.B. The prevalence of underweight, overweight and obesity in Bangladeshi adults: Data from a national survey. **PLoS ONE** v. 12, n. 5, p. e0177395, 2017.

BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010.

CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.S.; GODOY, M.R.P.; CAÇÃO, J.C.; LOUREIRO, A.A.C.; CESARINO, C.B.; CARVALHO, A.C.; CORDEIRO, J.A.; BURDMANN, E.A. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 4, p. 519-526, 2010.

CABRAL ROCHA, A.L.; PEREIRA, P.F.; PESSOA, M.C.; ALFENAS, R.C.G.; SEGHETO, W.; SILVA, D.C.; et al. Hypertriglyceridemic waist phenotype and cardiometabolic alterations in Brazilian adults. **Nutr Hosp.**, v. 32, p. 1099-106, 2015.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS DOS EUA. **Atividade física e saúde: um relatório do Cirurgião Geral**. Atlanta: Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde, 1996.

DIAS, P.C.; HENRIQUE, P.; ANJOS, L.A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00006016, 2017.

FREITAS, R.S.; FONSECA, M.J.M.; SCHMIDT, M.I.; MOLINA, M.D.C.B.; ALMEIDA M.C.C. Fenótipo cintura hipertrigliceridêmica: fatores associados e comparação com outros indicadores de risco cardiovascular e metabólico no ELSA-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00067617, 2018.

FENG, R.N.; ZHAO, C. WANG, C.; NIU, Y.C.; LI, K.; GUO, F.C.; et al. BMI is strongly associated with hypertension, and waist circumference is strongly associated with type 2 diabetes and dyslipidemia, in northern Chinese adults. **J Epidemiol.**, v. 22, n. 4, p. 317-23, 2012.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. - Rio de Janeiro: IBGE.146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 36). Rio de Janeiro; 2016.

LANGELLIER, B.A.; GLIK, D.; ORTEGA, A.N.; PRELIP, M.L. Trends in racial/ethnic disparities in overweight self-perception among US adults, 1988-1994 and 1999-2008. **Public Health Nutr.**, v. 18, n. 12, p. 2115-25, 2015.

LEE, I.M.; SHIROMA, E.J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S.N.; KATZMARZYK, P.T. Impact of Physical Inactivity on the World's Major NonCommunicable Diseases. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LEE, Y.J.; WOO, S.Y.; AHN, J.H.; CHO, S.; KIM, S.R. Health Related Quality of Life in Adults with Metabolic Syndrome: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008. **Ann Nutr Metab.**, v. 61, p. 275-80, 2012.

LÖNNBERG. L.; EKBLÖM-BAK. E.; DAMBERG, M. Improved unhealthy lifestyle habits in patients with high cardiovascular risk: results from a structured lifestyle programme in primary care. **Ups J Med Sci.**, v. 124, n. 2, p. 94-104, 2019.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **ABS Cardiol Journal**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MARIK, P.E.; PREISER, J.C. Toward understanding tight glycemic control in the ICU: a systematic review and metaanalysis. **Chest.**, v. 137, n. 3, p. 536-43, 2010.

MALTA, D.C.; GONÇALVES, R.P.F.; MACHADO, I.E.; FREITAS, M.I.F.; AZEREDO, C.; SZWARCOWALD, C.L. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios

diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 21, Supl. 1, p. e180021, 2018.

MARIK, P.E.; PREISER, J.C. Toward understanding tight glycemetic control in the ICU: a systematic review and metaanalysis. **Chest.**, v. 137, n. 3, p. 536-43, 2010.

MOREIRA, R.L.S.F.; FONTES, W.D.; BARBOZA, T.M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 615-21, 2014.

MOKHAYERI, Y.; RIAHI, S.M.; RAHIMZADEH, S.; POURHOSEINGHOLI, M.A.; HASHEMI-NAZARI, S.S. Metabolic syndrome prevalence in the Iranian adult's general population and its trend: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Diabetes Metab Syndr.**, v. 12, n. 3, p. 441-453, 2018.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) **Final Report 2002. Circulation.**, v. 106, n. 25, p. 3143-421, 2002.

NAGHAVI, M.; ABAJOBIR, A.A.; ABBAFATI, C.; ABBAS, K.M.; ABD-ALLAH, F.; ABERA S.F.; et al . Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 390, p. 1151-210, 2017.

NOBRE, F.; RIBEIRO, A.B.; MION, J.R.D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. **Arq Bras Cardiol.**, v. 94, n. 5, p. 663-70, 2010.

OLIVEIRA, C.C.R.; RORIZ, A.K.C.; EICKEMBERG, M.; MEDEIROS, J.M.B.; RAMOS, L.B. Hypertriglyceridemic waist phenotype: association with metabolic disorders and visceral fat in adults. **Nutr Hosp.**, v. 30, p. 25-31, 2014.

OLIVEIRA, L.F.; RODRIGUES, P.A.S. Circunferência de cintura: protocolos de mensuração e sua aplicabilidade prática. **Journal of Nutrition and Health Surveillance**, v. 3, n. 2, p. 90-95, 2016.

PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A.; BOUCHARD C.; et al. Atividade física e saúde pública: uma recomendação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e da American College of Sports Medicine. **Jama**, v. 273, p. 402-407, 1995.

PINHO, N.A.; PIERIN, A.M. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, n. 3, p. 65-73, 2013.

PIMENTA, H.B.; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc & Saúd Col.**, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, 2014;

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Pública**, v. 25, n. 6, p. 491-98, 2009.

PICON, R.V.; FUCHS, F.D.; MOREIRA, L.B.; RIEGEL, G.; FUCHS, S.C. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. **PLoS One**, v. 7, n. 10, p. e48255, 2012.

REZENDE, F.A.C.; ROSADO, L.E.F.P.L.; RIBEIRO, R.C.L.; VIDIGAL, F.C.; VASQUES, A.C.J.; BONARD, I.S.; et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.**, v. 87, n. 6, p. 728-34, 2006.

SCHIAVO, M.; LUNARDELLI, A.; OLIVEIRA, J.R. Influência da dieta na concentração sérica de triglicerídeos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 39, n. 4, p. 283-288, 2003.

SOKHANVAR, S.; MAZAKI, R.R.S.; MOUSAVINASAB, N.; GOLMOHAMMADI, Z. The association between serum lipoprotein (a) and other cardiac risk factors with the severity of coronary artery disease. **J Cardiovasc Thorac Res.**, v. 3, n. 1, p. 35–9, 2011.

SHARIFI, M.H.; EFTEKHARI, M.H.; OSTOVAN, M.A.; REZAIANAZADEH, A. Effects of a therapeutic lifestyle change diet and supplementation with Q10 plus L-carnitine on quality of life in patients with myocardial infarction: a randomized clinical trial. **J Cardiovasc Thorac Res.**, v. 9, n. 1, p. 21–8, 2017.

SABOYA, P.P.; BODANESE, L.C.; ZIMMERMANN, P.R.; GUSTAVO, A.D.; ASSUMPÇÃO, C.M.; LONDERO, F. Metabolic syndrome and quality of life: a systematic review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. e2848, 2016.

SOUZA, C.S.; STEIN, A.T.; BASTOS, G.A.; PELLANDA, L.C. Blood pressure control in hypertensive patients in the “Hiperdia Program”: a territory-based study. **Arq Bras Cardiol.**, v. 102, n. 6, p. 571-8, 2014.

SOHN, C.; KIM, J.; BAE, W. The framingham risk score, diet, and inflammatory markers in Korean men with metabolic syndrome. **Nutr Res Pract.**, v. 6, n. 3, p. 246–53, 2012.

SERAFIM, T.S.; JESUS, E.S.; PIERIN, A.M. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 658-64, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão.** Rio de Janeiro: 2016; 107(Supl. 3). Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 07/02/2019.

VIDIGAL, F.C.; BRESSAN, J.; BABIO, N.; SALAS-SALVADÓ, J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. **BMC Public Health.**, v. 13, p. e1198, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on Ageing and Health**. Geneva; 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=8C07302EFDCBA0696F7848353DFDCCB5?sequence=1> Acesso em: 05/02/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 2000 Disponível em: <file:///C:/Users/UNIR/Downloads/WHO_TRS_894.pdf>. Acesso em: 20/11/2018.

YOUSEFZADEH, G.; SHOKOOHI, M.; NAJAFIPOUR, H.; SHADKAMFAROKHI, M. Applying the Framingham Risk score for prediction of metabolic syndrome: The Kerman Coronary Artery Disease Risk Study, Iran. **ARYA atherosclerosis**, v. 11, n. 3, p. 179-85, 2015.

ZHU, B.; HARUYAMA, Y.; MUTO, T.; YAMASAKI, A.; TARUMI, F. Evaluation of a community intervention program in Japan using Framingham risk score and estimated 10-year coronary heart disease risk as outcome variables: a non-randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 13, p. e219, 2013.

Capítulo 5

CONSTRUÇÃO DE UMA DIRETRIZ DE SEGUIMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PELAS EQUIPES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Rodrigo Almeida de Souza¹, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas², Juan Miguel Salcedo Villalobos³, Rafael Fonseca de Castro² e Edson dos Santos Farias²

1. Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho/RO, Brasil.

2. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO, Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Porto Velho, RO. Brasil.

3. Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia/UNIR. Porto Velho, RO. Brasil.

RESUMO

A tuberculose é uma doença com elevada índices de casos novos e também de abandono do tratamento, apesar da existência de medicamentos efetivos. O objetivo foi construir uma diretriz de seguimento do tratamento da doença para reduzir os casos de abandono na cidade de Porto Velho, Rondônia. A intervenção foi aplicada em quatro Unidades Básicas de Saúde, no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019. Foram incluídos 25 usuários em tratamento, baseada na taxa de abandono de 28% para o triênio 2015-2017 e meta de redução menor de 15%. As 18 unidades do estudo foram estratificadas por sorteio aleatório simples em dois grupos: G1=intervenção e G2=sem intervenção. O trabalho de campo consistiu em visitas mensais aos usuários pelos agentes comunitários de saúde, aplicação de questionário sobre o tratamento, discussões e conduta dos casos pelas equipes e avaliação da diretriz usando instrumento AGREE II. A experiência contribuiu com redução de casos de abandono, sobretudo quando se utilizou o Tratamento Diretamente Observável. Nas cinco unidades *com intervenção*, o índice de abandono foi de 7% e nas 14 unidades *sem intervenção* foi de 23%. A diretriz do instrumento AGREE II foi *recomendada com alguma modificação* pelas equipes, pois oportunizou estas perceberem a necessidade de incorporar tecnologias como o celular e mídias sociais na comunicação entre usuários. Apesar das limitações da amostra, a intervenção pode ser útil no planejamento de ações e estratégias de controle da tuberculose pela gestão municipal de saúde no tratamento e erradicação da doença em Porto Velho.

Descritores: Tuberculose, Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease with high rates of new cases and also treatment abandonment, despite the presence of effective drugs. The objective was to create a guideline for monitoring the treatment of the disease to reduce cases of abandonment in the city of Porto Velho, Rondônia. The intervention was applied in four Basic Health Units, with no period from August 2018 to January 2019. 25 users were treated, with abandonment rates of 28%

for the 2015-2017 three-year period and a reduction target of less than 15%. As 18 study units were stratified by simple random luck into two groups: G1 = intervention and G2 = without intervention. The fieldwork consists of monthly visits to users of health agents, application of a questionnaire on treatment, discussions and conduct of team cases and management assessment using the AGREE II instrument. The experience contributed to the reduction of cases of abandonment, especially when using the Directly Observable Treatment. In the five units with intervention, the dropout rate was 7% and in the 14 units without intervention, it was 23%. The guideline of the CONCORDO II instrument was recommended with some changes by the teams, as these are perceived as the need to incorporate technologies such as cell phones and social media in communication between users. Despite the sample configurations, the intervention can be useful in planning tuberculosis control actions and strategies by the municipal health management in the treatment and eradication of the disease in Porto Velho.

Keywords: Tuberculosis, Unified Health System and Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa já conhecida da humanidade há milhares de anos, mas por suas características de transmissão de pessoas para pessoas atingiu seu apogeu entre o final do século XVIII e final do século XIX, nessa época devido à ausência de um tratamento efetivo os doentes sucumbiam até a morte (GONÇALVES, 2000).

Somente a partir do século XX com a descoberta da estreptomicina, tem início a era de antibióticos contra a TB avançando até a atualidade com esquema de quatro drogas quando se atingiu pela primeira vez uma taxa de 98% de cura (LIMA, 2017). Apesar desse importante avanço no combate à doença, o atraso no diagnóstico e o abandono no tratamento da TB são dificuldades que ainda permanecem e desafiam a saúde pública no mundo (ALVES, 2012).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) onde o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento são realizados pelas equipes de saúde da família. A cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, apresenta o dobro de casos novos (74,5/100.000 ao ano) quando comparados com outras capitais do país. O abandono do tratamento se aproxima de 30%, quando o recomendável pelo Ministério da Saúde seja menor que 5% do total de casos (SEMUSA, 2017).

O ministério da Saúde padronizou dois tipos de tratamento, o ambulatorial no qual o

paciente é atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) e recebe a medicação ficando assim responsável pela sua administração e o Tratamento Diretamente Observado – TDO (MS, 2011), onde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve entregar a medicação para usuário e supervisionar a tomada das doses. Em Porto Velho ainda não foi implementado o TDO nas UBS do município (SEMUSA, 2017) pois como já é conhecido tal modalidade se fosse posto em prática tem efetividade maior que o auto administrado (PAZ, 2012).

Apesar do tratamento eficiente e estar disponível no SUS, a TB enquanto agravo de saúde pública, afeta, sobretudo indivíduos vivendo em grandes bolsões de pobreza com escassez de recursos, o que determina em parte, a elevada incidência de casos novos bem como a manutenção nas taxas de abandono de tratamento no Brasil (BRASIL, 2017).

A APS enquanto principal porta de entrada desses usuários portadores de TB tem como responsabilidade diminuir esses indicadores da doença, mas devido suas limitações de recursos para um tratamento diretamente observado amplo, alternativas na ação das equipes devem ser avaliadas para que com seus recursos atuais consiga melhorar a taxa de tratamento.

Em Porto Velho, a taxa de abandono no período avaliado (2007-2017) foi de 23% em 2007, elevando significativamente a taxa para 42% em 2012 e diminuindo modestamente a taxa de abandono para 33% em 2017, último ano avaliado (BRASIL, 2016).

Uma possível explicação para taxas elevadas de TB no período avaliado é o uso da medicação de maneira irregular ou por tempo menor ao preconizado, o que torna o doente uma fonte de infecção para indivíduos sadios livres em sua comunidade, causando inúmeras novas infecções. Nessa circunstância, a gestão municipal de saúde de Porto Velho, deveria ter implantado o TDO nas UBS com abandono maior que 5% ou o índice de cura menor que 85% entretanto essa estratégia não foi executada conforme diretriz do PNCT (BRASIL, 2019).

É nesse sentido que se levanta a questão: a construção de uma proposta de diretriz de atendimento nas UBS da capital de Porto Velho, vai diminuir a taxa de abandono da TB nos usuários em tratamento? O objetivo do presente estudo foi construir uma diretriz de seguimento do tratamento da TB pelas equipes das UBS de Porto Velho-RO considerando o período do triênio de 2015-2017.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de delineamento intervencional de ensaio comunitário (ROCHA, 2003; HAYNES, 2008; BONITA, 2011). Segundo autores, este tipo de investigação proporciona que pesquisadores, equipes e usuários desenvolvam uma ação coletiva para construir novas decisões e mudanças de comportamentos, gerando a transformação continuada nas equipes.

Para o processo de intervenção desta investigação foi necessário delinear etapas para viabilização das ações no decorrer do estudo, conforme descritas a seguir:

Etapa I- Levantamento dos casos notificados e tabulados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, observando-se a incidência dos casos novos no município de Porto Velho-RO nos últimos onze anos, comparando com o cenário em todo país.

Etapa II- Definição de período de abrangência e variáveis- Foi definida como variável do estudo o abandono do tratamento. Para o dimensionamento da amostra foi necessário conhecer o perfil das taxas de TB em Porto Velho no triênio 2015-2017, período selecionado em virtude de abranger o tempo de aplicação do estudo.

As 18 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Porto Velho são setorizadas pela gestão municipal de saúde em quatro grandes regiões: Norte, Sul, Leste e Oeste. Segundo os dados disponibilizados pela SEMUSA (2017) no triênio 2015-2017, foram notificados 447 casos de TB, e destes 125 (28%) foram considerados casos de abandono.

A região Leste do município teve o maior número de casos novos de TB (n=206) no período, ou seja, 46% dos casos. As regiões Norte e Oeste tiveram o menor índice de casos novos (17% e 14% respectivamente). Por outro lado, estas regiões tiveram as maiores taxas de abandono do tratamento da doença (36% 34% respectivamente).

Etapa III- Cálculo da amostra e estratificação das UBS- Foi usada a fórmula para variável binária de população finita (especificado abaixo), um Intervalo de Confiança de 95% com um erro padrão tolerável de 5%, a prevalência de abandono de aproximadamente 28% e com previsão da intervenção diminuir a prevalência de abandono para 15% (d=0.13) a amostra calculada foi o mínimo de 25 casos novos.

$$N = \frac{Z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

O processo de estratificação das 18 UBS foi aleatório por sorteio simples (randomização simples pareada) de forma proporcional respeitando as quatro regiões da cidade. Foram sorteadas quatro unidades que foram nomeadas como G1=Grupo Intervenção, e as demais quatorze unidades foram denominadas de G2=Grupo sem Intervenção (Figura 1).

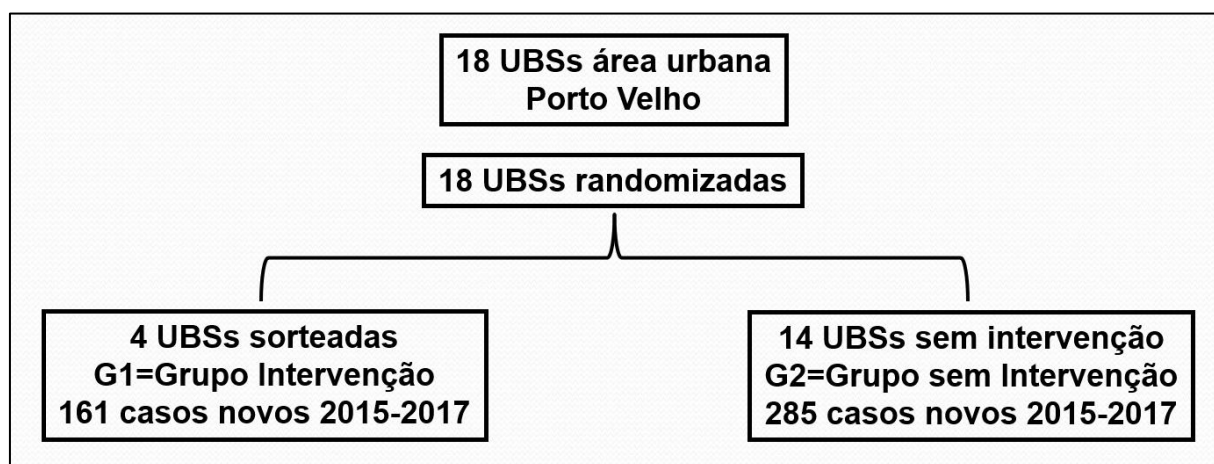


Figura 1- Desenho do estudo de Intervenção, Porto Velho-RO, 2017.

Para o grupo intervenção (G1) as taxas de abandono no período de 2015-2017 foram semelhantes a toda amostra ficando em 29% conforme (Tabela 1). Para a amostra calculada e o tempo necessário de intervenção para atingir o número de casos do histórico, foi estimado o período de seis meses. Considerando este critério, foram incluídos 29 usuários maiores de 18 anos e em tratamento de TB e que concordaram com a participação no presente estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tabela 1- Frequências absolutas(n) e relativas (%) de casos novos de Tuberculose e abandonos de tratamento por Unidade Básica de Saúde, Porto Velho, RO, Brasil, 2015-2017.

CASOS DE TUBERCULOSE						
UBS	NOVOS		ABANDONO		ESPERADO	
	n	%	n	%	n	%
USF R. ARAGÃO-NORTE	31	19%	15	48%	4	15%
USF M.A.DE MATOS-SUL	44	27%	15	34%	6	15%
USF H.R. GONDIM-LESTE	51	32%	8	16%	7	15%
USF O. PIANA-OESTE	35	22%	9	26%	5	15%
TOTAL	161		47	29%	22	15%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2017).

Etapa IV- Trabalho de campo- No período de Agosto de 2018 a Janeiro de 2019 ocorreu a coleta de dados. Nas quatro UBS sorteadas foi realizada reunião com as equipes de saúde que visitaria os usuários selecionados em cada unidade. Na ocasião, foi apresentada a análise situacional da tuberculose em Porto Velho com ênfase nos índices de abandonos do tratamento e explicado a proposta de criação de uma diretriz no tratamento da tuberculose que consistia na visita mensal aos usuários pelos ACS ao domicílio dos pacientes em tratamento da tuberculose, quando aplicaram um questionário sobre a situação do tratamento nas UBS.

O questionário tem como base perguntas existentes no livro de Registro de Pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de TB 5ª edição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), que se encontra na UBS para registro interno. A cada mês o pesquisador repassava os resultados para cada equipe, estas tinham autonomia para decidir ou não por implementar mudanças de comportamento e estratégias para o tratamento dos pacientes com tuberculose.

Etapa V- Avaliação- Após período de seis meses da intervenção, será aplicado às equipes de saúde que avaliarão a diretriz por meio do Instrumento de Avaliação de Normas de Orientação Clínica Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE, 2003). Este instrumento segue as seguintes diretrizes: recomendaria vivamente (sem alterações) com 70%, recomendaria com alteração (25%), não recomendaria (%) e Incerto (5%).

Ao final do estudo, os resultados do grupo sem intervenção (G2) das 14 UBS foi comparado com os índices de TB e abandono encontrado no triênio de 2015-2017 para

aferir se ocorreu alguma modificação por evento externo, independente da intervenção.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Rondônia, sob o Parecer nº 2.444.855- CAAE 80809617.8.0000.5300 de 18.12.2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de seis meses da intervenção, foram realizadas 112 visitas domiciliares aos 29 usuários participantes do estudo, sendo que 19 (65%) eram do sexo masculino e 10 (35%) eram do sexo feminino, com idades entre 18 a 65 anos. A média de visitas foi de 3,86 para cada usuário, pois alguns deles já estavam em tratamento durante o início da intervenção e outros começaram o tratamento próximo ao fim da intervenção.

Além das visitas, foram aplicados 25 questionários, por ocasião do usuário procurar a UBS para receber sua medicação. Não foi realizado o TDO em nenhum paciente das UBS sob intervenção. Dois pacientes tiveram que suspender a medicação e o motivo relatado foi a ocorrência de vômitos por intolerância ao medicamento, mas esses não interromperam o tratamento e foram considerados curados. Cinco usuários relataram que pessoas em seu convívio apresentavam sintomas, e que todos foram orientados a motivar aos seus comunicantes procurar a UBS mais próxima de sua residência para investigar os sintomas relatados. As equipes recebiam mensalmente o resultado dos questionários e não foi objetivo do estudo intervir na decisão que as mesmas tomaram.

Não obstante, o estudo de intervenção aumentou a integração dos profissionais de saúde da Atenção Primária com os usuários em tratamento. O relatório mensal do acompanhamento do tratamento de cada usuário alertou cada equipe para os casos suscetíveis de abandono, permitindo assim antecipar ações de acolhimento dos grupos mais vulneráveis.

Os ACS tiveram mais preocupação com os doentes sob seus cuidados, e com a responsabilidade da visita mensal permitiram a este, melhor acompanhamento de cada doente. Por seu turno, os familiares e vizinhos de cada doente foram mais bem orientados sob os riscos de contrair a TB devido ao convívio de doentes próximos.

Assim, decorridos os seis meses de intervenção, o trabalho coletivo e consistente das equipes de saúde das UBS submetidas à intervenção, resultou na redução dos casos

novos da TB bem como nos casos de abandono (Tabela 2).

Tabela 2 – Casos de Tuberculose por Unidade Básica de Saúde, conforme casos novos e taxa de abandono, Porto Velho, Rondônia, Agosto 2018 a janeiro de 2019.

CASOS DE TUBERCULOSE				
UBS	NOVOS		ABANDONO	
	n	%	n	%
USF RONALDO ARAGÃO-NORTE	5	17%	0	0%
USF MANOEL AMORIN DE MATOS-SUL	8	28%	1	13%
USF HAMILTON GONDIM-LESTE	9	31%	1	11%
USF OSVALDO PIANA-OESTE	7	24%	0	0%
TOTAL	29		2	7%

Fonte: SINAN (2019).

A meta proposta de diminuir o abandono para menos que 15% foi atingida em todas as UBS com intervenção. A média de abandono que variou entre 0% a 13%, com uma média geral de 7%. Na comparação das unidades de intervenção antes e pós a intervenção, é possível ver uma evidente diminuição na frequência de abandono (Figura 1).

O maior decréscimo de abandono ocorreu nas UBS Ronaldo Aragão e Osvaldo Piana que reduziram respectivamente os casos de 48% e 26% (2018) para zero em 2019.

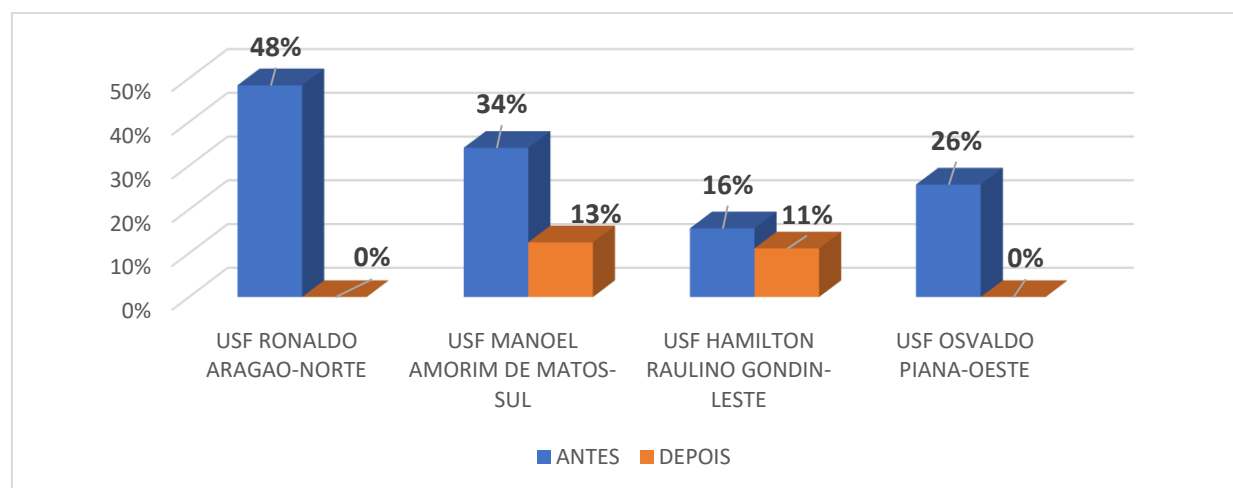


Figura 1- Frequência (%) de abandono antes e pós a intervenção, nas Unidades Básicas de Saúde, Porto Velho, Rondônia, Agosto de 2018 a Janeiro de 2019.

O grupo sem Intervenção (G2), composto pelas demais 14 UBS acompanhadas no mesmo período, apresentaram 39 casos novos (100%) de TB sendo que nove (23%) foram

casos de abandono. A distribuição de sexo e faixas etárias foram semelhantes em G1 e G2, a frequência absoluta e relativa de casos novos e abandonos do G2 (Tabela 3).

As UBS Mauricio Bustani (8%) e Socialistas (5%) tiveram o menor número de casos novos respectivamente (8% e 5%), entretanto em ambas UBS, houve o maior número de casos de abandono (66% e 50%) respectivamente.

Nas UBS Aponiã, São Sebastião, Ernandes Índio e Mariana cada uma registraram três novos casos (8%) de TB e um em cada dela (33%) foi de casos de abandono.

Das 14 UBS que compunham o grupo sem intervenção (G2) apenas seis (43%) não tiveram casos de abandono. São elas, UBS Caladinho, Renato Medeiros, Nova Floresta, José Adelino, Santo Antônio e Pedacinho de Chão.

Tabela 3- Frequências absolutas(n) e relativas (%) da Tuberculose, casos novos e abandonos para Unidade Básica de Saúde sem intervenção, Porto Velho, RO, Agosto 2018 a janeiro de 2019.

CASOS DE TUBERCULOSE POR UBS	NOVOS		ABANDONO	
	n	%	n	%
USF AREAL DA FLORESTA	4	10%	1	25%
USF MAURICIO BUSTANI	3	8%	2	66%
USF AGENOR DE CARVALHO	6	15%	1	17%
USF OSVALDO APONIA	3	8%	1	33%
USF CALADINHO	2	5%	0	0%
USF SÃO SEBASTIÃO	3	8%	1	33%
USF RENATO MEDEIROS	4	10%	0	0%
USF ERNANDE COUTINHO	3	8%	1	33%
USF JOSE ADELINO DA SILVA	2	5%	0	0%
USF MARIANA	3	8%	1	33%
USF NOVA FLORESTA	3	8%	0	0%
USF PEDACINHO DO CHÃO	1	2%	0	0%
USF SANTO ANTÔNIO	0	0%	0	0%
USF SOCIALISTA	2	5%	1	50%
TOTAL	39	100%	9	23%

Fonte: SINAN (2019).

Constata-se ainda que no grupo sem intervenção (G2) a frequência de casos de abandono (23%) ficou acima do preconizado pelo PNCT. É importante destacar que em nenhuma dessas 14 UBS foi introduzido o Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Na avaliação da diretriz pelas equipes, todos os parâmetros do instrumento AGREE II receberam notas superior a 60%. Os parâmetros escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e

independência editorial, obtiveram juntas nota acima de 72%. Nos parâmetros clareza da apresentação e aplicabilidade a diretriz teve avaliação positiva em mais de 80% das respostas.

Vale ressaltar que nas orientações de aplicabilidade do instrumento AGREE II não existe um valor absoluto para determinar se uma diretriz deve ser aprovada ou não, essa condição tem que ser avaliada conforme cada realidade, mas quando resultados das respostas estão entre 60% a 80%, a diretriz costuma ser recomendada com alguma modificação e acima de 80% costuma ser recomendação sem modificações (AGREE II).

No modo geral, o resultado da diretriz utilizando o instrumento AGREE II atingiu a média final de 70% para a categoria de *recomendada com alguma modificação*. Entre as propostas das equipes, a diretriz mais indicada foi acompanhar o tratamento dos doentes de TB por meio da comunicação via telefone, celular ou mídias sociais, integrando essas tecnologias para situações onde o ACS não pudesse se fazer presente em visita domiciliar.

Ao comparar a evolução da incidência de TB na capital de Porto Velho com outras cidades brasileiras ou mesmo com países da América Latina, constata-se que estamos na contramão, os índices estão decaindo em regiões vizinhas, enquanto no intervalo desse estudo foi constatado um aumento significativo (BRASIL, 2017; WHO 2014).

A preocupação com a situação epidemiológica da TB na capital de Porto Velho não ocorre de hoje, mas as ações de enfrentamento não surtiram efeito, fazendo com que a tendência da incidência tivesse comportamento oposto e atualmente chegando a alarmantes mais de 70 casos/ 100 mil habitantes. (SEMUSA, 2018). Na tuberculose onde o tratamento medicamentoso tem eficácia comprovada de mais de 98% a manutenção dessa doença ocorre por dois motivos principais: alta taxa de abandono e baixa captação de comunicantes.

Nesse estudo, o número de casos mostrou-se superior a 15% pelo menos nos últimos dez anos. Nesse sentido, é possível que a elevada alta incidência dessa doença e seu crescimento em oposição ao que ocorre no Brasil e Mundo (WHO, 2018).

Em virtude de o TDO necessitar de pelo menos 20 visitas mensais em cada doente, apresenta dificuldades em sua implantação em várias unidades de saúde pelo país, e vários modelos de intervenção já foram propostos, alguns através de aplicação de questionários para conhecimento do perfil sócio econômico da população assistida ou através de ações com populações específicas tais como asilos e albergues (COELHO, 2014; MENEZES, 2002).

Considerando que a intervenção ocorreu em quatro UBS, uma de cada região da área urbana, o questionário aplicado apresentava perguntas semelhantes às existentes nos cadernos de acompanhamento da tuberculose do Ministério da Saúde, e foi uma forma de interagir com a equipe de saúde através do ACS com os pacientes em tratamento de tuberculose.

O preenchimento dos dados de TB no SINAN foi eficiente, as equipes da Atenção Primária em Saúde seguiram os protocolos ministeriais (BRASIL, 2019) com preenchimento dos cadernos e inclusão dos dados no sistema, assim os resultados apresentados retratam a realidade dos índices de cura e abandono no município de Porto Velho.

A aplicação do questionário utilizando o instrumento AGREE II teve boa aceitação e participação dos ACS das UBS participantes do estudo. Das 137 entrevistas concluídas, doze não foram efetivamente aplicadas, o que não comprometeu o resultado da intervenção.

As quatro UBS que compunham o grupo Intervenção (G1) apresentaram redução do índice de abandono, quando comparado com o período anterior à intervenção (2015-2017) quando apresentou 29,2% de índice de abandono. Após intervenção essas mesmas UBS tiveram uma redução média para 6,9% no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019. Ao comparar o grupo Intervenção (G1) com o grupo sem Intervenção (G2) o índice de abandono também mostrou diferença importante, com intervenção 6,9% e sem intervenção 23%.

Como se pode observar, a meta proposta no estudo intervenção foi alcançada, assim uma alternativa entre o tratamento espontâneo e o TDO com apenas uma visita mensal conseguiu resultados significativos nesse grupo. No grupo sem intervenção (G2) a manutenção de alta taxa de abandono não modificou a forma de tratamento instituída pela SEMUSA, mantendo o tratamento espontâneo sem nenhuma recomendação nova para as equipes. Estes resultados refletem a importância das intervenções adequadas no manejo de casos de TB quando baseadas nos protocolos (BRASIL, 2019; LIMA et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

A utilização da diretriz de seguimento do tratamento de TB no município de Porto Velho-Rondônia, contribuiu com a redução de casos novos e diminuiu o índice de

abandono, sem causar sobrecarga de trabalho das equipes, revelando-se como alternativa para o TDO mesmo diante da limitação de recursos humanos, característica da realidade do estudo.

A experiência indica que o manejo da TB não pode depender de duas modalidades tão antagônicas, onde por um lado, o tratamento espontâneo deixe o doente à mercê da chamada demanda espontânea, facilitando o abandono do tratamento. Por outro lado, o TDO uma estratégia eficaz, mas não aplicada à realidade das UBS argumentada pela carência ou falta de recursos humanos. Alternativas entre essas duas modalidades devem ser pensadas, e essa diretriz é uma possibilidade concreta e factível para ser uma nova modalidade de tratamento.

Por sua vez, a aplicação do instrumento AGREE II, uma ferramenta devidamente validada, mostrou-se efetiva para avaliar e subsidiar mudanças de rotinas de trabalhos no atendimento da TB, podendo inclusive ser usado para outros agravos na rotina das UBS.

A despeito das limitações da intervenção em relação ao reduzido número de UBS somente da zona urbana de Porto Velho bem como o curto espaço de tempo da intervenção, experiências como esta devem ser consideradas no planejamento de controle e combate à doença já que o município segue com elevados índices de casos novos da TB bem como altas taxas de abandono, principal causa da epidemia da tuberculose no nosso meio.

Por fim espera-se que investimentos em novos estudos subsidiem mecanismo mais eficazes para o tratamento e erradicação da TB no município de Porto Velho.

5. REFERÊNCIAS

APPRAISAL OF GUIDELINES, RESEARCH AND EVALUATION (AGREE) AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. **Qual Saf Health Care.**, v.12, n.1, p.18-23, 2003.

ALVES, R.S.; et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade do cuidado na estratégia de saúde da família. **Texto de contexto - doente.**, v.21, n.3, p.650-657, 2012.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica** / [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. São Paulo: Santos. 2010, 213p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, acesso em 13/10/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_tuberculose_brasil_mortalidade.pdf>, acesso em 25/08/2019.

COELHO, A.A.; et al. Tuberculosis care: an evaluability study. **Rev Latino-Am Enfer.**, v. 22, n. 5, p. 792-800, 2014 .

GONCALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist Cienc Saude-Manguinhos.**, v.7, n.2, p.305-327, 2000.

HAYNES, R. B. (org). **Epidemiologia Clínica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo – 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>, acesso em 11/05/2019.

LIMA, G.C.; SILVA, E.V.; MAGALHÃES, P.O.; NAVES, J. Efficacy and safety of a four-drug fixed-dose combination regimen versus separate drugs for treatment of pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. **Braz J Microbiol.**, v.48, n.2, p.198-207, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculos_e_brasil_2_ed.pdf>, acesso 12/11/2019.

MENEZES, L.Y.A.; LEYLA, D.E.; BEJGEL, I.; NATAL, SONIA.; CARVALHO, R.; CHAGAS, N.S. Modelo de intervenção para o controle da tuberculose em albergues e instituições assemelhadas. **Bol Pneumol Sanit.**, v.10, n.1, p.81-82, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/26/2015-020-publica----o.pdf>>, acesso em 15/06/2019.

PAZ, L.N.F.; et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol.**, v.38, n.4, p.503-510, 2012.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol Cienc Prof.**, v.23, n.4, p. 64-73, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho - **Relatório de Situação do Sistema de Vigilância em Saúde**, 2018.

WHO - **World Health Organization GLOBAL Tuberculosis report 2015**. Annual Reports. Disponível em:
<https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_executive_summary.pdf>, acesso em 22.02.2020.

Capítulo 6

IMPLANTANDO UMA ROTINA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO POR UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO/RO

Soraia Rohers Penha^{1,2}, Rafael Fonseca de Castro^{1,2,3}, Anaclaudia Gastal Fassa⁴, Ernande Valentin do Prado⁵ e Cristiane Czarnecki Mayorquim^{2,6}

1. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia, Brasil;
2. Grupo de Pesquisa Educação, Psicologia Educacional e Processos Formativos (HISTCULT);
3. Departamento de Ciências da Educação da Fundação da Universidade Federal de Rondônia; Mestrado Acadêmico em Educação (MEDUC); Porto Velho, Rondônia, Brasil;
4. Comissão Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ABRASCO); Conselho Deliberativo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil;
5. Centro de Formação de Recurso Humanos da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde" (UFPB);
6. Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

RESUMO

Este é um recorte de uma investigação, desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (PROFSAÚDE UNIR), que objetivou implantar uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pedacinho de Chão, município de Porto Velho, estado de Rondônia. Tratou-se de uma pesquisa do tipo intervenção pedagógica, nos moldes propostos por Damiani e colaboradores, implementada por meio de uma série de atividades de formação à equipe de estratégia de saúde da família Nova Esperança I/Industrial. Foram realizadas ações pedagógicas junto aos membros da equipe que participaram da intervenção na UBS, em ações junto à comunidade e em visitas domiciliares. Para avaliar os efeitos da intervenção, foram aplicados questionários específicos aos membros da equipe, antes e após a intervenção; e utilizada a planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA), desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (DMS/UFPel). Dos resultados alcançados, no presente artigo, destacamos que: i. a rotina de atendimento foi implementada parcialmente em função de limitações de infraestrutura, recursos humanos, e necessidade de mais ações de formação permanente; ii. os membros da equipe passaram a utilizar conhecimentos construídos na intervenção, evidenciando melhora da prática clínica, na organização dos serviços e na ampliação do olhar sobre a pessoa idosa; iii. das 16 metas estabelecidas, onze atingiram 100%, três 75,4%, uma 47,1% e uma 30%, refletindo na sensível melhora da atenção prestada a esta população.

Palavras-Chave: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Intervenção Pedagógica e Saúde da Família.

ABSTRACT

This is an excerpt from an investigation, carried out within the scope of the Professional Master's in Family Health at the Federal University of Rondônia (PROFSAÚDE UNIR), which aimed to implement a routine of health care for the elderly in the Basic Health Unit (UBS) called Pedacinho de Chão, municipality of Porto Velho, state of Rondônia. It was research pedagogical intervention research, along the lines proposed by Damiani and collaborators, implemented through a series of on-service formation activities for the health family strategy team Nova Esperança I/Industrial. Pedagogical actions were carried out with the team members who participated of the intervention at the UBS, in actions with the community and at home care visits. To assess the intervention effects, specific questionnaires were applied to team members, before and after the intervention; and also was used the spreadsheet called Objectives, Goals, Indicators and Actions (OMIA), developed by the Department of Social Medicine of the Federal University of Pelotas (DMS/UFPel). From the results achieved, in this article, we highlight that: i. the service routine was partially implemented due to limitations in infrastructure, human resources, and the need for more ongoing on-service formation actions; ii. the team members started to use knowledge built during the intervention, showing an improvement in the clinical practice, on the organization services and in the view expansion through the elderly person; iii. of the 16 established goals, eleven reached 100%, three 75.4%, one 47.1% and one 30%, reflecting in the significant improvement in the care provided to this population.

Keywords: Health Care for the Elderly, Pedagogical Intervention and Family Health.

1. INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988) promoveu uma ruptura com o modelo de saúde centralizado, até então vigente, e propiciou a inclusão de características sociais típicas da população brasileira. Ao longo do tempo, particularidades relativas a contextos históricos e sociais específicos, da abrangência de um país cujas dimensões são continentais, são latentes e contribuem para constituição de desafios cada vez mais complexos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

A territorialização, no âmbito do SUS, organiza-se por meio de níveis que, numa rede de serviços ofertada pelo Estado, é responsável pela saúde de toda a população. Tal organização e instrumentalização nas áreas geográficas procura garantir os princípios, assim como as diretrizes do SUS (PEREIRA; LIMA, 2009, p. 43) no que se refere ao atendimento por parte dos profissionais de saúde destinada a grupos específicos – “pessoa idosa, criança e adolescente, adulto, portador de doenças específicas, como hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, doença sexualmente transmitida/síndrome da

imunodeficiência adquirida, além de outras; e ainda referente saúde da mulher e do homem”.

Um dos fenômenos mais recentes é o crescente aumento da população de idosos no país. O crescimento desta população tem aumentado de forma mais significativa nas últimas décadas, sendo necessárias ações voltadas à efetivação de serviços de saúde adequados a estes cidadãos. Na realidade do cotidiano do SUS, sentimos a necessidade cada vez mais presente de sistematização do acompanhamento das pessoas idosas das comunidades atendidas para prover serviços de boa qualidade a essa população. De acordo com a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA, 2009, p. 18), a população maior de “65 anos está crescente, passando de 5,5%, em 2000, a 10,7%, em 2025, e a 19,4%, em 2050”.

Os dados estatísticos demonstram as modificações expressivas de demanda que resultam da transição da estrutura etária e na reorganização do sistema de saúde no que se refere à infraestrutura, aos recursos humanos e também à implementação de um vasto apoio técnico e metodológico que nem sempre tem estado à disposição na atenção à saúde de pessoas idosas. E essa realidade impõe grandes desafios em diversos aspectos diretamente vinculados a essa população. Para Veras, Caldas e Cordeiro (2013, p. 1.190) “à medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde das pessoas idosas desafiam os modelos tradicionais de cuidado”.

Assim, a atenção à saúde da pessoa idosa, se constitui parte integrante das atribuições de todos os profissionais da UBS, sendo importante salientar que a Equipe deverá admitir e decidir que instrumentos de trabalho precisam ser empregados, assim como a função de cada componente nas distintas fases do cuidado. Daí a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para a qualificação da atenção à saúde da família em especial a atenção à saúde destinada à população das pessoas idosas.

Contudo, na Amazônia Ocidental brasileira, mais especificamente no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, a realidade preocupa, pois ainda **não há uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa implementada em nenhuma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município**. Há uma série de dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde neste município, mas atenção à saúde das pessoas idosas foi o tema da pesquisa da qual se origina o presente artigo.

Face a este contexto, foi realizada uma pesquisa, no âmbito da Rede PROFSAÚDE (Mestrado Profissional em Saúde da Família), da Universidade Federal de Rondônia

(UNIR), a partir da seguinte questão de pesquisa: “*que conhecimentos sobre a saúde da pessoa idosa são necessários para a implantação de uma rotina de atenção à saúde desta população por uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF)*”? A partir desta problemática, foi estabelecido o objetivo geral de implantar uma rotina de atenção à saúde da pessoa idosa em uma UBS de Porto Velho a partir de uma intervenção pedagógica voltada à formação de uma eSF atuante na UBS Pedacinho de Chão.

Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa que combinou as abordagens qualitativa e quantitativa (MINAYO, 2001) de coleta e análise de dados, do tipo intervenção pedagógica (DAMIANI et al., 2013), intencionava a formação da equipe de saúde visando a implantação da rotina de atenção. A intervenção pedagógica, planejada, implementada e avaliada, ocorreu mediante duas frentes de trabalho: **1.** a formação da equipe de estratégia em saúde da família para a atenção à saúde das pessoas idosas acompanhadas e; **2.** o estabelecimento de metas, objetivos e ações para organizar e aprimorar os serviços relacionados à atenção à saúde dessas pessoas.

Neste artigo, destacamos os dados que foram obtidos, monitorados e sistematizados com base na planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações, desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (DMS/UFPEL, 2011).

Tratou-se da primeira pesquisa do tipo intervenção pedagógica levada a cabo na área da saúde, e não na Educação. A referida investigação foi desenvolvida no âmbito do Grupo de Pesquisa “HISTCULT – Educação, Psicologia Educacional e Processos Formativos” (UNIR), sendo integrante do Projeto de Pesquisa “Intervenções Pedagógicas em Rondônia: inovação educacional e produção de conhecimento em Educação” (Portaria nº 81/2019/PROPESQ/UNIR). Este Projeto integra o Programa de Pesquisa denominado “Educação e Psicologia Histórico-Cultural: investigações teórico-práticas de processos educativos na Amazônia Ocidental” (Portaria nº 70/2019/PROPESQ/UNIR).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma investigação desenvolvida dentro dos limites do espaço urbano do município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, que possui 34.096,338 Km² de

área geográfica, com uma população de 529.544 pessoas, sendo o mais populoso de Rondônia e o quarto mais populoso da Região Norte do país. É a capital brasileira com maior área territorial, com mais de 34 mil km² - mais extenso do que país como Bélgica e Israel) (IBGE, 2019).

O município de Porto Velho conta com 40 Unidades de Saúde da Família, sendo 17 urbanas, duas com previsão de inauguração para o ano de 2020; e duas UBS Urbanas e 13 Postos de Saúde distribuídos entre distritos e comunidades ribeirinhas (SEMUSA, 2018).

A USF Pedacinho de Chão, lócus da pesquisa, situa-se no bairro Embratel e atende os bairros Embratel, Flodoaldo Pontes Pinto, Industrial, Nova Esperança e Rio Madeira. É composta por quatro equipes de ESF, sendo duas no turno matutino e duas no vespertino. Compõem a USF Pedacinho de Chão um total de 65 servidores, sendo quatro enfermeiras, quatro médicos, quatro técnicos administrativos, um farmacêutico, um bioquímico, cinco auxiliares de serviços gerais, cinco assistentes de administração, três auxiliares de enfermagem, sete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviço de saúde, dois auxiliares de laboratório, um gerente, 22 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e quatro cirurgiões-dentistas.

A Unidade possui em sua estrutura física um auditório, três banheiros, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de odontologia, três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), um laboratório, uma farmácia, uma sala de regulação, a sala da Direção Geral, uma copa e uma área comum. As instalações necessitam de reforma em sua infraestrutura, pois são edificações separadas em meio a um espaço aberto e sem climatização, o que gera desconforto a profissionais e usuários devido às altíssimas temperaturas do município de Porto Velho.

A Equipe Nova Esperança I/Industrial, no início da pesquisa, era composta por 25 profissionais de saúde, sendo uma médica especialista em MFC (a mestranda que realizou a pesquisa), seis agentes comunitários de saúde, uma dentista, uma auxiliar de dentista, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, dez médicos residentes em MFC e três acadêmicos de medicina que cursam o internato na disciplina de saúde coletiva. Destes 25, doze são profissionais do quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Porto Velho - RO (a médica, os seis ACS, a dentista, a auxiliar de dentista, a enfermeira e as duas técnicas de enfermagem).

Segundo Damiani et al. (2013, p. 2), a pesquisa do tipo intervenção pedagógica “envolve o planejamento e a implementação de interferências (mudanças, inovações pedagógicas) – destinadas a produzir avanços, melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam – e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências”. Pesquisas deste tipo são importantes como uma forma de formação em/pelo serviço, como na proposta que efetivamos por meio de suas etapas interventivas direcionadas à formação dos membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial no que se refere à atenção à saúde das pessoas idosas acompanhadas.

A intervenção pedagógica foi pensada e planejada para ser implementada por toda a Equipe. No entanto, dos 25 profissionais acima mencionados, não participaram: uma enfermeira, pois estava de licença médica desde o início da investigação; uma técnica de enfermagem, que solicitou remanejamento para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho; a técnica de enfermagem, que alegou sobrecarga de trabalho; a dentista e a auxiliar de dentista, devido, segundo elas, à falta de infraestrutura e material na USB; dois médicos que desistiram da residência; além, de três acadêmicos pertencentes à equipe, mas que não haviam concluído o curso de medicina. Diante deste contexto, quando mencionamos Equipe ao longo do texto, estamos nos referindo a 15 profissionais: a médica de família e comunidade, as seis ACS e os oito Médicos Residentes em MFC.

Das seis ACS, apenas uma possui nível superior e a faixa etária delas compreende entre 20 e 49 anos. Cinco delas são naturais da Região Norte do país e uma da Região Nordeste do Brasil. Suas experiências profissionais variam entre um ano e sete meses a 14 anos. Dos oito médicos residentes em MFC colaboradores da pesquisa, sete são do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo a faixa etária deles variando entre 20 e 40 anos. Quatro são naturais da Região Norte, três do Sudeste e uma da Centro-Oeste do país. Quatro dos residentes já possuíam entre dois a seis anos de experiência em MF antes de iniciarem a residência.

Para a coleta de dados, foram elaborados questionários abertos (SELLTIZ et al., 2007) a serem aplicados antes e após a intervenção, diferenciados de acordo com as especificidades de atribuição para cada profissão, sendo: um para médico residente, um para ACS, um para enfermeira e técnica de enfermagem e um para cirurgião-dentista. Todavia, como o que já referimos sobre os participantes da pesquisa, foram aplicados apenas os questionários elaborados para médico residente e ACS.

Os questionamentos destinados às ACS, ao técnico de enfermagem e ao dentista foram desenvolvidos com base no que é preconizado para o atendimento à pessoa idosa e com relação aos procedimentos de rotina de acompanhamento na eSF na visita domiciliar, na integralidade e na assistência à saúde, que unifica ações preventivas, curativas e de reabilitação. Tais questionamentos envolveram desde visitas domiciliares até consultas realizadas pela Equipe, acompanhamento longitudinal e com base no Protocolo de Identificação da Pessoa Idosa Vulnerável (VES) – que se constitui como uma das subseções da caderneta de saúde da pessoa idosa.

As perguntas dos questionários para os médicos residentes MFC e enfermeira foram referentes ao atendimento à pessoa idosa, contemplando o atendimento no consultório, nas visitas domiciliares e quanto aos conhecimentos necessários aos médicos sobre as ferramentas de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, AVD, AIVD, Mini-Mental (MEEM), Escala de Depressão da Pessoa Idosa, Escala de Sobrecarga do Cuidador, Rastreamento de maus tratos da Pessoa Idosa, Escala de Coelho e Savassi. Dessas sete ferramentas, a pesquisa focalizou nas análises das AVD e das AIVD, que têm por objetivo quantificar as capacidades funcionais da pessoa idosa de forma a estabelecer um planejamento terapêutico de longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários para o estabelecimento do que é preconizado.

Outra ferramenta utilizada para a coleta de dados durante a pesquisa, foi a Planilha OMIA. Trata-se de uma ferramenta – entre outras – desenvolvida pelo DMS/UFPEl para contribuir com a construção, com o monitoramento e com a posterior avaliação de projetos de intervenção implementados no âmbito da APS e da estratégia em saúde da família (DMS/UFPEL, 2011). Existem planilhas OMIA que apoiam projetos de intervenção em diferentes ações programáticas típicas de APS e, para a presente pesquisa, utilizamos a que apoia projetos de intervenção direcionados à atenção à saúde da pessoa idosa. A planilha tem como ponto de partida os Objetivos, que se referem à: cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde.

Também foi considerado instrumento de coleta de dados a observação participante (GIL, 2010) da pesquisadora quanto à efetivação dos serviços de saúde prestados por todos os membros da eSF, seja na UBS, na comunidade ou nas visitas domiciliares.

A intervenção pedagógica, nos moldes como é descrita, é constituída de: planejamento, implementação e avaliação. A intervenção foi planejada para ser desenvolvida em quatro encontros com os ACS e quatro encontros com os médicos

residentes em MFC, mediante de exposição dialogada de conteúdos, rodas de conversa, uso de material impresso e uso de ferramentas pertinentes à saúde da pessoa idosa, além de atividades práticas na UBS, na comunidade e nas visitas domiciliares. Sua implementação foi efetivada em duas etapas: 1. formação dos sujeitos da pesquisa (membros da Equipe) e; 2. atendimento às pessoas idosas. A Etapa 1 foi realizada no mês de julho de 2018 e a Etapa 2 de agosto a dezembro do mesmo ano. A coleta de dados para preenchimento da Planilha OMIA ocorreu de agosto de 2018 a março de 2019. A avaliação da intervenção se deu por meio de Análise de Conteúdo (MORAES, 1999) das respostas nos questionários pré e pós intervenção pedagógica e do monitoramento dos dados relativos às metas propostas a partir da Planilha OMIA (DMS/UFPEL, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A implementação da intervenção pedagógica (DAMIANI et al., 2013) desenvolvida na UBS Pedacinho de Chão, com agentes comunitários de saúde e médicos residentes em medicina de família e comunidade, possibilitou estudos, discussões e apropriação de instrumentos e práticas que provocaram, fundamentalmente, um movimento de estímulo e de mudança junto aos membros da Equipe Nova Esperança I/Industrial, contribuindo para o estabelecimento de metas que colaboram para a ampliação dos dados quantitativos e melhora da qualidade do atendimento e atenção à saúde da pessoa idosa.

O Quadro 1 mostra as metas que foram pactuadas, dentro do que entendemos como viável do que é disponibilizado pela Planilha OMIA, de acordo com o tempo disponível para a intervenção proposta, quanto ao número de membros da equipe que efetivamente participaram da intervenção, da governabilidade médica (mestranda pesquisadora responsável pela pesquisa) e de condições de trabalho:

Quadro 1. Objetivos e metas pactuadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão

OBJETIVOS	METAS
1. Cobertura	1.1) Cadastrar 100% de usuários acompanhados pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da USF Pedacinho de Chão no e-SUS.
2. Qualidade	2.1) Realizar exame clínico apropriado em dia a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	2.2) Rastrear, para Hipertensão Arterial Sistêmica, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	2.3) Rastrear, para Diabetes Mellitus, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	2.4) Solicitar exames complementares periódicos em dia a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	2.5) Prescrever, de forma prioritária, 100% dos medicamentos da Farmácia Popular para as pessoas idosas acompanhadas pela da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	2.6) Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	2.7) Realizar visita domiciliar à 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
3. Adesão	3.1) Buscar 30% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial faltosas às consultas programadas.
4. Registro	4.1) Registrar 100% das pessoas idosas na ficha de acompanhamento dos idosos da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	4.2) Entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
5. Avaliação de risco	5.1) Avaliar a fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	5.2) Atualizar e avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
6. Promoção da saúde	6.1) Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.
	6.2) Orientar 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da USF Pedacinho de Chão sobre prática regular de atividade física.
	6.3) Orientar 100% das pessoas idosas acompanhada pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da USF Pedacinho de Chão sobre higiene bucal.

Fonte: Adaptado de DMS/UFPEL (2001).

As ações desenvolvidas para atingir as metas estabelecidas, foram realizadas com base em quatro eixos: 1. Monitoramento e Avaliação; 2. Organização e Gestão do Serviço; 3. Engajamento Público e 4. Qualificação da Prática Clínica (DMS/UFPEL, 2001). A seguir, apresentaremos os resultados de cada uma das metas estabelecidas visando a

implantação da rotina de atenção à saúde da pessoa idosa problematizando sobre êxitos e dificuldades no percurso.

No que diz respeito ao Objetivo **(1) Cobertura**, foi pactuada entre a Equipe a meta abaixo:

1.1) Meta: Cadastrar 100% dos usuários acompanhados pela Equipe

Indicador: Proporção de usuários cobertos pelo programa de atenção à saúde da pessoa idosa da Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100% (106) pessoas idosas da equipe cadastradas.

Todas as 106 pessoas idosas acompanhados pela equipe foram cadastrados pelas ACS, a partir de levantamento e identificação dos moradores do território de abrangência da equipe. Também foi monitorada e avaliada a cobertura das pessoas idosas da área de abrangência da Equipe, sendo esta ação realizada semanalmente a partir dos atendimentos prestados em consultório e do preenchimento da ficha do prontuário já utilizada na UBS antes da intervenção.

Foi organizado o prontuário eletrônico, utilizando o sistema e-SUS e todas as pessoas acompanhadas passaram a ter históricos dos registros relativos aos atendimentos prestados. Salientamos que, até então, os médicos residentes realizavam os registros em prontuário físico que, em razão das limitações das condições para arquivamento na UBS, parte deles acabava sendo extraviada, além do difícil manuseio no que se refere à localização do prontuário e a organização lógica histórica de cada paciente, pois se constituíam em diversas folhas, exigindo do médico um constante ir e vir (folheando o prontuário) para analisar o histórico clínico de cada usuário. Essa primeira parte da organização do prontuário favoreceu aos médicos da equipe o acesso às informações dos usuários no próprio prontuário eletrônico.

Como parte de Objetivo **(2) Qualidade da prática clínica**, foram elencadas sete metas, apresentadas a seguir:

2.1) Meta: Realizar exame clínico apropriado em dia à 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100% (106) pessoas idosas realizaram exames clínico apropriado em dia.

Foram realizados exames clínicos apropriados em 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe durante o período da intervenção. Ação esta que não só permanece sendo desenvolvida pela Equipe, como se fortaleceu passados os meses após a intervenção. Entendemos que essa meta só foi possível ser alcançada e mantida em função das atividades educacionais realizadas junto à equipe, tendo em vista que se apropriaram de conhecimentos sobre os instrumentos clínicos e de acompanhamento para melhor atender a população idosa da área.

Foram desenvolvidos encontros no auditório da UBS, estabelecidos em razão da intervenção pedagógica, nos quais orientamos a Equipe para a realização de exame clínico adequado e quanto ao registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Nesses encontros, a médica da equipe demonstrava o procedimento a ser realizado, levando em consideração o caderno de envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007), material indutor de ações de saúde para esta população, buscando suprir uma carência a respeito de conteúdo específicos da área do envelhecimento e saúde, contribuindo para a implementação de ações voltadas à saúde da pessoa idosa. Os médicos residentes foram alertados para a necessidade de acolher efetivamente as pessoas, estimulando a autorreflexão sobre seus pontos fortes e fracos no atendimento aos usuários idosos.

A partir das demandas observadas nos questionários pré-intervenção, foi possível realizar um processo de formação específico para os médicos residentes para receberem as pessoas idosas e melhor encaminhar suas demandas. Foram temas constantes de discussão entre a equipe: depressão, incontinência urinária, osteoporose e quedas. Além dos médicos, todos os membros da equipe participaram dos encontros semanais com o grupo de pessoas idosas e com o grupo de caminhada. Mediante essas atividades, a médica responsável pela equipe percebeu que, ao ensinar a equipe, também estava aprendendo com a equipe e sempre com a comunidade atendida. Como nos dizia Paulo Freire (2006, p. 12), “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

Contudo, durante os atendimentos por demanda espontânea, os exames clínicos apropriados também eram realizados, mesmo que a demanda imediata fosse outra. Os usuários e seus acompanhantes recebiam informações sobre o programa de pessoas idosas na UBS e eram agendadas consultas, quando necessário, o mais breve possível. Em casos de problemas de saúde agudos, foram realizadas consultas de encaixe no mesmo turno em que era feita a busca.

2.2) Meta: Rastrear, para Hipertensão Arterial Sistêmica, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100% (106) pessoas idosas rastreadas, das quais 68 foram diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica.

2.3) Meta: Rastrear, para Diabetes Mellitus, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100% (106) pessoas idosas rastreadas, das quais 23 foram diagnosticadas com Diabetes Mellitus.

Das 106 pessoas rastreadas, descobriu-se que 68 apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 23 Diabetes Mellitus (DM). O rastreamento foi realizado pelas ACS das microáreas, mensalmente, nas residências das pessoas idosas acamadas e na UBS para aquelas sem condições de comparecerem à Unidade. As descobertas foram registradas no e-SUS e as ACS fizeram o agendamento individual de cada um deles para o acompanhamento necessário posterior. No caso das pessoas acamadas, foram agendados atendimentos via visitas domiciliares.

As pessoas idosas com HAS que apresentavam problemas agudos foram atendidas com prioridade e agendadas consultas para retorno em até uma semana, com solicitações de novos exames e monitoramento residencial da pressão arterial. Entre as intervenções realizadas pela equipe, destacamos as aferições da pressão arterial e a conscientização a respeito da importância de adquirir hábitos alimentares saudáveis, práticas regulares de atividades físicas, além de evidenciar a importância do envolvimento dos familiares da pessoa idosa hipertensa na busca das metas a serem alcançadas pelas mudanças de estilo de vida.

Foi garantido o acolhimento às pessoas idosas diabéticas, material adequado para a realização de hemoglicoteste na UBS e para uso nas visitas domiciliares. Também observamos, criteriosamente, os usuários que demonstraram necessidade de maior atenção, sendo assegurado atendimento prioritário e retorno para reavaliação de exames laboratoriais e monitoramento residencial de glicemia capilar em até sete dias.

A Equipe fez uso dos diferentes espaços de contato com os usuários (reuniões de grupos, visita domiciliar, consultas, etc.), visando a orientar sobre a importância da realização do rastreamento de HAS e DM em pessoas idosas e do tratamento oportuno das limitações e de doenças agudas, assim como de manter compensadas as doenças crônicas. Trabalhamos pedagogicamente com a Equipe a importância de acolher os usuários e garantir o acompanhamento apropriado e a manutenção adequada da HAS e parâmetros aceitáveis de glicemia em cada caso, com especial atenção àqueles que foram diagnosticados com essas comorbidades.

2.4) Meta: Solicitar exames complementares periódicos em dia para 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100%. 106 pessoas idosas tiveram exames complementares periódicos solicitados.

Outra meta importante era garantir a solicitação de 100% dos exames laboratoriais a todas as pessoas idosas acompanhadas pela Equipe que necessitavam dos mesmos. Conseguimos garantir em 100% essa meta e todas as 106 pessoas idosas tiveram exames complementares periódicos solicitados. Foi realizado o acompanhamento das pessoas idosas de acordo com a necessidade (semanal, quinzenal, mensal ou trimestral) das pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticas com exame solicitados, por meio dos prontuários, da caderneta da pessoa idosa, da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados, permitindo, inclusive, a identificação daqueles que não estão indicados com o objetivo de solicitá-los.

A Equipe de saúde garantiu o processo de solicitação de exames complementares para as pessoas idosas com HAS ou DM que são acompanhadas na unidade, seja em consulta ou nas visitas domiciliares. Entretanto, a realização do exame se constitui em uma limitação, pois a UBS, em determinados períodos, não possuía os reagentes para a realização dos exames.

Foram realizadas ações de orientações aos pacientes e à comunidade quanto à necessidade e a periodicidade dos exames complementares. Para isto, foram muito importantes os encontros com grupos de pessoas idosas, assim como as atividades de

promoção e prevenção de saúde realizadas nos diferentes espaços de interação com as pessoas idosas, na UBS e nos domicílios. Durante a intervenção pedagógica, capacitamos os membros da Equipe quanto ao protocolo de solicitação de exames complementares adotado pela UBS.

2.5) Meta: Prescrever, de forma prioritária, medicamentos da Farmácia Popular para 100% das pessoas idosas que faziam uso de medicamentos.

Indicador: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100%. Foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular às 85 pessoas idosas que faziam uso de medicação.

Das 106 pessoas acompanhadas, 85 faziam uso de medicações e todas elas (100%) tiveram prescritos medicamentos da Farmácia Popular. Salientamos que havia pessoas idosas que também eram acompanhados por especialistas, como cardiologistas, endocrinologistas, clínicos gerais, geriatras, entre outros, que prescreveram tratamentos específicos. Não interferíamos nessas prescrições.

No que diz respeito à organização e gestão do serviço, para garantir essas prescrições, conversamos com o responsável pela farmácia da UBS para que fosse possível realizar o controle do estoque de medicamentos e o registro das necessidades de medicamentos de hipertensão e diabetes para todos os usuários que deles necessitavam.

Para assegurar o engajamento da população quanto ao uso das medicações da farmácia básica, o assunto foi debatido nos encontros de educação em saúde, quinzenalmente, nos diferentes espaços físicos (igrejas e clube) em cada uma das seis microáreas. Participavam desses encontros os membros da equipe, as pessoas idosas e seus acompanhantes. Também orientamos sobre o direito do usuário em receber receitas com prescrição de medicações disponibilizadas pelo SUS, os procedimentos para a retirada das medicações na farmácia básica, assim como aspectos relacionados aos benefícios clínicos dos medicamentos.

2.6) Meta: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas e/ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas cadastradas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100%. As onze pessoas idosas acamadas e/ou com dificuldade de locomoção foram cadastradas.

2.7) Meta: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas e/ou com problemas de locomoção acompanhadas pela Equipe.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas cadastradas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 100%. As onze pessoas idosas acamadas e/ou com dificuldade de locomoção receberam visita domiciliar.

Durante a intervenção, também foi meta conhecer quantas eram as pessoas idosas acamadas na área de abrangência da Equipe Nova Esperança I/Industrial, bem como organizar uma rotina de visitas domiciliares a essas pessoas. Descobrimos que, das 106 pessoas cadastradas, onze (10,37%) estavam acamadas e/ou com dificuldade de locomoção. Todas elas passaram a receber visitas domiciliares de enfermagem ou da médica e o controle dessas visitas era realizado pelas ACS e pelas próprias famílias – que passaram a receber orientações sobre as condições clínicas das pessoas idosas acamadas que indicavam necessidades de visitas domiciliares.

Os registros das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção foram realizados por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, assim como nos prontuários médicos no e-SUS, pelos ACS e médicos residentes em MFC. Durante os encontros previstos para a intervenção e nas reuniões de planejamento mensal junto à Equipe Nova Esperança I/Industrial, capacitamos as ACS para manterem atualizado o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção que residem nas suas respectivas microáreas.

Dentro do Objetivo **(3) Adesão**, a meta era realizar busca ativa de 100% das pessoas faltantes às consultas programadas.

3.1) Meta: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Resultado: 30%. Oito pessoas idosas, das 26 (100%) que faltaram às consultas programadas, após a busca ativa, compareceram à nova consulta agendada.

A partir do momento em que foi constatada a ausência da pessoa idosa à consulta agendada, a ACS responsável pela microárea daquele usuário era informada e orientada a proceder com a sua busca ativa e a marcação de nova consulta. Ao agendarem novas consultas para as 26 pessoas faltosas, as ACS indagaram os motivos das ausências. As pessoas idosas justificaram seu não comparecimento a diversos fatores: dificuldade de transporte, muita chuva, calor excessivo e imprevistos que levaram o acompanhante a não ter disponibilidade no dia agendado.

Face a ausência de 18 pessoas idosas, pela segunda vez na consulta agendada, a equipe ouviu a comunidade sobre as possíveis estratégias para evitar o não comparecimento das pessoas idosas nas consultas. Também reiteramos e orientamos a respeito da importância de realização das consultas e esclarecemos às pessoas idosas sobre a relevância da periodicidade indicada para a realização das consultas. Tais procedimentos foram realizados nas atividades coletivas em grupos, rodas de conversa, palestras desenvolvidas nos espaços físicos das igrejas e clubes em cada microárea e nas visitas domiciliares.

Após as orientações realizadas para evitar a ausência das pessoas idosas às consultas agendadas com a comunidade, estabelecemos outras estratégias, como, por exemplo: informar com antecedência às ACS por mensagem de texto sobre o imprevisto, visando a uma possível solução na data agendada ou reagendamento mais breve, isto é, antes da próxima visita domiciliar da ACS.

Dentro do Objetivo **(4) Registro**, foram pactuadas duas metas:

4.1) Meta: Registrar 100% das pessoas idosas acompanhadas na ficha de acompanhamento das pessoas idosas da Equipe Nova Esperança I/Industrial.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Resultado: 100%. As 106 pessoas acompanhadas pela Equipe foram registradas na ficha de acompanhamento das pessoas idosas.

4.2) Meta: Entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Resultado: 100%. Foram entregues as cadernetas às 106 pessoas idosas acompanhadas pela equipe.

No decorrer do processo de desenvolvimento da intervenção pedagógica, as ACS, por meio das visitas domiciliares, de acordo com suas microáreas, realizaram a atualização sistemática do cadastro individual das pessoas idosas. Essa ação teve como instrumento de registro a ficha de cadastro individual do e-SUS.

Em espaços públicos (na igreja e no clube), realizamos reuniões por microárea esclarecendo a respeito da importância do acompanhamento sistemático da saúde da pessoa idosa. Entre as temáticas abordadas nas referidas reuniões, podemos citar as seguintes: fatores de riscos para quedas, a importância do cuidador, presença de familiares nas consultas, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e funcionamento do programa de atenção à pessoa idosa. Além disso, orientamos as pessoas idosas sobre a importância de portarem a caderneta sempre que fossem consultar em todos os níveis da atenção.

Em reunião com a Direção Geral da UBS, solicitamos que fossem viabilizadas, junto à Secretaria Municipal de Saúde, as cadernetas de saúde da pessoa idosa para que a equipe pudesse realizar sua distribuição, informar sobre seu preenchimento e orientar acerca de sua correta utilização.

Duas metas constituíram o Objetivo **Avaliação de Risco:**

5.2) Meta: Avaliar a fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Resultado: 47%. 50 pessoas idosas, das 106 acompanhadas pela equipe, foram avaliadas.

Uma das metas mais ambiciosas da intervenção foi avaliar a fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe. Não conseguimos atingir a meta. Alcançamos 47%: 50 pessoas idosas foram avaliadas.

Por meio do teste de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (LAWTON e BRODY, 1969) e do instrumento de independências nas Atividades da Vida Diária de Katz–AVD (KATZ et al., 1963) (AIVD), avaliamos os desempenhos das pessoas idosas que se

encontravam nas faixas etárias entre 60-69 (26 das pessoas idosas acompanhadas pela equipe), entre 70-79 (13 pessoas idosas), entre 80-89 (seis pessoas idosas) e entre 90-99 (cinco pessoas idosas) quanto às atividades cujo enfoque é instrumental com a finalidade de verificar a sua independência funcional. A referida avaliação, por meio de suas perguntas, permitiu algumas adaptações conforme o sexo. A título de exemplo, determinadas perguntas podem ser substituídas por subir escadas ou cuidar o jardim etc. Como resultado das 50 pessoas idosas participantes de pesquisa, com relação à Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foi encontrado o disposto na Figura 1:

Quanto aos nove itens avaliados, constatamos que, entre as 50 pessoas, 62% “desenvolvem as atividades sem ajuda”, 11% “precisam de ajuda parcial” e 18% “precisam de ajuda total”. No item “O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos”, 9% das pessoas idosas responderam que não tomam remédios.

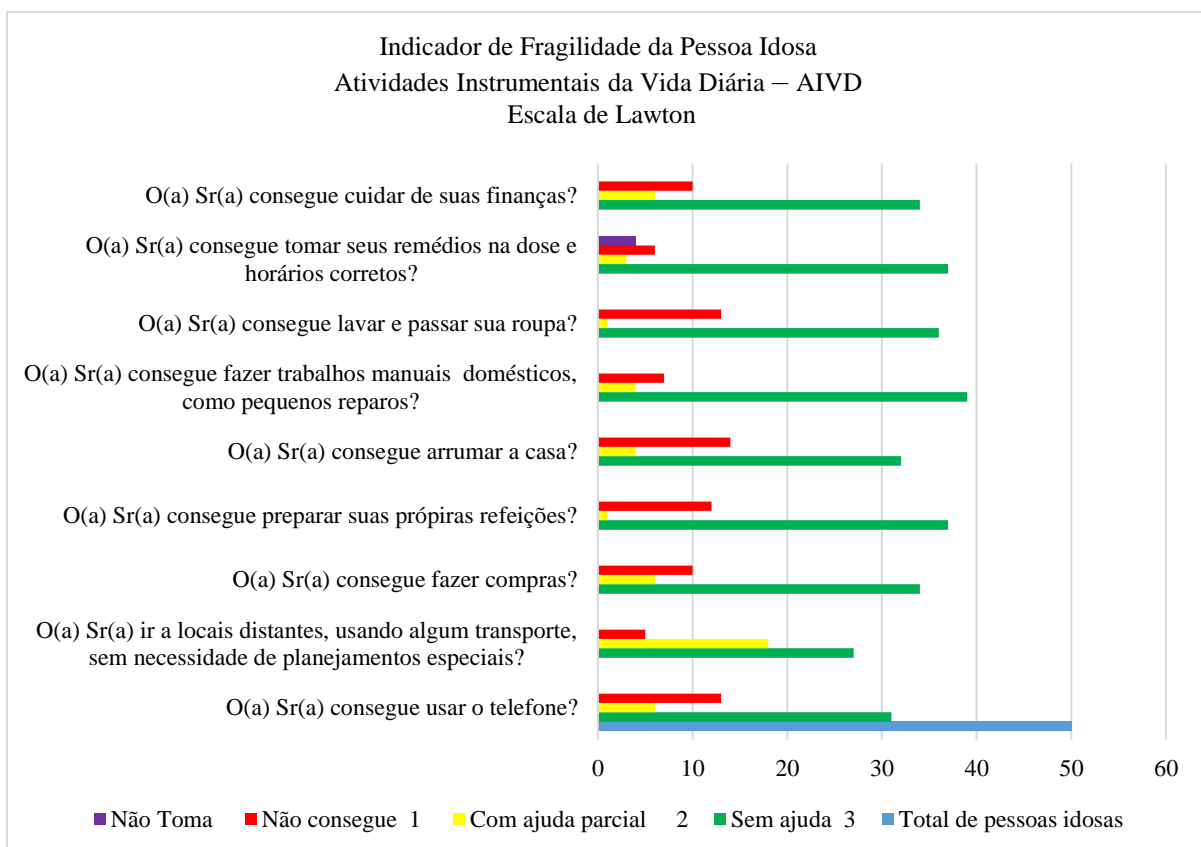


Figura 1. Indicador de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial.

A avaliação da pessoa idosa referente a Atividades da Vida Diária (AVD) permite verificar o tipo de classificação no qual a pessoa idosa se encontra com relação à dependência de outros, com base na assistência – que tem o significado de supervisão, orientação ou auxílio pessoal para desenvolver as atividades de tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Katz et al. (1963) assim definiram a avaliação de cada uma dessas atividades:

Banho: a avaliação da atividade de banhar-se é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Caso recebam algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades, mesmo assim ainda são considerados independentes.

Vestir: na avaliação da função de se vestirem, considera-se a ação de pegar as roupas (roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos) no armário, assim como o ato de vestir propriamente dito. Exclui-se dessa avaliação calçar os sapatos. A dependência é indicada à pessoa que recebe alguma assistência pessoal ou a que permanece parcial ou totalmente desvestida.

Banheiro: a função ir ao banheiro é entendida como o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. As pessoas idosas consideradas independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aquelas pessoas idosas que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aquelas que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são consideradas dependentes.

Transferência: a função transferência (deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira com ou sem auxílio, não sair da cama) é avaliada quanto ao movimento desempenhado pela pessoa idosa para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.

Continência: refere-se à ação inteiramente autocontrolada de urinar ou defecar (tem controle, acidentes ocasionais, supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente). A dependência se constitui na presença de incontinência total ou parcial em qualquer umas das funções. Qualquer tipo de controle externo, como enemas, cateterização ou uso de regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.

Alimentação: a função alimentação se relaciona à ação de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. A ação de cortar os alimentos ou prepará-los está excluída da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.

Os resultados encontrados entre as 50 pessoas idosas pesquisadas, com relação à Atividades da Vida Diária (AVD), estão dispostos na Figura 2:

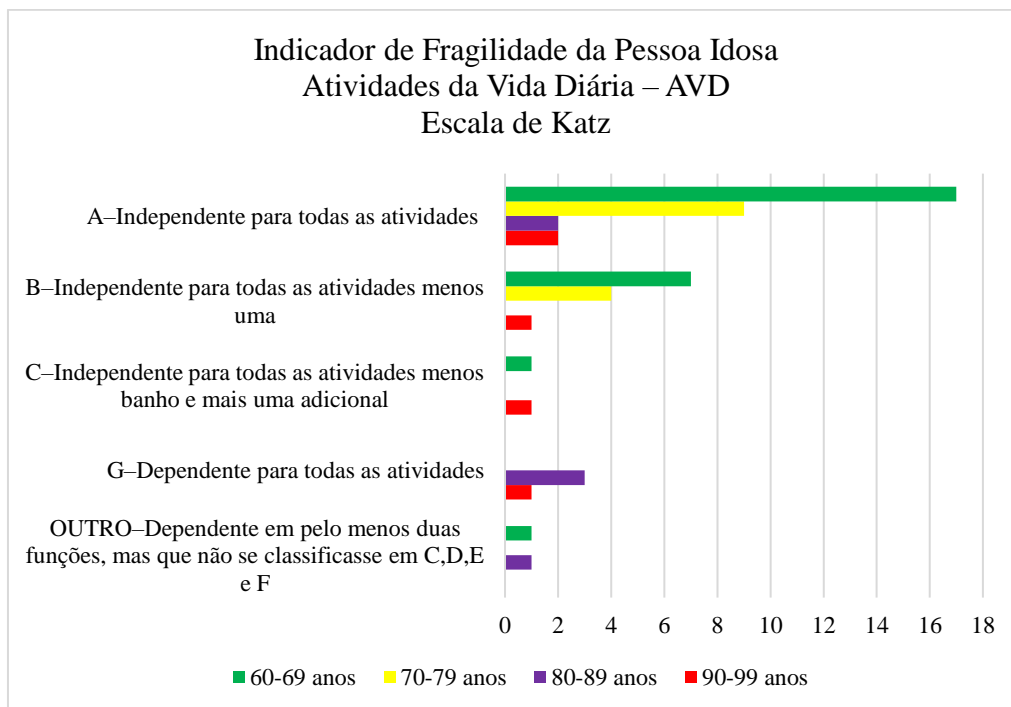


Figura 2. Indicador de Atividades da Vida Diária (AVD) das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial.

Constatamos, quanto à escala diária de Katz, que, das 50 pessoas idosas participantes da pesquisa que: 30 (60%) se encontram no tipo de classificação A, “independente para todas as atividades”; doze (24%) na B, “independente para todas as atividades menos uma”; duas (4%) na C, “independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional”; quatro (8%) na G, “dependente para todas as atividades” e; duas (4%) na Outro, “dependente em, pelo menos, duas funções, mas que não se classificam em C, D, E ou F”. Na avaliação das 50 pessoas idosas participantes da pesquisa, predominam as pessoas idosas que desenvolvem suas atividades sem ajuda (AIVD) e com independência para o desenvolvimento de todas as atividades, conforme escala de Katz et al. (1963).

Contribuíram diretamente para o não alcance da meta Avaliação de Risco (avaliar a fragilização na velhice – 5.1), por meio dos instrumentos AIVD e AVD, dois motivos principais: um relacionado ao atendimento quando das visitas domiciliares e outro pertinente ao atendimento no consultório médico na UBS.

O primeiro, que inviabilizou atingir a meta foi o fato de a pessoa idosa não se encontrar na sua residência, da dificuldade de acesso à moradia do paciente em razão de fortes chuvas, alagamentos de vias públicas, atoleiros em ruas não pavimentadas, carência

de meio de transporte para a realização das visitas e servidores de licença médica de longa duração.

O segundo motivo decorreu em razão da grande demanda diária de pessoas para consulta médica, fazendo com que os médicos tivessem que optar por consultas mais rápidas, não sendo possível realizar os questionamentos pertinentes ao AIVD e ao AVD, pois estes exigiam maior tempo destinado para as consultas.

Com a estratificação das pessoas idosas com base nos dados do AIVD e do AVD, passamos a priorizar consultas, visitas domiciliares e direcionamos as orientações quanto ao cuidado da pessoa idosa de acordo com as especificidades de suas fragilidades, considerando, também, as redes sociais de cada um.

5.3) Meta: Atualizar e avaliar 100% da rede social das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Resultado: 100% da rede social das 106 pessoas idosas foi atualizada e avaliada.

Coube às ACS verificar, atualizar e avaliar quem eram as pessoas que faziam parte da rede social das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe. Constatamos que a rede social era composta por parentes, principalmente, filhos, amigos antigos, vizinhos e pessoas da igreja frequentada pelas pessoas idosas. A maioria das pessoas idosas mora com os filhos ou próximo a residência destes.

No que se refere a avaliação da rede social das pessoas idosas acamadas, identificamos nove cuidadores para onze pessoas. Destes nove cuidadores, oito são filhos e somente um é cuidador contratado. A rede social dessas onze pessoas idosas é reduzida, permanecendo, de forma frequente, apenas os familiares próximos a elas.

Aos nove cuidadores, a equipe garantiu orientações em relação à rotina de cuidado das pessoas idosas acamadas ou com dificuldades de locomoção. Dentre as orientações, foram passadas informações durante as visitas domiciliares ou reuniões de grupos sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS, cuidados a respeito da casa segura, alimentação, administração das medicações, observação dos sinais vitais e higiene pessoal, presentes no Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008).

Para avaliar a rede social das pessoas idosas (cuidadores), foram desenvolvidas atividades de educação em saúde levando em consideração à Avaliação do estilo de vida

(Pentáculo), o qual considera os aspectos pertinentes à “nutrição, controle do stress, relacionamento social, atividade física e comportamento preventivo” (BRASIL, 2008), principalmente dos nove cuidadores das pessoas acamadas ou com limitação de movimentos. Todas as informações levantadas junto as redes sociais foram devidamente registradas pela equipe.

Para contemplar o Objetivo **Promoção da saúde**, foram adotadas três metas.

6.1) Meta: Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 75,4%. 80 pessoas idosas, das 106 acompanhadas pela equipe, receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

As orientações aconteceram durante reuniões de grupos nas microáreas, antecedendo as atividades físicas, na UBS, nas visitas domiciliares com as pessoas idosas e nas consultas regulares. A partir da revisão das informações coletadas nos prontuários clínicos, os médicos residentes passaram a realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis às pessoas idosas, especialmente, para aquelas que apresentavam obesidade, desnutrição, hipertensão e/ou diabetes.

6.2) Meta: Orientar, sobre prática regular de atividade física, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Resultado: 75,4%. 80 pessoas idosas, das 106 acompanhadas pela Equipe, receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

O resultado foi o mesmo da orientação sobre alimentação saudável, pois ambas as orientações foram realizadas em conjunto. Uma das atividades que possibilitou esse resultado foi a atividade física realizada duas vezes por semana em um clube da comunidade.

A ACS responsável por esta ação participava de uma caminhada com duração de 40 minutos com as pessoas idosas, hipertensos e diabéticos. Uma vez por semana, além das orientações realizadas nas consultas, nos grupos nas microáreas, nas visitadas

domiciliares, especificamente, no grupo da caminhada, um médico residente em MFC realizava orientações educativas sobre promoção de saúde, como: realizar atividades físicas apropriadas para a idade, alimentação saudável, evitar consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, como evitar quedas, fatores que aumentam o risco de depressão na velhice, saúde dos olhos, higiene e distúrbios do sono, razões de perda de memória, quando buscar um médico diante sinais indicativos de dano cerebrovascular, entre outros. Quando necessário, o residente fornecia novas receitas, solicitava e analisava exames dos idosos participantes das caminhadas.

6.3) Meta: Orientar, sobre higiene bucal, 100% das pessoas idosas acompanhadas pela Equipe Nova Esperança I/Industrial da UBS Pedacinho de Chão.

Indicador: Proporção de pessoas idosas acompanhadas pela Equipe.

Resultado: 75,4%. 80 pessoas idosas, das 106 acompanhadas pela Equipe, receberam orientações sobre higiene bucal.

Uma área bastante delicada da intervenção foi a higiene bucal. Sabemos que orientações básicas sobre higiene bucal podem (e devem) ser realizadas por qualquer membro da equipe. No entanto, a não participação da odontóloga da equipe dificultou o aprofundamento dos trabalhos com as pessoas idosas sobre saúde bucal. Contudo, alcançamos 75,4%: 80 pessoas idosas das 106 acompanhadas pela Equipe.

As orientações foram realizadas por diferentes membros da equipe em ações de educação em saúde, em visitas domiciliares e em atendimentos na UBS. Foi organizado e oferecido atendimento prioritário para todas as pessoas idosas que buscaram atendimento em saúde bucal. O médico fazia o exame da cavidade oral e definia a ordem de prioridade, optando por aquelas com maior risco em termos de saúde bucal, em situações aparentes como sangramento gengival, abscesso dentário, dor de dente, feridas na boca que não cicatrizavam, nódulos na boca, para serem encaminhadas ao cirurgião dentista da unidade de referência.

Embora a odontóloga não tenha aderido à intervenção, conseguimos uma odontóloga de outra equipe para fazer a capacitação de nossa equipe quanto à saúde bucal, especificamente, na atenção às pessoas idosas. Isso ocorreu em ações de educação permanente em saúde, programadas dentro do eixo de qualificação da prática clínica. Toda a equipe foi capacitada para orientar sobre escovação dos dentes, limpeza da gengiva, do

céu da boca e da língua e sobre os procedimentos a serem adotados por quem utilizava prótese (dentadura) ou não tinha dentes.

Em relação as três metas (6.1 orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 6.2 prática regular de atividade física e 6.3 higiene bucal), para atender ao objetivo **Promoção da saúde**, destacamos que o não atendimento a 24,6% das pessoas idosas (26) teve origem no não comparecimento dessas pessoas às consultas agendas na UBS e nas atividades de educação e saúde realizadas nos grupos nas microáreas e de caminhada.

Das 16 metas pactuadas, dentro dos seis objetivos que orientam a Planilha OMIA, em onze foi atingido 100%, em três 74,5%, em uma 47% e em uma 30%. Para além dos números, a intervenção pedagógica direcionada à formação em serviço da equipe de estratégia em saúde da família para a atenção à saúde da pessoa idosa possibilitou o início de uma mudança nos processos de trabalho da Equipe, seja no trabalho cotidiano na UBS, nas visitas domiciliares com maior assiduidade, na melhora da prática clínica, na maior adesão dos usuários aos serviços prestados pela equipe e na organização do serviço – refletindo na possibilidade de um melhor planejamento e monitoramento das ações realizadas.

Também se consolidou a adoção da carteira de saúde para todas as pessoas idosas, assim como do instrumento AIVD e AVD nas consultas médicas. Além disso, houve a ampliação da comunicação entre as ACS e os médicos residentes em MFC, considerando mais cuidadosa a observação do território de abrangência da eSF.

Tais procedimentos permitiram à equipe Nova Esperança I/Industrial apropriar-se de informações e proceder à interpretação com base nos indicadores dos serviços realizados, possibilitando tomadas de decisões que possibilitaram reencaminhar o desenvolvimento do atendimento à atenção à saúde das pessoas idosas. Atendimento esse que, a partir do estabelecimento das metas propostas na planilha OMIA e da tomada de consciência dos indicadores, permitiu atingir percentuais de serviços a respeito da saúde da pessoa idosa que, até então, não eram observados.

4. CONCLUSÕES

É possível afirmar que a rotina foi parcialmente implementada, uma vez que sua incorporação total depende de mudanças estruturais, de mais momentos de formação para a equipe e de situações que fugiram à governabilidade da médica responsável pela implementação da intervenção, como ambiente com espaço físico reduzido e não compatível com os serviços demandados; não climatizado e com baixa qualidade acústica; consultórios com espaço físico pequeno, alguns sem pia e com pouca luminosidade; acesso à internet de baixa qualidade, o que torna lentos o registro e a consulta dos usuários no e-SUS (por vezes, não é possível nem mesmo o simples acesso ao sistema). O grande número de pacientes atendidos por hora pelo Equipe também compromete as orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, prevenção de acidentes e quedas, estratificação de risco de acordo com os problemas de saúde que as pessoas apresentam, pois tais ações exigem um tempo maior de consulta (tempo bastante limitado em alguns momentos da pesquisa).

Todavia, entendemos que, com apoio da gestão municipal e mais tempo para a consolidação de alguns serviços e para a efetivação de uma cultura de educação permanente em saúde, é possível, não somente a implantação integral da rotina de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Pedacinho de Chão, como é preconizado pelo Ministério da Saúde, como também de outras ações programáticas típicas de APS.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/caderno19**. 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>. Acesso em: 28/02/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 29/02/2020

DAMIANI, M.F.; et al. Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação**, Pelotas, mai/ago, 2013.

DMS/UFPel - Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas. Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) – **Atenção à Saúde do Idoso**. Disponível em: <<https://dms.ufpel.edu.br/p2k/omia/>>. Acesso em: 02/06/2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO 2018. População. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama>>. Acesso em: 05/03/2019.

KATZ, S.; et al. **Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function**. *JAMA*. 1963.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 1 ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIPSA. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em: <www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=276>. Acesso em: 16/01/2019.

SELLTIZ, C.; et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: E.P.U, 2007. SEMUSA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. **Relação de Unidades de Saúde** (atualizado em 15 de janeiro de 2018). 2018. Disponível em: <<https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2018/10/23266/1539791745relacao-das-unidades-de-saude-da-semusa-2.pdf>>. Acesso em: 07/03/2020.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

ORGANIZADORES

Katia Fernanda Alves Moreira



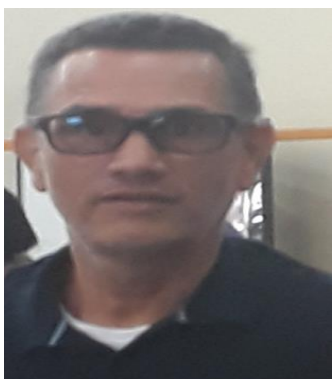
Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (2003). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (1994) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (1981). Desde 1989 é docente da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). É professora associado - 40 horas DE, do Departamento de Enfermagem e Coordena o mestrado profissional em Saúde da Família - ProfSaúde na UNIR desde 2017, o qual se caracteriza como mestrado em rede nacional. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Mulher, Planejamento e Avaliação em Saúde, Saúde da Família/Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde, além de Saúde Mental. Foi a primeira Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIR. Já assumiu vários cargos de Direção na UNIR incluindo Chefia do Departamento de Enfermagem. Fez assessoria à Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia do monitoramento e avaliação da atenção básica e assessora o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho na implantação do monitoramento e avaliação da atenção básica. Coordena o Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESCO, desde 2002.

Rafael Fonseca de Castro



É Doutor e Mestre em Educação pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), com formação de Graduação em Licenciatura em Pedagogia e em Bacharelado em Ciência da Computação (UCPEL). Também é Especialista em Educação (UFPEL) e em Linguagens Verbais e Visuais (IF-Sul). Professor do Departamento de Ciências da Educação da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), desenvolve estudos sobre ensino e aprendizagem, formação de professores, Psicologia da Educação, metodologia de pesquisa, Tecnologias Emergentes e EaD, Gestão Escolar, Linguística Textual e Educação na Saúde. Está vinculado como Professor Permanente ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) e ao Mestrado Acadêmico em Educação (MEDUC) da UNIR. É líder do Grupo de Pesquisa Educação, Psicologia Educacional e Processos Formativos da UNIR, cujas linhas de pesquisa são Pesquisas Intervenção, Teoria Histórico-Cultural da Atividade e Produção de Saberes e Formação Continuada de Professores e Educação na Saúde. Em seu Doutorado, realizou estágio na Universität Siegen (Alemanha) e apresentou sua pesquisa na Moscow State University of Psychology and Education - MSUPE (Rússia).

Edson dos Santos Farias



Graduado em Educação Física e Biologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (1984-1987 / 1981-1984) especialização em Ciência do Movimento Humano - sub - área desenvolvimento Humano - UFSM (1995-1996), Mestrado em Atividade Física na Promoção da Saúde (UFSC) (2000-2002), Doutorado em Saúde da Criança e Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas/FCM/UNICAMP (2005-2008) e Pós-Doutorado em Pediatria/Ciência Aplicada a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP/Escola Paulista de Medicina/EPM (2011 - 2013). Foi professor adjunto do Centro de Ciência da Saúde e Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre/UFAC. Exerceu a função administrativa de vice-diretor do CCSD/UFAC (2009-2012). Atualmente é Professor Associado da Universidade Federal de Rondônia/UNIR e ex-colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre/UFAC (2009-2013). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE)-ABRASCO. Docente Permanente do Mestrado Acadêmico em Psicologia/MAPSI/UNIR. Ex-Docente e Orientador do Programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde/UNIR. Membro da Equipe Editorial Journal of Amazon Health Science. Revisor adoc da Revista Motriz (UNESP), Revista Paulista de Pediatria, Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano (UFSC), Journal of Amazon Health Science. Pertenceu aos grupos de pesquisa: Núcleo de pesquisa em cineantropometria e desempenho humano - NUCIDH (UFSC), Núcleo de Biodinâmica do Movimento HUmano (UFAC), Grupo Interdisciplinar de estudo de determinação e diferenciação do sexo - UNICAMP, e atualmente pertence ao Núcleo de estudos , eventos, pesquisas e extensão em saúde, Grupo de Pesquisa SAMAÚMA - Saúde, Meio-Ambiente e Nutrição na Amazônia, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO) - UNIR e Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação Física e Saúde. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia/UNIR (2012 - 2018), atualmente Vice-Coordenador. Consultor do Comitê Técnico Científico Interno: PIBIC/UNIR/CNPq. Tem experiência na área de Educação Física, Saúde Coletiva com ênfase nos temas relacionados: Crescimento e Desenvolvimento, atividade física e epidemiologia, composição corporal, obesidade em crianças/adolescentes.

COORDENADORAS NACIONAL DO PROFSAUDE

Carla Pacheco



Doutoranda do Instituto de Medicina Social da UERJ. Possui graduação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996), especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1997) e mestrado em Saúde Pública também pela Fundação Oswaldo Cruz (2000). Iniciou sua carreira como assistente social na área de gestão social. Foi coordenadora de cursos de formação comunitária na saúde. Trabalhou na Organização Internacional Médicos sem Fronteiras (2001 a 2002), na gestão de unidades e na formação dos profissionais. Foi gestora em unidades de saúde da família (1999 a 2002) e também docente de cursos de Pós graduação em Saúde da Família realizados pela Universidade Gama Filho e Castelo Branco (2002 a 2008). Atuou na área de vigilância e controle do Câncer como analista de programa e controle do câncer sênior no INCA (2003 a 2004), na formação de profissionais na área de informação. Na área de gestão de serviços trabalhou na Superintendência de Programação em Saúde da SES-RJ e também na atenção básica e gestão do cuidado SES-RJ (2000 a 2008). Na atenção primária foi responsável pela saúde da família e Subsecretaria de atenção básica do município de Nova Iguaçu (2009 a 2010), também atuou no apoio a gestão no Programa TEIAS-Escola Manguinhos ENSP-Fiocruz (2009 a 2013). Foi docente e coordenadora de curso de Serviço Social na Universidade Estácio de Sá (2006 a 2011). Atuou como docente e coordenadora de módulo do Mestrado Profissional em Atenção Primária ENSP-Fiocruz (2010 a 2013). Desde de 2014 trabalha na Vice-Presidência de Educação e Informação da Fiocruz, na assessoria a Coordenação Geral de Educação. É Coordenadora Executiva Nacional do Profsaúde desde de 2016.

Cristina Guilam



Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1980), especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz (1985), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2003). É tecnologista da Fundação Oswaldo Cruz desde 1987 e ocupou o cargo de Coordenadora do programa de pós graduação em Saúde Pública da ENSP no período de 2007 a 2011. É Coordenadora Geral de Pós Graduação da Fiocruz desde de 2011 e Coordenadora Acadêmica Nacional do Profsaúde desde 2016. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: risco, profissão médica, impacto da internet na relação médico paciente.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento: 4, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 37, 39, 54, 55, 56, 59, 99 e 118.

Atenção à Saúde: 5, 9, 10, 14, 15, 17, 25, 27, 33, 34, 54, 59, 70, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 130 e 131.

Atenção Primária: 4, 6, 8, 15, 19, 22, 26, 27, 31, 34, 36, 49, 56, 63, 75, 76, 83, 88, 93, 94, 99 e 103.

C

Cuidados Paliativos: 4, 8, 31, 35, 37, 39, 41, 42, 43, 46 e 48.

E

Educação: 4, 6, 16, 17, 22, 23, 25, 31, 39, 40, 41, 46, 49, 50, 56, 57, 68, 71, 72, 88, 107, 109, 110, 120, 127, 129, 130 e 131.

Envelhecimento: 31, 35 e 117.

Estratégia Em Saúde: 4, 6, 110, 113 e 130.

F

Fatores de Risco: 75, 76, 82, 83, 84, 87 e 123.

H

Hipertensão: 43, 44, 45, 46, 75, 76, 82, 84, 86, 108, 115, 118, 120, 123 e 128.

I

Intervenção Pedagógica: 107, 110, 112, 113, 114, 117, 120, 123 e 130.

J

Pessoa Idosa: 5, 9, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 122, 123, 125, 126, 127, 130 e 131.

Planejamento em Saúde: 10.

Puerpério: 54, 55, 56, 60, 63, 64, 65 e 68.

S

Saúde da Família: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 24, 25, 26, 27, 31, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 66, 71, 72, 76, 77, 94, 107, 109, 110, 111, 113 e 130.

Saúde da Mulher: 54, 59 e 109.

Sistema Único de Saúde: 6, 17, 34, 55, 93, 94 e 108.

T

Tuberculose: 4, 5, 9, 33, 93, 94, 98, 100, 101, 102, 103 e 104.



DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283020