Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde
2

Atena Editora
2019

2019 *by Atena Editora*
Copyright © da Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves
Revisão: Os autores

Conselho Editorial
Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall'Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant'Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7247-133-6
DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019
Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.
www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO

Sabrina Souza Araújo
Alisson Bruno Leite Lima
Thaís de Almeida Costa
Fabiano da Silva Medeiros
Voyner Ravena-Cañete

DOI 10.22533/at.ed.3361915021

CAPÍTULO 2 7

A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO

Raíssa Josefa Pereira de Moura
Lourenço de Miranda Freire Neto
Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo
Renata Karine Pedrosa Ferreira
Adrian Bessa Dantas

DOI 10.22533/at.ed.3361915022

CAPÍTULO 3 15

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016

Victoria Farias do Nascimento
Marília Gabrielle Santos Nunes
Laryssa Grazielle Feitosa Lopes
Antonio Flaudiano Bem Leite
Edson Hilan Gomes de Lucena

DOI 10.22533/at.ed.3361915023

CAPÍTULO 4 29

APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tayná Vieira da Silva
Maria Raquel Rodrigues Carvalho
Maria Salete Bessa Jorge

DOI 10.22533/at.ed.3361915024

CAPÍTULO 5 42

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Beatriz Praia
Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães
Matheus Cruz
Thayana de Nazaré Araújo Moreira

DOI 10.22533/at.ed.3361915025

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

Juliana da Rosa Wendt
Hildegard Hedwig Pohl

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EOS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

Rafael Dos Santos Borges
Maria de Nazaré de Sousa Moura
Marayza Pinheiro Nunes

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Camila Almeida Neves de Oliveira
Edilson Rodrigues de Lima
Cristiane Gonçalves Araújo

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÈGIA DE SAÙDE DA FAMÍLIA DO MUNÍCIPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

Fabio Daniel Pereira Sampaio
Suann Quemel Mesquita
Murilo Oliveira Pollhuber
Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Lucas Dantas de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Morais

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Silvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabíola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida
Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias
Jamilly Nunes Moura
John Lucas da Silva Almeida
Suelen Gaia Epifane
Ana Caroline Guedes Souza Martins
Danielly Amaral Barreto
Leticia Almeida de Assunção
Letícia Gemyna Serrão Furtado
Manuela Furtado Veloso de Oliveira
Marllon Rodrigo Sousa Santos
Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇAO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva
Antônia Luana Diógenes
Carliane Vanessa Souza Vasconcelos
Juliana Moita Leão
Maria Raquel da Silva Lima
Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Ruhama Beatriz da Silva
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

CAPÍTULO 27 241

UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL

Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires
Bianca Pereira Rodrigues
Katiane Mota da Silva
Mayara Carolina Nunes Sandes
Sabrina Joany Felizardo Neves

DOI 10.22533/at.ed.33619150227

CAPÍTULO 28 249

VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Elda Alves de Lacerda Campos
Cicero Natan dos Santos Alves
Johanna Dantas Oliveira Freitas
Larissa Brito Vieira Diniz
Ludimilla da Costa Santos
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes
Rosana Alves de Melo

DOI 10.22533/at.ed.33619150228

CAPÍTULO 29 254

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA

Allana Cândida Costa Corrêa
Deborah Shari Toth Modesto
Denille Silva de Oliveira
Raelyn Amorim Gama
Rafael dos Santos Borges

DOI 10.22533/at.ed.33619150229

SOBRE A ORGANIZADORA..... 258

CAPÍTULO 1

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO

Sabrina Souza Araújo
Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Alisson Bruno Leite Lima
Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Thaís de Almeida Costa
Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Fabiano da Silva Medeiros
Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Voyner Ravena-Cañete
Universidade Federal do Pará
Belém – PA

RESUMO: Este trabalho expressa os resultados do projeto "Direitos Humanos, pobreza e meio ambiente: construindo tecnologias para inclusão social no Igarapé Mata Fome". O objetivo deste artigo é descrever o contexto de ausência de políticas públicas que garantem a promoção da saúde e descreveras atividades de esporte, saúde e lazer desenvolvidas pelo projeto. Foram realizados dois encontros semanais com 20 idosos, onde foram realizadas atividades físicas e atividades dialógicas com objetivo de despertar sua compreensão sobre seu corpo e a relação dele com o meio ambiente, bem como direito ao acesso aos serviços de saúde. Verificou-se que a comunidade não recebia cobertura de programas de saúde, como a Estratégia Saúde da Família, nem mesmo condições favoráveis para promoção de saúde. As ações do projeto, mesmo que tímidas frente às necessidades de uma comunidade pobre e marcada por processos de exclusão social, demonstram minimizar o cenário de descaso do poder público, ao mesmo tempo em que evidenciam a urgência no atendimento de saúde dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Humanos; Saúde e meio ambiente; Tecnologias Sociais; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: This article aims to analyze the results of the project "Human Rights, Poverty and Environment: Building Technologies for Social Inclusion in Igarapé Mata Fome", as well as the absence of public policies that guarantee health promotion and describe sports, health and leisure activities developed by the project. Two weekly meetings were held with 20 elderly people, where activities were carried out in order to increase their understanding about their own bodies and their relationship with the environment, as well as the right to access health services. It was noted that the community did not receive coverage of health programs, such as the Family Health Strategy (FHS), nor

even favorable conditions for health promotion. The project actions, even if they are small before the needs of a poor and characterized by processes of social exclusion community, demonstrate to minimize the scenario of neglect of the public power, while at the same time, emphasizes the urgency in health care of this population.
KEYWORDS: Human Rights; Health and environment; Social Technologies; Family Health Strategy.

1 I INTRODUÇÃO

A compreensão sobre a existência de uma Constituição Federal ainda é frágil e pouco clara para a maior parte da sociedade brasileira, especialmente no que se refere ao direito a um ambiente ecologicamente equilibrado e à sadia qualidade de vida, como assevera o artigo 225 da Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988).

Com vistas a discutir tal cenário, este artigo descreve a experiência de um projeto de extensão desenvolvido pelo ICB/PROEX/UFPA em uma comunidade pobre do bairro do Tapanã, na capital paraense. Enfoca, particularmente, como o mesmo atua e como viabiliza um diálogo que se torne esclarecedor e informativo para que os participantes consigam ou iniciem uma conscientização cidadã, de que a sociedade é regida por normas, por mecanismos legais que visam beneficiar o convívio entre as pessoas e dar oportunidade e acesso aos bens essenciais à vida do ser humano, especialmente à sadia qualidade de vida, por meio de um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Em países pobres, ou mesmo em desenvolvimento, como o Brasil, situações de natureza questionável quanto à dignidade humana estão em cena cotidianamente, colocando em pauta os direitos humanos. No caso do Pará, e em especial Belém, quadros de pobreza e de exclusão marcam o cenário da cidade (RAVENA-CAÑETE, 2006; FARIAS et al, 2009; COSTA et al, 2009).

Alterar tais cenários é um desafio, que nem sempre o poder público consegue enfrentar com êxito e, finalmente, outros atores sociais passam a interagir buscando minimizar tais quadros. Porém, ao se lançar o olhar sobre a realidade da maioria dos brasileiros, é possível verificar que esta não condiz com o instrumento de garantia de direitos. O que se encontra, de fato, são milhares de indivíduos que vivem com a ausência dos direitos básicos como educação, saúde, alimentação, segurança, trabalho e moradia (COSTA, 2009).

Observando uma realidade mais próxima, como a comunidade Bom Jesus I, localizada no bairro do Tapanã, Belém – PA que margeia o igarapé Mata Fome, é possível perceber que um dos determinantes que contribui para que estes direitos não sejam garantidos é a ausência de informação e desconhecimento da população em relação aos seus próprios direitos.A comunidade foi por muito tempo marcada por total descaso do poder público, tendo hoje alguns serviços básicos como abastecimento de

água, coleta de lixo e acesso próximo ao transporte público, porém a precariedade de saneamento básico ainda confronta o dia-a-dia da população.

A escolha dessa comunidade resultou de uma trajetória extensionista (de várias áreas do conhecimento), desenvolvida desde 1998 na área do Igarapé Mata Fome, onde se encontra localizada a comunidade. Dentre as doze comunidades do entorno do igarapé, após avaliação da área, escolheu-se a Comunidade Bom Jesus I em virtude de seu tamanho não muito extenso, mas marcada por intensa vulnerabilidade social.

Visando mitigar essa realidade, foi criado o projeto "Direitos Humanos, pobreza e meio ambiente: construindo tecnologias para inclusão social no Igarapé Mata Fome", desenvolvido pelo ICB/PROEX/UFPA. O mesmo teve por objetivo promover tecnologias sociais voltadas para o esporte, saúde e lazer, tendo como referência práticas coletivas e individuais que possibilitem o desenvolvimento pessoal e social da comunidade, fomentando, assim, consciência para o direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

2 I OBJETIVO

Descrever o contexto de ausência de políticas públicas que garantem a promoção da saúde, especialmente no que se refere a Estratégia Saúde da Família. Descrever, ainda, as atividades de esporte, saúde e lazer desenvolvidas pelo projeto, que buscam mitigar esse cenário de exclusão, carência e descumprimento de um direito fundamental, como o previsto no artigo 225.

3 I METODOLOGIA

Para a construção deste artigo foram realizadas pesquisas bibliográficas e observações sistemáticas na área lócus do projeto, contato com alguns moradores e participantes do projeto.

O projeto teve como abordagem central o direito à sadia qualidade de vida e ao meio ambiente ecologicamente equilibrado que se encontra resguardado no artigo 225 da Constituição Federal, este se articula às políticas de promoção da saúde previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no formato da Estratégia Saúde da Família (ESF). Contou com a participação de 20 moradores beneficiados diretamente (300 beneficiados indiretamente), que vivem no entorno do Igarapé Mata Fome, especificamente os moradores da Comunidade Bom Jesus I.

A partir de abordagens integradas, utilizou diferentes práticas na busca da promoção da saúde dos idosos. As atividades tiveram início com planejamentos sobre as ações, em seguida foram desenvolvidas as seguintes atividades junto aos beneficiários do projeto: caminhadas; aferição de pressão;prática de atividades físicas

(exercícios de fortalecimento muscular, proprioceptivos e treino de marcha). Também foram realizadas atividades dialógicas, onde foram construídas a percepção sobre a importância da relação do corpo com o meio ambiente equilibrado e as dificuldades em ambientes de baixa qualidade de serviços públicos em geral, como serviço de coleta de lixo, iluminação pública, saneamento básico, bem como esclarecimento de dúvidas de diversos temas, incluindo direitos de acesso aos serviços de saúde.

O projeto aponta para a transição de uma compreensão desse meio ambiente através de perspectivas da natureza para a compreensão de um ambiente simplesmente externo ao indivíduo sem nenhum tipo de vinculação indivíduo-meio ambiente, onde o igarapé passou de uma área de um corpo d'água de lazer e como supridor de recursos naturais, inclusive para a alimentação, para um depósito de lixo, tornando-se sem valia para a comunidade. As atividades eram executadas duas vezes por semana, com realização de atividades físicas e encontros mensais de interação e sociabilidade, que permitiam trazer temas importantes na discussão da compreensão de meio ambiente, visando aproveitamento do mesmo para obtenção de recursos, como alimentação e renda.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento do projeto, constatou-se que a comunidade não recebia a visita de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que pôde ser observado por meio de conversas com moradores da comunidade, que relataram não receber acompanhamento desses profissionais,e, consequentemente, se faz marcante a ausência de programas de saúde pública, como a Estratégia Saúde da Família.

A ESF foi proposta, de acordo com Figueiredo (2010), com o intuito de reorganizar o modelo assistencial do SUS, a partir do nível primário, pelo Ministério da Saúde. Ela é composta por ações de vigilância, promoção da saúde, prevenção de doenças, controle de doenças e agravos já existentes, devendo estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais.

Constitui-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras, cuja meta abrange áreas fora do saber específico da saúde, como: condições de trabalho, habitação, educação adequada, meio ambiente saudável, equidade no cuidado, entre outros. Para possibilitar suas ações, é necessária a participação de equipe multiprofissional, composta por no mínimo: enfermeiro generalista, médico generalista, um ou dois auxiliares de enfermagem e ACS.

Entretanto, mesmo com os esforços em oferecer um serviço universal e integral, comumente encontram-se pessoas com dificuldades em ter acesso às unidades de saúde que dispõem e desenvolvem esses programas. O desconhecimento dessas pessoas acerca da real função da ESF também é frequente. Podendo ser evidenciado pelo estudo de Freitas e colaboradores (2013), que encontrou em sua pesquisa os

seguintes dados: 75,8% dos entrevistados afirmaram saber o que é a ESF; 4,8% não sabiam e 19,4% sabiam mais ou menos. Porém, depois de explicado o significado, apenas 61,3% confirmou conhecer; 29% não sabiam e 9,7% sabiam mais ou menos. 98,4% afirmaram que gostariam que abrisse uma ESF em sua área.

Na comunidade Bom Jesus I, guardando suas devidas proporções, essa realidade também é observada. Considerando a ausência da ESF na área, o projeto realizou um levantamento socioeconômico que evidenciou como o ambiente influencia nos determinantes sociais de saúde (DSS) de seus moradores, que, conforme Paim (2009), "tratam-se das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham" (p.31). Conforme o autor, os efeitos negativos aparecem quando há o risco e a doença. Isso foi possível observar na comunidade, que apresenta um saneamento básico e esgotamento sanitário deficitários, além de um sistema de abastecimento insuficiente para parte substancial de seus moradores, o que propicia o surgimento de doenças.

O fator da renda, também possui influência sobre a saúde, como explicam Buss e Pellegrini Filho (2007) em decorrência da precariedade de recursos para a subsistência. Conforme levantamento realizado por meio do questionário socioeconômico, parte considerável dos entrevistados vive com até um salário mínimo, sendo que muitos sustentam suas famílias por meio da prática de "bicos" (trabalho temporário, pequeno serviço), em decorrência, muitas vezes, da dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal.

5 I CONCLUSÃO

O descumprimento do direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado e a uma sadia qualidade de vida figuram como uma constante entre os moradores da Comunidade Bom Jesus I. As consequências desse descumprimento se agigantam especialmente quando articulado ao desconhecimento entre os moradores sobre políticas públicas importantes relativas à promoção e prevenção da saúde, como é o caso do ESF. As ações do projeto, ainda que tímidas frente às necessidades de uma comunidade pobre e marcada por processos de exclusão social, findam por atenuar um cenário de descaso do poder público, ao mesmo tempo em que evidenciam a premência no atendimento das necessidades de promoção e prevenção da saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BUSS P. M., PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis – Revista de Saúde Coletiva . 2007; 17(1). p. 77-93.

COSTA, D. T.; CARDOSO, B. A.; TEIXEIRA, T. A.; FERNANDES, C. C.; FARIA, F. S.; RAVENA-CAÑETE, V. **Avaliação do Acesso ao Serviço Básico de Saúde por Duas Micropopulações Amazônicas.** Ciência & Saúde Coletiva, v.1, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos.** UNA–SUS, UNIFESP. 2010.

FREITAS, P. F. C. P.; PINTO, G. R. S.; FREITAS, G. P. V.; DIAS, G. D. **Percepção da importância da Estratégia de Saúde da Família em área descoberta.** 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade; 29 de maio a 02 de junho; Hangar Centro de Convenções e Feiras da Amazônia. Belém (PA); 2013.

PAIM, J. S. Determinantes Sociais de Saúde.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. **Anais: I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.252 p. – (Série D. Reuniões e Conferências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais__i_seminario_politica_nacional_promocao_saude.pdf#page=30>. Acesso em: 10. set.2018

RAVENA-CAÑETE, V. **A descrição do possível: a experiência de intervenção da Unama no Igarapé Mata Fome e o levantamento de dados socioeconômicos.** Belém: Editora Unama. 2006.

CAPÍTULO 2

A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO

Raíssa Josefa Pereira de Moura
Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Centro de Ciências Médicas João Pessoa – Paraíba

Lourenço de Miranda Freire Neto
Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Centro de Ciências Médicas João Pessoa – Paraíba

Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo
Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Centro de Ciências Médicas João Pessoa – Paraíba

Renata Karine Pedrosa Ferreira
Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Centro de Ciências Médicas João Pessoa – Paraíba

Adrian Bessa Dantas
Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Centro de Ciências Médicas João Pessoa – Paraíba

RESUMO: O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é uma ferramenta que tem o registro de todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes, tornando-se um material muito valioso. A circulação de tais informações precisa ser analisada de forma cuidadosa, devendo obedecer a princípios de confidência. Baseando-se na premissa de que tais informações são de fundamental importância no que diz respeito à deontologia médica, este artigo visa mostrar as principais implicações para o sigilo na utilização do PEP. Trata-se de uma revisão bibliográfica que teve como descritores: “prontuário eletrônico”, “sigilo” e “medicina”. Foram rastreados artigos publicados no período de 2003 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados LILACS, MEDLINE e na biblioteca eletrônica SciELO. Foram encontradas 48 publicações sobre o tema e analisados 19 para a construção desta revisão. Verificou-se nesses estudos que a utilização do PEP auxilia os profissionais da saúde; facilita a coleta e o armazenamento das informações, proporcionando qualidade no atendimento**.** Entretanto, alguns estudos revelam que uma das principais dificuldades dessa realidade é o cuidado ético para que o sigilo médico não seja quebrado. A legislação específica, referente ao prontuário eletrônico, ainda é incipiente. O Controle de acesso é importante para manter o sigilo das informações contidas nos PEPs, pode ser realizado através da utilização de senhas, biometrias, instrução profissional sobre o manuseio e a legislação específica, objetivando o uso apropriado e seguro desses PEPs.
PALAVRAS-CHAVE: prontuário eletrônico, sigilo, medicina.

ABSTRACT: The electronic patient record (PEP) is a tool that has the record of all the professional care provided to patients, making it a very valuable material. Circulation of such information needs to be carefully analyzed, and should follow principles of confidentiality. Based

on the premise that such information is of fundamental importance with regard to medical ethics, this article aims to show the main implications for the confidentiality of the use of PEP. It is a bibliographical review that had as descriptors: “electronic medical record”, “secrecy” and “medicine”. Articles published between 2003 and 2017 were searched in the Portuguese, English and Spanish languages through the Virtual Health Library (VHL), the LILACS database, MEDLINE and the SciELO electronic library. We found 48 publications on the topic and analyzed 19 for the construction of this review. It was found in these studies that the use of PEP helps health professionals; facilitates the collection and storage of information, providing quality care. However, some studies reveal that one of the main difficulties of this reality is the ethical care so that medical confidentiality is not broken. The specific legislation, referring to electronic medical records, is still incipient. Access Control is important to maintain the confidentiality of information contained in PEPs, it can be done through the use of passwords, biometrics, professional instruction on handling and specific legislation, aiming the appropriate and safe use of these PEPs.
KEYWORDS: electronic medical record, stealth, medicine.

INTRODUÇÃO

Com a ascensão tecnológica nos últimos anos, aliado ao surgimento de sistemas operacionais e interfaces mais didáticas, houve uma crescente incorporação das aplicações de informática na área da saúde. Nesse contexto, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) apresenta-se como uma consequência dessa perspectiva, sendo incorporado nas instituições de saúde como um dispositivo de relevante importância para médicos e outros profissionais da área, assim como para gestores hospitalares que podem controlar, de maneira eficiente, todas as informações pessoais e administrativas relacionadas aos usuários de saúde (RONDINA et al., 2017).

O prontuário médico é uma obrigatoriedade em todo atendimento. No passado era realizado somente através de registro em papel e hoje pode ser feito por meio eletrônico, desde que sejam cumpridas as exigências legais e o sigilo profissional. Nesse viés, entende-se por prontuário médico um conjunto de documentos que reúnem todas as informações relativas ao estado de saúde do paciente e os cuidados prestados ao mesmo, desde o momento de sua admissão até sua alta. Ele deve ser padronizado, organizado, conciso e de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, segundo a resolução CFM 1638/2002 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Bezerra (2009) afirma que o prontuário possui como finalidade a análise da evolução da doença, registro da passagem do paciente nos serviços de saúde como também a defesa profissional. O PEP é, atualmente, um grande desafio na área da informática e da saúde, sendo uma ferramenta fundamental na construção de um novo paradigma

do sistema de informação médica. É importante pontuar que a implementação do PEP nas instituições em saúde abre uma discussão tocante a questões médico-legais, uma vez no contexto ético exige, entre outras coisas, o sigilo e a privacidade das informações sobre o paciente, sendo que, por outro lado, o mau-uso da informática pode facilitar seu extravio e seu acesso indevido. Além disso, a facilidade de alteração de dados registrados eletronicamente traz perigos adicionais à vida e ao bem estar dos pacientes, além de facilitar a fraude.

Ademais, o sigilo médico compreende todas as informações relatadas ao médico e as que podem ser por ele percebidas durante o acompanhamento do paciente, sendo indispensável ao bom relacionamento entre as partes. Considerando isso, é essencial que o sigilo seja mantido, visto que consiste em dever do profissional e direito do paciente. A confidencialidade do médico e algumas atitudes e comportamentos, que se fundamentam também em valores, princípios éticos e moral individual, são necessários para mediar essa relação entre o seu dever profissional e o direito de seu paciente, construindo uma relação de respeito entre ambas as partes (RODRIGUES et al., 2009).

Nesse sentido, é possível afirmar que o PEP constitui um ferramenta na qual as informações nele registradas são de extrema importância, não só a respeito de patologias, mas também para o paciente, médico, equipe da saúde, pesquisa e para a instituição na qual o paciente teve assistência (WOODS et al., 2013). Com o objetivo de contribuir para uma reflexão sobre os desafios da proteção adequada dos dados relativos à saúde, advindos da inserção de prontuários eletrônicos na realidade dos hospitais brasileiros, essa revisão analisa os aspectos sigilosos mais relevantes para que seja efetiva a proteção desses dados pessoais no contexto específico do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio do levantamento bibliográfico. Souza et al. (2010) traz que a pesquisa bibliográfica oferece um importante aparato para iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os materiais levantados nos documentos de referência. Essa metodologia possibilita ainda reunir pesquisas precedentes e delas obter conclusões gerais para analisar o conhecimento científico sobre o assunto a ser investigado e contribuir com a prática profissional.

A realização desta pesquisa seguiu algumas etapas fundamentais: 1) elaborar o tema do estudo; 2) realizar a pesquisa bibliográfica; 3) organizar os dados coletados; 4) interpretar e avaliar os resultados do estudo; 5) exposição dos resultados (SOBRAL; CAMPOS, 2012; SOUZA, 2010).

Essa revisão possui a intenção de identificar o conhecimento constituído sobre a

temática de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e suas implicações no contexto do sigilo médico. Foi realizada uma busca ativa por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e na biblioteca eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Os descritores das palavras foram: PRONTUÁRIO; ELETRÔNICO; SIGILO; e MEDICINA. Para critérios de inclusão, foram estabelecidos como filtros: artigos publicados no período de 2003 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol e disponível na íntegra ou parcialmente em meios eletrônicos. Os artigos foram classificados e, posteriormente, os resultados encontrados foram sintetizados considerando a similaridade de conteúdo. Foram excluídos aqueles com títulos repetidos ou aqueles cujo tema principal fugia do propósito central deste trabalho, sendo então obtidos dezenove resultados para realização desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da metodologia aplicada foi possível elaborar o presente resumo. Obteve-se como resultado uma visão ampla sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e suas implicações no contexto profissional com base no referencial teórico utilizado. A realidade brasileira ainda é a dos prontuários específicos para cada unidade de saúde, digitalizados ou, em muitos casos, em papel. Os prontuários em papel dificultam a transferência, a atualização e a compreensão das informações.

Além disso, o espaço físico necessário para o seu armazenamento tem gerado problemas logísticos aos sistemas de saúde e incentivado negativamente a introdução de novas informações (CHIAVEGATTO FILHO, 2015). Nesse sentido, existe uma forte tendência para a universalização da digitalização dos prontuários no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos. Entretanto, apesar de necessária, essa novidade surge trazendo desafios para que sejam cumpridas as exigências legais e o sigilo profissional. A implantação de sistemas de informação em um hospital, além de complexo, envolve um custo muito alto e um compromisso significativo da força de trabalho, esperando-se que os sistemas implantados funcionem de modo adequado (JENAL et al., 2012). Os efeitos da implantação de novos sistemas podem ser, decididamente, perturbadores, em função da complexa dinâmica do contexto médico. Entre as desvantagens pode-se citar: resistência dos profissionais em relação ao uso de sistemas informatizados e ocorrência de falhas que podem deixar o sistema inoperante. É necessário ressaltar que, para atingir um bom resultado, deve-se oferecer à equipe que utiliza o sistema um treinamento contínuo e qualificado, além de discutir com os usuários sua aceitação e adesão (JENAL & ÉVORA, 2012). O uso agregado da tecnologia com os prontuários eletrônicos pode resultar em agravos e riscos à ética profissional, a postura sigilosa e a segurança do paciente (PEGÔ- FERNANDES;

WEBERE, 2010). As informações contidas no PEP são de propriedade do paciente. As instituições e os profissionais da área da saúde que tem acesso a elas são fiéis depositários do prontuário. Portanto, o dever de segredo não se limita ao médico, mas a todos aqueles que, em função de sua profissão, tenham acesso a estes dados. Porém, seus acessos deveriam se limitar somente às informações para o exercer de suas profissões (BEZERRA, 2009).

Rondina, et.al. , (2017) realizaram uma pesquisa comparando o Hospital de Ensino de São José do Rio Preto – SP com outras instituições de saúde, obtendo que, após a adesão ao PEP, o uso e acesso indevidos que comprometem a confiabilidade e segurança das informações do paciente apresentaram uma frequência de 34%, relatado também por 43% dos serviços de saúde analisados.

Entretanto, Farias et.al. (2011) realizaram uma pesquisa sobre a adoção do PEP em Hospitais Universitários de Brasil e Espanha, descrevendo a percepção dos profissionais de saúde sobre esse tema. Com relação ao controle de informações, foi observada uma melhoria da gestão de fluxos e informações como vantagem relativa ao emprego de tecnologias de informação e comunicação na gestão hospitalar. Foi constatado que a segurança da informação - quando o acesso só ocorre por meio de pessoas autorizadas -, o armazenamento de dados de forma segura, o sigilo garantido das informações do paciente em comparação à segurança oferecida em prontuários impressos, além da prevenção de erros de transcrição de nomes de medicamentos e materiais são vantagens que contribuem com a gestão hospitalar e assistencial de maneira adequada.

Segundo MASSAD (2003), todas as profissões da área da saúde estão regulamentadas por leis, normas e códigos que consagram os princípios éticos definidos primária e primeiramente para a medicina e estabelecem limites à atuação de seus integrantes. Vale notar que a confidencialidade das informações do PEP é um direito de todo cidadão, com respaldo na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso X que garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas. Este dever de preservação de segredo é previsto no nosso Código Penal, artigo 154, e na maioria dos códigos de ética profissional da saúde. Apesar disso, a legislação referente ao prontuário eletrônico ainda é incipiente, por tratar-se de documento que possui como característica básica o armazenamento de informações do paciente necessita de uma legislação específica para seu acesso (PINTO, 2006). O Código de Ética Médica, no seu artigo 11, impõe o segredo como um princípio fundamental para o exercício da medicina. No Capítulo IX estão as obrigações com o segredo profissional, como: o dever do médico de orientar seus auxiliares e zelar para que todos respeitem o segredo profissional e a proibição do médico em facilitar o acesso ao prontuário por pessoas que não são obrigadas ao segredo profissional. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2002).

O controle de acesso é importante para manter o sigilo das informações contidas nos PEPs, objetivando limitar que ações realizadas por usuários legítimos possam

quebrar a privacidade em seus acessos desnecessários ou não autorizados. Também devemos pensar em maneiras de se evitar que pessoas não autorizadas possam ter acesso a estas informações (SALVADOR & ALMEIDA FILHO, 2005). A fim de objetivar a segurança dos PEPs, podem-se utilizar alguns mecanismos, tais como: Controle de acesso por login e Senha, Certificados Digitais, Biometria, etc.

Além disso, Rodrigues et al. (2013) expõem a problemática da segurança do PEP, apontando que devem ser considerados mecanismos de segurança de rede, criptografia de dados, assinaturas digitais e monitoramento de acesso tanto pelos provedores dos serviços quanto pelos clientes de saúde. Pêgo-Fernandes e Webere (2010) corroboram com a assinatura eletrônica e relata que cuidados são necessários e uma forma de assegurar a privacidade dos dados do paciente é através da assinatura digital que é criptografada em códigos. No momento do preenchimento do prontuário essa assinatura eletrônica prova quem preencheu o prontuário e em que momento. Outra vantagem dessa assinatura é a dificuldade de falsificação se contrapondo com a facilidade adulterar um carimbo.

Nessa conjuntura, o estudo aprofundado sobre a privacidade da informação se faz importante, pois bastaria que uma única informação sobre uma única pessoa, fornecida de maneira incorreta ou inadequada, roubada ou acessada por quem não de direito, causando danos, angústias e sofrimento ao paciente, para não se fazer sentido o uso de tais tecnologias (SALVADOR & ALMEIDA FILHO, 2005).

CONCLUSÃO

É possível afirmar, portanto, que o prontuário constitui-se em um documento no qual as informações nele registradas são de extraordinária importância, não só a respeito de patologias, mas também para o paciente, médico, equipe da saúde, pesquisa e para a instituição na qual o paciente teve assistência. Para o médico, um prontuário bem elaborado representa um instrumento de grande valia para o diagnóstico e o tratamento de doenças e possibilita o fornecimento de laudo mais seguro.

Com a maior facilidade de compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e serviços de saúde com a informatização, as Leis do Código de Ética Médica e todas as demais leis e normas referentes a questões éticas ligadas ao Prontuário Eletrônico do Paciente devem ser muito bem divulgadas e estudadas. Por outro lado, o acesso ao PEP fica restrito às pessoas autorizadas a usar o computador, restringindo-se os profissionais administrativos responsáveis pelo arquivo das pastas, e até mesmo enfermeiros e auxiliares, melhorando o controle da confidencialidade dos dados.

Nesse viés, alguns mecanismos de segurança, tais como criptografia, assinatura digital e biometria podem garantir um nível bastante elevado de confiabilidade e privacidade das informações contidas em um PEP, mas há necessidade de se criar

políticas e práticas bem estruturadas de acesso a estas informações, objetivando a conscientização das pessoas de direito a um uso apropriado e seguro de sistemas informatizados. Pois, como já citado, as informações constantes no prontuário médico caracterizam-no como um documento estritamente sigiloso calcado em dados reveladores e restritos ao paciente e aos profissionais que lhe atendem e prestam o serviço de saúde. Para se alcançar todas as vantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente, ainda há que se solucionar muitos dos problemas éticos, legais e técnicos. Vale ressaltar que os obstáculos dos processos, tais como: legislação, a priorização da confiabilidade e privacidade, falta de identificação de forma unívoca dos pacientes superam as dificuldades tecnológicas do processo em si, pois estas têm sido tratadas de forma individual por iniciativas privadas e públicas. Manter-se o sigilo profissional é direito do paciente e dever dos profissionais, independente da maneira que essas informações são/estão armazenadas.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, jan./abr. 2009

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF**, n. 153, 9 ago. 2002a. Seção 1, p.184-185.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. C. Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo, **Epidemiologia e Serviços de Saúde** – Brasília, 2015.

FARIAS, J. S.; GUIMARÃES, T. A.; VARGAS, E. R.. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 45, p.303-326, out. 2011.

FERREIRA, M. L. Introdução à preservação digital: conceitos, estratégias e actuais consensos. Minho Portugal : **Edição Eletrônica, Escola de Engenharia da Universidade do Minho**. 2006.

JENAL, S., ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente . **Jornal Health Informatics** , SBIS – 2012.

MARTINS, A., SAUKAS E., ZANARDO, J. SCAI: Sistema de Controle de Acesso para os Requisitos da Saúde. **Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, novembro de 2006.

PATRÍCIO, C.M.; MAIA, M.M.; MACHIAVELLI, J.L.; NAVAES, M.A.N. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica** (Porto Alegre); volume 21, número 3, p. 121-131, 2011.

PEGÔ-FERNANDES, P. M.; WEREBE, E. Prontuário Eletrônico do Paciente: algumas pegadas para o futuro. **Revista Diagnostico e Tratamento**. v. 15, n.4, p. 159-61, 2010.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf** ., Florianópolis, n.21, p. 34-48, 2006.

RODRIGUES, J. J. P. C. et al. Analysis of the Security and Privacy Requirements of Cloud-Based Electronic Health Records Systems . **J. Med. Internet Revist**, v. 15, n.8, 2013.

RODRIGUES, C.C. Ética no prontuário eletrônico. **Trabalho Monográfico – Enfermagem – Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA**, 2009.

RONDINA, J. M. et al.. Prontuário eletrônico do paciente: comparação de um hospital de ensino com outras instituições de saúde. **Revista de Saúde Digital de Tecnologia da Educação**. Fortaleza, v. 2 - 2017.

SALVADOR, V. F. M; ALMEIDA FILHO, F. G. V. Aspectos éticos e de segurança do prontuário eletrônico do paciente. **Revista Jornada do Conhecimento da Tecnologia**, 2. 2006.

SILVA, F.G.; TAVARES NETO, J. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica** , Rio de Janeiro, v.29, nº 1, 2006.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?; Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), v. 8, n. 1, 2010.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

WOODS, S. S. et al. Patient Experiences with Full Electronic Access to Health Records and Clinical Notes through the My HealtheVet Personal Health Record Pilot: **Qualitative Study J Med Internet Rev.**, v.15, n,3, 2013.

ZARCADOOLAS, C. et al. Consumers' Perceptions of Patient-Accessible Electronic Medical Records. **J Med Internet Rev**., v.15, n.18, 2013.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016

Victoria Farias do Nascimento
Universidade Federal de Pernambuco
Vitória de Santo Antão – PE

Marília Gabrielle Santos Nunes
Universidade Maurício de Nassau
Recife – PE

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes
Universidade Federal de Pernambuco
Vitória de Santo Antão – PE

Antonio Flaudiano Bem Leite
Universidade Federal de Pernambuco
Vitória de Santo Antão – PE

Edson Hilan Gomes de Lucena
Universidade Federal de Pernambuco
Vitória de Santo Antão – PE

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo analisar a situação epidemiológica das internações de idosos por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde em no estado de Pernambuco. Trata- se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A população de estudo foi constituída por idosos com faixa de 60 a 79 anos, residentes no estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2016. Os dados de domínio público do foram proveniente do registro de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) dos bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) na *website* do Datasus. O aplicativo de tabulação utilizado foi o *Tabwin* (Versão 3.6). Para análise dos dados, a pesquisa foi dividida em dois eixos: dos aspectos demográficos e dos clínico- epidemiológico. No primeiro eixo foram identificadas as principais causas de internações de acordo com os capítulos da CID-10; no segundo eixo foram analisados os aspectos demográficos de acordo com as variáveis de faixa etária e sexo. Registrou-se um total de 131.382 internações de idosos por condições sensíveis a atenção primária. De acordo com os sexos, apresentaram um total de 66.379 (50,52%) de ICSAP no sexo feminino e 66.003 (49,47%) no masculino. A faixa que mais acometeu os idosos foi dos 70 aos 74 anos com 34.410 (26,19%). Evidencia-se que a qualificação da APS é imprescindível podendo contribuir na redução do número de internações por causas evitáveis através de ações de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, assim como maior atenção ao controle de infecções do rim e do trato urinário e das gastroenterites infecciosas e complicações, agravos mais prevalentes dentre as ICSAP.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Idoso.

ABSTRACT: The present study aimed to analyze the epidemiological situation of the hospitalizations of the elderly due to conditions sensitive to Primary Health Care in Pernambuco. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The study population consisted of elderly individuals aged 60 to 79 years, living in the state of Pernambuco, in the period from 2012-2016. The data were collected from the Hospital Information System of SUS (SIH / SUS), which is responsible for processing hospital admissions authorizations (AIHs), using the Tabwin application (Version 3.6). For data analysis, the research was divided into two axes: Clinical-epidemiological and demographic aspects. In the first axis, the main causes of hospitalizations were identified according to the ICD-10 chapters; in the second axis the demographic aspects were analyzed according to the variables of age group and gender. A total of 131,382 hospitalizations of the elderly were registered for conditions sensitive to primary care. According to the sexes, they presented a total of 66,379 (50.52%) of ICSAP in females and 66,003 (49.47%) in males. The range that most affected the elderly was from 70 to 74 years old with 34,410 (26.19%). It is evidenced that the qualification of PHC is essential and can contribute to reduce the number of hospitalizations due to preventable causes through actions to promote and prevent chronic noncommunicable diseases, as well as greater attention to the control of infections of the kidney and the urinary tract and infectious gastroenteritis and complications.
KEYWORDS: Primary Health Care. Hospitalization. Old man.

1 I INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, marcado pela transição demográfica, no qual se observa um grande aumento da população idosa. Porém, vem acontecendo de forma distinta entre os países em desenvolvimento e nos países já desenvolvidos. No Brasil, esse processo ocorre de forma bastante acelerada e progressiva, em decorrência das modificações de alguns indicadores, principalmente pelo constante aumento da expectativa de vida e o declínio da fecundidade (FELIX, 2007).

O envelhecimento populacional se traduz em uma maior demanda nos serviços de saúde devido ao perfil epidemiológico desse grupo etário, marcado pela alta taxa de hospitalização por doenças crônicas e degenerativas, causando assim, um impacto na saúde pública devido à gravidade dos casos, muitas vezes ocasionada pela não procura dos serviços de saúde por finalidades preventivas e falhas no processo de trabalho dos serviços de saúde (CAMPOS et al., 2013).

Portanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é imprescindível na atenção integral à saúde do idoso por possuir ações voltadas principalmente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, auxiliando na diminuição da demanda na atenção secundária, além proporcionar, um envelhecimento com mais qualidade de vida. Para avaliar e monitorar a qualidade da APS utiliza-se o indicador de Internações por

Condições Sensíveis à Atenção Primaria à Saúde (ICSAP) (ROMERO et al., 2016).

De acordo com Boing (2012), entre 1998 e 2009 ocorreram 4.304.012 ICSAP no Brasil, 16.484.932 (48,1%) entre os homens e 17.819.080 (51,9%) entre as mulheres, havendo uma média anual de 2.858.668 internações, apresentando uma taxa de internação média igual a 157,6 por 10.000 homens e 165,1 por 10.000 mulheres.

Nesse sentido, pelo grande impacto do ICSAP nos serviços de saúde, o presente estudo visa analisar a situação epidemiológica das internações de idosos por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, no período de 2012-2016. Desta forma, esse estudo contribuirá com o fornecimento de subsídio científico para criação e/ou reformulação de políticas públicas voltadas para esse público.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A população de estudo foi constituída pela população de pessoas idosas com faixa de 60 a 79 anos, residentes no Estado de Pernambuco. O limite de idade até 79 anos deve-se à alta prevalência de co-morbidade nas idades acima de 80 anos, o que dificulta a definição da causa básica da internação (PROJETO ICSAP, 2012).

Analisou-se as internações por grupos de causas de idosos por condições sensíveis à APS, e verificou-se a sua relação com as seguintes varáveis: sexo e faixa etária. A seleção das causas prevalentes de ICSAP foi realizada com base na Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde classificadas segundo a 10º Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) sistema que processa as autorizações de internações hospitalares (AIHs), utilizando-se do programa tabwin (Versão 3.6) desenvolvido pelo Departamento de Informação em Saúde do SUS (DATASUS/Ministério da Saúde). Utilizou-se o software Microsoft Excel (versão 2010) para a tabulação dos dados, cálculos e construção dos gráficos de acordo com os objetivos propostos.

Para análise dos dados, a pesquisa foi dividida em dois eixos: Clínico-epidemiológico e aspectos demográficos. No primeiro eixo foram identificadas as principais causas de internações de acordo com os capítulos da CID-10 entre o período de 2012 a 2016; no segundo eixo foram analisados os aspectos demográficos de acordo com as variáveis de faixa etária e sexo.

Quanto aos aspectos éticos, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisa em seres humanos, se torna necessária a aprovação do protocolo de pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). Sendo que, por se tratar de um estudo realizado com dados secundários de domínio público, disponíveis no DATASUS, não foi necessário submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa,

visto que não foram usados qualquer tipo de identificação individual ou base nominal. Os dados foram analisados de forma global, não incorrendo, portanto, qualquer risco à população estudada.

3 I RESULTADOS

No período de 2012 a 2016 registrou-se um total de 131.382 internações de idosos por condições sensíveis a atenção primária. As ICSAP entre idosos apresentaram aumento da sua frequência absoluta de 24.447 (2012) para 26.630 (2016).

Ao analisar as ICSAP desagregadas por grupos de causas observa-se que os cinco principais diagnósticos de internações evitáveis foram: Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), com 21,20% (27.850) das internações, representando a condição sensível que acometeu mais os idosos, no qual apresentou um aumento significativo a partir do ano 2013, e uma pequena redução no ano 2016; Grupo 11 (insuficiência cardíaca) com 16,04% (21.078) tem uma queda no ano 2013 e seguiu em ascendência nos anos seguintes; Grupo 13 (diabetes melitus) com 10,46% (13.743) apresentou-se uma redução continua nos anos iniciais; Grupo 15 (infecção no rim e trato urinário) com 8,10% (10.646) obtiveram crescimento continuo até o ano 2014, reduzindo em 2015 e tornando a crescer em 2016; e Grupo 2 (gastroenterites infecciosas e complicações) com 7,95% (10.447) internações sensíveis a APS apesar de apresentar um aumento significativo em 2013 obtiveram uma tendência de diminuição nos anos seguintes. (Gráfico 1)

As doenças cerebrovasculares estiveram na primeira posição em todos os anos do estudo, com exceção em 2012, que este diagnóstico foi ultrapassado pela insuficiência cardíaca com pequena diferença entre os dois (17,09% para o Grupo 11 e 12,56% para o Grupo 12). (Gráfico 1).

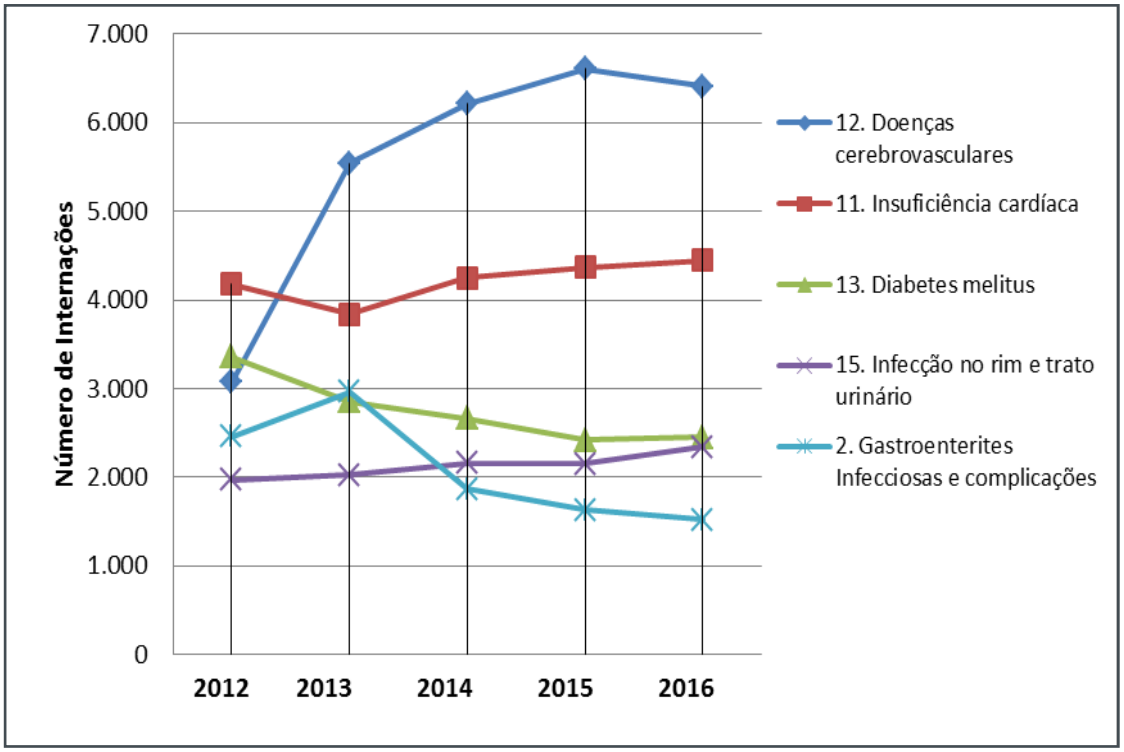


Gráfico 1 – Distribuição das cinco principais causas de ICSAP na faixa etária de 60 a 79 anos, no Estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS.

As análises das ICSAP apresentaram um total de 66.379 (50,52%) de ICSAP no sexo feminino e 66.003 (49,47%) no masculino. Demostra que as mulheres internam mais que os homens, porém com uma discreta diferença de apenas 2%. A média da taxa de ICSAP no sexo feminino foi de 3,49 internações por mil habitantes durante todo o período estudado, enquanto para o sexo masculino a média da taxa foi menor com 3,42 internações/mil habitantes. (Tabela 1)

Para as mulheres, os cinco grupos de causas com maior representação nas internações foram: Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), com 20,13%; Grupo 11 (insuficiência cardíaca), com 14,73%; Grupo 13 (diabetes melitus), com 12,27%; Grupo 2 (gastroenterites infecciosas e complicações) com 9,42% e Grupo 15 (infecção do rim e trato urinário), com 7,36%. (Tabela 1)

Dessas cinco, as três maiores causas de internação (doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e diabetes melitus) entre as mulheres se classificaram em posições semelhantes entre os anos, havendo uma pequena variação de posição apenas no ano 2012. Portanto, as doenças que não ocuparam o grupo das cinco principais causas em alguns anos foram: gastroenterites infecciosas e complicações e infecção do rim e trato urinário. (Tabela 1)

Observa-se que as doenças cerebrovasculares corresponderam a primeira causa de internação para ambos os sexos, no período de 2012 à 2016, porém suas elevações foram mais acentuadas entre os homens. A insuficiência cardíaca também foi a segunda causa para ambos sexos com exceção do ano 2012. (Tabela 1)

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1. Doenças preveníveis por imunizações e condições sensíveis	1.056	1,59	1.569	2,41	2.625	2,00
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	6.254	9,42	4.193	6,45	10.447	7,95
3. Anemia	724	1,09	617	0,95	1.341	1,02
4. Deficiências nutricionais	1.080	1,63	1.325	2,04	2.405	1,83
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	163	0,25	162	0,25	325	0,25
6. Pneumonias bacterianas	2.603	3,92	2.441	3,76	5.044	3,84
7. Asma	1.136	1,71	778	1,20	1.914	1,46
8. Doenças pulmonares	3.731	5,62	3.618	5,57	7.349	5,59
9. Hipertensão	3.896	5,87	2.797	4,30	6.693	5,09
10. Angina	4.627	6,97	4.834	7,44	9.461	7,20
11. Insuficiência cardíaca	9.776	14,73	11.302	17,39	21.078	16,04
12. Doenças cerebrovasculares	13.360	20,13	14.490	22,29	27.850	21,20
13. Diabetes melitus	8.146	12,27	5.597	8,61	13.743	10,46
14. Epilepsias	861	1,30	1.175	1,81	2.036	1,55
15. Infecção no rim e trato urinário	4.884	7,36	5.762	8,86	10.646	8,10
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2.045	3,08	1.737	2,67	3.782	2,88
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	133	0,20	0	0,00	133	0,10
18. Úlcera gastrointestinal	1.888	2,84	2.588	3,98	4.476	3,41
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	16	0,02	18	0,03	34	0,03
Total	**66.379**	**100,00**	**65.003**	**100,00**	**131.382**	**100,00**

Tabela 1 – Distribuição dos números e percentuais de ICSAP na faixa etária de 60 a 79 anos, segundo grupo de causas e sexo, no Estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS

A partir dos dados apresentados no gráfico 2, verifica-se que, no sexo feminino, as causas evitáveis de insuficiência cardíaca, infecção no rim e no trato urinário obtiveram uma tendência de aumento. As doenças cerebrovasculares seguiu em evolução até o ano 2015, reduzindo em 2016. Enquanto que a diabetes melitus e a gastroenterites infeciosas apresentaram uma diminuição no decorrer dos anos.

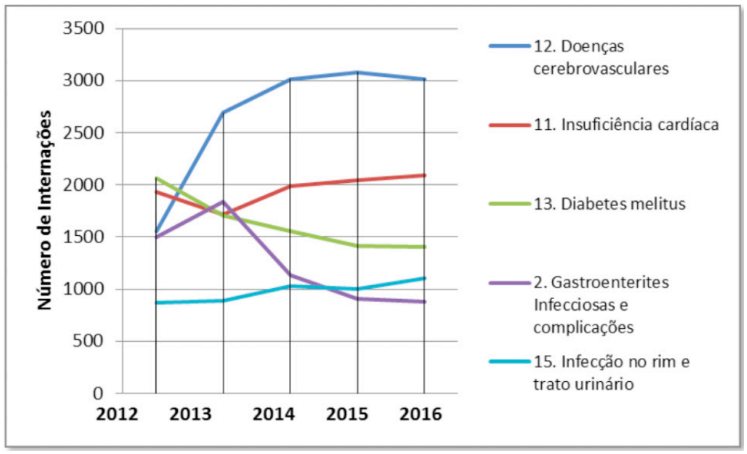


Gráfico 2 – Trajetória das cinco principais causas de ICSAP na faixa etária de 60 a 79 anos segundo o sexo feminino, no Estado de Pernambuco durante os anos de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS

Para os homens, as cinco principais causas de ICSAP foram semelhantes das mulheres, divergindo apenas entre um diagnóstico e na posição em que se classificaram. A primeira causa foi em consequência do Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), com 22,29%; em seguida revelou o Grupo 11 (insuficiência cardíaca), com 17,39%; o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário), na terceira posição com 8,86; o Grupo 13 (diabetes melitus), em quarto lugar com 8,61% e por último, o Grupo 10 (angina), com 7,44%. (Gráfico 3)

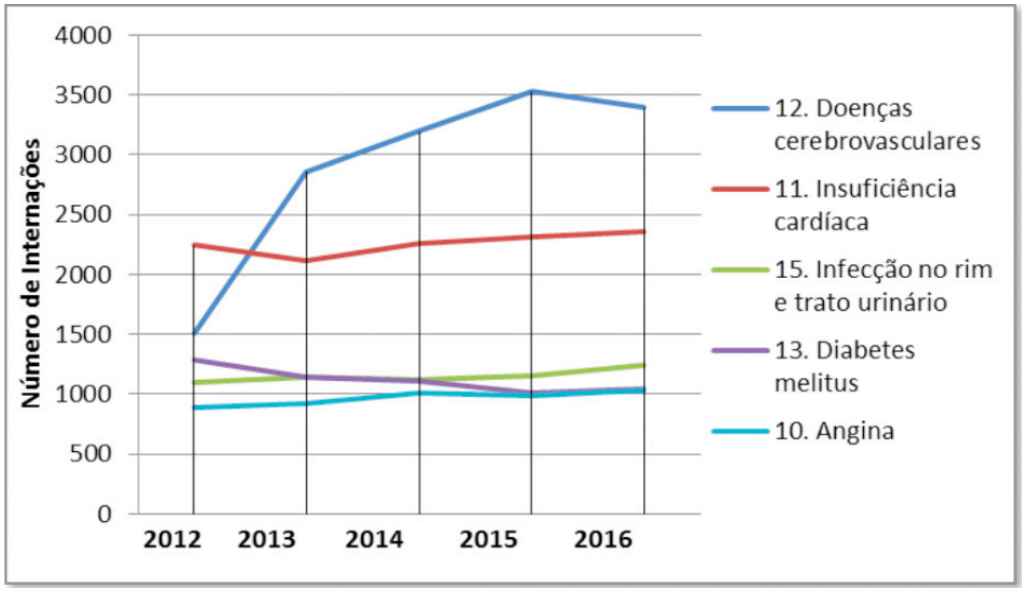


Gráfico 3 – Trajetória das cinco principais causas de ICSAP da faixa etária de 60 a 79 anos segundo o sexo masculino, no Estado de Pernambuco durante os anos de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS

No que se refere às diferenças entre as causas de ICSAP presentes na comparação entre masculino e feminino, verifica-se que o Grupo 11 (insuficiência cardíaca), Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), Grupo 15 (infecção do rim e trato urinário), Grupo 18 (Úlcera gastrointestinal) e Grupo 1 (doenças preveníeis) atingiram significativamente

o sexo masculino, nesta ordem. (Gráfico 4)

As causas de internação que se aproximaram em quantidade, entre os sexos foram: Grupo 5 (infecções de ouvido, nariz e garganta), Grupo 3 (anemia), Grupo 8 (doenças pulmonares) e Grupo 6 (pneumonias bacterianas). (Gráfico 4)

Com exceção do grupo 17 (doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos), por ser exclusivo entre mulheres e o Grupo 19 (doenças relacionadas ao pré-natal e parto), justificado pela ocorrência de bebês masculinos, logo depois do nascimento, terem suas internações sensíveis registradas por causas congênitas, como a sífilis e a rubéola na mesma AIH de sua mãe que foi internada para os procedimentos obstétricos. As principais distinções nos grupos de CSAP com base no sexo feminino foram: Grupo 13 (diabetes melitus), Grupo 2 (gastroenterites), Grupo 9 (hipertensão), Grupo 7 (asma) e Grupo 16 (infecção da pele e tecido subcutâneo). (Gráfico 4)

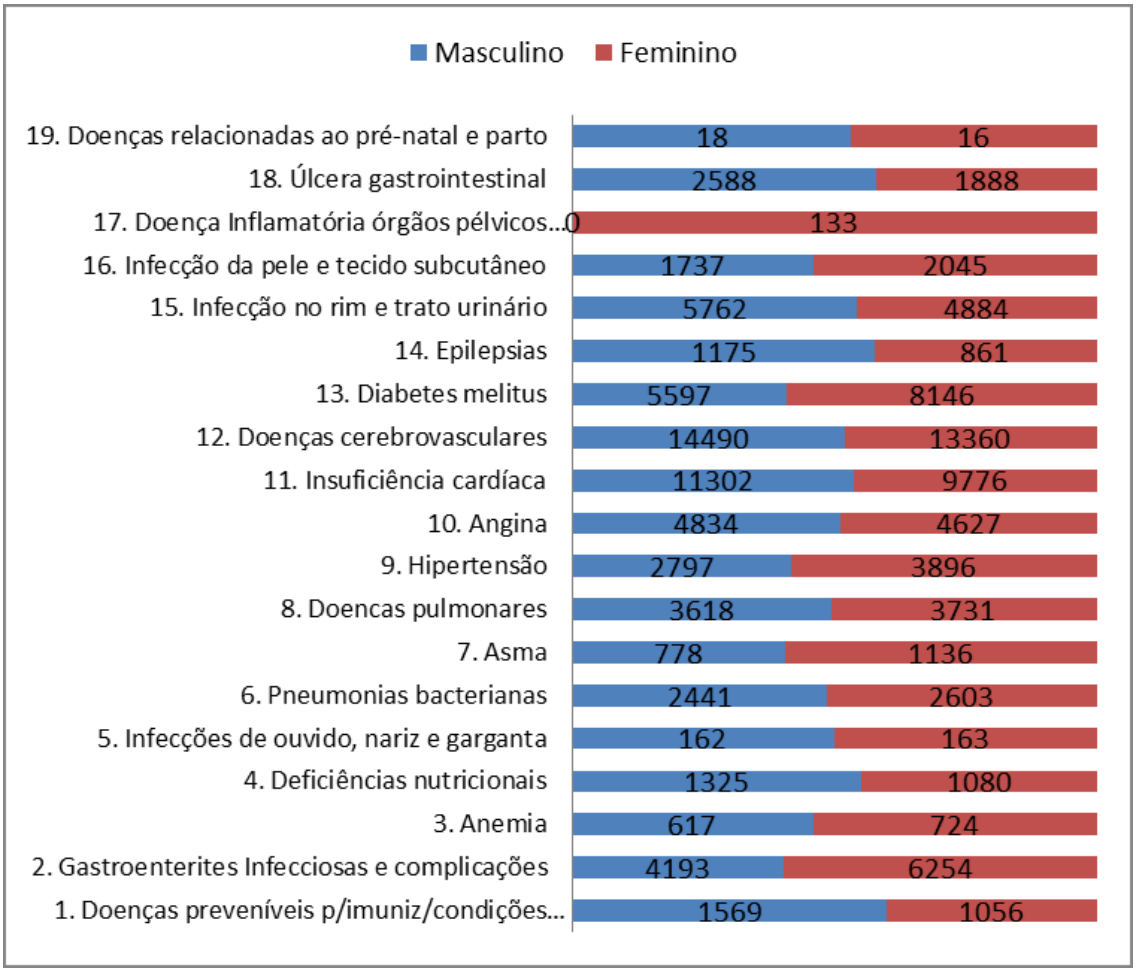


Gráfico 4 – Comparação do número de ICSAP da faixa etária de 60 a 79 anos entre o sexo masculino e feminino, no Estado de Pernambuco, durante o período de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS

Ao desagregar o total de internações sensíveis à APS por faixa etária, observa-se que as ICSAP, conforme tabela 4, os idosos com faixa etária de 60 aos 64 anos apresentaram 30.745 (23,40%) internações evitáveis durante o período; dos 65 aos 69 anos somaram 33.792 (25,72%); 70 aos 74 anos a faixa etária com maior proporção

de ICSAP com 34.410 (26,19%) e por fim a faixa etária dos 75 aos 79 anos com 32.435 internações (24,69%). (Tabela 2)

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária	Faixa etária									
	60-64 anos		65-69 anos		70-74 anos		75-79 anos		TOTAL	
	N	%	N	N	N	%	N	%	N	%
Doenças preventivas por imunizações e condições sensíveis	876	2,85	738	2,18	595	1,73	416	1,28	2.625	2,00
Gastroenterites Infecciosas e Complicações	2.330	7,58	2.519	7,45	2.820	8,20	2.778	8,56	10.447	7,95
Anemia	275	0,89	330	0,98	363	1,05	373	1,15	1.341	1,02
Deficiências nutricionais	511	1,66	507	1,50	672	1,95	715	2,20	2.405	1,83
Infecções de ouvido, nariz e garganta	61	0,20	87	0,26	86	0,25	91	0,28	325	0,25
Pneumonias bacterianas	954	3,10	1.121	3,32	1.417	4,12	1.552	4,78	5.044	3,84
Asma	402	1,31	481	1,42	523	1,52	508	1,57	1.914	1,46
Doenças pulmonares	1.454	4,73	1.852	5,48	2.058	5,98	1.985	6,12	7.349	5,59
Hipertensão	1.651	5,37	1.756	5,20	1.732	5,03	1.554	4,79	6.693	5,09
Angina	2.746	8,93	2.646	7,83	2.265	6,58	1.804	5,56	9.461	7,20
Insuficiência cardíaca	4.926	16,02	5.406	16,00	5.471	15,90	5.275	16,26	21.078	16,04
Doenças cerebrovasculares	6.338	20,61	7.267	21,51	7.410	21,53	6.835	21,07	27.850	21,20
Diabetes melitus	3.324	10,81	3.738	11,06	3.581	10,41	3.100	9,56	13.743	10,46
Epilepsias	534	1,74	552	1,63	502	1,46	448	1,38	2.036	1,55
Infecção no rim e trato urinário	2.134	6,94	2.598	7,69	2.841	8,26	3.073	9,47	10.646	8,10
Infecção da pele e tecido subcutâneo	984	3,20	993	2,94	930	2,70	875	2,70	3.782	2,88
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	46	0,15	41	0,12	25	0,07	21	0,06	133	0,10
Úlcera gastrointestinal	1.186	3,86	1.153	3,41	1.110	3,23	1.027	3,17	4.476	3,41
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	13	0,04	7	0,02	9	0,03	5	0,02	34	0,03
Total	**30.745**	**100,00**	**33.792**	**100,00**	**34.410**	**100,00**	**32.435**	**100,00**	**131.382**	**100,00**

Tabela 2 – Número das internações de idosos (60 a 79 anos) por condições sensíveis à atenção primária por faixa etária segundo causas de internações e faixa etária, precedentes do Estado de Pernambuco, durante o período de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS

Percebe-se que os grupos das ICSAP mais frequentes foram: as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e diabetes melitus, acometeram os idosos com posições e quantitativo semelhantes nas quatro faixas. As doenças cerebrovasculares foram responsáveis pela maior causa em cada faixa, responsáveis por 20,61% (60-64a), 21,51% (65-69a), 21,53% (70-74a) e 21,07% (75 a 79a) das causas de internações evitáveis; a insuficiência cardíaca representaram a segunda maior causa de ICSAP com 16,02% (60-64a), 16,00% (65-69a), 15,20% (70-74a) e 16,26% (75 a 79a) das internações; e a diabetes melitus como a terceira maior causa com 10,81% (60-64a), 11,06% (65-69a), 10,41% (70-74a) e 9,26% (75 a 79a) das internações. (Gráfico 5).

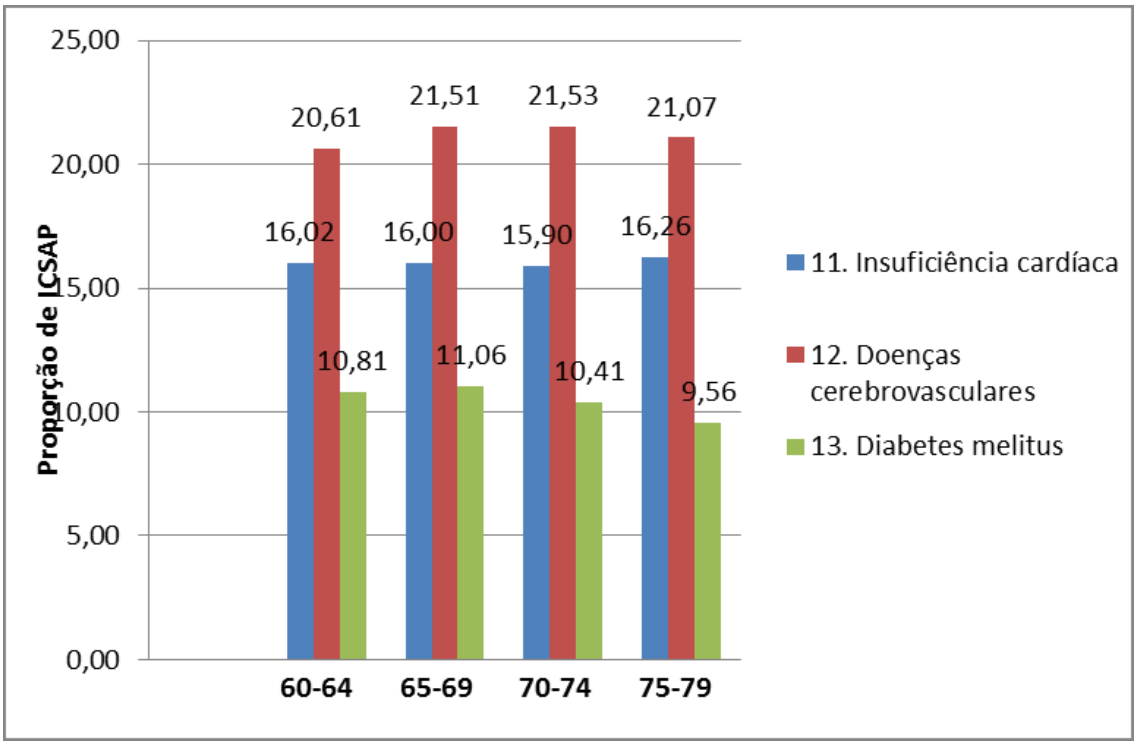


Gráfico 5 – Trajetória das três principais causas de ICSAP entre idosos segundo as faixas etárias no Estado de Pernambuco durante os anos de 2012 a 2016.

Fonte: Próprios autores baseados em dados do SIH/Datasus/MS

4 I DISCUSSÃO

Os achados deste estudo mostram que a incidência de doenças cerebrovasculares é a maior causa em ambos os sexos, sendo mais acentuada no sexo masculino. Este grupo de causa é considerado, atualmente, doença de maior relevância no contexto mundial, tendo como principais fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tabagismo, hipercolesterolemia, obesidade e o alcoolismo (MELLO et al., 2017; PIMENTA, 2009).

Após separar os resultados das ICSAPs por grupos de causas identificaram-se as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, diabetes melitus, infecção no rim e trato urinário e gastroenterites, como sendo as causas mais frequentes em Pernambuco que em sua totalidade representaram 63,76% das hospitalizações

evitáveis. A prevalência dessas doenças crônicas se reproduziu também em outros resultados no país (CARDOSO, et al., 2013).

Marcinko, Dourado e Guanais (2011), apontam que a rápida transição demográfica e epidemiológica levou altas taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente por doenças cerebrovasculares.

Pimenta (2009), exibe que outra razão para o aumento das doenças cerebrovasculares no Brasil, deve-se a não implementação eficaz dos programas governamentais direcionados para a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis.

O grupo 11 (insuficiência cardíaca), a segunda maior causa entre a faixa etária de 60 a 79 anos deste achado representou 16,04% das hospitalizações evitáveis em Pernambuco. A qual em semelhança, no Brasil, é considerada também a segunda maior causa de internação entre os idosos. Assim sendo, constitui-se em uma patologia cada vez mais constante na população em geral e mais prevalente na pessoa idosa, onde seu tratamento acaba tornando-se um desafio devido o surgimento de complicações típicas da idade (SOUZA et al., 2017).

Ao analisar a frequência de hospitalizações por ICSAP, entre os sexos na faixa etária de 60 a 79 anos, revelou-se maior quantitativo no sexo feminino, achado semelhante pesquisas sobre esse fenômeno, tanto em territórios com ESF, quanto em modelo de assistência tradicional (MELO, 2014; FERREIRA et al., 2014; REHEM et al., 2012; CARDOSO et al., 2013).

Achados do presente estudo mostram que 14,73% representaram as internações por insuficiência cardíaca no sexo feminino, enquanto 17,39% foi no sexo masculino. Segundo Rich (2005) e Santos (2011), nos idosos a insuficiência cardíaca desenvolve-se mais nas mulheres do que nos homens, ao contrário do que se verifica nas faixas inferiores.

Em uma pesquisa realizada no estado do Espirito Santo, registrou-se que os grupos de causas de gastroenterites infecciosas, infecção no rim e trato urinário e diabetes melitus estiveram também entre os principais motivos de internações evitáveis (PAZÓ et al., 2012).

Outros estudos contrariam o presente achado, evidenciando proporção e taxa de ICSAP maior em homens (MELO, 2014; TORRES, 2014). Entretanto, Dourado et al. (2011) atestaram que essa taxa pode variar em diferentes regiões.

A maior frequência feminina nas internações pode estar relacionada a baixa resolutividade da APS frente às problemáticas apresentadas por elas, no qual acaba gerando complicações e maior susceptibilidade de internações hospitalares. Outra razão que pode estar relacionada a este quadro corresponde a própria organização do sistema de saúde que, ao longo do tempo priorizou políticas e serviços de saúde direcionados para mulheres e crianças. Assim sendo, as mulheres, tradicionalmente, utilizam mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens que associam essa procura a um aspecto de fragilidade (CHAKORA, 2014; REHEM et al., 2013).

Dessa forma os homens possuem um maior risco de adoecimento devido ao

distanciamento dos serviços de saúde, que acaba ocasionando em diagnósticos tardios, onde tais doenças poderiam ser controladas ou tratadas (CHAKORA, 2014).

Em relação a faixa etária, os dados alcançados desse estudo mostram que quanto maior a faixa etária entre os idosos maior o aumento do número de ICSAP.

Esse cenário pode ser decorrente da expansão da expectativa de vida e o envelhecimento acelerado. Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de APS, por questões relativas a locomoção e ao elevado grau de dependência, que acaba facilitando o desencadeamento de complicações e atendimento hospitalar (MALTA et al.,2011).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), em Pernambuco no ano de 2012, 68,40% da população eram cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), passando para 75,57% em 2016, o fato de a população não está completamente coberta pela ESF pode impactar diretamente no número de ICSAP. Além disso, pode-se frisar a possibilidade de que apesar da população ter acesso aos serviços primários, eles não se mostram tão efetivos. (BRASIL, 2018)

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados apresentam as principais causas de internações em idosos e apontam os coeficientes de morbidade por doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca como as duas mais frequentes no Estado de Pernambuco, no ano de 2016.

De acordo com a distribuição temporal das ICSAP, conclui-se que houve maior ocorrência das internações no sexo feminino. Podendo estar relacionado a baixa resolutividade da APS frente as problemáticas apresentadas por elas sendo necessário o encaminhamento para serviços especializados e hospitalares.

Diante da realidade atual de transição demográfica e epidemiológica e a partir dos resultados encontrados, é visível a necessidade e a importância do sistema de saúde estar preparado para atender as necessidades de saúde da população idosa, sobretudo na qualificação da APS, podendo contribuir na redução do número de internações por causas evitáveis através de ações de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, assim como maior atenção ao controle de infecções do rim e do trato urinário e das gastroenterites infecciosas e complicações.

Ademais, o presente estudo proporciona o fornecimento de subsídio científico para gestores e profissionais de saúde visando assim o aperfeiçoamento e desenvolvimento de estratégias voltadas para a atenção a saúde da pessoa idosa e consequentemente o controle ou diminuição das ocorrências de ICSAPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/#> Acesso em: 04 jun. 2018.

CAMPOS, M. O. *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18; n. 3, março, 2013.

CARDOSO, C.S. *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud** Pública, São Paulo, v. 34, p. 227-234, 2013.

CHAKORA, E. S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 559, 2014.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, p. 45-56, 2014.

FELIX, J. S. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 8., 2007. **Anais...** Abres, 2007.

MALTA, D. C., MORAIS NETO, O. L., SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano

de ações estratégicas para o enfretamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MELLO, J. M. *et al.* Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, p. 1-11, 2017.

MELO. M. D. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em Guarulhos: um olhar da Enfermagem em Saúde Coletiva**. 2014. 211 p. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MARCINKO, J., DOURADO, M. I. C., GUANAIS, F. C. **Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde diagnósticos, instrumentos e intervenções**. Washington: IDB-DP-, 2011.

MARQUES, E. S. **Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de condições sensíveis à atenção primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro**. 2012. 71 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MARQUES, A. P.; ANDRADE, C. T. L.; ROMERO, D. E. M. et al Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado do Rio de janeiro: estudo do impacto da atenção primária na morbidade hospitalar de idosos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012, São Paulo,.**Anais...** São Paulo: Fundação Osvaldo Cruz, 2016 p. 1-11.

PAZÓ, R. G., FRAUCHES, D. D. O., GALVEAS, D. P. *et al.* Internações por

condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 275-282, 2012.

PIMENTA, C. P. **Prevenção das doenças cerebrovasculares no Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde.** 2009. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de pós graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2009.

PROJETO ICSAP. **Avaliação do impacto das ações do programa saúde da família na Redução das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção básica em adultos e idosos.** Relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf > Acesso em: 05 Jan. 2018.

REHEM, T. C. M.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto- Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.535-542, 2012.

REHEM, T. C. M. S. B. *et al.* Fospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in a brazilian metropolis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n.4, p. 884-890, 2013.

RICH, M. W. Office management of heart failure in the elderly. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 118, n. 4, p. 342-348, 2005.

ROMERO, D. *et al.* A Atenção Primária evita agravos de saúde dos idosos no Brasil? Utilidade do Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na análise da tendência e condições de vida da população idosa de Rio de Janeiro e Minas Gerais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 19., 2014 São Paulo,. **Anais...**, São Paulo: ABEP, 2016, p.1-22.

SANTOS, F. S. F**. Insuficiência Cardíaca no Idoso: etiologia, diagnostico, tratamento e prognostico**, 2010. 21 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Portugal, 2010.

SOUZA, M. P. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 42-48, 2017.

TORRES, R. L. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia: aspectos organizacionais e sociodemográficos, 2014. 203

p. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde). Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem, São Paulo, 2014.

CAPÍTULO 4

APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tayná Vieira da Silva
Acadêmica de Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Praticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE. Contato: taynavieiradasilva@hotmail.com

Maria Raquel Rodrigues Carvalho
Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

Maria Salete Bessa Jorge
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP/USP. Professora Titular/Universidade Estadual do Ceará - UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem -GRUPSFE da UECE. Pesquisadora CNPq

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos nos quais a população está suscetível a adquirir em seu meio social. Composta por diversos profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde, essa assistência visa a integralidade do cuidado ao paciente. O objetivo da pesquisa foi analisar a produção científica brasileira acerca da utilização dos resultados das pesquisas nos serviços de saúde da APS. A metodologia utilizada foi a de revisão integrativa de literatura no período de 2008 a 2018, utilizando a estratégia minemônica PICo para identificação da questão norteadora e o instrumento PRISMA para adaptado para organizar e reunir os estudos. A partir dos estudos foi percebido que os profissionais de saúde, apesar de terem uma formação medico assistencialista, vem integrando em suas práticas a humanização do cuidado e da precariedade do serviço diante do impasse que o SUS vem sofrendo com os constantes ataques políticos, sendo cada vez menos investido e valorizado, refletindo assim no cuidado primário prestado à população.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, conhecimento, cuidado, saúde.

ABSTRACT: Primary Health Care (PHC) is a strategy of the Unified Health System (SUS) that aims to promote health and prevent diseases and diseases in which the population is susceptible to acquire in their social environment. Composed of several health professionals such as nurses, doctors, dentists and community health agents, this assistance aims at the integrality of patient care. The objective of the research was to analyze the Brazilian scientific production about the use of the results of the research in the PHC

health services. The methodology used was an integrative literature review from 2008 to 2018, using the PICo minemonic strategy to identify the guiding question and the PRISMA instrument adapted to organize and gather the studies. From the studies, it was noticed that health professionals, despite having a medical assistentialist training, have been integrating in their practices the humanization of care and the precariousness of the service in the face of the impasse that the SUS has been suffering from constant political attacks, each being less invested and valued, thus reflecting the primary care provided to the population.
KEYWORDS: Primary Health Care, knowledge, care, health.

1 I INTRODUÇÃO

O modelo de saúde pública brasileira parte das primeiras ideias em coletividade da saúde no século XX, no Reino Unido, que só terá caráter crescente a partir da década de sessenta onde, nos Estados Unidos, é observada uma necessidade de suporte sanitário e combate a "guerra à pobreza" devido o crescimento das grandes periferias urbanas. No ano de 1994 a Atenção Primária à Saúde (APS) passa de *status* de Programa de Saúde da Família (PSF) para uma estratégia de reorientação, visando um suporte de cunho preventivo as doenças que mais afligem o país, principalmente das áreas mais pobres.

De acordo com, Caldeira e Silva (2010) no Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, a partir da criação do Programa de Saúde de Família (PSF), em 1994 onde a população passou a ser atendida de modo diferenciado e integrado com os demais profissionais, tornando o cuidado muito mais completo e dinâmico.

A história da saúde pública no Brasil tem personagens importantes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, além de contar com a influência e apoio de instituições como Butantã e Instituto Vital Brasil. A grande máquina impulsora do atendimento populacional em massa do Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), que sofre grandes críticas devido à precariedade do serviço.

Com o decorrer dos anos vimos à evolução desse modelo no Brasil, se tornando cada vez mais abrangente e de fácil acesso para a comunidade, apesar da precarização do serviço. A prática da saúde coletiva vai além da literatura descrita pela saúde pública, que são os interesses em diagnosticar e tratar doenças garantindo um padrão de saúde à comunidade, ela visa tratar o paciente como um ser integral, dando importância ao processo saúde doença analisando todo o contexto social no qual ela está inserida promovendo intervenções que condizem com a sua realidade.

Os profissionais que compõe essa atenção direta à comunidade são enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos em enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Por

trás de um bom atendimento, há uma boa interação dessa equipe multiprofissional com o gestor da unidade básica que está responsável de analisar as estáticas da unidade e procurar a melhoria dela cada vez mais visando o bem comum. Essa afirmação é feita a partir de Lionello e coloboradores (2012) mostrando que essa equipe deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às necessidades da comunidade articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

O posto de saúde é a porta de entrada preferencial dos usuários para as Redes de Atenção à Saúde, deste o usuário é encaminhado para outros serviços da rede de maior complexidade. Também é nesses serviços que os usuários procuram seus tratamentos e acompanhamentos, afim de prevenir e produzir saúde, e quando já acometido reduzir seus agravos.

A organização do sistema de saúde público, a partir da APS, é refinada com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde há uma nova forma de construir um modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Pode ser ressaltado que foi a partir da criação da ESF que foi materializado uma forma de pensar e agir que embasando, assim, a construção de um novo modelo de atenção à saúde da sociedade como um todo, sendo visível a contribuição da mesma na melhoria dos indicadores de saúde do país, porém ainda não é possível afirmar que a implementação dessa estratégia tem sido efetiva na mudança estrutural e organizacional do modelo de assistência (Silva e Caldeira, 2010; Paes e colaboradores, 2014)

Percebendo toda essa dificuldade que é enfrentada pela sociedade e pelos profissionais do sistema, essa revisão integrativa tem a finalidade de acrescentar conhecimento sobre o assunto visando melhorar a qualidade do sistema dando um feedback positivo para os usuários, aumentando a satisfação dos mesmos ao utilizar o serviço e mostrar aos profissionais atuantes a necessidade da constante reciclagem de conhecimento. E visando também mostrar como esse sistema vem sendo utilizado e avaliado nos últimos dez anos e contribuir para outras pesquisas que venham a surgir acerca desse tema. Desta forma, quais as produções científicas brasileiras voltadas a assistência prestada na APS? Esse questionamento será respondido no objetivo logo abaixo.

2 I OBJETIVO

Analisar a produção científica brasileira acerca da utilização dos resultados das pesquisas nos serviços de saúde da APS.

3 I METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa no qual, segundo Galvão, Mendes e Silveira (2008) esse é um método no qual pode-se analisar produções científicas relevantes acerca do tema em questão dando suporte para a síntese de conhecimento de um determinado assunto, mostrando o que deve ser melhorado em relação ao mesmo possibilitando a realização de novos estudos. Foram percorridos os seguintes passos metodológicos: identificação do tema e questão da pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, categorização dos estudos e informações a serem extraídas dos mesmos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Assim, a revisão integrativa de literatura foi utilizada como método dessa pesquisa com a finalidade de analisar e ordenar os resultados obtidos sobre o tema em estudo de maneira organizada durante os últimos dez anos, de 2008 a 2018, utilizando como fonte pesquisadora de base de dados CINAHL, LILACS e PUBMED.

Foi utilizada a estratégia minemônica PICo para definição da questão norteadora: Quais as produções científicas brasileiras voltadas a assistência prestada na APS? Os elementos da estratégia PICo foram identificados como P (população) – usuários do Sistema único de Saúde, I (intervenção) – Assistência prestada e Co (contexto) – Sistema Único de Saúde.

Foram utilizados como descritores “Health Evaluation” AND “Public Health” AND “Primary Health Care”, onde a terminologia para a busca fundamentou-se nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e cruzados através do operador boleano AND onde encontrou-se 07 artigos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, sendo utilizados como critérios de inclusão o ano do artigo, artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, abordagem a temática proposta e disponibilidade na íntegra do artigo, já como critérios de exclusão foram colocados teses, dissertações, revisões integrativas e artigos duplicados na base de dados.

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento PRISMA que foi adaptado para organizar e reunir os estudos apresentados no quadro síntese. A análise teve continuidade com a leitura dos artigos e consequente análise crítica dos mesmos. (GALVÃO, PANSANI e HARRAD, 2015). Figura 1

Inicialmente realizou-se a coleta dos artigos e consequente leitura dos mesmos, para ter mais domínio ao realizar o estudo. Em seguida, foi executada a releitura minuciosa de cada um dos artigos para fundamentação do estudo de maneira compreensiva, baseada na análise do conteúdo e nos estudos publicados relativos à temática.

Para finalizar a produção aqui disposta, houve a realização de cruzamento dos dados através de recortes de suma importância ao estudo. Através dessa produção será possível perceber a atual realidade e situação da Saúde Pública brasileira e como ela tem contribuído para melhoria da saúde dos usuários do SUS além de,

consequentemente, contribuir para o conhecimento de muitos profissionais envolvidos nessa perspectiva.

4 I RESULTADOS

Todos os artigos pesquisados e selecionados que tem relação ao objetivo da pesquisa foram lidos de modo integral, analisando finalidade, método e resultado de cada pesquisa a fim de atualizar os leitores interessados sobre a situação da saúde pública do Brasil nos últimos dez anos, procurando mostrar medidas para a melhoria da atenção básica.

O SUS visa atender a população geral, tornando a saúde um direito de todos. Surgiu no contexto da reforma sanitária de forma gradativa após a criação da Lei Orgânica em 1990 e logo em seguida, em 1994, a criação do PSF com a ESF abrangendo todo o contexto da APS. Essa lei vem estabelecendo que todos tem direito a saúde de qualidade, sendo dever do Estado propiciar condições necessárias para que a efetivação do serviço. Serviu também como meio de regular as ações de serviço de saúde individuais e coletivas realizadas em todo território nacional. Rocha e colaboradores (2008, p. 69): “desde sua criação em 1994, o PSF possibilitou maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde, particularmente na Atenção Básica.”

Esse modelo de atenção à saúde foi criado visando melhorar a assistência prestada à comunidade, partindo do princípio que o modelo anterior era totalmente mecânico, curativista e hospitalocêntrico. Com essa mudança de sistema social de saúde, foram organizadas equipes multiprofissionais onde o principal foco não era só diminuir a morbidade populacional, e sim orientar os usuários do sistema métodos preventivos e analisar a comunidade como um todo, dando integralidade ao novo suporte ofertado e fazendo do povo não só a doença que necessita da cura, mas o humano que possui um histórico social e está em busca da melhoria de sua saúde.

Segundo Fracolli e colaboradores (2014) a APS desempenha um papel fundamental no sistema nacional de saúde, tornando possível a integração entre prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do desenvolvimento social e econômico, interagindo com os outros setores que envolvem o cuidado promovendo o desenvolvimento social e trazendo consigo o enfrentamento aos determinantes de saúde.

Apesar de ainda se formarem profissionais baseados no modelo antigo de cuidado, a prática assistencial treina o profissional para atender as necessidades dessa integração humana que acompanha cada indivíduo, pois o que define sua saúde e suas necessidades não é apenas aquilo julgado pelo sujeito.

No Brasil é baseado em um conjunto de ações que visa o individual e o coletivo abrangendo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O cuidado prestado na APS é tido como a porta de entrada dos

usuários ao serviço tendo como base ao vínculo e o acolhimento direcionado.

Há diferença entre vínculo e acolhimento o que torna ambos necessários para que haja uma interação com o paciente que está sendo recebido na UBS ou atendido pela ESF em sua residência. O vínculo é concretizado no acolhimento, pois ele traz a necessidade de empatia e respeito entre usuário e profissional, construindo assim uma confiança entre os envolvidos no processo. O acolhimento é uma postura onde o profissional escuta os relatos do usuário e assume o compromisso de buscar medidas para resolver as necessidades de saúde trazidas (GOMES E PINHEIRO, 2005).

Segundo Silva, et al. (2013) e Garuzi e colaboradores (2014) o acolhimento tem sido estimulada em todo o território nacional na ESF, pois mostra ao usuário a sua importância no serviço de saúde, contribuindo para um tratamento mais efetivo e melhorando o processo de trabalho nesse cenário. Assim o vínculo também vem como proposta terapêutica, possibilitando o estabelecimento dessa relação com o usuário, ampliando a eficácia das ações em saúde e contribuindo para maior adesão ao tratamento com a possibilidade de melhor adaptação a realidade de vida da população.

Sabendo de todo o suporte que a APS e todos os seus outros programas envolvidos devem dar ao usuário, é de inteira responsabilidade dos profissionais que compõem esse serviço, traze-lo cada vez mais para perto. Eles também estão aptos para realizar as visitas domiciliares (VD), onde se está mais presente no cotidiano e na realidade do usuário, porém os profissionais reclamam da falta de tempo, oportunidade e dificuldade de locomoção para realizar essas visitas devido a grande demanda que a UBS comporta nela se associado a pouca quantidade de pessoas qualificadas para atender todos aqueles que procuram o serviço de saúde (LOPES E MARCON, 2012).

É percebido, através dos estudos feitos, que o profissional de enfermagem é o que é mais reconhecido nessa assistência e o que é mais procurado pela população para direcionamento em autocuidado, apesar do agente comunitário de saúde estar mais presente na VD e estando mais ciente da necessidade daquela família pelo conhecimento do histórico da mesma. Lionello e colaboradores. (2012, p.104) referem que: “A relação entre a enfermeira e o cuidador familiar mostra que no contato entre família e equipe multiprofissional da ESF, a enfermeira merece destaque, sendo mencionada como membro referência de confiança das famílias.”

Com os estudos realizados foi possível ver o quanto a APS vem crescendo e melhorando, aproximando a população do SUS que foi feito para todos, garantindo saúde a todas as classes que compõe a população brasileira. Para melhorar ainda mais a qualidade do serviço de saúde em 2015 foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) trazendo consigo estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Embora atualmente ainda não seja efetiva a prática desse programa nas unidades de saúde os gestores das mesmas tem conhecimento sobre a importância da implantação da prática servindo como norteador do processo de trabalho e como facilitador do acesso a saúde, aprimorando as práticas de educação permanente formando senso crítico

para melhoria da atuação no campo de trabalho. (BRASIL, 2015; SILVA et, al., 2017)

A alimentação saudável é uma temática que pouco é abordada dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) apesar de ser uma recomendação do sistema público, visto a grande influência que o mesmo tem na população, porém a abordagem ainda não é feita de modo representativo no Brasil. O enfermeiro, como sendo um dos profissionais mais procurados dentro da unidade, pode realizar orientações básicas acerca da temática e encaminhar o usuário ao atendimento com o nutricionista caso julgue necessário. Vale ressaltar que tudo deve ser adaptado a rotina e condições socioeconômicas da população assistida, fazendo com que a mudança dos hábitos alimentares seja possível de ser realizada (LINDEMANN E MENDONZA-SASSI, 2016).

Usuárias que estão em período de puerpério ou estão gravídicas, sendo primíparas ou não, também estão indo mais à procura do serviço e aumentando as informações cedidas no diálogo pela confiança adquirida no profissional devido ao acolhimento que está transmitindo maior confiança aos usuáriosFoi notado que o diálogo com mulheres portadoras de HIV tornou-se muito mais aberto, podendo haver melhor suporte, cuidado e orientação para que a doença não venha atrapalhar sua vida social e que a prevenção sempre será necessária, principalmente em caso de gravidez que deve ser acompanhada de perto pela equipe multiprofissional (MATOS, et al., 2009; NUNES, et al., 2017)

Não apenas essas gestantes buscam o serviço, mas também portadores de doenças crônicas como hipertensos e diabéticos, onde acabam ficando vulneráveis a um atendimento mais direcionado dentro da unidade de saúde pela não prática de grupos de debates sobre os assuntos em questão, desfragmentando as RAS e suas atuações no ambiente de promoção da saúde. Pacientes com tuberculose também devem ser trazidos para dentro do âmbito da APS, porem estudos mostram que o acesso a informação são reduzidos, e que podem melhorar quando a equipe é submetida a momentos de capacitação apesar desses encontros serem reduzidos pela dificuldade de se tirar um dia de assistência a população para essa capacitação profissional (SILVA, et, al., 2013; TORRES E CIOSAK, 2014; WYSOCKI, et al., 2017; SANTOS, et al., 2017).

Com todo esse enfoque na saúde dentro da UBS e no seu campo de VD, vale ressaltar que a saúde também deve ser acessível ao sistema penitenciário que, fazendo parte da territorialização da UBS deve ser incluído em suas atividades de promoção à saúde, pois lá também encontram-se usuários do SUS que possuem comorbidades ou podem vir a adquirir no decorrer dos anos, podendo ser prevenida mesmo estando dentro do sistema carcerário. Assim, temos no Plano de Saúde do Sistema Penitenciário visa garantir esse atendimento e acesso a saúde a fim de garantir a assistência integral ao indivíduo institucionalizado em penitenciárias, incluindo a assistência farmacêutica eficaz. Ressalta-se ainda que a educação em saúde, principalmente sexual e reprodutiva, deve ser trabalhada e esclarecida para essa população, uma vez que o acesso a prevenção de Infecções Sexualmente

Transmissíveis (ISTs) acaba por ser restrito (BRASIL, 2004. BARBOSA, et al., 2014)

Sabendo das precariedades do serviço e dos prós e contras que oferece, ainda é avaliado como um serviço que vem evoluindo cotidianamente para melhor atender àqueles que procuram a APS, sendo um local onde ele se sente confortável de frequentar e relatar seus problemas. É importante ressaltar que é dever da Atenção Básica à Saúde a garantia e manutenção não só do humano, mas também da sociedade na qual ele está inserido, onde esse atendimento é responsável por manter uma saúde, integridade e saneamento igualitário. Constantes renovações devem ser realizadas para trazer para eles uma garantia efetiva de saúde da forma mais humanizada possível e controle epidemiológico (SILVA E PEDUZZI, 2011; COSTA, et al., 2014).

5 I CONCLUSÕES

O Serviço de Saúde possui um vasto histórico de lutas que vem crescendo no decorrer dos anos. Durante esse processo foi implantado o PSF, a ESF dentre outros programas para garantir melhor assistência comunitária e saúde a todos. De 2008 a 2018 foi percebido que o atendimento vem sendo cada vez mais humanizado apesar dos profissionais ainda apreenderem na academia um modelo mecanicista, farmacoterapêutico e biomédico, pois os próprios se interessam em buscar especializações nas atividades que estão atuando e melhorar seu trabalho de forma a ser conhecedor do histórico do paciente para melhor atender às necessidades dele. Rocha e colaboradores (2008) nos faz refletir sobre a necessidade de avaliar o acesso aos serviços, a disponibilidade da atenção e a capacidade de resolver ou contribuir para a solução de um amplo leque de problemas, numa perspectiva integral da saúde, tornando os usuários sujeitos da pauta e trazendo feedbacks para sua unidade de saúde.

Mesmo com o encontro de uma vasta literatura ao realizar a revisão integrativa, acredita-se que mais estudos precisam ser realizados referente a temática de APS, principalmente quando nos deparamos com cenário atual político de “desmonte do SUS” onde os principais prejudicados na assistência prestada são os usuários e os profissionais ficam de ‘mãos atadas’ por muitas vezes não conseguirem prestar o mínimo de cuidado em uma realidade tão devastadora.

Além disso, mais profissionais precisam ser colocados no serviço e capacitados para a execução de tais tarefas que exige atenção e cuidado integral do humano sabendo a dimensão do trabalho e as necessidades que abrangem aquele local, fazendo a diferença na Saúde Pública brasileira.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; OLIVEIRA, L. V.; PEDRAZA, D. F.; COSTA, G. M. C.

Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. Esc Anna Nery 2014; v.18, n.4, p.586-592.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei orgânica n° 8080 de 19 de setembro.** Brasília. 1990. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acessado em 05/06/2016 às 22:08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde - 1ª edição – Brasília : Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

COSTA , J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA , M. L.; BEZERRA, I. C. **Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços.** Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, OUT-DEZ 2014.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M.F.P.; NABÃO, F.R.Z.; SANTOS, M.S.; CAPPELLINI, V.K.; ALMEIDA, A.C.C. **Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese.** Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.12, p.4851-4860, 2014.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Rev Panam Salud Publica. v.35, n.2, p.144–9, 2014.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005

LINDEMANN, I. L.; MENDONZA-SASSI, R. A. **Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil.** Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, jan./mar. 2016, v.29, n.1, p. 34-42.

LIONELLO, C. D. L.; DURO, C.L.M.; SILVA, A.M.; WITT, R.R. **O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária.** Rev Gaúcha Enferm., v.33, n.4, p.103-110, 2012.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. **Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde.** Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan.-June, 2012

MATOS, S. D.; BAPTISTA, R. S.; FRANÇA, I. S. X.; MEDEIROS, F. A. L.; BRITO, V. R. S. **Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste Anti-HIV.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 122-130, abr./jun.2009

NUNES, J. T.; MARINHO, A. C. V.; DAVIM, R. M. B.; SILVA, G. G. O.; FELIX, R. S.; MARTINO, M. M. F. **Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(12):4875-84, dec., 2017

PAES, N. A.; e colaboradores. **Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação.** Rev Panam Salud Publica, v.36. n.2, p.87–93. 2014.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A.C.; ROCHA, N.S.P.D.; SOUZA, E.C.F.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X.A. **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.S69-S78, 2008.

SANTOS, C. M.; BARBIERI, A. R.; GONÇALVES, C. C. M.; TSUHA, D. H. **Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde.** Cad. Saúde Pública 2017; v.33, n.5, p. 1-15.

SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. F.; CARDOSO, M. A. A.; SILVA, A. T. M. C.; ARAÚJO, J. S. S. **Controle pressórico e adesão/vinculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde.** Rev Esc Enferm USP 2013; v. 47, n.3, p. 584-90

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. **Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011.

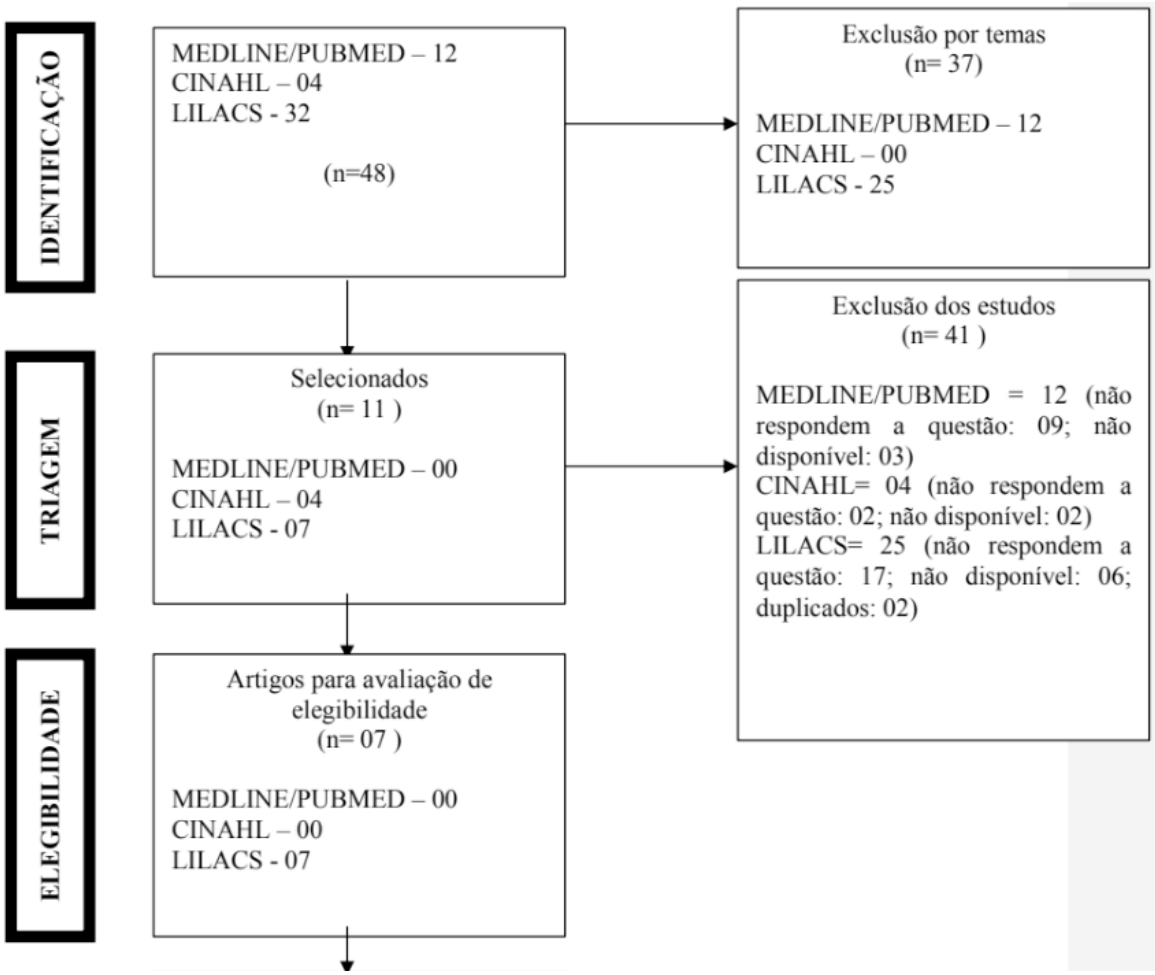
SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1187-1193, jun, 2010.

SILVA, L. M. C.; FERREIRA, L. R.; ROSA, A. S.; NEVES, V. R. **Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo.** Acta Paul Enferm. 2017; v. 30, n.4, p. 397-403.

TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I. **Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia.** Rev Esc Enferm USP 2014; v.48, n,Esp, p.141-8.

WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. Z.; BRUNELLO, M. E. F.; BERALDO, A. A.; VENDRAMINII, S. H. F.; SCATENA, L. M. RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços.** Rev Bras epidemiol Jan-mar 2017; v.20, n.1, p.161-175.

ANEXOS



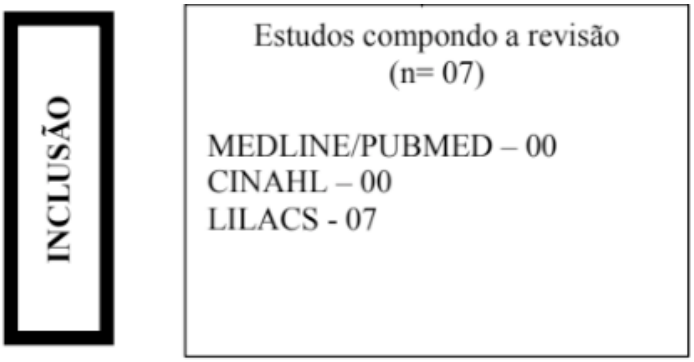


Figura 1 – Fluxograma para seleção dos estudos. Fortaleza – Ceará, 2018.

Nº	Ano	Autor	Título	Local	OBJETIVO	METODOLOGIA
01	2017	SILVA, L. M. C.; FERREIRA, L. R.; ROSA, A. S.; NEVES, V. R.	Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo	São Paulo	Analisar a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade segundo gerentes de Unidades Básicas de Saúde.	Utilizada a história oral temática, por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco gerentes de Unidades Básicas de Saúde que participaram ativamente dos dois ciclos do Programa em um distrito administrativo do município de São Paulo.
02	2017	WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. Z.; BRUNELLO, M. E. F.; BERALDO, A. A.; VENDRAMINII, S. H. F.; SCATENA, L. M. RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S.	Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços	São Paulo	Avaliar o desempenho dos serviços de APS nas ações de tratamento da TB	Estudo avaliativo realizado de maneira transversal em São José do Rio Preto. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com informantes-chave (stakeholders), constituídos pelos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de Enfermagem e ACS) executores das ações de controle da TB que compunham os 25 serviços da APS de São José do Rio Preto (unidades de observação).

03	2017	SANTOS, C. M.; BARBIERI, A. R.; GONÇALVES, C. C. M.; TSUHA, D. H.	Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde	Mato Grosso do Sul	Apresentar os resultados da avaliação do grau de desenvolvimento dos componentes de uma rede de atenção a portadores de hipertensão arterial na região de saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	Estudo transversal avaliando o desenvolvimento dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em particular com enfoque na rede de atenção à hipertensão. Foi elaborado um questionário adaptado baseando-se nos instrumentos propostos por Mendes e Chueiri. Para a sua formulação foram considerados os componentes previstos para a RAS. Os participantes eram orientados quanto ao preenchimento do questionário indicando que as respostas deveriam ter como base as ações previstas para a linha de cuidado a ser implantada para a hipertensão arterial.
04	2016	LINDEMANN, I. L.; MENDONZA-SASSI, R. A.	Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil	Rio Grande do Sul	Descrever a prevalência de orientação para alimentação saudável, diferenças entre modelo assistencial e fatores associados entre usuários da atenção primária de saúde.	Estudo transversal, realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário investigando dados socioeconômicos, doenças crônicas autorreferidas, autopercepção da saúde e da alimentação, estado nutricional, modelo assistencial em que é atendido e orientação para alimentação saudável.
05	2014	TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I.	Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia	São Paulo	Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no Município de Cotia, entre 2008 e 2012.	Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários do período entre 2008 e 2012. Os marcos teóricos conceituais escolhidos para iluminar o objeto do estudo foram: a APS, como ordenadora dentro do sistema de saúde, o centro de comunicação das RAS e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, baseada no materialismo histórico e dialético, que se propõe a articular os processos sociais, políticos e a organização da sociedade ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam o processo de adoecer e morrer.

06	2014	BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; OLIVEIRA, L. V.; PEDRAZA, D. F.; COSTA, G. M. C.	Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem	Paraíba	Descrever aspectos estruturais e características do trabalho na atenção básica à saúde em penitenciárias masculinas do estado da Paraíba, e fornecer subsídios para a atuação do enfermeiro nesse cenário.	Trata-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em seis estabelecimentos de assistência à saúde a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária (SEAP) do estado da Paraíba. Para a coleta de dados, foram marcados encontros individuais com os diretores, no âmbito das unidades prisionais, onde foi aplicado um questionário contendo perguntas sobre aspectos estruturais e características do trabalho, adaptado do questionário do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF).
07	2013	SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. F.; CARDOSO, M. A. A.; SILVA, A. T. M. C.; ARAÚJO, J. S. S.	Controle pressórico e adesão/vinculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde	Paraíba	Avaliar a associação entre o controle pressórico e variáveis sociodemográficas, acompanhamento, adesão e vínculo do usuário.	Estudo descritivo e analítico, de base populacional, realizado de maneira aleatória e probabilística em dois estágios com usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB. O instrumento elaborado para o estudo foi baseado no Primary Care Assessment Tool (PCAT) e validado para avaliar os aspectos críticos da APS em países industrializados. No Brasil, a adaptação e a revalidação foram feitas por meio um estudo realizado no município de Petrópolis. Todavia, foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de especialistas para a utilização em indivíduos portadores de hipertensão arterial em João Pessoa.

Quadro 1: Artigos selecionados por meio de busca de descritores da pesquisa.

CAPÍTULO 5

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Beatriz Praia
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – PA

Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – PA

Matheus Cruz
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – PA

Thayana de Nazaré Araújo Moreira
Nutricionista, Mestrado em Neurociências e Biologia Celular, Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – PA

RESUMO: Difundir noções sobre práticas alimentares saudáveis é uma estratégia fundamental para a promoção da segurança alimentar, presente em várias ações políticas brasileiras, para manutenção da saúde e prevenções de doenças, principalmente do aspecto crônico-degenerativo, mesmo no primeiro nível de atenção básica a saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), há o Programa Bolsa Família (PBF), que oferta diversos serviços de saúde para as famílias atendidas. O acompanhamento nutricional, de no mínimo duas vezes ao ano, é uma das condicionalidades para o beneficiamento do Programa para gestantes, nutrizes, crianças menores de 7 anos e indivíduos do sexo feminino dos 14 aos 44 anos de idade. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) visa dar assistência às mulheres, em todos os ciclos da vida, no campo da reprodução, e em casos de doenças crônicas e agudas. A situação da saúde da mulher no Brasil mostra DCNT's como uma das principais causas de mortes femininas, sendo assim este relato de experiência avaliou o perfil nutricional das mães de crianças atendidas pelo programa bolsa família em consulta à nutricionista em uma unidade básica de saúde de Belém – PA no período de maio a junho de 2017, durante o estágio de saúde pública. Foi constatado que 63,3% destas mulheres possuíam diagnóstico de sobrepeso e obesidade e que 40% do total apresentaram circunferência da cintura acima de 88cm, o que representa risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Conclui-se uma necessidade de melhorias na atenção à saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Bolsa Família; Saúde da mulher; Saúde pública.

ABSTRACT: Spread notions about healthy food practices is a fundamental strategy for

the promotion of food security, present in several Brazilian political actions, for health maintenance and disease prevention, especially in the chronic-degenerative aspect, even in the first level of basic health care. In the Unified Health System (SUS), there is the Bolsa Família Program (BFP), which offers several health services for the families attended. The nutritional monitoring, of at least twice a year, is one of the conditionalities for the beneficiation of the program for pregnant women, children under 7 years of age and female at age 14 to 44 years old. The National Policy of Integral Attention to Women's Health (PNAISM) aims to provide assistance to women, in all life cycles, in the field of reproduction, and in cases of chronic and acute diseases. The women's healthy situation in Brazil shows DCNT's as one of the main causes of female deaths, therefore this experience report evaluated the nutritional profile of the mothers of children attended by bolsa família program in a consult with the nutritionist at a basic health unit in Belém – PA, in the period from may to june of 2017, during the public health internship. It was found that 63.3% of these women had a diagnosis of overweight and obesity and that 40% of the total presented waist circumference above 88cm, which represents a risk for the development of cardiovascular diseases. Concludes that there is a need for improvements in women's health care.
KEYWORDS: Bolsa Família Program; Women's health; Public health.

1 I INTRODUÇÃO

A promoção da segurança alimentar e da saúde envolve diversos aspectos, sendo um deles o estímulo de hábitos alimentares saudáveis. Desta forma, difundir noções sobre práticas alimentares benéficas é uma estratégia fundamental, presente em várias ações políticas brasileiras, para manutenção da saúde e prevenções de doenças, principalmente do aspecto crônico-degenerativo, mesmo no primeiro nível de atenção básica a saúde (BRASIL, 2004).

Os dados obtidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) servem de base para diagnosticar a saúde de determinada localidade, e assim ser possível planejar medidas capazes de atender as necessidades de tal população (BRASIL, 2010).

Além destas ações, para o cumprimento da Agenda de Nutrição no âmbito da atenção primária, outras estratégias devem ser adotadas, como a suplementação de micronutrientes para grupos vulneráveis e a educação alimentar e nutricional, tendo como referência principal as diretrizes alimentares oficiais, definidas nos guias alimentares (BRASIL, 2010).

No Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, há o Programa Bolsa Família (PBF), que oferta diversos serviços de saúde para as famílias atendidas. O acompanhamento nutricional, de no mínimo duas vezes ao ano, é uma das condicionalidades para o beneficiamento do Programa para gestantes, nutrizes, crianças menores de 7 anos e indivíduos do

sexo feminino dos 14 aos 44 anos de idade (SANTOS, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada pelo Ministério da Saúde, traduz os princípios e a filosofia do SUS, e visa dar assistência às mulheres, em todos os ciclos da vida, clínico ginecológico, no campo da reprodução, e em casos de doenças crônicas e agudas. O PNAISM tem como objetivos gerais a promoção da melhoria nas condições de vida das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. A situação da saúde da mulher no Brasil mostra doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) como uma das principais causas de mortes femininas (COUTINHO et al., 2009).

Autores revisaram diversos trabalhos e concluíram que o efeito do PBF sobre o estado nutricional dos pacientes atendidos não era o esperado pelo programa, sendo assim, fazem-se necessárias ações de educação alimentar e nutricional, além de melhorias para a avaliação do perfil nutricional individual dos beneficiários do programa (WOLF; BARROS FILHO, 2014).

Este relato de experiência teve o intuito de avaliar o perfil nutricional das mães de crianças atendidas pelo programa bolsa família em consulta à nutricionista em uma unidade básica de saúde de Belém – PA no período de maio a junho de 2017, durante o estágio de saúde pública, onde foi possível analisar e vivenciar todos os aspectos do papel do nutricionista na saúde pública, seguindo as leis e políticas vigentes, e realizando as ações cabíveis para a promoção de saúde da população.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência elaborado por um grupo de acadêmicos de nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA), durante o período de estágio supervisionado em nutrição e saúde coletiva, o qual ocorreu no período de maio a junho de 2017, totalizando 7 semanas.

Os dados foram obtidos durante os atendimentos realizados pela equipe de nutrição de uma Unidade Básica de Saúde em Belém – PA no turno da tarde, em dias alternados. Para a avaliação do perfil nutricional dos pacientes criou-se uma ficha para coleta de dados subdividida em: nome (sigla); sexo; idade; peso; altura; IMC; circunferência da cintura, circunferência da panturrilha; ciclo da vida; patologias; diagnóstico nutricional e tipo de consulta.

Ao final da experiência os dados obtidos foram catalogados em planilhas e analisados para posterior reflexão quanto ao estado nutricional de mulheres entre 14 e 44 anos, gestantes ou não, contempladas pelo Programa Bolsa Família durante a consulta nutricional.

3 I RELATO DE EXPERIÊNCIA

Os atendimentos específicos do Programa Bolsa Família ocorriam no período da tarde e consistiam na aferição da altura e peso da criança com a verificação de que estes estavam adequados ou não para a idade, e a aferição da altura, peso e circunferência da cintura da mãe.

Caso o indivíduo já tivesse sido consultado alguma vez pela nutricionista da unidade o atendimento era mais rápido, pois era necessário apenas aferir as medidas já citadas e colocar as informações nas fichas de atendimento, no prontuário (quando houver) e na caderneta da criança. As consultas eram relativamente rápidas, dependendo do número de crianças por família e se era a primeira consulta ou não.

A equipe era composta pela nutricionista da unidade e três estagiários do curso de nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA). No caso de pacientes gestantes, era realizado a aferição do peso, altura e IMC, calculada a DUM (quando necessário) e as orientações eram dadas de acordo com o tempo de gestação e o estado nutricional da paciente; estas eram orientadas a retornar a cada mês, enquanto que os demais pacientes do PBF retornavam a cada seis meses.

Durante o período de maio a junho de 2017 foram atendidos um total de 116 pacientes, sendo a maioria do PBF, além deste tipo de atendimento, o turno da tarde atendia também eventuais consultas agendadas. Deste total, 50 pacientes eram mulheres, entre 17 e 58 anos, atendidas pelo PBF, destas 49 eram adultas, entre gestantes e não gestantes.

Foi constatado que 63,3% destas mulheres possuíam diagnóstico nutricional com base no IMC de sobrepeso e obesidade, porém estas não relataram ser portadoras de nenhuma DCNT. Outro fator preocupante foi que 40% do total de mulheres adultas apresentaram circunferência da cintura acima de 88cm, valor considerado de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Coelho e Melo (2017) observaram que as famílias beneficiárias do PBF tendem a destinar uma maior parcela da renda transferida para o consumo de alimentos mais saudáveis e concluíram um efeito positivo sobre a qualidade da dieta em famílias beneficiárias do estado de Pernambuco. Entretanto, os dados obtidos por este relato de experiencia no estado do Pará revelou uma necessidade de difusão da educação nutricional e importância da qualidade da dieta.

O aumento do poder aquisitivo das famílias proporcionado pelo PBF relaciona-se com a aquisição de alimentos industrializados, processados e ultra processados, os quais colaboram com o aumento das DCNT's (SPERANDIO et al., 2017). A prevalência de excesso de peso e obesidade cresceu bastante nos últimos anos, fato constatado por diversas pesquisas. Em relação as mulheres, no período de 35 anos, a presença de excesso de peso apresentou um aumento de cerca de 19% e a obesidade mais do que duplicou (MELLER et al., 2014).

Os dados obtidos durante a experiência deste relato também indicaram altos

índices de sobrepeso e risco para DCNT's. Este é um fato preocupante visto que as mulheres representam um dos grupos de maior suscetibilidade à danos nutricionais (PINHEIRO et al., 2016), e chama a atenção para o cuidado com a saúde da mulher e à educação nutricional.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de caso apresentado mostra a necessidade de melhorias na atenção à saúde da mulher, tendo em vista os resultados preocupantes na maioria das avaliações nutricionais realizadas. A saúde envolve diversos aspectos, como alimentação, renda, moradia, condições de trabalho.

O sedentarismo, alimentação inadequada e estresse são fatores relevantes para a ocorrência de DCNT's. A discriminação social, em que mulheres possuem uma "jornada dupla" de trabalho (tanto fora de casa, quanto serviços domésticos) é outra possível explicação para o agravamento de tais resultados: por conta da sobrecarga de serviços e responsabilidades, cuidar-se deixa de ser uma prioridade.

O PBF em conjunto com o PNAISM, devem, portanto, fortalecer o foco às mulheres, estimulando o profissional nutricionista a dar mais assistência à mulher na consulta. Uma medida adequada para isto é a criação da Caderneta da Mulher, na qual seja possível a anotação dos dados obtidos em cada consulta do PBF, para um acompanhamento nutricional eficaz da mulher, assim como há para as crianças e gestantes participantes do PBF.

Além de registrar as informações coletadas, seria útil conter na caderneta informações sobre as DCNT's, saúde da mulher e alimentação saudável. Ademais, é necessário garantir que ocorram regularmente ações de educação alimentar e nutricional em todas as unidades básicas de saúde. Esta atitude, prevista na Agenda de Nutrição, permite alcançar e interagir com a população, tirando dúvidas e gerando conhecimento pertinente acerca da melhoria da qualidade de vida através da nutrição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família: manual para os agentes comunitários de saúde**. Brasília, 2010. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. 82 p.

COELHO, P. L.; MELO, A. S. S. A. **Impacto do Programa "Bolsa Família" sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 393-402, 2017.

COUTINHO, J. G.; CARDOSO, A. J. C.; TORAL N.; SILVA, A. C. F.; UBARANA, J. A.; AQUINO, K. K. N. C.; NILSON, E. A. F.; FAGUNDES, A.; VASCONCELLOS, A. B. **A organização da vigilância**

alimentar e nutricional no sistema único de saúde: histórico e desafios atuais. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 12, n.4, p. 688-699, 2009.

MELLER, F. O.; CIOCHETTO, C. R.; SANTOS, L. P.; DUVAL, P. A.; VIEIRA, M. F. A.; SCHÄFER, A. A. **Associação entre circunferência da cintura e índice de massa corporal de mulheres brasileiras: PNDS 2006**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 75-82, 2014.

PINHEIRO, M. M.; OLIVEIRA, J. S.; LEAL, V. S.; LIRA, P. I. C.; SOUZA, N. P.; CAMPOS, F. A. C. S. **Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil.** Revista de Nutrição. Campinas, v. 29, n. 5, p. 679-689, 2016.

SANTOS, L. A. S. **Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis**. Revista de Nutrição. Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SPERANDIO, N.; RODRIGUES, C. T.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. **Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1771-1780, 2017.

WOLF, M. R.; BARROS FILHO, A. A. **Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil – uma revisão sistemática**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1331-1338, 2014.

CAPÍTULO 6

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

Juliana da Rosa Wendt
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul

Hildegard Hedwig Pohl
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

RESUMO: O conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade", é temática constante de debates, tendo em vista que a definição do que é saúde está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento das ciências da saúde e à atuação dos profissionais da saúde. Com objetivo de contribuir criticamente na discussão científica que visa a ampliar as bases conceituais da saúde, o presente capítulo versa sobre a especialidade Medicina de Família e Comunidade, contextualizando–a no cenário brasileiro e reforçando as interconexões entre seus princípios, atuação e *modus operandi* e uma conceituação mais ampliada e abrangente do que é e de como se pode promover saúde.
PALAVRAS–CHAVE: Medicina de Família e Comunidade; Conceito Ampliado de Saúde; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The concept of health, defined by the World Health Organization as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity", is a constant topic of debates, considering that the definition of health is intrinsically linked to the development of Health Sciences and to health professionals performance. With the objective to critically contribute to the scientific discussion aimed at broadening the conceptual bases of health, this chapter characterizes the Family Medicine / General Practice medical specialty, contextualizing it in the Brazilian scenario, and reinforces the interconnections between Family Medicine's concepts, principles and performance, and a broader and more comprehensive conceptualization of what health really is and how it can be promoted.
KEYWORDS: Family Medicine; General Practice; Health Concepts; Health Promotion; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Esse conceito, denominado de conceito ampliado de saúde, apesar de representar um enorme

avanço em relação ao conceito negativo de saúde – como a mera ausência de doença – que predominava anteriormente, é problematizado ainda nos dias atuais, já que representa uma meta inatingível, desconsidera o contexto onde está inserido o indivíduo e fragmenta a pessoa na tradicional – e ultrapassada – clivagem físico-menta-social (SEGRE; FERRAZ; 1997; SCLIAR, 2007; McWHINNEY, 2010).

A definição de saúde engloba diferentes dimensões – social, psicológica, econômica, espiritual, biomédica, etc.– e, antes de tudo, consiste em uma experiência individual, perpassada por processos de subjetivação dependentes das histórias de vida das pessoas, bem como da complexa rede de interações que fazem parte do cotidiano das mesmas (TRAVERSO–YÉPEZ, 2007). McWhinney (2010) considera que a positividade da saúde não está no estado, mas sim na luta, no esforço para alcançar uma meta, que, na sua perfeição, é inatingível – por isso, as palavras saúde e doença só têm sentido quando definidas em termos de uma pessoa específica, que funciona em um dado ambiente físico e social, levando em consideração os valores dessa pessoa (McWHINNEY, 2010; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Cabe ressaltar que o campo da saúde e, em especial, as ciências médicas desenvolveram-se a partir da tendência positivista e paradigmática da ciência. Assim, considerando como científica a apreensão do seu objeto de estudo, a área da saúde organizou suas práticas a partir de conceitos diretos e operativos, não de saúde – já que é difícil delimitá-la objetivamente –, mas sim de doenças (McWHINNEY, 2010; CZERESNIA, 1999).

O conceito de doença constituiu-se a partir de uma visão reducionista e mecanicista do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais são definidas por ciências como anatomia e fisiologia – que consideram quase exclusivamente a aferição de parâmetros biométricos quantificáveis e suas respectivas curvas de Gauss como critérios para distinguir, dicotomicamente, normalidade e anormalidade, saudável e patológico. Desconectando, dessa maneira, o corpo humano do conjunto de relações que constituem o significado da vida, as ciências médicas tendem a desconsiderar, majoritariamente, que a Medicina lida diretamente com seres humanos, e não apenas com seus órgãos e funções (CZERESNIA, 1999; GÉRVAS; FERNANDÉZ, 2016).

O discurso médico científico tradicional não contempla uma significação mais ampla da saúde e do adoecer, pois a saúde não é objeto que se possa delimitar, e, portanto, não se traduz em conceito científico. A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta, correspondendo a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente por palavras. No entanto, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente, utilizando–se de conceitos científicos e propondo intervenções reconhecidas como válidas pelo método científico epidemiológico, cumprindo o proposto pela medicina baseada em evidências (CZERESNIA, 1999; McWHINNEY, 2010).

Não cabe, nesse âmbito, questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas sim, criticar o ponto de vista da Medicina tradicional que nega o limite da construção científica, considerando como dogma a verdade científica e tornando-se insensível ao inexplicável, não levando em consideração que o conceito de doença, embora tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno da experiência da doença em sua integridade, e muito menos de expressar o fenômeno da saúde em oposição. Na tentativa de apreender a profundidade da unidade da saúde do sujeito, o máximo que se conseguiu foi expressá-la como integração biopsicossocial, o que deixa transparecer claramente a fragmentação de conceitos científicos que tem dificuldade de dialogarem entre si. Se, por um lado, a saúde é muito mais complexa que os conceitos que tentam explicá-la, por outro lado, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções objetivas (CZERESNIA, 1999; McWHINNEY, 2010).

É na desconstrução desse antigo paradigma da Medicina – o chamado paradigma biomédico – que se destaca a Medicina de Família e Comunidade: uma especialidade médica relativamente recente, que se dedica à compreensão holística da pessoa como um todo – um ser integrado com sua história, um presente e um futuro, em que se aninham um número infinito de realidades, relacionamentos sociais e desafios ambientais, em um pano de fundo de propensões genéticas –, tornando a consulta médica um engajamento emocional entre o médico e a pessoa; e, através da empatia, busca compreender um conjunto de sintomas em sua complexidade, considerando-os como manifestações do organismo tentando alcançar uma adaptação frente a novas circunstâncias trazidas por um problema, doença ou acidente (McWHINNEY, 2010; CZERESNIA, 1999).

Com objetivo de contribuir criticamente na discussão científica que visa a ampliar as bases conceituais da saúde, o presente capítulo versa sobre a especialidade Medicina de Família e Comunidade, contextualizando–a no cenário brasileiro e reforçando as interconexões entre seus princípios, atuação e *modus operandi* e uma conceituação mais ampliada e abrangente do que é e de como se pode promover saúde.

2 I A ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O Relatório de Flexner, publicado em 1910, trouxe profundas implicações para o ensino da Medicina ao propor, dentre outras medidas, a reorganização curricular das escolas médicas em torno do contexto hospitalar como campo preferencial de estágio e da cisão entre ciclo básico e ciclo clínico na graduação. À Reforma Flexneriana, seguiu-se a denominada Era da Superespecialização, que perdura ainda na contemporaneidade, com acentuada fragmentação da profissão médica e intensa valorização de subespecializações. Somado a isso, houve deterioração progressiva do relacionamento médico-paciente e supervalorização de parâmetros estritamente

biológicos na saúde, consequências marcantes do positivismo científico e da ênfase tecnológica do modelo biomédico hospitalocêntrico (PLAGIOSA; ROS, 2008; McWHINNEY, 2010; FAVA; SONINO, 2008; CUTOLO, 2006).

Como resposta opositora a esse contexto, surgiu a especialidade médica denominada, no Brasil, Medicina de Família e Comunidade (MFC). A criação, em 1972, da *World Organization of National Colleges and Academies of General Practice and Family Medicine* – WONCA, órgão internacional que representa os médicos de família e orienta sua prática, foi marco inicial da história da especialidade no mundo (McWHINNEY, 2010; FALK, 2004).

Por se tratar de uma especialidade de surgimento recente, a MFC ainda é tema de debates acerca de sua identidade e atuação (RODRÍGUEZ et al., 2014; MARTIN et al., 2004). Além disso, ao contrário da maioria das especialidades médicas, a Medicina de Família e Comunidade não é definida em termos de conteúdos específicos e, ao não limitar seu escopo de atuação a determinadas doenças, tecnologias ou sistemas orgânicos, ocasiona, nessa amplitude de abrangência, dificuldades em delimitar uma conceituação precisa (McWHINNEY, 2010).

No entanto, a Medicina de Família e Comunidade, por possui uma base epistemológica que a define, é considerada como uma disciplina (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013). Segundo a definição do consenso do WONCA europeu, revisado em 2011, a disciplina de Medicina de Família e Comunidade é definida por: ser, geralmente, o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, ao propiciar acesso ilimitado aos pacientes; lidar com todos os problemas de saúde, em suas dimensões física, social, psicológica, cultural e existencial, independentemente de idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão, desenvolvendo um relacionamento longitudinal, centrado na pessoa e com efetiva comunicação médico–paciente; utilizar com eficiência os recursos da saúde, gerindo problemas tanto agudos quanto crônicos dos indivíduos, trabalhando de maneira interdisciplinar multiprofissional e coordenando a prestação de cuidados e a interface com outras especialidades médicas; responsabilizar–se pela saúde da comunidade de maneira específica e assumir o papel de advocacia do paciente sempre que necessário (ALLEN et al., 2011).

A Medicina de Família e Comunidade é uma disciplina que pode ser definida em termos de relacionamentos, no qual o relacionamento é anterior ao conteúdo (RODRÍGUEZ et al., 2014). O primeiro princípio da especialidade reforça que o compromisso primordial do médico de família é com a pessoa / família / comunidade, sem limitação do atendimento segundo o tipo de problema de saúde apresentado – o que significa que qualquer problema relacionado à área da saúde de um indivíduo está dentro do campo de trabalho desse profissional e que o comprometimento não tem ponto final definido, pois o relacionamento não se encerra ao final de um tratamento (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013).

Além disso, o médico de família deve procurar compreender o contexto da experiência com a doença, observando-a no seu contexto pessoal, familiar e social

(McWHINNEY, 2010). A especialidade dá importância aos aspectos subjetivos da medicina, pois considera que, para entender os relacionamentos, é preciso conhecer as emoções, inclusive as próprias, convidando o médico de família à autorreflexão (ALLEN et al., 2011; CUTOLO, 2006). A prática da Medicina de Família e Comunidade busca transcender a divisão tradicional entre mente e corpo, utilizando, como ferramenta da consulta, o método clínico centrado na pessoa, o qual exige atenção às emoções das pessoas (FAVA; SONINO, 2008).

Outro princípio da especialidade é que o médico de família de comunidade percebe cada contato como uma oportunidade de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de ver as pessoas que atende como constituintes de uma população de risco, integrando dois tipos de conhecimento: a capacidade de descobrir o universal no particular e a habilidade de enxergar o particular no universal (McWHINNEY, 2010; RODRÍGUEZ et al., 2014). Considerando que, em média, um médico de família e comunidade encontra cada pessoa sob seus cuidados quatro vezes ao ano, esses encontros constituem ricas oportunidades de colocar em prática a medicina preventiva e a promoção da saúde (McWHINNEY, 2010).

No entanto, essa visão, que tem por base a epidemiologia e a bioestatística, pode gerar conflitos com o primeiro princípio – de compromisso com a pessoa –, pois a ênfase na prevenção pode competir em termos de tempo e recursos com o atendimento que tem por base as respostas aos problemas identificados pela pessoa, bem como pode afastar o foco do atendimento da complexidade da pessoa em prol de resultados numéricos (CUTOLO, 2006; McWHINNEY, 2010). Outros princípios igualmente importantes da Medicina de Família e Comunidade são o trabalho em rede, o atendimento domiciliar e o gerenciamento de recursos, aspectos esses que podem tornar–se fontes importantes de conflitos, dependendo do contexto de administração, gestão e organização do processo de trabalho (ALLEN et al., 2011; GAY, 2013).

Uma particularidade chave da especialidade é que o médico de família e comunidade é, por natureza e função, um generalista. Os generalistas têm a perspectiva da organização como um todo e suas relações com o mundo externo, buscam entender como cada parte funciona dentro do todo e auxiliam na adaptação a mudanças, tanto internas quanto externas. Os problemas que surgem devem ser trazidos ao generalista para avaliação: após definir o problema, o generalista pode trata-lo ou encaminhar para um especialista – porém manterá a responsabilidade de assegurar que o problema será tratado de acordo com o interesse da pessoa / família / comunidade (McWHINNEY, 2010; RODRÍGUEZ et al., 2014; MARTIN et al., 2004; STARFIELD, 1994; STARFIELD, 1998).

Ao decidir por esse campo da medicina, os médicos de família e comunidade renunciam ao desenvolvimento unilateral em favor do equilíbrio e completude, com o ônus da falta de reconhecimento por uma sociedade que é, por ela mesma, desequilibrada, e o sacrifício de talentos especiais em favor da excelência geral (McWHINNEY, 2010).

Alguns autores consideram que não há como produzir formas de Atenção à Saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença (CZERESNIA, 1999). No entanto, ainda que a Medicina de Família e Comunidade se utilize dos conceitos científicos tradicionais das doenças, a doença não é conceitualmente separada da pessoa, nem a pessoa é separada do seu ambiente (McWHINNEY, 2010) – seria essa uma forma de Atenção à Saúde que não procurar operacionalizar conceitos, mas sim transcende-los?

A Medicina de Família e Comunidade é, por definição, uma especialidade clínica orientada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS, entendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a oferta de cuidados essenciais em saúde, baseada em técnicas e práticas cientificamente abalizadas e socialmente aceitáveis; e como uma tecnologia integralmente acessível para pessoas e famílias em seus contextos comunitários, deve ser o preceito orientador de um Sistema de Saúde integral, conforme proposto pela Conferência de Alma-Ata, em 1978 (McWHINNEY, 2010; WHO, 1978; STARFIELD, 1994; STARFIELD, 1998).

De forma semelhante, o *American Institute of Medicine* define cuidados primários como a prestação de serviços de saúde integrados e acessíveis, por médicos capacitados para responder à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde pessoais, que desenvolvam uma parceria sustentada com seus pacientes e que pratiquem a medicina no contexto da família e da comunidade (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013; MARTIN et al., 2004; STARFIELD, 1998).

A eficácia e a eficiência da Atenção Primária à Saúde têm sido evidenciadas, cada vez mais, assim como sua capacidade de reduzir as iniquidades em saúde, já que uma boa APS pode melhorar a qualidade, os resultados e os custos dos cuidados e deve tornar-se o verdadeiro norte dos sistemas de saúde (McWHINNEY, 2010; RAWAF; MAESENEER; STARFIELD, 2008; GÉRVAS; FERNANDÉZ, 2016; STARFIELD, 1998). Diversas pesquisas comprovam que a Atenção Primária à Saúde é promotora de saúde, prevenindo doenças e mortes, e que um Sistema de Saúde por ela orientado é mais equânime e tem melhores desfechos de saúde (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 1998; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Estudos recentes demostram que a especialização em Medicina de Família e Comunidade melhora a qualidade da Atenção Primária à Saúde (JUNIOR, 2011), além de impactar diminuindo internações hospitalares por condições sensíveis à APS (AFONSO et al., 2017).

3 I A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade surgiu em 1976, com a criação dos três primeiros programas de residência médica em Medicina Geral Comunitária: em Porto Alegre–RS, no Centro de Saúde Murialdo; em Vitória de Santo Antão – PE, no

Projeto Vitória; e no Rio de Janeiro–RJ, no Serviço de Medicina Integral do Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981 e oficializada como especialidade perante o Conselho Federal de Medicina em 1986. Em 2002, a especialidade, que até então era denominada Medicina Geral Comunitária, foi rebatizada Medicina de Família e Comunidade (FALK, 2004).

Para tornar–se especialista em Medicina de Família e Comunidade, no país, é necessário completar dois anos de treinamento em Programa de Residência Médica em MFC, ou ser aprovado em prova de titulação promovida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, após quatro anos comprovados de trabalho em Atenção Primária à Saúde em tempo integral (AFONSO et al.,2017).

Segundo o último censo demográfico médico brasileiro, a Demografia médica no Brasil (SCHEFFER et al., 2018), realizada em 2018, existem 452.801 diplomados em medicina no país. Algumas características marcantes sobre a profissão médica, demostradas por estudos internacionais e evidenciadas também no contexto brasileiro pelo censo, são as longas jornadas de trabalho – dois terços dos médicos brasileiros têm carga horária superior a quarenta horas semanais –, a multiplicidade de vínculos empregatícios – quase metade possui três ou mais vínculos concomitantes – e a elevada taxa de percepção de sobrecarga de trabalho – um terço dos médicos sente-se sobrecarregado – (SCHEFFER et al., 2015; DYRBYE et al., 2013).

Sessenta e dois por centro dos médicos brasileiros possuem título de especialista – foram considerados como especialistas, nessa pesquisa, aqueles que concluíram Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação e possuíam registro de especialista certificada pela Associação Médica Brasileira, entre os quais há 5.486 médicos de família e comunidade (SCHEFFER *et al.*, 2018).

As características sociodemográficas e a distribuição geográfica dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil estão detalhados na tabela e nas figuras abaixo (SCHEFFER et al., 2018).

Medicina de Família e Comunidade		
Número de especialistas	5.486	
Razão de especialistas por 100.00 habitantes	2,64	
Percentual sobre total de especialidades	1,4	
	Média (anos)	**DP**
Idade	42,8	9,9
Tempo de formado	16,6	9,9
	Número	**%**
Masculino	2.364	43,1
Feminino	3.121	56,9
Distribuição por faixa etária	**Número**	**%**
<29 anos	340	06,2

30–39 anos	2.266	41,3
40–49 anos	1.591	29,0
50–59 anos	867	15,8
60–69 anos	395	07,2
>70 anos	27	00,5

Tabela 1: Características sociodemográficas da especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Fonte: Adaptado de SCHEFFER et al., 2018.

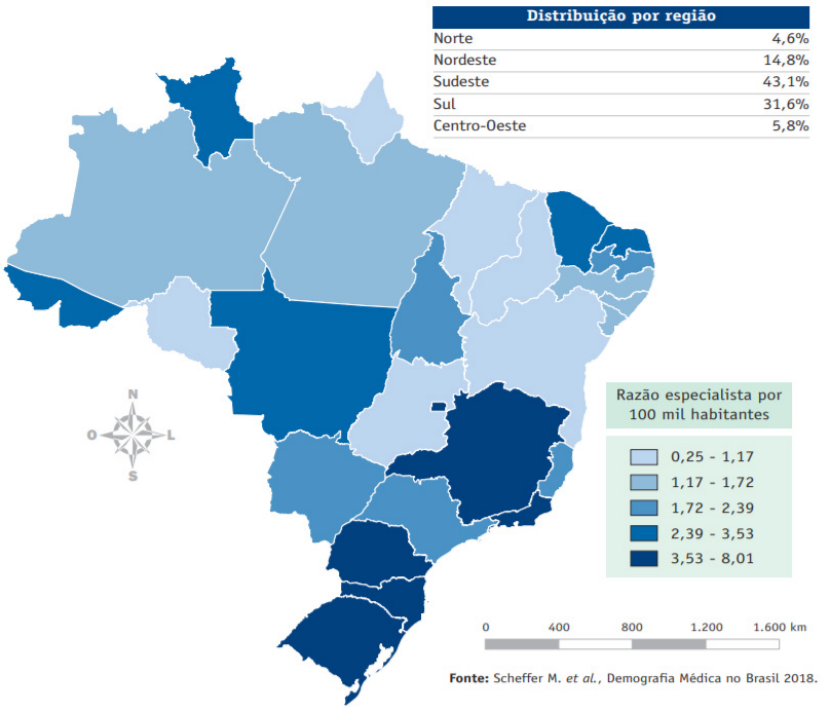


Figura 1: Mapa de distribuição dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade nas Regiões brasileiras.

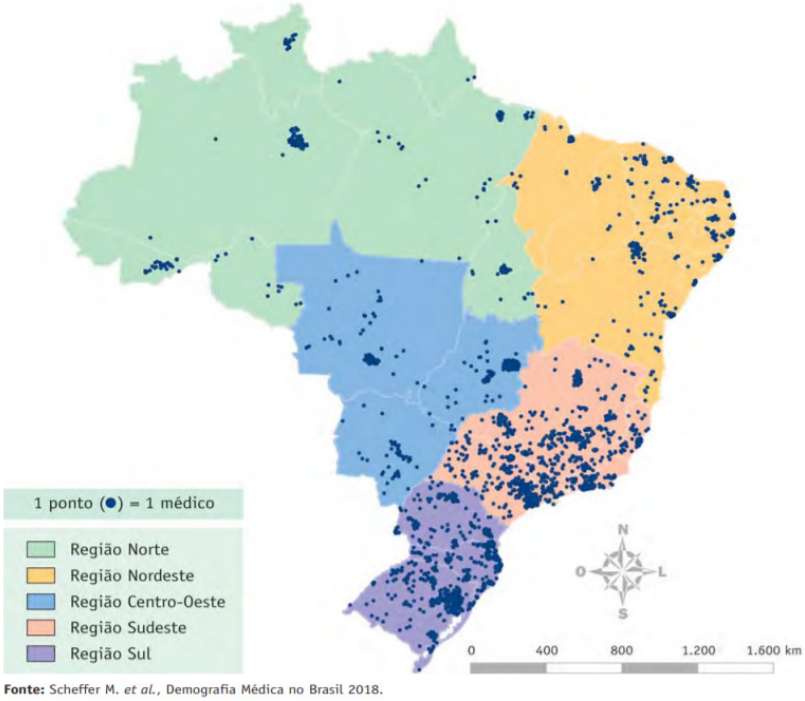


Figura 2: Mapa de distribuição dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por Municípios.

No Brasil, em 1994, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada como tática para a reorientação do Sistema Único de Saúde a partir da expansão da APS (CASTRO et al., 2012; FALK, 2004). Essa Estratégia pode ser entendida como um modelo de Atenção Primária à Saúde operacionalizado através de ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, prestadas por equipe de saúde da família, comprometida em cuidar da saúde de forma abrangente e integral, com foco na unidade familiar e em consonância com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade (FERRER et al., 2014). Várias pesquisas estudaram a qualidade da APS no Brasil, encontrando superioridade nos serviços organizados no modelo da Estratégia de Saúde da Família em comparação às Unidades Básicas de Saúde tradicionais (CASTRO et al.,2012), bem como evidenciando que a especialização em Medicina de Família e Comunidade associa-se a melhora significativa da qualidade da Atenção Primária em Saúde (JUNIOR, 2011).

Apesar da especialidade ser orientada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde, obtendo bons resultados em saúde já evidenciados nacional e internacionalmente, o fato de a formação específica em Medicina de Família e Comunidade não ser obrigatória para atuação na APS no Brasil, aliado ao excesso de carga de trabalho, à precariedade de vínculos empregatícios, à baixa remuneração e ao baixo status social e profissional no trabalho em APS (MELLO et al., 2009), acabam por despertar o interesse dos médicos de família e comunidade para outras opções de trabalho fora do ambiente da APS (WENDT, 2018).

O médico de família e comunidade tem uma formação integral: a Residência

Médica em Medicina de Família e Comunidade, segundo os requisitos mínimos propostos pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, deve contemplar atuação na área de Saúde Coletiva (BRASIL, 2015), sendo as habilidades em gestão em saúde consideradas competências essenciais para o médico de família – o que oportuniza a atuação do MFC como gestor (SBMFC, 2015) . Ademais, a recente ampliação do número de vagas em cursos de Medicina (BRASIL,2015), associada ao enfoque nas temáticas da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade, previstas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), têm tornado a docência outra possibilidade de carreira para os médicos desta especialidade (WENDT, 2018).

Embora exista ampla pesquisa sobre o trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro (BRASIL, 2015; SIQUEIRA et al., 2009), cabe salientar que são escassos os estudos com enfoque exclusivo em especialistas em Medicina de Família e Comunidade – uma área de pesquisa com interessantes potencialidades (AFONSO et al., 2017; MELLO et al., 2009). Os trabalhos já realizados com essa público-alvo, em geral, tratam dos médicos de família e comunidade de uma única cidade (MELLO et al., 2009; JUNIOR, 2011), ou dos egressos de um Programa específico de Residência Médica em MFC (FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004), havendo poucas iniciativas de inquéritos em âmbito nacional sobre essa população de médicos especialistas (WENDT, 2018).

A Medicina de Família e Comunidade encontra-se em pleno processo de consolidação no Brasil, trazendo contribuições às discussões sobre saúde e avanços aos serviços nos quais esses médicos especialistas estão inseridos, seja no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Saúde Suplementar, da Atenção Domiciliar, da gestão ou da docência (FALK, 2004; WENDT, 2018). Por isso, é fundamental que sejam realizados mais estudos sobre a Medicina de Família e Comunidade no país, de maneira coletar evidências sobre a importância do trabalho desses profissionais médicos tão subestimados, além da divulgação da especialidade e da participação ativa em discussões sobre a temática da saúde, com vistas a promover sensibilização e reflexão públicas sobre a especialidade e sua atuação (WENDT, 2018).

4 I CONCLUSÃO

Ao lidar cotidianamente com a complexidade intrínseca de cada indivíduo, família e comunidade; ao buscar valorizar a subjetividade; ao não dissociar a entidade patológica do ser humano que a experimenta, nem fragmentar corpo-mente-alma-ambiente; ao trabalhar em equipe de forma interdisciplinar e coordenada, responsabilizando-se pela advocacia do paciente; ao aliar os conhecimentos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis às habilidades de comunicação e ao desenvolvimento de uma relação médico-paciente de qualidade, em um relacionamento longitudinal, com

empatia e decisões compartilhadas, respeitando a autonomia dos sujeitos, a Medicina de Família e Comunidade rompe paradigmas tradicionais das ciências da saúde, e em especial, do modelo biomédico hospitalocêntrico, que ainda operam priorizando variáveis biológicas quantificáveis, desconectando o corpo humano de toda a trama de relações e experiências que são significado à saúde e à própria vida.

Dessa maneira, conclui-se que o conceito, a história, os princípios e a atuação da especialidade Medicina de Família e Comunidade, tanto no mundo quando no Brasil, contribuem nas busca por uma ressignificação mais ampliada, integrativa e holística das bases conceituais na saúde: a saúde entendida como o processo de adaptação e readaptação às alterações sofridas pela pessoa em seu contexto, na luta para atingir e manter o estado de maior bem-estar possível, dentro de sua realidade, assim, reconstruindo as conexões dos profissionais e das ciências da saúde com a complexidade e singularidade do ser humano como um todo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. P. D. et al. Association between hospitalization for ambulatory care–sensitive conditions and primary health care physician specialization: a cross–sectional ecological study in Curitiba (Brazil). **BMJ Open**, London, v. 7, n. 12, p. 1-8, 2017.

ALLEN, J. et al. **The European Definition of General Practice / Family Medicine.** WONCA Europe, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 12 de fevereiro de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União de 20 de junho de 2014: 131-169.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 01, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2. Brasília: Diário Oficial da União de 25 de maio de 2015: 11-12.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DYRBYE, L. N. et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. **Mayo Clinic**

Proceedings, Rochester, v. 88, n. 12, p. 1358-1367, 2013.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.

FARIAS, E. R.; STEIN, A. T.; HOFFMANN, J. E. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do Centro de Saúde–Escola Murialdo, 1976-2000. **Bol Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2004.

FAVA, G.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bolonha, v. 77, p. 1-2, 2008.

FERRER, A. P. S. et al. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services – Brazilian evidence. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 29, n.2, p. 107-113, 2014.

GAY, B. What's New in the Updated European Definition of General Practice/Family Medicine?. **Journal of General Practice***,* Westlakes, v. 1, n. 2, p. 111, 2013.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. São e Salvo – e livre de intervenções m**édicas** desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, 2016.

:

JUNIOR, N, L. An**álise comparativa da avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do Município** de Florianópolis, Brasil [dissertação de mestrado]. Bolonha] Università di Bologna, 2011. 149 p.

MARTIN, J. C. et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v. 2, n. 1, p. 3-32, 2004.

McWHINNEY, I. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Rev. bras. educ. med**. Brasília, v. 33, n. 3, p. 464-472, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A.. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

RAWAF, S.; MAESENEER, J..; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **Lancet**, London, v. 372, p. 1365-1367, 2008.

RODRÍGUEZ, C. et al. Family physicians' professional identity formation: a study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. **BMC Medical Education**, London, v. 14, p. 184-195, 2014.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, 1997.

SIQUEIRA, F. C. V., et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). JUNIOR, N. L. (org.). Currículo baseado em competências para a Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. 66 p.

STARFIELD, B. Is primary care essential?. **Lancet**, London, v. 344, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L., MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q.**, New York, v. 83, p. 457-502, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.

WENDT, J.R.W. Medicina de família e comunidade no Brasil: satisfação no trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde. [dissertação de mestrado]. Santa Cruz do Sul: Universitdade de Santa Cruz do Sul, 2018. 172 p.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. **The Nursing Journal of India**, New Delhi, v. 70, p. 285-295, 1978.

CAPÍTULO 7

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

Rafael Dos Santos Borges
Enfermeiro, ESTACIO-FCAT

Maria de Nazaré de Sousa Moura
Enfermeira, ESTACIO/FCAT

Marayza Pinheiro Nunes
Enfermeira, ESTACIO/FCAT

PALAVRAS-CHAVE: Dimensionameto de pessoal de enfermagem. Gerenciamento em enfermagem. Sistema de classificação de pacientes

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde brasileiras, em especial as entidades hospitalares públicas, têm se discriminado por um excesso de trabalho dos profissionais de enfermagem, devido à insuficiência quantitativa e qualitativa de trabalhadores frente à demanda assistencial da clientela1, com isso a equipe de enfermagem enfrenta desafios para atender a demanda de clientes com excelência e qualidade, dessa forma compete ao profissional enfermeiro desenvolver e implementar ações e instrumentos que possibilitem a avaliação sistemática daqualidade2. Diante da problemática exposta, a temática dimensionamento de pessoal de enfermagem assume papel significativo, na medida em que busca adequar o quadro de profissionais disponíveis às necessidades assistenciais da clientela, aos objetivos institucionais e às expectativas dos clientes.

Uma das principais etapas dos métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem refere-se à notificação da carga de trabalho da unidade prestado pela equipe de enfermagem, entendida como o produto da quantidade média de pacientes assistidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem. A diversidade e dinâmica da assistência de enfermagem envolvido neste cenário têm suas singularidades para o desenvolvimento das atividades profissionais. O processo de cuidar é complexo e contínuo, o que demanda um adequado planejamento de recursos humanos. Desta maneira o enfermeiro necessita de capacitação e habilidades gerenciais que permitam, dentre outras ações, elaborar diagnósticos para os recursos da equipe de enfermagem para que haja o desenvolvimento das atividades legalmente previstas. Assim, entende-se que, para a identificação dessa variável, é necessário conhecer o grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem, por meio de implementação de

um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)3, assim como determinar o tempo médio de assistência! Utilizado para o atendimento de suas necessidades1, para que isso ocorra, é indispensável considerar o método de cálculo de pessoal e alguns fatores como a clientela e a realidade sociocultural e econômica.

OBJETIVOS: O objetivo do estudo foi analisar na literatura, o dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de Clinica Medica através da metodologia proposta pela Resolução do COFEN n. 293/2004.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo de cunho bibliográfico, para atingir o objetivo proposto será realizada mais especificamente uma revisão integrativa da literatura, através de consultas em artigos, revistas, livros, dissertações, teses e base de dados eletrônicos (Lilacs, Medline e Scielo) nos últimos dez anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O dimensionamento de pessoal de enfermagem estabelecido pela resolução COFEN 293/04, fixa estabelecer parâmetros para dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem para as unidades assistências nas instituições de saúde e assemelhadas de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a qualidade dos serviços prestados, a segurança dos usuários e trabalhadores. Em um dos estudos averiguado mostrou a importância da classificação dos pacientes segundo os níveis de complexidade assistencial de enfermagem e sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem (DPE) em unidades de internação5, onde encontrou maior demanda de pacientes com necessidade de cuidados intermediários e cuidados mínimos, além de ressaltar a importância do cálculo para dimensionamento de pessoal. No segundo estudo1, comparou a estimativa do número de profissionais por diferentes parâmetros, porém não realizando a classificação dos pacientes. Nos estudos que realizou o cálculo de DPE e comparou com o número de profissionais necessários ao atendimento da demanda de cuidados, identificou déficit no número de enfermeiros e excedente nos profissionais de nível médio (Auxiliar de Enfermagem e Técnico de Enfermagem)4. Desta forma, pressupõe que determinadas ações de enfermagem em pacientes de maior complexidade e gravidade que deveriam ser executadas pelo enfermeiro, devido a carência desse profissional, possam estar sendo desenvolvidas pelo pessoal de nível médio. Outro autor acrescenta ainda que se o quantitativo de enfermeiros estivesse adequado, este profissional teria mais oportunidade para se organizar, executar e avaliar os planos de cuidado3. Estes resultados nos sugerem uma reflexão do DPE de que precisa da classificação dos pacientes, para dispor da quantidade necessária de profissionais para atender as necessidades da clientela4. Se tratando do enfermeiro, este se encontra em quantitativo inferior ao pressuposto pela resolução, e devido a mensuração inadequada da equipe de enfermagem, o prejuízo é direcionado para equipe e pacientes, pois há um sub dimensionamento da

assistência levando a uma metodologia inexistente, desorganizada e desarticulada. Observando os estudos investigados, foi possível compreender que o sistema de classificação do paciente (SCP) representa com mais integridade às necessidades de cuidados dos pacientes viabilizando um cálculo mais eficaz do tempo gasto pela equipe de enfermagem na técnica do cuidar. Visto que suas propriedades já foram testadas, com indícios de validade e credibilidade[3].

CONCLUSÃO: O presente estudo foi de suma importância para os autores, pois, pode-se retratar a real assistência que os pacientes internados estão sofrendo, bem como o reconhecimento do dimensionamento de pessoal de enfermagem das unidades que se encontram fora dos parâmetros descritos na Resolução do Cofen nº 293/2004. Ainda que o estudo forneça subsídios para a formação de critérios, pertinentes ao tempo de assistência de enfermagem torna-se fundamental o adequado atendimento dos pacientes de alta dependência da equipe de enfermagem, pois esse encontre-se em maior risco de eventos adversos, como erros de medicação, infecção relacionada a assistência a saúde, e entre outros. À vista disso os resultados apresentados no presente trabalho foram explorados considerando, também, as limitações do estudo. Desta forma fora identificada, uma insuficiência de profissionais de enfermagem para o vasto campo de cuidado, destacando além das horas que o enfermeiro deverá ter de disponibilidade para cobrir adequadamente o cuidado demandado para cada paciente nas instituições hospitalares, bem como a necessidade de se realizar as atividades privativas do enfermeiro previstas na lei do exercício profissional. Portanto a classificação dos pacientes deve ser considerada como instrumento de gerenciamento do cuidado e da organização da demanda, devendo ser incluída como ferramenta do trabalho diário do enfermeiro, permitindo assim uma melhor qualidade na assistência prestada. Portanto, é primordial que cada profissional realize as atividades exclusivas de suas competências, e não exerça tarefas que sejam atribuições de outros membros da equipe, valorizando-se profissionalmente em sua categoria.

REFERÊNCIAS

Lima MKF, Tsukamoto R, Fugulin FMT. Aplicação doNURSING ACTIVITIES SCORE em pacientes de alta dependência de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 638-46.

Cucolo DF, Perroca MG. Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência daequipe de enfermagem. RevEscEnferm USP 2010; 44(2):497-503.

Perroca MG, Gaidzinski RR. Instrumento de classificação de pacientes de perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores – correlação. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3): 245-52

Maya CM, Simões ALA. Implicações dodimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho

das competências do profissional enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2011;64(5): 898-904.

Menegueti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):551-63

CAPÍTULO 8

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Universidade Regional do Cariri (URCA)
Iguatu – Ceará

Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Universidade Regional do Cariri (URCA)
Iguatu – Ceará

Camila Almeida Neves de Oliveira
Universidade Regional do Cariri (URCA)
Iguatu – Ceará

Edilson Rodrigues de Lima
Secretaria de Saúde de Várzea Alegre
Várzea Alegre – Ceará

Cristiane Gonçalves Araújo
Secretaria de Saúde de Acopiara
Acopiara – Ceará

RESUMO: A Promoção em Saúde (PS), entendida como um processo de capacitação da comunidade para tomar decisão na sua qualidade de vida e saúde. Relevante como eixo orientador das políticas públicas e da reorientação do processo de formação dos profissionais em saúde, em destaque a do enfermeiro, ainda é um desafio. Estudos indicam a importância de definir e utilizar as competências da PS entre estas o domínio "advocacia em saúde" como instrumento para melhorar o trabalho em PS. Identificar o domínio de competência da "advocacia em saúde" na PS como um novo desafio para a enfermagem da Promoção em Saúde. Recorte de uma pesquisa qualitativa realizada no período de março a maio de 2011, com três enfermeiros e três coordenadoras do Programa Saúde Escolar (PSE) e de três escolas municipais da Região Centro Sul do Estado do Ceará. A coleta de dados foi através de uma entrevista semiestruturada contendo questões voltadas para o objeto do estudo. Estudo aprovado sob o nº 20110025. As participantes expressaram o termo competência "advocacia em saúde" de forma confusa e indefinida e desconheciam as competências da PS, apesar da inclusão em vários documentos internacionais e nacional. Diante dos resultados e das evidências na literatura, é interessante fortalecer as competências da PS, em especial, o domínio "advocacia em saúde", nas práticas do PSE, para a promoção do empoderamento e participação da comunidade na construção da visão ampliada da PS e da defesa do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Competência da Promoção da Saúde, Programa Saúde Escolar, Domínio Advocacia em Saúde, Enfermagem em Saúde Pública.

1 I INTRODUÇÃO

A abrangência teórico-metodológico do campo da Promoção em Saúde se traduz

como um espaço físico, social, político e cultural. Nesse sentido há necessidade de mudanças paradigmáticas, reforçando a necessidade de novas formas de pensar e agir em saúde.

Dentro desse cenário a Promoção da Saúde (PS), é compreendida como um processo de capacitação da comunidade e que essa autonomia permita o mesmo participar das ações que buscam a qualidade de vida e saúde, através de iniciativas baseadas na intersetorialidade, empoderamento, igualdade, justiça social e participação social, entre outros, são relevantes como um eixo norteador das políticas e práticas contemporâneas em saúde (BARRY et al., 2009; BRASIL, 2017; BUSS, 2000).

Entretanto, apesar desse avanço teórico e político, a concretização no campo da prática ainda é percebida como um desafio, tendo em vista ser complexo, intersetorial e exigir atuação de equipe multidisciplinar (FERREIRA et al, 2012). Esse desafio vem agenciando internacionalmente docentes, pesquisadores, gestores e profissionais, no sentido de definir, desenvolver e praticar competências relevantes para a atuação da PS (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013; DEMPSEY; BARRY, BATTEL-KIRK, 2011).

Vários documentos já foram produzidos, porém, alguns com similaridades conceituais, outros apontam divergências na lista das competências centrais em PS. A dificuldade de apresentar conceitos em sintonia com as Competências de Promoção da Saúde, é evidenciado em vários documentos, o que transparece as diferenças socioculturais de cada país. Dentre esses documentos destaca-se o Projeto “Comp HP” (Developing Competencies and Profissional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe), que foi elaborado em um cenário sociocultural plural definido com o Domínio de Competências de Promoção da Saúde (DCPS) tendo como fulcro as competências desenhadas no Conferência de Galwal (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Convém reforçar que a utilização de competências para a PS está fincada na potencialidade dessas utilizarem como ponto de referência para: definir padrões profissionais, elaboração de ferramenta que assegurem a qualidade do processo de trabalho, diagnosticar e estruturar programas e projetos de capacitação e orientar a formação acadêmica (BARRY; BATTEL-KIRK; DEMPSEY, 2012; PINHEIRO et al, 2015).

No cenário internacional, nos últimos anos, a temática competências em PS, tem sido discutido em várias conferências. Entre estas destaca-se a Conferência de Galway, em que foram definidos valores, princípios e domínios de competência centrais (DCC), necessárias para o envolvimento efetivo e eficaz nas práticas de PS a saber: catalizador de mudanças, liderança, planejamento, implementação, avaliação, parcerias e advocacia em saúde (ALLEGRANT et al, 2009; TUSSET et al, 2015).

O desenvolvimento de competências na formação dos profissionais de saúde, tem sido discutido na literatura científica, muito mais internacional e nos eventos científicos (BARRY; BATTEL-KIRK; DEMPSEY, 2012; ALLEGRANT et al, 2009; BATTEL-KIRK et al, 2009).

Já no Brasil são apontadas escassez de experiências e baixa produção cientifica sobre a temática. Os estudos brasileiros, até ao presente momento estão inclusos em programas específicos, como Programa Saúde na Escola (TUSSET et al 2015; ANDRADE et al, 2011; MACHADO et al, 2015).

O Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil apesar da implantação de diversas iniciativas no campo da saúde pública e da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde e do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, a discussão sobre competências da PS e da saúde coletiva ainda está começando (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013; CARVALHO et al, 2017).

Apesar da existência do PSE ainda observa-se incipiência na implementação das competências nos processos formativos de graduação e nas estratégias de ensino que produzem padrões profissionais adequados à transformação do pensar e do agir em direção à PS (FRAGELLI; SHIMIZU, 2013).

A Política Nacional de Promoção da Saúde é utilizada como marco referencial do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, tendo como conteúdo o debate das competências profissionais na perspectiva da PS e da saúde coletiva (BRASIL, 2010; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Estudos tem evidenciado que a formação dos profissionais de saúde, ainda é predominantemente baseada no enfoque biologicista, curativo e hospitalar, e distanciado das práticas de promoção em saúde (CHIESA et al., 2007; SILVA et al, 2010).

Também, fica constatado que a orientação exacerbada do modelo biomédico na formação em saúde, denota a deficiência na articulação com contexto social e epidemiológico da população. Esta realidade demonstra que a supremacia desse modelo vem impedindo a valorização da assistência integral, humanizada e equitativa (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Destaca-se ainda a existência de modelos curriculares fragmentados em disciplinas básicas e profissional, com menor ênfase nos conteúdos políticos, sociológicos e filosóficos, dentre outras.

Portanto, é relevante que se discorra sobre as competências da PS (CPS), em especial, a competência da advocacia em saúde, de forma a ampliar ações efetivas e sustentáveis de PS.

A discussão sobre a competência advocacia em saúde é oportuna posto que o Ministério da Saúde (MS), vem elaborando políticas e programas que favorecem o desenvolvimento do ideário da PS. Dentre esses programas cita-se o Programa Saúde Escolar (PSE), que segue o princípio da intersetorialidade, abraçando setores da saúde, educação, desenvolvimento social e outros, contribuindo para o desenvolvimento “de valores pessoais, éticos, crenças, conceitos e formas de conhecer o mundo”, por meio de uma metodologia que estimula o pensamento crítico e político dos adolescentes (BRASIL, 2011, p.5; BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar que a utilização de CPS está fundamentada no seu potencial como referência para capacitar o profissional em saúde para um processo de trabalho que

oferece cuidados de qualidade e nortear a formação acadêmica (BARRY; BATTEL-KIRK; DEMPSEY, 2012).

Existem vários dispositivos legais para a defesa dos direitos humanos na Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que saúde é um direito social e dever do Estado. Nesta CF/88 ainda são incluídos outros artigos que expressam formas de defesas de direitos à saúde (BRASIL, 1988). Entretanto, esses direitos são desconhecidos dos usuários e de profissionais de saúde, indicando que a existência formal nas leis não significa que sejam aplicadas na prática (ANDRADE et al, 2011).

Enfim, o estudo e a prática do domínio "advocacia em saúde", pode favorecer a concretização da PS, a intersetorialidade, a gestão clínica, o controle social, a participação social, dentre outros, contribuindo para ampliar o direito ao acesso universal à saúde, pelo empoderamento do usuário-adolescente de informações que o ajudem a tomar decisões sobre sua saúde e vida.

Este estudo tem por objetivo identificar o domínio advocacia na PS como um novo desafio para o enfermeiro de APS.

1.1 Advocacia em Promoção em Saúde: breves interfaces entre saúde, direitos humanos e formação acadêmica

A advocacia em promoção da saúde representa na contemporaneidade, nas sociedades democráticas, empoderamento dos usuários e consequentemente, o exercício de cidadania, importante para a conquista da justiça em saúde e do bem-estar físico, social e mental das pessoas, famílias e comunidade.

O conceito de saúde é complexo, podendo ser percebido a partir de duas vertentes. A primeira é a biomédica que tem como objetivo a saúde e a doença, opostos entre si. A segunda tem como foco os determinantes sociais do processo dinâmico de saúde-doença e cuidado.

Dentro desse contexto o conceito de saúde e sua proteção como direito humano fundamental requer a participação de todos os agentes políticos, inclusive os usuários envolvidos no processo saúde – doença – cuidado. O reconhecimento da saúde como direito oportunizou grandes progressos na efetivação da promoção da saúde no mundo.

A Promoção da Saúde ocupa um espaço relevante no campo da saúde coletiva, o que vem estimulando a elaboração de leis em saúde e políticas públicas.

Entre as legislações internacionais destaca-se a Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1948, que estabeleceu saúde como direito humano, universal e essencial para a dignidade do ser humano.

O Comitê de Direito Econômico, Sociais e Culturais do Conselho Econômico e Social da ONU elaborou a Observação Geral nº 14 que orienta os Estados ao cumprimento do ato normativo nº 12 que diz:

(...) a saúde é um direito fundamental da pessoa, indispensável para o exercício dos

> outros direitos humanos (...). A realização do direito à saúde pode ser assegurada por meio de numerosos dispositivos complementares, como (...) a adoção de instrumentos jurídicos específicos. Além disso, o direito à saúde, compreende certos elementos cujo respeito é garantido pela lei, como o princípio de não discriminação no acesso aos bens e serviços de saúde que é um direito legalmente garantido em muitas jurisdições nacionais" (ONU, 1996).

Saúde é concebida como um dos direitos humanos, afirmados desde 1948 na Declaração Universal de Direitos Humanos. No Brasil, as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que foram acatadas pela CF/88, como direitos sociais de todos (art. 6) e dever do Estado (art. 196). (BRASIL, 1988). Esse direito social e humano, agencia a compreensão de que há a necessidade da prática de ações e serviços dirigidos à promoção da saúde. Por isso, são importantes ações articuladas entre as diversas áreas da saúde e do ensino, visando promover benefícios práticos e enfrentar os conflitos do sistema de saúde, que pedem a prática da competência "advocacia em saúde".

O conceito de advocacia em saúde, é percebido como o processo que busca mobilizar apoio para a defesa, em especial do SUS, visando promover mudanças favoráveis, através de parcerias com pessoas, família e comunidade, que se irmanam nos mesmos objetivos (BRITO, 2013).

Este domínio inclui a sensibilização de atores políticos, da opinião pública e das reinvindicações por políticas, programas e procedimentos voltados para a Promoção em Saúde (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011). Para a concretização desse domínio urge a participação de vários parceiros e organizações públicas e privadas, profissionais de saúde, gestores, mídia, usuários, família e comunidade, e outros agentes com poder de influenciar a defesa dos direitos sociais à saúde (BRASIL, 2017; CARVALHO et al, 2017). Logo, advogar em saúde é desenvolver uma atuação política, cidadã e emancipatória (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

O termo "advocacia em saúde" teve seu nascedouro na área infantil, quando recomendada pela Associação Americana de pediatria, em 1975 (DALLARI et al, 1996). Esse termo pode ser encontrado na literatura com definições nem sempre objetivas. Assim é que pode ser percebido, ora como educação em saúde, ora como promoção da saúde. A educação em saúde representa um procedimento relevante para a efetivação do domínio em estudo, promovendo a emancipação das pessoas, no momento em que se reconhece como advogado de si mesmo, realizando reivindicações para os problemas vivenciados por parte do governo.

A relação do domínio com a promoção da saúde, desde 1991, em Sundsval, Suíça, que o termo o domínio "advocacia em saúde" foi designado como uma das sete estratégias para a transformação da Promoção da Saúde da teoria para o campo da prática.

O desenvolvimento de competência no processo de formação dos profissionais de saúde tem sido evidenciado na literatura científica (BATTEL-KIRK et al, 2009;

ALLEGRANTE et al., 2009; DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2011).

Entende-se que, a "advocacia em saúde" tem em sua essência a concepção de saúde como uma necessidade ética.

Este domínio é importante para a concretização do papel político dos profissionais de saúde visando a sustentação do ideário da Promoção da Saúde e do SUS.

Apesar do reconhecimento deste domínio em diversos documentos internacionais norteadores da Promoção da Saúde, o tema ainda é pouco efetivado na prática (GALER-UNTI; TAPPE; LACHENMAYR, 2004; CAIRA et al, 2003).

A concepção holística da promoção da saúde, agencia alguns princípios: concepção ampliada de saúde, para além do modelo biomédico, ações intersetoriais, empoderamento, participação social, sustentabilidade e equidade (SICOLI; NASCIMENTO, 2003). O entendimento de saúde dentro do enfoque holístico do cuidado, representa como uma produção social que agencia a promoção que deve extrapolar o modelo de assistência médico-curativa. Por isso, o campo da promoção da saúde deve incluir os determinantes sociais, econômicos e ambientais, além das causas biológicas (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

A advocacia na PS, requer ações articuladas entre os diversos níveis de saúde e de setores públicos e privados, buscando vínculos de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida da população.

O domínio "advocacia em saúde", promove o empoderamento dos cidadãos e comunidade sobre o acesso às informações dos direitos e deveres, sendo uma condição essencial para a efetivação da promoção em saúde. Esse empoderamento da coletividade representa a capacidade das pessoas tomarem decisões diante de dificuldades (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Destaca-se que o acesso universal aos cuidados em todos os níveis de saúde, especialmente, na Atenção Primária, fundamenta-se no princípio da justiça social e da equidade, que lastreiam a promoção da saúde, que pode ser efetivada no campo prático, em especial, pela atuação do domínio "advocacia em saúde", na tentativa hercúlea para eliminar as históricas e inaceitáveis desigualdades sociais enfrentadas pela população.

Outrossim, a operacionalização da saúde como direito social, requer mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde, como forma de responder às múltiplas e complexas necessidades de saúde, agenciando que as instituições de ensino superior orientem seus currículos no sentido de melhorar as habilidades e competências em defesa da saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Estes são alguns dos desafios para a enfermagem na atualidade.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de estudo qualitativo, efetivado em um contexto

intersetorial e multidisciplinar abrangendo agentes políticos que atuavam no Programa Saúde Escolar (PSE), com foco na análise da competência da Promoção da Saúde "advocacia em saúde".

O estudo desenvolveu-se em três escolas públicas de um município da Região Centro Sul do Estado do Ceará, que implantaram o PSE.

A amostra foi constituída de três enfermeiros e três coordenadores pedagógicos do PSE, todos do sexo feminino, sendo este quantitativo suficiente dentro da abordagem qualitativa, uma vez que a quantidade de sujeitos não é expressiva, mas sim a qualidade do fato pesquisado (PRESTES, 2008).

A coleta deu-se no período de março a maio de 2011, através de uma entrevista semiestruturada previamente agendada com as escolas. O roteiro do questionário foi composto de dez questões norteadoras que permitiram o alcance do objetivo proposto. Após refinamento do roteiro da entrevista, foram incluídas dez questionamentos: 1) Poderia me falar da sua participação no PSE?; 2) Quais as atividades que você faz no PSE?; 3) Você participou do plano de ações e metas DST/AIDS e outras ?;4) Como você entende e quais os desafios, possibilidades e entraves para o desenvolvimento das competências que pede a PS?; 5) Existem algum mecanismo de integração entre a escola e saúde visando aos domínios de competência da PS?; 6) Quais os principais problemas de saúde dos adolescentes?; 7) Você usa as informações do PSE na implementação do plano de ensino da escola?; 8) Os adolescentes participam/ participaram no planejamento, execução e avaliação do PSE? 9) Você conhece o domínio "advocacia em saúde"? 10) Quais ações para efetivação do domínio "advocacia em saúde"?

De forma complementar realizou-se uma observação simples, onde se registrou em um diário de campo, as impressões, comportamentos e aptidões apreendidas nos períodos em que não se estava realizando as entrevistas.

Para análise das questões abertas, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo fundamentado nos ensinamentos de Minayo (2010), a qual divide e descreve essa fase do estudo nas seguintes etapas: Pré-análise, onde foi realizada a seleção dos documentos a serem avaliados e dos objetivos iniciais da pesquisa. Nessa etapa, foi realizada a compilação e organização das falas das participantes e procedida a leitura exaustiva das respostas das entrevistas, buscando responder aos objetivos da pesquisa.

A pesquisa se fundamentou nos princípios ético-legais estabelecidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), obtendo a aprovação sob o número de protocolo 20110025.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelam um discurso embasado predominante no

conhecimento técnico-científico baseado no modelo biomédico, ainda presente na formação profissional como a fala da E1 [...] “somos parceiros com a escola ao proferirmos palestras sobre doenças, imunização, distribuição de métodos contraceptivos e educação em saúde”. A racionalidade técnica e biologista evidenciada nas observações, demonstra que as instituições de ensino ainda estão presas ao modelo de formação de profissionais de saúde à serviço do mercado da saúde. Para Rovai (2010) esse tipo de formação não seria problema se a formação tiver apoio em disciplinas como: ética, sociologia, filosofia e política, que fortalecem a prática da competência “advocacia em saúde”.

As respostas demonstram uma indefinição em relação ao termo “advocacia em saúde”, assim como uso de interrogações, negações e afirmações como se pode observar na fala do C2 ao ser perguntado sobre o conhecimento do termo “advocacia em saúde”: “Desconheço realmente o termo e nunca observei na prática esse domínio”. Já a participante E3 interroga [...] “advocacia em saúde”? nunca ouvi essa expressão na graduação, mas acho que tem a ver com direito jurídico, leis”.

Germani e Aith (2013) afirmam que, apesar do domínio “advocacia em saúde” estar incluído em documentos internacionais norteadores da PS, como na Carta de Ottawa, Conferência de Saúde, Glossário de PS da OMS e Política Nacional de Promoção em Saúde (WHO, 1986), o assunto é pouco desenvolvido na prática da APS.

Essa imprecisão e desconhecimento do termo “advocacia em saúde”, reforçam a diversidade de sentidos atribuídos ao termo, em que ora é citado como defesa do direito jurídico, ora como defesa de direitos e cidadania da população (CARLISLE, 2000).

O aprendizado sobre as Competências de Promoção em Saúde (CPS) deve ser fomentado por meio da formação e práticas profissionais e de treinamento que objetivem capacitar as ESF para a formação teórica, técnica e política, imperativas na defesa e condução do SUS, universal, equitativo e integral para os cidadãos brasileiros.

Entretanto, não basta que o domínio de advocacia em saúde esteja relatado em documentos urge a necessidade de que o direito à saúde de qualidade seja garantido de fato no cotidiano da prática da APS. Ainda na sociedade contemporânea os direitos à saúde são conquistados pela luta da população menos favorecida, e portanto, a efetivação do domínio da “advocacia em saúde”, é mais um desafio para os profissionais de saúde da APS, gestores e docentes do Curso de Enfermagem, em especial.

4 I CONSIDERAÇÕES

O presente estudo se propôs a identificar o domínio advocacia na promoção da saúde como um novo desafio da APS.

Nas observações e discursos das participantes, foi possível detectar que ainda há confusão conceitual sobre as competências da promoção da saúde o que contribui para uma maior imprecisão do constructo “advocacia em saúde”. Essa indefinição e fragilidade dos conceitos de PS e do domínio “advocacia em saúde”, reforça que a prática do enfermeiro se fundamenta predominantemente no conhecimento técnico-científico, revelando uma contradição com princípios da PS. Portanto, infere-se que o domínio “advocacia em saúde” não é evidenciada/reconhecida neste estudo como um novo campo de atuação no processo de formação profissional, expressando apenas uma concepção ideológica teórico-formal, sem a concretude no campo da prática da APS.

Os achados da pesquisa como um todo, não foram evidenciadas expressões que apontem para a associação direta entre “advocacia em saúde” e promoção da saúde. Em virtude do desconhecimento sobre a base conceitual do termo “advocacia em saúde”, os resultados expressaram a diversidade de definições atribuídos ao termo, ora como perspectiva de direito jurídico, ora como defesa de direitos e cidadania do adolescente do PSE.

Mesmo sendo um recorte de uma pesquisa, acredita-se que há a necessidade de mudanças no processo de formação do enfermeiro com estímulos à inclusão dos princípios e competências da PS para além da teoria, sendo efetivada na prática dos estágios supervisionados.

Espera-se, assim, que o presente estudo possa promover novas linhas de estudo que abracem a abordagem das competências para a PS, com realce para o domínio da “advocacia em saúde”, assunto ainda em construção no âmbito brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALLEGRANTE, J.P.; BARRY, M.M.; AIRHIHENBUWA, C.O.;AULD, M.E.; COLLINS, J.L.; LAMARRE, M.C.; MAGNUSSON, G.; MCQUEEN, D.V.; MITTELMARK, M.B.; GALWAY CONSENSUS CONFERENCE. Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: the galway consensus conference statement. **Health Educ Behav**. v.36, n.3, p.476-82, Jun 2009. doi: 10.1177/1090198109333950. Epub 2009 May 15. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19447943.

ANDRADE, R. D.; MELLO, D. F.; SILVA, M. A. I.; VENTURA, C. A. A. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2011, v.64, n.4, pp.738-744. ISSN 0034-7167. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400017.

BARRY, M. M.; ALLEGRANTE, J. P.; LAMARRE, M.C.; AULD, M. E.; TAUB, A. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, v.16, n.2, p.05-11, 2009.

BARRY, M.M.; BATTELKIRK, B.; DEMPSEY, C. The CompHP core competencies Framework for health promotion in Europe. **Health Educ Behav**. v.39, n.6, p.64862, 2012. http://dx.doi.org/10.1177/1090198112465620.

BATISTA, K.B.C.; GONCALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.** [online]. v.20, n.4, pp.884-899, 2011. ISSN 0104-1290. http://dx.doi.

org/10.1590/S0104-12902011000400007.

BATTEL-KIRK, B. et al. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. **Global Health Promotion**, v.16, n.2, p.12-20, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, 1988.

BRASIL. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p. : il. ISBN 978-85-334-2233-9

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE:** Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios) ISBN 978-85-334-1844-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, C.M. Advocacia em saúde e as organizações não governamentais do Distrito Federal. Cad. Ibero-amer. **Dir. Sanit.** Brasília, v.2, n.1, jan.jul. 2013 25 ISSN 2317-8396.

BUSS, P. M. Health promotion and quality of life. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v.5, n.1, pp.163-177, 2000. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000010001

CAIRA, N.M.; LACHENMAYR, S.; SHEINFELD, J.; GOODHART, F.W.; CANCIALOSI, L.; LEWIS, C. The health educator's role in advocacy and policy: principles, processes, programs, and partnerships. **Health Promotion Practice**, Thousand Oaks, v. 4, p. 303-313, 2003.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B., CASTRO, A. M. Avaliação da Política Nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARLISLE, S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. **Health Promotion International**, Oxford, v. 15, n. 4, p. 369-376, 2000.

CARVALHO, V.L.; OLIVEIRA, A.L.C.; ALVES, I.K.S.; SILVA, R.L.; SILVA, C. B. Competências Para Promoção Da Saúde Em Formandos Dos Cursos Da Área Da Saúde. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, v.11, (Supl. 8), p.3269-78, ago., 2017.

CHIESA, M.A.; NASCIMENTO, G.D.D.; BRACIALLY, D.A.L.; OLIVEIRA, C.A.M.; COAMPONE, T.H.M. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.** v.12, n.2, p.23640, 2007. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i2.9829

DALLARI, S.G.; BARBER-MADDEN, R.; TORRES-FERNANDES, M.C.; SHUQUAIR, N.S.M.S.A.Q; WATANABE, H.A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30 n. 6, p. 592-601, abr. 1996.

DEMPSEY, C.; BARRY, M.; BATTEL-KIRK, B. **The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook, Work package 4**. Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway. 2011. Disponível em: http://www.iuhpe.org/uploaded/ CompHP_Competencies_Handbook.pdf.

FERREIRA, I.R.C.; VOSGERAU, D. S.R.; MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, v.17, n.12, pp.3385-3398. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023.

FRAGELLI, T.B.O.; SHIMIZU, H.E. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. **Physis** [online]. v.23, n.1, pp.197-208, 2013. ISSN 0103-7331. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100011.

GALER-UNTI, R.A.; TAPPE, M.K.; LACHENMAYR, S. Advocacy 101: Getting Started in Health Education Advocacy. **Health Promotion Practice**, Thousand Oaks, v. 5, p. 280-288, 2004.

GERMANI, A.C.C.G.; AITH, F. Advocacia em Promoção da Saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **R. Dir. sanit**., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.15, n.3, pp.757-762, 2010. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018.

MACHADO, M.F.A.S.; GUBERT, F.A.; MEYER, A.P.G.F.V.; SAMPAIO, Y.P.C.C.; DIAS, M.S.A.; ALMEIDA, A.M.B. et al. The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. **Journal of Human Growth and Development.** v.25, n.3, p. 307-312, 2015. ISSN 2175-3598 Doi: http://dx.doi.org/ 10.7322/jhgd.96709

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONU. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos/ ONU. **Comentário Geral número 12 - O direito humano à alimentação (art.11).** ONU: Genebra. 1996.

PINHEIRO, D.G.M.; SCABAR, T.G.; MAEDA, S.T.; FRACOLLI, L.A.; PELICIONI, M.C.F.; CHIESA, A.M. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.180-188, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf

PRESTES, M.L. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico**: do planejamento aos textos, da escola à academia. 3ª ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

ROVAI, E. (Org.). **Competência e competências**: contribuição crítica ao debate. São Paulo: Cortez, 2010.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios, operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; HORTA, N.C. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.14, n.1, p.368-76, 2010.

TUSSET, D.; NOGUEIRA, J.A.D.; ROCHA, D.G.; REZENDE, R. Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o

Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.9, n.1, p. 189-204, mar, 2015.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. do.; KLEBA, M. E. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.21, n.9, pp.2949-2960, 2016. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, Canada: WHO, 1986.

CAPÍTULO 9

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÈGIA DE SAÙDE DA FAMÍLIA DO MUNÍCIPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

Fabio Daniel Pereira Sampaio
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará

Suann Quemel Mesquita
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará

Murilo Oliveira Pollhuber
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará

Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará

Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará

RESUMO: Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS), devido a sua elevada prevalência na população brasileira, é um importante fator de risco cardiovascular. Devido aos sintomas inespecíficos, a adesão ao tratamento é deficitária, o que pode predispor a outros agravos, como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Objetivo: identificar a prevalência da não adesão ao tratamento farmacológico a HAS, em microáreas de abrangência de uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família. Metodologia: Estudo transversal, realizado com 16 pacientes portadores de HAS. Primeiramente, realizou-se visita domiciliar, com aferição de pressão arterial, verificação do receituário médico e orientação quanto a adesão ao tratamento medicamentoso. Posteriormente, houve nova visitação, para verificar como estava o tratamento e o estágio da hipertensão nos pacientes que não aderiram à receita. Resultados: Em relação a adesão, 12 pacientes (75 %) usavam os medicamentos de maneira adequada. Os medicamentos utilizados eram Losartana (52,3 %), Hidroclorotiazida (19%), Atenolol (14,2%), Propanolol (9,52%) e Captopril (4,7%). Além disso, 3 pacientes (18,75%) tiveram o nível de pressão arterial indicado como normal (Pressão arterial sistólica (PAS). Conclusão: A adesão ao tratamento farmacológico de Hipertensão demonstra-se efetiva, visto que a maioria dos pacientes com hipertensão aderiu ao tratamento.
PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Adesão, Tratamento

ABSTRACT: Introduction: High Blood Pressure (HBP) is an important cardiovascular risk factor due to its high prevalence in the Brazilian population. Due to non-specific symptoms, adherence to treatment is deficient, which may predispose to other diseases, such as stroke and coronary heart disease. Objective: Identify the prevalence of non adherence to the pharmacological treatment of hypertension,

in micro areas of a Family Health Strategy Unit. Methods: This research is a cross-sectional study with 16 patients with HBP. Firstly, a home visit was done with blood pressure measurement, medical prescription verification and orientation regarding adherence to drug treatment. Subsequently, there was a new visit to verify how the treatment was going and the hypertension's stage in patients who did not adhere to the prescription. Results: Regarding to the adherence to treatment, 12 patients (75%) used the medications properly. The drugs used were Losartan (52.3%), Hydrochlorothiazide (19%), Atenolol (14.2%), Propanolol (9.52%) and Captopril (4.7%). In addition, 3 patients (18.75%) had the blood pressure level indicated as normal. Conclusion: The adherence to the pharmacological treatment of hypertension is shown to be effective, since the majority of patients adhered to the treatment.
KEYWORDS: Hypertension, adherence, treatment.

1 I INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, sendo um importante fator de risco cardiovascular acometendo de 22,3% a 43,9% da população brasileira urbana e mais da metade dos idosos. (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) Essa patologia muitas vezes se apresenta de forma assintomática ou com sintomas irrelevantes, assim grande parte da população não dá a devida importância a HAS. (DOSSE et al., 2009) Muitos estudos evidenciam que por meio da aferição da pressão arterial é possível identificar indivíduos mais suscetíveis a doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte na atualidade. O tratamento da HAS depende de três eixos: prática de exercícios, alimentação adequada e medicação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) O foco desse resumo será pautado no tratamento farmacológico, sendo utilizados diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, entre outros, que atuam de forma diversificada no organismo. Porém, uma gama muito grande da população não adere ao tratamento, por diversos fatores como, por exemplo: grande quantidade de remédios ou por possuir memória falha e não ter um acompanhante. (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010) De qualquer maneira, o tratamento farmacológico para doenças crônicas é sempre algo muito complicado para o paciente, pois é um tratamento longo ou para o resto da vida.

2 I OBJETIVOS

Identificar a quantidade de pacientes das microáreas 3 e 6 da Unidade da Estratégia de Saúdeda Família (ESF) do Parque Amazônia I com hipertensão não aderentes ao tratamento farmacológico de maneira adequada. Ademais, realizar orientação destes sobre a importância da adesão a terapia medicamentosa.

3 I MÉTODOS

Foi utilizado o planejamento estratégico situacional no Módulo III do Eixo de Integração à Saúde para organizar o projeto de intervenção. O plano de operação consistiu de visitas domiciliares aos pacientes com hipertensão da área adscrita da ESF Parque Amazônia I, no bairro da Terra Firme. Na visita realizou-se a aferição da pressão arterial e verificação dos medicamentos utilizados a partir das embalagens e prescrição médica, além de orientação quanto a necessidade de dieta adequada e importância da adesão. No último dia de atividades foi realizada nova visita domiciliar para verificar como estava o tratamento e o estágio da hipertensão nos pacientes que não aderiram ao tratamento.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 16 pacientes com hipertensão. Destes, a maioria era composta de mulheres (68,75%), na faixa etária entre 49 e 76 anos. Em relação a adesão, 12 pacientes (75%) usavam os medicamentos de maneira adequada. Os medicamentos utilizados eram Losartana (52,3%), Hidroclorotiazida (19%), Atenolol (14,2%), Propanolol (9,52%) e Captopril (4,7%). Além disso, 3 pacientes (18,75%) tiveram o nível de pressão arterial indicado como normal (Pressão arterial sistólica (PAS)

5 I CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento farmacológico de Hipertensão, realizada pela equipe multiprofissional da Unidade da Estratégia de Saúde da Família Parque Amazônia, demonstra-se efetiva, visto que a maioria dos pacientes com hipertensão aderiu ao tratamento. Entretanto, deve-se acompanhar continuamente estes indivíduos, principalmente aqueles com níveis pressóricos maiores, visto que podem desenvolver patologias futuras. Logo, serão imprescindíveis mecanismos que atraiam estes pacientes para a ESF visando controlar a HAS e ajustes terapêuticos.

REFERÊNCIAS

Dosse C et al**. Fatores Associados À Não Adesão Dos Pacientes Ao Tratamento De Hipertensão Arterial.** Revista Latino-americana de Enfermagem [Internet]. 2009 [acesso em 2015 out 23]; 17[2]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf

Passos V, Assis T, Barreto S. **Hipertensão Arterial No Brasil: Estimativa De Prevalência A Partir De Estudos De Base Populacional. Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2006 [acesso em 2015 out 23]; 15[1]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742006000100003&script=sci_ar

Santa-Helena E, Nemes M, Neto J. **Fatores Associados À Não-Adesão Ao Tratamento Com Anti-Hipertensivos Em Pessoas Atendidas Em Unidades De Saúde Da Família**. Caderno de Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso em 2015 out 23] 26[12], p. 2389-2398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010001200017&script=sci_arttex

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [acesso em 2015 out 23]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

World Health Organization (WHO). **Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action** [Internet]. 2003 [acesso em 2015 out 23]; p. 107-114. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf

CAPÍTULO 10

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça
Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Antonio Malan dos Santos Nascimento
Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Tássio Martins de Oliveira
Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Lucas Dantas de Oliveira
Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

Domingos Sávio Barbosa de Melo
Universidade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas de elevada prevalência no Brasil e no mundo. Dessa forma, em 2001, foi criado pelo Ministério da saúde o HIPERDIA, programa destinado ao cadastramento e monitoramento dos portadores de HAS e DM atendidos na rede do Sistema Único de Saúde na atenção primária, permitindo assim conhecer o perfil epidemiológico dessas doenças na população. O presente estudo é do tipo observacional descritivo de corte transversal, visando estimar a prevalência da adesão medicamentosa utilizando o questionário do teste de Morisky-Green e de fatores de risco que possam estar associados em pacientes do programa do Hiperdia da USF Djalma de Holanda Cavalcante na cidade de Recife-PE, descrevendo-os de acordo com seu perfil socioeconômico. Foi encontrada uma amostra composta predominantemente por mulheres, pardos, idosos, com baixa escolaridade, sedentários, hipertensos e com sobrepeso ou obesidade. A taxa de adesão medicamentosa foi abaixa, apenas de 20% (pacientes que marcaram 4 pontos no teste de Morisky-Green), sendo as principais causas de não adesão, apontadas pelos pacientes, esquecimento e atraso no uso de medicamentos. Dessa forma torna-se fundamental a intensificação da atuação da Unidade de Saúde da Família com ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso especialmente quanto a reeducação alimentar, práticas de atividade física, assim como em estratégias para aumentar a adesão medicamentosa nas USF de PE.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hiperdia, Adesão medicamentosa.

ABSTRACT: Systemic arterial hypertension

(SAH) and diabetes mellitus (DM) are chronic diseases of high prevalence in Brazil and worldwide. Thus, in 2001, the Ministry of Health has created HIPERDIA, a program designed to register and monitor the patients with SAH and DM treated in the Unified Health System network in primary care, thus enabling them to know the epidemiological profile of these diseases in the population. The present study is a descriptive cross-sectional observational study aimed at estimating the prevalence of drug adherence using the Morisky-Green test questionnaire and risk factors that may be associated in patients of the Hiperdia program of USF Djalma de Holanda Cavalcante in the city of Recife-PE, describing them according to their socioeconomic profile. It was found a sample composed predominantly of women, brown, elderly, low education, sedentary, hypertensive and overweight or obese. The rate of drug adherence was low, only 20% (patients who scored 4 points in the Morisky-Green test), being the main causes of non-adherence, indicated by the patients, forgetfulness and delay in the use of medications. In this way, it is fundamental to intensify the activities of the Family Health Unit with emphasis on non-drug treatment, especially in relation to dietary reeducation, physical activity practices, as well as in strategies to increase drug adherence in the USFs of Pernambuco.
KEYWORDS: Systemic arterial hypertension, Diabetes mellitus, Hiperdia, Drug adherence

1 I INTRODUÇÃO:

Ao longo dos anos, ocorreu uma mudança drástica na epidemiologia das doenças que mais causam morbimortalidade no Brasil, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), as quais são as mais importantes e prevalentes no mundo. Este fato pode estar relacionado ao maior envelhecimento da população e, sobretudo ao estilo de vida pouco saudável, o que reflete diretamente na qualidade de vida (AMES, 2015). As medidas terapêuticas associadas ao controle dessas doenças são baseadas em mudanças comportamentais em relação à dieta, ingestão de medicamentos e hábitos de vida (MIRANZI, 2008)

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg sistólica e/ou 90 mmHg diastólica. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (SBC, 2016).

A HAS constitui em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, cresceu 14,2% o número de pessoas que foram diagnosticadas por hipertensão.

A prevalência passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016, chegando a mais de 49% para indivíduos com 55 a 64 anos e 64,2% em indivíduos com 65 anos ou mais. (BRASIL, 2016).

A DM é uma patologia metabólica caracterizada por hiperglicemia devido a deficiência na secreção de insulina (DM tipo 1), e da ação da insulina (DM tipo 2) (AMES, 2015). Entre as complicações crônicas, encontram-se os níveis micro e macrovascular. Os agravamentos microvasculares mais comuns são: neuropatia, retinopatia, nefropatia e isquemia. Destaca-se no nível macrovascular o desenvolvimento da cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. A longo prazo esta doença é responsável por expressiva morbimortalidade, com elevada perda da qualidade de vida (BERTOLDI, 2013). Diversos fatores contribuem para o acometimento e aumento da incidência do Diabetes Mellitus, dentre os quais estão o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, além de dieta inadequada e obesidade, aspectos que favorecem de forma significativa o aumento da prevalência do Diabetes em todo o mundo (PALMEIRA, 2012), pois mais da metade dos pacientes possuem diagnóstico de dislipidemia e hipertensão associados (AMES, 2015).

Um ótimo campo para cuidar de pacientes portadores de DM e HAS é a estratégia de saúde da família (ESF), que consiste em um conjunto de ações na atenção primária, voltadas para promover a saúde, prevenir complicações, tratar a doença e reabilitar o cidadão. A ESF foi instituída em 1994, visando organizar o serviço sob uma ótica de troca solidária, capaz de fortalecer a participação da comunidade, estimulando o desenvolvimento social e um ambiente saudável (ROSA, 2005). Em 2001, o Ministério da Saúde lançou um programa para reorganizar a ação ao atendimento do paciente portador de DM e HAS chamado HIPERDIA, que consiste em um sistema de cadastramento e monitoramento destes pacientes para favorecer a aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada (BRASIL, 2002).

O HIPERDIA auxilia informações que possibilita o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos na região atendida pela Unidade de Saúde da Família (USF), proporcionando melhor atendimento a estas pessoas e minimizando complicações como a HAS e o DM (NEGREIROS, 2016). Na ESF a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da HAS e do DM, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS e DM são o controle da pressão arterial, redução da morbimortalidade, melhora da qualidade de vida e redução de custos com internações hospitalares e complicações secundárias (BRASIL, 2013).

Considerando a importância da HAS e do DM, por suas elevadas prevalências

em nossa população, bem como o elevado custo direcionado ao Sistema Único de saúde (SUS) no tratamento destas doenças e de suas complicações, programas que possam diminuir estes custos têm sido utilizados. Esta pesquisa se baseia nos pacientes cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA numa Unidade de Saúde da Família de Recife-PE, com o objetivo de traçar seu perfil socioeconômico, estimando a prevalência de fatores de risco e a adesão medicamentosa ao tratamento de pacientes cadastrados no HIPERDIA.

2 I METODOLOGIA:

A presente pesquisa tratou-se de um estudo observacional e descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na USF Djalma de Holanda Cavalcante, em Recife-PE. A amostra foi composta por 80 pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA que foram atendidos na USF. Os dados foram coletados através de entrevista utilizando-se um questionário estruturado contendo informações socioeconômicas, fatores de risco e complicações, e medicação utilizada, além do questionário de Morisky et al (1986) adaptado para investigar a adesão ao tratamento medicamentoso.

A análise estatística foi realizada através da utilização do programa Epi Info 7.2. Foram realizadas análises descritivas para a determinação das frequências, além do cálculo de P value e teste do qui-quadrado, considerando como significantes os valores de $p<0,05$.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil sob número do CAAE 70067817.0.0000.5193.

3 I RESULTADOS:

A maioria relatou não realizar uma dieta adequada (62,5%), 72,5% apresentavam sobrepeso ou algum grau de obesidade e 36,25% relatavam apresentar hipercolesterolemia. Apenas 5 entrevistados (6,25%) apresentaram história de IAM, 6 (7,5%) AVC, 6 (7,5%) apresentavam doença renal. Nenhum paciente apresentou amputação de membros. Dentre a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, 26,25% de pessoas ingeriam bebidas alcoólicas, 62,5% não praticavam atividade física e apenas 3,75% dos pacientes entrevistados eram fumantes. A história familiar de hipertensão estava presente em 85% dos entrevistados; 60% possuíam história familiar de diabetes e 70% história familiar de cardiopatia.

O perfil epidemiológico dos pacientes estratificando pelo tipo de comorbidades que eles possuem está apresentado no Tabela 2. Os dados evidenciam que 50

(62,5%) pessoas são apenas hipertensas, 5 (6,25%) apenas diabéticas e 25 (31,25%) possuíam as duas comorbidades.

Dos 75 pacientes hipertensos, 34,6% utilizavam esquema em monoterapia. Dois pacientes utilizavam apenas anlodipino (2,6%), dois apenas enalapril (2,6%) e dezenove apenas losartana (25,3%). O esquema anti-hipertensivo mais utilizado foi a associação hidroclorotiazida e losartana (37,3%), seguida pelo uso de losartana em monoterapia (25,3%), associação enalapril e hidroclorotiazida (14,6%), e atenolol e hidroclorotiazida (6,6%). Dos pacientes diabéticos apenas 4 não utilizavam algum tipo de medicação para controle da glicemia. A medicação mais utilizada foi a metformina em monoterapia (53%- 16 pacientes), seguida da associação insulina com metformina (10% - 3 pacientes) e glibenclamida (10% - 3 pacientes) e insulina em monoterapia (10% - 3 pacientes). Apenas um dos entrevistados (3%) fazia uso de empaglifozina.

Em relação a adesão ao tratamento, 60% dos pacientes relataram já terem esquecido de usar algum medicamento por pelo menos uma vez e 62,5% relataram não respeitar o horário das medicações. Dezesseis pacientes (20%) afirmaram deixar de usar a medicação por se sentirem melhor e dez pacientes (12,5%) deixaram de tomar a medicação por se sentirem pior com o uso. Quinze pacientes (18,75%) desconheciam a importância da adesão ao tratamento e vinte e quatro (30%) referiram esquecer de repor as medicações antes do seu término.

A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso foi de apenas 21,25%, como apresentado na Tabela 3. Os dados mostram que a maioria foi considerada média adesão para ambas as doenças (58,75%) em relação ao teste de Morisky-Green.

A análise da adesão ao tratamento medicamentoso associada ao perfil sociodemográfico está apresentada na Tabela 4. Os resultados evidenciam que apenas tiveram resultados estatisticamente significantes os dados da comorbidade (HAS e/ou DM) associados à adesão ao tratamento (p=0,0356), e os dados relacionados à realização de atividade física (p=0,0458).

Variável	N = 80	
	N	%
Sexo:		
Feminino	60	75%
Masculino	20	25%
Idade:		
<40 anos	8	10%
40 – 50 anos	13	16,25%
>50 anos	59	73,75%

Etnia:		
Branco	24	30%
Negro	14	17,5%
Pardo	42	52,5%
Renda Familiar:		
Até 1 salário	42	53,16%
2-3 salários	35	44,3%
4-5 salários	2	2,53%
Escolaridade		
S/ instrução	5	6,25%
Fundamental incompleto	32	40%
Fundamental completo	11 7	13,75%
Médio incompleto	22	8,75%
Médio completo	2	27,5:%
Superior incompleto	1	2,5%
Superior completo		1,25:%

Variável	N = 80	
	N	%
Moradia: Alvenaria	80	100%
Saneamento básico:	76	95%:
Atividade Física:		
Sim	30	37,5%
Não	50	62,5%
Dieta Adequada:	30	37,5%
Etilismo:	21	26,25%
Tabagismo:	3	3,75%
História de Infarto:	5	6,25%
História de AVC:	4	5%
Doença renal:	6	7,5%
Doença hepática:	4	5%
Problema de visão:	54	67,5%
Histórico familiar:		
HAS	68	85%
DM	48	60%
Cardiopatia	56	70%
Hipercolesterolemia:	29	36,25%

Tabela 1: Perfil epidemiológico da amostra. Fonte: Dados da pesquisa

Variável	HAS N = 50 (62,5%) N %	DM N = 5 (6,25%) N %	HAS + DM N = 25 (31,25%) N %	Quiquadrado	P value
Sexo:					
Feminino	36 (72%)	4 (80%)	20 (80%)	0,64	0,7261
Masculino	14 (28%)	1 (20%)	5 (20%)		
Idade:					
<40 anos	4 (8%)	1(20%)	3 (12%)		
40 – 50 anos	10 (20%)	0	3 (12%)	2,3875	0,6649
>50 anos	36 (72%)	4 (80%)	19 (76%)		
Etnia:					
Branco	16 (32%) 5 (10%)	2 (40%)	6 (24%)		
Negro		1 (20%)	8 (32%)	5,9429	0,2035
Pardo	29 (58%)	2 (40%)	11 (44%)		
Renda Familiar:					
Até 1 salário	27 (55,1%)	3 (60%)	12 (48%)		
2-3 salários	22 (44,9%) 0	2 (40%) 0	11 (44%)	4,5493	0,3367
4-5 salários			2 (8%)		
Escolaridade					
S/ instrução	3 (6%)	1 (20%)	1 (4%)		
Fundamental incompleto	17 (34%)	3 (60%)	12 (48%)		
Fundamental completo	5 (10,00%)	1 (20%)	5 (20%) 1 (4%)		
Médio incompleto	6 (12%)	0	3 (12%)		
Médio completo	19 (38%)	0	2 (8%)	18,283	0,1074
Superior incompleto	0	0	1 (4%)		
Superior completo	0	0			
Moradia: Alvenaria	50 (100%)	5 (100%)	25 (100%)	0	1
Saneamento básico:	49 (98%)	5 (100%)	22 (88%)	3,7895	0,1504
Atividade Física:	19 (38%)	3 (60%)	8 (32%)	1,408	0,4946
Dieta Adequada:	16 (32%)	4 (80%)	10 (40%)	4,5653	0,102
Etilismo:	13 (26%)	2 (40%)	6 (24%)	0,5553	0,7576
Tabagismo:	1 (2%)	0	2 (8%)	1,8701	0,3926
História de Infarto:	4 (8%)	0	1 (4%)	0,8107	0,6668
História de AVC:	5 (10%)	0	1 (4%)	1,2973	0,5228
Doença renal:	4 (8%)	1 (20%)	1(4%)	1,5856	0,4526
Doença hepática:	2 (4%)	0	2 (8%)	0,8421	0,6564
Problema de visão:	36 (72%)	2 (40%)	22 (88%)	5,76	0,0561
Histórico familiar:	43 (86%)	3 (60%)	22 (88%)	2,6667	0,2636
HAS	26 (52%)	5 (100%)	17 (68%)	5,3333	0,0695
DM	35 (70%)	4 (80%)	17 (68%)	0,2857	0,8669
Cardiopatia					
Hipercolesterolemia:	17 (34%)	3 (60%)	11 (44%)	1,7169	0,4238

Tabela 2: Perfil epidemiológico da amostra estratificado pela presença de HAS, DM, e HAS + DM.

Fonte : Dados da pesquisa

Variável	N=80	P=100%
Baixa adesão	16	20%
Média adesão	47	58,75%
Alta adesão	17	21,25%

Tabela 3: Teste de Morisky-Green na USF Djalma de Holanda Cavalcante

Fonte: Dados da Pesquisa

Variável	Baixa Adesão N = 16 N %	Media adesão N = 47 N %	Alta Adesão N = 17 N %	Qui-quadrado	P value
HAS	15 (93,75%)	28 (59,57%)	7 (41,18%)		
DM	0	3 (6,38%)	2 (11,76%)	10,3065	0,0356
HAS + DM	1 (6,25%)	16 (34,04%)	8 (47,06%)		
Sexo:					
Feminino	13 (81,25%)	34 (72,34%)	13 (76,47%)	0,5302	0,7671
Masculino	3 (18,75%)	13 (27,66%)	4 (23,53%)		
Idade:					
<40 anos	3 (18,75%)	4 (8,51%)	1 (5,88%)		
40 – 50 anos	4 (25%)	6 (12,77%)	3 (17,65%)	3,5819	0,4655
>50 anos	9 (56,25%)	37 (78,72%)	13 (76,47%)		
Etnia:					
Branco	2 (12,5%)	16 (34,04%)	6 (35,29%)		
Negro	4 (25%)	6 (12,77%)	4 (23,53%)	4,2418	0,3743
Pardo	10 (62,5%)	25 (53,19%)	7 (41,18%)		
Renda Familiar:					
Até 1 salário	9 (56,25%)	21 (45,65%)	12 (70,59%)		
2-3 salários	7 (43,75%)	23 (50%)	5 (29,41%)	4,1115	0,3911
4-5 salários	0	2 (4,35%)	0		
Escolaridade					
S/ instrução	1 (6,25%)	3 (6,38%)	1 (5,88%)		
Fundamental incompleto	8 (50,0%)	18 (38,3%)	6 (35,29%)		
Fundamental completo	1 (6,25%)	3 (6,38%)	7 (41,18%)		
Médio incompleto	3 (18,75%)	4 (8,51%)	0		
Médio completo	3 (18,75%)	16 (34,04%)	3 (17,65%)	19,5456	0,0762
Superior incompleto	0	1 (2,13%)	0		
Superior completo	0	2 (4,26%)	0		
Saneamento básico:					
Sim	16 (100%)	43 (91,49%)	17 (100%)	2,9563	0,2281
Não	0	4 (8,51%)	0		

Atividade Física: Sim Não	 2 (12,5%) 14 (87,5%)	 19 (40,43%) 28 (59,57%)	 9 (52,94%) 8 (47,06%)	6,1677	0,0458
Dieta Adequada: Sim Não	 2 (12,5%) 14 (87,5%)	 20 (42,55%) 27 (57,45%)	 8 (47,06%) 9 (52,94%)	5,4415	0,0658
Etilismo: Sim Não	 7 (43,75%) 9 (56,25%)	 10 (21,28%) 37 (78,72%)	 4 (23,53%) 13 (76,47%)	3,1966	0,2022
Tabagismo: Sim Não	 0 16 (100%)	 2 (4,26%) 45 (95,74%)	 1 (5,88%) 16 (94,12%)	0,8708	0,647
História de Infarto: Sim Não	 2 (12,5%) 14 (87,5%)	 3 (6,38%) 44 (93,62%)	 0 17 (100%)	2,2014	0,3326
História de AVC: Sim Não	 1 (6,25%) 15 (93,75%)	 1 (2,13%) 46 (97,87%)	 2 (11,73%) 15 (88,24%)	2,5068	0,2855
Doença renal: Sim Não	 1 (6,25%) 15 (93,75%)	 4 (8,51%) 43 (91,49%)	 1 (5,88%) 16 (94,12%)	0,1694	0,9188
Doença hepática: Sim Não	 0 16 (100%)	 3 (6,38%) 44 (93,62%)	 1 (5,88%) 16 (94,12%)	1,0592	0,5888
Problema de visão: Sim Não	 10 (62,5%) 6 (37,5%)	 34 (72,34%) 13 (27,66%)	 10 (58,82%) 7 (41,18%)	1,2677	0,5306
Hipercolesterolemia: Sim Não	 3 (18,75%) 13 (81,25%)	 18 (38,3%) 29 (61,7%)	 8 (47,06%) 9 (52,94%)	3,0651	0,216

Tabela 4: Adesão medicamentosa por grupo estudado utilizando a teste de Morisky-green - TMG.

Fonte: Dados da pesquisa

4 I DISCUSSÃO:

A amostra foi prevalente de hipertensos, tendo também um percentual significativo de pessoas com ambas as patologias, pois é comprovado que o indivíduo que apresenta uma das referidas patologias tem uma probabilidade maior de desenvolver a outra como demonstrado segundo Lima et al (2012).

Em relação ao sexo, neste estudo, houve predominância do sexo feminino. Esse percentual mais elevado de mulheres pode ser confirmado segundo Miranzi et al (2008) no qual o perfil epidemiológico dos indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se pela hegemonia do sexo feminino. Outro motivo para a ocorrência deste índice é que as mulheres normalmente possuem maior percepção das doenças, pois apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica que os homens, o que propiciaria a aumentar a

probabilidade de ter HAS e/ou DM diagnosticados (LIMA, 2012).

Há uma relação diretamente proporcional entre idade e o surgimento de doenças crônico-degenerativas; quanto mais contíguo o indivíduo chega ou ultrapassa a senilidade, maior será a chance de desenvolver complicações cardiovasculares, intervindo negativamente na sua qualidade de vida (FINNOTT, 2011). Dos 80 pacientes estudados, a média de idade foi 56,27, mostrando muita semelhança com dados revista brasileira de epidemiologia de 2015 que estipula de aproximadamente 65% dos idosos são hipertensos (LIMA, 2012).

A carência de atividade física é considerada fator de risco para a evolução de HAS e DM, sendo importante sua prática para prevenir as referidas patologias e reduzir morbimortalidade, já que existe uma alta prevalência na população independente do gênero (HALPERNE, 2000). A maior parte dos entrevistados relataram não realizar atividade física. Os dados encontrados condizem com outros estudos no qual apenas 43% dos interrogados alegaram realizar atividade física frequentemente, mencionando principalmente caminhada e ginastica. (BATOS, 2012).

A obesidade como fator de risco cardiovascular, principalmente associada às dislipidemias, à austeridade à glicose e à HAS, formando a síndrome metabólica (SAAD, 2006). Estudos evidenciam que grande parte dos pacientes não aderentes analisados tem sobrepeso (39%) ou obesidade (43%) (JESUS, 2008). Esses dados estão concordantes com o que foi encontrado neste estudo.

De acordo com Vigitel (2012) a frequência de adultos que fumam no Recife foi de 11,8%, contrastando com os achados do presente estudo, onde apenas 3 (3,75%) dos entrevistados relataram tabagismo. Já a frequência de consumo de bebida alcóolica nos últimos 30 dias, segundo o mesmo autor, foi de 21%, dado semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

Em relação a escolaridade, a maioria dos indivíduos possuíam o ensino fundamental incompleto corroborando com o plano municipal de saúde da Prefeitura do Recife, que afirma que 39,6 % da população não possui instrução ou tem apenas o ensino fundamental incompleto e apenas 14,4% tem o ensino superior completo. Quanto a renda da população municipal, o mesmo plano afirma que a maior parte da população não possui nenhum rendimento ou recebe até um salário mínimo. (RECIFE, 2014-2017). Resultado semelhante foi encontrado no presente estudo. Algumas pesquisas demonstram relação entre o grau de escolaridade e a não adesão a terapia, se fazendo indispensável que a equipe de saúde prontifique estratégias de educação e orientação a esses pacientes utilizando uma linguagem adequada, já que quanto menor o grau de escolaridade menor será a compreensão dos pacientes em relação as informações herdadas (VITOR, 2011).

Segundo Valadão (2014) observou-se índices muito diferentes em relação a taxa de aderência medicamentosa segundo o teste de Morisky-Green, valores variando de 33% a 66,7%. A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso neste trabalho foi de apenas 21,25%. O esquecimento e o atraso no uso de medicamentos

são indicados como as duas principais causas de não adesão (CARVALHO, 2012). A pergunta “Alguma vez você esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?” foi o principal motivo da resposta “SIM” (indicador de não adesão) seguido da pergunta “alguma vez foi descuidado com os horário de tomar medicamentos”. Apenas 12,5 % dos pacientes relataram já ter deixado de ingerir a medicação por sentir algum mal-estar com ela e 20 % referiram que já deixou de tomar o remédio por se sentir mais saudável. Os efeitos colaterais dos medicamentos refletem em adversidades no tratamento de doenças que vão desde falhas terapêuticas até a desistência do uso dos fármacos, devido as dificuldades encontradas e pela assintomatologia e cronicidade das doenças (CINTRA, 2010).

5 I CONCLUSÃO:

A adesão ao tratamento é um fenômeno multifatorial onde há envolvimento de pelo menos 5 fatores: o sistema de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados ao paciente. Assim, dificulta a identificação da quantificação de adesão. O perfil dos pacientes atendidos na USF Djalma de Holanda Cavalcanti é formado por mulheres, idosos e com baixa escolaridade. O número de hipertensos foi superior ao número de diabéticos, sendo a associação entre as duas morbidades o segundo lugar de prevalência. Os principais fatores de risco encontrados foram obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada. A frequência de usuários aderentes ao tratamento medicamentoso em relação ao teste de Morisky-Green foi de apenas 21,25%. As principais causas de não adesão apontadas pelos pacientes foram esquecimento e atraso no uso de medicamentos.

O programa do HIPERDIA é um formidável recurso na prevenção dos agravos cardiovasculares. Dessa forma torna-se fundamental a intensificação da atuação da Unidade de Saúde da Família com ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso especialmente quanto a reeducação alimentar, práticas de atividade física dentre outros fatores, assim como em estratégias para aumentar a adesão medicamentosa nas USF.

REFERÊNCIAS

AMES, Keila Da Silva et al. **Uso da polifarmácia em pacientes com doenças crônicas: Hipertensão e Diabetes Mellitus**. Salão do Conhecimento, v. 1, n. 1, 2015

BASTOS, Barbosa, Rachel G. et al. **Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão**. Arq Bras Cardiol, v. 99, n. 1, p. 636-41, 2012.

BERTOLDI, Andréa D. et al. **Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review**. Globalization and health, v. 9, n. 1, p. 62, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **HiperDia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012

CINTRA, Fernanda Aparecida; GUARIENTO, Maria Elena; MIYASAKI, Lilian Akemi. **Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 3507-3515, 2010.

FINOTTI, V.; RIZZO, E.; FREITAS, G. K. **Avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensos submetidos ou não à assistência fisioterapêutica em unidades básicas de saúde no Município de Vila Velha-ES**. Vila Velha (Brazil): Faculdade Novo Milênio, 2008

HALPERN, Alfredo; MANCINI, Marcio C. **O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial**. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 7, n. 2, p. 166-171, 2000.

JESUS, Elaine dos Santos et al. **Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n. 1, p. 5965, 2008

LIMA, S. A.; GAIA, M. S. E.; FERREIRA, A. M. **A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético**. Saúde Coletiva em Debate, v. 2, n. 1, p. 30-29, 2012.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. Texto and Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 672, 2008.

MORISKY, Donald E.; GREEN, Lawrence W.; LEVINE, David M. **Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence**. Medical care, p. 67-74, 1986.

NEGREIROS, Rosangela Vidal et al. **Importância do programa hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietetico em uma unidade de saúde da família (usf)**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 403-411, 2016

PALMEIRA, Catia Suely; PINTO, Sayonara Rocha. **Perfil epidemiológico de pacientes com diabetes mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012)**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 29, n. 3, p. 240, 2015.

RECIFE, Secretaria De Saúde Do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014**. Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Revista latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005

SAAD, Mario JA; ZANELLA, Maria Teresa; FERREIRA, Sandra Roberta G. **Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 50, n. 2, p. 161-162, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. São Paulo: 2016.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. **Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 83-96, 2015.

VALADÃO, ANALINA FURTADO et al. **Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão e diabetes-revisão de literatura**. REVISTA UNINGÁ REVIEW, v. 19, n. 1, 2018.

VITOR, Allyne Fortes et al. **Survey of the follow-therapeutic patients with hypertension**. Escola Anna Nery, v. 15, n. 2, p. 251-260, 2011

CAPÍTULO 11

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Instituição: Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

Maria Cláudia de Freitas Lima
Instituição: Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

Adriano Rodrigues de Souza
Instituição: Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

RESUMO: O processo de formação intersetorial tem por objetivo capacitar os profissionais das redes de atenção, proteção social e defesa, em notificações de violência interpessoal e autoprovocada, e redesenho de fluxos de atendimento, com foco nas dimensões da linha de cuidado. A formação está focada nas metodologias ativas. As análises consistiram nas notificações e atualização de fluxos, a partir do estudo de casos, realizados pelos profissionais, e partilhados com o grupo de facilitadores. Os resultados apontam fragilidades da rede assistencial, a necessidade de ações intersetoriais e de capacitações sistemáticas para o atendimento às situações de violência. Conclui-se que há necessidade de adotar estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados e organização da rede de saúde para oferta de serviços assistenciais de uma forma integrada.

PALAVRAS-CHAVE: Formação intersetorial. Notificações em violência. Fluxos de atendimento. Linha de cuidado.

ABSTRACT: The purpose of the intersectoral training process is to enable professionals in networks of attention, social protection and defense, in notifications of interpersonal and self-harm violence, and redesign of care flows, focusing on the dimensions of the care line. The training is focused on active methodologies. The analyzes consisted of the notifications and updating of flows, from the case study, carried out by the professionals, and shared with the group of facilitators. The results point to weaknesses in the health care network, the need for intersectoral actions and systematic training to deal with situations of violence. It is concluded that there is a need to adopt strategies to increase the capacity of monitoring and follow-up of reported cases and organization of the health network to offer care services in an integrated manner.

KEYWORDS: Intersectoral training. Notifications in violence. Flows of attendance. Care Line.

1 | INTRODUÇÃO

A violência, por sua magnitude,

transcendência e vulnerabilidade passou a ser considerada como um evento de importância em Saúde Pública. Fenômeno sócio histórico acompanha toda a experiência da humanidade, transformando-se em problema grave, porque afeta a saúde individual e coletiva, exigindo para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

As diferentes manifestações e particularidades que revestem a violência sejam de natureza individual ou coletiva, a multiplicidade de fatores que a origina e a diversidade das consequências sociais que são produzidas, fazem da violência um fenômeno complexo de ser trabalhado, com necessidades de ações conjuntas, intra e intersetoriais, tanto no âmbito público, quanto privado.

A compreensão da violência e seus efeitos sobre a saúde da população têm sido alvo de mobilização de vários setores da sociedade, tais como a segurança, saúde, assistência social, direitos humanos e educação. A redução da morbimortalidade por esses agravos vem se constituindo num grande desafio no âmbito científico, bem como das políticas públicas do Brasil.

Ao assumir a violência como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas públicas que visam promover a saúde dos cidadãos, prevenir a violência e estimular a cultura de paz por meio de ações intersetoriais desenvolvidas no âmbito dos estados e municípios (BRASIL, 2010 a).

As iniciativas no âmbito da saúde tiveram como marco referencial a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências divulgada pelo Ministério da Saúde no ano 2001. No ano de 2006, o Ministério da Saúde realinhou os eixos de ação relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências, pactuadas com as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2010a).

Os dados estatísticos registrados nos últimos 25 anos apontam para a necessidade urgente de medidas que contribuam para a prevenção e redução da violência no País; o significativo aumento das causas externas, principalmente dos acidentes de trânsito e da violência demonstra a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da sua gênese e de melhor caracterização das vítimas e dos agressores, para uma maior aproximação da realidade e a tomada de decisão.

Os acidentes e violências vêm se configurando como importante problema de saúde pública no mundo. No Brasil, representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos (BRASIL, 2013; OMS, 2009).

Considerando a mudança no perfil de morbimortalidade da população do município de Fortaleza, constatamos que os acidentes e as violências assumem uma relevância cada vez maior como causa de morbidade e mortalidade. Os dados de morbidade registrados no VIVA - SINAN-NET (VIVA Contínuo), no período de

2008 a 2017, confirmam a vulnerabilidade à violência interpessoal a que crianças, adolescentes, mulheres, idosos e população LGBT estão expostas, entre as quais destacam-se a violência física, sexual, psicológica e negligência. A notificação da violência praticada contra esses grupos prioritários necessita ser fortalecida, uma vez que o número de notificações é considerado insuficiente frente à magnitude do problema e a fragilidade das redes existentes. Por seu caráter multifatorial, a violência interpessoal e autoprovocada exige um trabalho em rede, baseado na articulação intersetorial e cooperação entre as organizações que atuam no território.

Neste contexto, a Secretaria Municipal da Saúde, instituiu o Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura de Paz, composto pelas equipes técnicas das secretarias setoriais de políticas públicas e organizações não governamentais, com o objetivo de se articular a rede de atenção integral as pessoas em situações de violência interpessoal e autoprovocada, estimulando o desenvolvimento de uma linha de cuidado, combinada com ações de prevenção da violência e promoção da cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais.

A implantação do Núcleo Municipal, no ano de 2013, sediado na Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), foi motivada pela análise do cenário epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada em Fortaleza, no qual revelou ao longo de dez anos (2007 a 2017) um baixo índice de notificações na rede de atenção à saúde, com predominância na rede hospitalar, segundo os dados registrados no VIVA - SINAN-NET (VIVA Contínuo). No ano de 2013 o sistema registrou 287 notificações na relação com 24 unidades notificantes (CEVEPI/SMS, 2018).

O cenário epidemiológico do registro das notificações numa série histórica de 10 anos (2007 a 2017) tem demonstrado a disparidade de registros entre as unidades notificantes, quando comparamos as unidades de atenção primária, centros de atenção psicossocial, unidades de pronto atendimento (UPAS) e hospitais. A predominância de notificações e atendimentos das pessoas em situações de violência tem se dado na rede de urgência/emergência (35,3%) e hospitalar (56,7%). Em contrapartida as Unidades de Atenção Primária á Saúde aparecem com 4,3% e os Centros de Atenção Psicossocial com 0,1%. Por outro lado, quando consideramos todas as unidades notificantes, registramos uma tendência de queda nas notificações, entre os anos de 2016 (66) e 2017 (58) (FORTALEZA, 2017).

Diante deste contexto, profissionais da vigilância em saúde passaram a dialogar com atores intersetoriais das secretarias municipais de saúde, educação, desenvolvimento social, direitos humanos e combate à fome, fundação da criança e da família cidadã, segurança cidadã e coordenadoria especial de políticas sobre drogas, com foco na organização de uma rede intersetorial integrada, conforme Portaria n° 189/2016.

No cotidiano dos serviços de saúde identificamos uma multiplicidade de atores no âmbito da atenção, proteção e defesa, operando sem diálogo intersetorial, e sem, consequentemente, responder as necessidades do usuário, em situação de violência,

de uma forma integral. Constatam-se idas e vindas dos usuários e barreiras que se colocam no seu percurso em busca do atendimento.

Por sua vez, profissionais da rede de proteção social ou do sistema de garantia de direitos, notificam, acolhem e direcionam os encaminhamentos ao Conselho Tutelar, DECECA, Pericia Forense, e Rede Aquarela, sem vinculação com as equipes de saúde, demonstrando a falta de apropriação dos fluxogramas já instituídos e da linha de cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), que prevê "*a notificação, o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz"* (BRASIL, 2012 pág. 49).

Fluxos instituídos de atenção à criança/adolescente, e a mulher em situação de violência, ainda não chegaram ao alcance de outras equipes e serviços, seja na saúde, educação e assistência social. Por outro lado, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT), de pessoas com deficiência e em situação de rua, são vulnerabilidades ainda marcadas pela invisibilidade, ou seja, são populações desassistidas e excluídas de uma linha de cuidado que venha dá conta de uma atenção integral, embora já exista um Centro de Referência LGBT no município, implantado em dezembro de 2010, sendo vinculado à Secretaria de Cidadania de Direitos Humanos.

Embora tenham sido realizados investimentos pelas equipes do sistema municipal de saúde escola, em capacitações ocorridas no período de 2007 a 2012, na temática do enfrentamento as violências, com ênfase no projeto integrando as redes de apoio e proteção á criança e adolescente, contemplando profissionais da saúde e das redes intersetoriais (educação, assistência social direitos humanos, rede aquarela, conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente (COMDICA), conselho tutelar, delegacia de combate a exploração da criança e do adolescente (DECECA) e centro especializado de referência de assistência social (CREAS), os processos de trabalho sofreram descontinuidade, dentre eles a aplicabilidade do protocolo de acolhimento a criança e adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade, na qual a proposta de uma rede integrada não se efetivou, seguida da desativação das comissões de atendimento e prevenção aos maus tratos até então constituídas.

Apesar dos esforços, constatou- se que no cotidiano da atenção primária, as violências coexistem e aparecem de forma velada, silenciosa, merecendo atenção e responsabilidade na sua condução e encaminhamento. Essas situações são acompanhadas de sentimento de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito na escuta oferecida. Por sua vez, profissionais de algumas unidades de atenção primária a saúde notificam os casos de violência, acolhem, atendem, mas na maioria das vezes não conseguem dá seguimento e acompanhar o caso na rede, por que desconhecem os protocolos e fluxos de atenção existentes e a natureza/ competência dos pontos de atenção responsáveis pela continuidade do cuidado.

A grande maioria dos profissionais das redes não atua enquanto sujeito

implicado e corresponsável pelo processo do cuidado. A complexidade dos fluxos faz com que profissionais e usuários não consigam acessar estes fluxogramas e acabam peregrinando sem desfecho resolutivo.

Nesse sentido, é fundamental a estruturação de uma rede de atenção à saúde, com profissionais atentos para as situações de riscos e vulnerabilidade, com atuação no acolhimento, atendimento, notificação, encaminhamento, cuidado e proteção às pessoas em situação de violência, articulada com as redes temáticas intersetoriais no campo da assistência social, da educação, da segurança pública, dos diretos humanos e do sistema de garantia de direitos; nesta conexão ressalta-se a importância da participação dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada existentes nos territórios como forma de fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral a população vulnerável em situação de violência.

Logo, reconhecendo que o enfrentamento da violência demanda um modelo de atenção pautado na perspectiva de rede, e considerando as fragilidades apontadas, Fortaleza aderiu à rede nacional, elaborando e cadastrando o projeto de implantação da rede de cuidado, atenção integral e prevenção à violência, no portal do Ministério da Saúde, em janeiro de 2010.

O projeto foi elaborado pelas equipes técnicas da célula de vigilância epidemiológica, em parceria com a célula de atenção às condições crônicas e assessoria de planejamento, centrado nas seguintes ações: realização de seminários de sensibilização para implantação da rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às pessoas em situação de violência; cursos sobre a linha de cuidado; organização do trabalho em rede no atendimento às vítimas da violência; realização de encontros nas seis (6) secretarias regionais para formação/implementação de comissões de maus tratos em todas as unidades de saúde; implantação de núcleos regionais de prevenção à violência e estímulo à cultura de paz; cursos de capacitação sobre a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências, envolvendo as comissões de atendimento e prevenção a violência; monitoramento e avaliação do processo de estruturação de ações de prevenção da violência e estimulo à cultura de paz nas SR e acompanhamento da notificação da violência pelas SR através do SINAN-NET/VIVA (Fortaleza, 2017).

Em dezembro de 2012, o projeto foi aprovado pela portaria nº 2.802, de 6 de dezembro de 2012 que autorizou o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do piso variável de vigilância e promoção da saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da política nacional de promoção da saúde, com a finalidade de fomentar ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes e vigilância e prevenção de lesões e mortes no transito e promoção da paz no trânsito (BRASIL, 2012).

O Núcleo foi criado oficialmente pela portaria nº 189 de 14 de junho de 2016 que trata da instituição dos núcleos municipal e regionais de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, sob a coordenação colegiada das secretarias

municipais da saúde, educação, desenvolvimento social e direitos humanos, trabalho, desenvolvimento social, segurança cidadã, coordenadoria especial de políticas sobre drogas, fundação da criança e da família cidadã (FUNCI) e dá outras providências (FORTALEZA, 2016, p. 01).

No âmbito da secretaria da saúde, participam as representações das redes assistenciais, incluindo a atenção primária, rede de atenção psicossocial, rede de urgência/emergência e rede hospitalar. No âmbito da educação, participam as representações do núcleo de mediação escolar e do programa saúde na escola; no campo da assistência social, estão as representações da célula de proteção básica e especial; na área da segurança cidadã estão às representações da assessoria da segurança institucional e educação permanente e na área da coordenadoria de políticas sobre drogas estão às representações do núcleo de integração, articulação e monitoramento e o núcleo de acolhimento e orientação institucional.

Compete ao núcleo intersetorial municipal: I - articular a gestão das ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais; II - implantar e implementar o sistema de vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando promover a qualidade da informação com as demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências, etc.) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa; III - qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; IV - capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito, dentre outros, para o trabalho de prevenção da violência; V - estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; VI - Contribuir com o planejamento das ações de capacitação permanente dos profissionais para a implementação da linha de cuidado para a atenção integral a saúde das pessoas em situação de violência; VII - Acompanhar e avaliar as ações previstas no Plano de Ação da Rede de Cuidado e de Atenção Integral as pessoas em situação de violência; VIII - Definir articuladores com fins de acompanhar e avaliar as ações dos Núcleos Regionais; IX - Convocar instituições/órgãos para participação no Núcleo, em caráter temporário, na condição de convidados e colaboradores das temáticas afins (FORTALEZA, 2016, p. 02).

O Colegiado intersetorial vem realizando desde 2014, reuniões mensais com estudo de caso, análise dos fluxos instituídos nos serviços, e monitoramento das notificações, pois se constata a fragilidade de comunicação entre as equipes que compõem as redes de atenção à saúde, proteção social e defesa de direitos, quanto aos fluxos instituídos ainda não apropriados pela maioria dos profissionais, equipes e serviços.

Ressalta-se ainda a subnotificação de casos, dificuldade de manejo da ficha de notificação, a ausência de uma linha de cuidado, o limite da clínica, a dificuldade de acesso e a baixa resolubilidade das equipes. Observa-se que através da reconstrução e

utilização dos fluxos, seja possível identificar o diagnóstico sobre a situação, a natureza e a competência dos equipamentos, a vinculação dos profissionais e usuários a esses serviços, a definição do percurso do usuário a ser seguido na rede de acordo com a sua vulnerabilidade, bem como a qualificação dos processos decisórios. Conclui-se que a redefinição e pactuação dos fluxos de atendimento são importantes para que as vítimas sejam ancoradas por uma linha de cuidado que garantam a sua proteção, contribuindo para que as redes de atenção, proteção social e defesa, atuem de uma forma coesa e responsável.

Portanto, o planejamento das ações dos serviços em rede intra e intersetorial, possibilita que os atores sociais dialoguem com as estratégias propostas, na perspectiva de uma atenção integral e cuidadas longitudinal as pessoas em situação de violência.

Por seu caráter multifatorial, a violência exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na cooperação entre as organizações que atuam no território. Sabe-se que o trabalho na área da violência interpessoal e autoprovocada requerem intervenção interdisciplinar/intersetorial e que a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado.

Portanto, tendo em vista as constatações do colegiado do núcleo municipal de prevenção à violência, na sua trajetória de implementação, no tocante ao cenário de subnotificações, ao ressentimento com as ausências de atores estratégicos para o funcionamento efetivo do diálogo intersetorial das redes, a queixa de profissionais no tocante a falta de devolutivas após notificação e encaminhamento dos casos e o desconhecimento dos profissionais de uma linha de cuidado que venha dá conta de uma atenção integral e cuidado longitudinal as pessoas em situação de violência, faz-se necessário pontuar as seguintes indagações: os integrantes da rede de proteção e atenção as pessoas em situação de violência conhecem o fluxograma de notificação e de atendimento? Todos conhecem a rede de atenção e de proteção social? Sabem quais serviços a compõe? Sabem para qual/quais serviços a vítima deve ser encaminhada? Quais as principais dificuldades do trabalho em rede? Quais são as estratégias de inovações para superar a fragmentação do cuidado em rede de atenção e proteção social as pessoas em situação de violência?

Estes questionamentos levaram o colegiado de facilitadoras do núcleo municipal de prevenção à violência, priorizar um processo de educação permanente, com foco na qualificação e articulação dos profissionais quanto aos modos de atuação em rede, no atendimento as situações de violência interpessoal e autoprovocada, contra os segmentos vulneráveis, incentivando a prática das notificações e da organização dos fluxos da rede de proteção à violência, articulando os diferentes níveis de atenção à saúde, os equipamentos governamentais e não governamentais, e os profissionais implicados no atendimento as vítimas de violência.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS), através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES), da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), e do colegiado de facilitadoras do núcleo municipal de prevenção a violência e

promoção da cultura de paz, estruturaram um processo de formação regionalizada para os atores sociais da rede de atenção, focada no incentivo a prática de notificações em violência e atualização de fluxos por ciclo de vida e vulnerabilidade, tendo em vista o cenário de subnotificações e o desconhecimento de uma linha de cuidado que venha dá conta de uma atenção integral e cuidado longitudinal as pessoas em situação de violência. Ressalta-se que a partir da notificação são disparadas ações no âmbito das redes de atenção e promoção, focada na promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado (BRASIL, 2017).

Faz-se oportuno destacar a definição da linha do cuidado, conforme Franco (2003) como uma imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Expressa o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo outros segmentos, tais como Educação, Assistência Social, Segurança e entidades comunitárias. A Linha do cuidado funciona por protocolos estabelecidos, e pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços aos quais necessita.

Este processo de formação tem a intenção de oferecer subsídios aos participantes com foco na reflexão e análise dos desafios da prática cotidiana, bem como problematizar as resistências enfrentadas pelos profissionais no território no campo das violências, e assegurar a ampliação de novos olhares e posturas entre os participantes, frente às abordagens das situações – problemas de violências.

Considerando as dificuldades e fragilidades da rede assistencial para o enfrentamento torna-se urgente a necessidade de ações intersetoriais e de qualificação dos profissionais para o atendimento às situações de violência, com foco na adoção de estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados, e organização da rede de atenção a saúde, proteção social e defesa para oferta de serviços assistenciais de forma articulada; reforçamos ainda que foram identificados fluxos institucionais de atenção à criança/adolescente, ao idoso e a mulher em situação de violência, que ainda não chegaram ao alcance de outras equipes e serviços.

O processo de formação está ancorado nas metodologias ativas que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o educando, na realização de escolhas e na tomada de decisões. Esta metodologia ativa fundamenta-se na pedagogia libertadora de Paulo Freire; marcada pela dimensão política da educação e da sociedade, o ensino pela problematização procura mobilizar o potencial social, político e ético do educando, para que este atue como cidadão e profissional em formação. Segundo (Clemente e Moreira 2015, p.2015), Paulo Freire (1983) defende as metodologias ativas, a partir dos impulsionadores de aprendizagem na educação de adultos, tais como: “a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir

de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos".

A formação está estruturada em encontros presenciais com carga horária de 40hs e a distância; a mesma foi construída pela equipe técnica da coordenação da gestão do trabalho e educação em saúde e pelos facilitadores do núcleo municipal de prevenção a violência e estímulo a cultura de paz; foram contemplados inicialmente no processo de formação os atores sociais dos núcleos regionais de prevenção da violência, compostos por gestores e profissionais da atenção primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de pronto atendimento (UPAS), Hospitais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), centros de referência especializados de assistência social (CREAS), profissionais da educação que lidam com os projetos de mediação de conflitos e comunicação não violenta , conselheiros tutelares, defensorias promotorias, centro de referência de atendimento a mulher, pericia forense e centros de defesa. Importante ressaltar que estes atores atuam no território como multiplicadores desse processo.

Para as atividades presenciais são utilizadas as seguintes estratégias educacionais: trabalho em pequenos grupos com estudos de caso e exposição dialogada; para as atividades do momento de dispersão são utilizados o estudo dirigido e o trabalho em pequenos grupos.

As atividades à distância serão realizadas numa plataforma que dispõe de espaços interativos sinalizados por fóruns e chats entre facilitadores e multiplicadores. Dispõe ainda de enquetes de avaliação dos encontros, bem como de textos e vídeos ancorados nas temáticas da clínica ampliada, produção do cuidado, rede de atenção e linha de cuidado, exploradas pelo referencial teórico/ metodológico de Franco e Merhy (2003).

Neste contexto, faz-se necessário dá visibilidade a estas capacitações e enfatizar a relevância deste processo de implementação da rede municipal de enfrentamento intersetorial da violência, bem como contribuir para que transformações aconteçam no cenário da atenção às famílias e populações em situação de violências, além de mobilizar compromissos e responsabilidades entre os facilitadores e os multiplicadores na condução deste processo focado na gestão do cuidado.

A proposta da educação permanente para os atores sociais da rede permitirá também a atuação dos mesmos como facilitadores, sob a ótica da construção de um espaço de aprendizagem em serviço objetivando contribuir no aprimoramento da resolubilidade da rede intra e intersetorial de atenção, proteção social e defesa dos direitos das pessoas em situação de violência.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um relato de experiência focado no processo de capacitação dos profissionais implicados na rede de atenção em saúde, proteção

social e defesa. Este processo está ancorado no potencial das metodologias ativas que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de valorizar a experiência prévia dos atores sociais e propiciar o conhecimento colaborativo na realização de escolhas e na tomada de decisões (BERBEL, 2011). As metodologias ativas exigem maior autonomia, compromisso e responsabilização no processo de aprendizagem individual e coletivo, por ser um processo educativo baseado em competências; baseiam-se em estratégias que trazem como disparador de aprendizagem problemas reais ou artificialmente construídos, mas, com ênfase na realidade, "visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos" (BERBEL, 2011, p. 29).

A proposta tem por objeto a qualificação das práticas dos profissionais nos territórios por meio da educação permanente, com base nas metodologias ativas e na micropolítica do trabalho vivo. A micropolítica do processo de trabalho vivo compõe fluxos conectivos nos espaços relacionais evidenciados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque dos trabalhadores de saúde, em que os sentidos simbólicos operam junto com os saberes, impactando no grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado (FRANCO, 2005, p. 10).

Merhy (2002, p.02) afirma "que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção".

Nessa compreensão, a iniciativa está pautada na reflexão e a interlocução de profissionais e equipes de saúde sobre suas experiências na atenção às pessoas em situação de violência, bem como na ampliação da competência técnica, habilidades e atitudes dos profissionais na atenção, vigilância e prevenção das violências no âmbito local, regional e municipal, bem como no funcionamento da rede, considerando as potencialidades, desafios e perspectivas, a partir dos cenários de prática no território.

A formação acontece na coordenadoria de vigilância em saúde, programada para o período de 2016, com sensibilizações iniciais da proposta, dando seguimento ao processo de formação propriamente dito, nos anos subsequentes. 2017 a 2018, com quatro (04) turmas de 50 participantes; contempla profissionais das áreas técnicas das coordenadorias regionais de saúde, da estratégia saúde da família, equipes dos núcleos de apoio a estratégia saúde da família (NASF), profissionais da rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência e rede hospitalar; no âmbito intersetorial estão contemplados profissionais da Rede Municipal de Ensino, Assistência Social, Coordenadoria de Políticas sobre Drogas, segurança cidadã, Cidadania e Direitos Humanos, representações do eixo da defesa, como Conselheiros tutelares, Varas, Promotorias, Defensorias e Delegacias Especializadas, além das representações de organizações não governamentais que atuam na causa de enfrentamento as

violências.

As estratégias educacionais adotadas foram voltadas inicialmente para o diálogo com o cenário de notificações de violência e a trajetória de implantação e implementação do núcleo municipal. No primeiro momento a plenária se apropriou do instrutivo de orientação para preenchimento da ficha de notificação, atrelado a um estudo de caso analisado a partir de uma situação real, que foi dialogado com a atualização de um fluxo instituído, alinhado as dimensões da linha de cuidado e a competência da rede de equipamentos que atuam no território.

Em seguida, dividiram-se os membros participantes do encontro em rodas de conversa onde cada um fez uma apresentação e compartilhamento das vivências e das notificações dos casos estudados alinhando com uma proposta de reestruturação de fluxos a fim de que se venha normatizar e validar os mesmos, como ferramentas norteadoras e integradoras dos processos de trabalho nos serviços. Buscou-se identificar como as equipes atuam em rede no cotidiano de suas práticas no atendimento às situações de violência, utilizando o fluxograma das normativas institucionais relacionadas à rede de proteção, e considerando as narrativas dos grupos a partir dos estudos de caso por ciclo de vida e vulnerabilidade.

As fontes documentais foram revisitadas com vistas a estabelecer comparações entre os fluxos preconizados e as realidades de atendimento no âmbito dos processos de trabalho no território, tendo em vista que diferentes formas e características da rede de proteção desencadeiam diferentes modos de significar e enfrentar a violência nos serviços e práticas intersetoriais. Por fim, foi proposto aos multiplicadores regionais, descentralizarem as capacitações intersetoriais, possibilitando assim a implantação dos núcleos regionais de prevenção a violência e promoção da cultura de paz, bem como a revitalização das comissões de atendimento e prevenção a violência nos equipamentos.

A análise do material utilizou o princípio da triangulação de informações, cruzando os relatos com a bibliografia vigente. Quanto aos aspectos éticos, este estudo não utilizou nenhuma forma direta ou indireta de participação de seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas distintas situações relacionadas aos desafios da prática de notificar e ao fluxo de atenção às situações de violência, revelando o modo como os profissionais operam nos seus cotidianos. No campo do preenchimento da ficha de notificação, assinalaram dificuldades por desconhecerem o instrutivo, ao mesmo tempo em que reconheciam sua importância e a necessidade que outros profissionais se apropriem, em especial as equipes da estratégia saúde da família que ainda permanecem distantes. Por sua vez, relataram muitas dúvidas e inquietações nos desfechos dos casos, com a construção a priori de fluxos equivocados pelo

desconhecimento dos fluxos instituídos e ausência de diálogo intersetorial.

As falas a seguir revelam as angustias e dificuldades de profissionais ainda desconhecedores dos fluxos e formas de atenção a esta população: “temos muitas dúvidas no proceder com casos dessa natureza; acredito que é um tema que necessitaria de maior tempo para discussão”; “o desconhecimento dos fluxos e das rotinas de cada órgão limitam a melhor compreensão de um assunto que afeta nossa comunidade”*;* Já em outras falas é perceptível a necessidade de integração entre as instituições para que as fichas de notificação e os fluxogramas atualizados sejam conhecidos e utilizados*:* “Apesar da falta de algumas instituições, o grupo foi excelente”; “Foi muito bom, apesar da falta do Conselho Tutelar”; “Mais encontros com diálogos articulados com a rede, pois as lacunas ainda são enormes, com diversas situações agravantes”; “falha na referência e contra referência”. Constata-se pelas falas dos profissionais dos mais diversos pontos de atenção, uma demanda de capacitação permanente na temática, por se tratar de uma política de enfrentamento vivenciada pelos serviços que exige competência técnica aliada a uma postura de articulação de redes. “Muitas dúvidas foram tiradas”; “necessários mais encontros”; “mais momentos como esse para aprimorar nossos conhecimentos”; “tema pertinente e necessário”; “foi um momento de bastante aprendizado”; “espero que aconteçam mais momentos como esse, pois o bom funcionamento da rede depende primeiramente do conhecimento sobre ela”; “muito interessante, não sabia que existia essa rede”. Por outro lado, é notório o ressentimento com as ausências de atores estratégicos para o funcionamento efetivo das redes e a queixa da ausência de devolutivas após a notificação e encaminhamento dos casos.

Destaca-se nesse contexto que há também um cenário de dificuldades quanto à adesão dos profissionais para a notificação. Com relação a esse entendimento, BRILHANTE (2013, p. 222) sinaliza que “*ainda se percebe uma grande dificuldade de adesão dos profissionais de saúde quanto à notificação, sendo revelado cotidianamente, o medo do agressor e incertezas, pois, além da dificuldade inicial de se reconhecer os casos, os profissionais referem a deficiência da Rede de Apoio e Proteção, em especial do Conselho Tutelar”*.

Importante ressaltar que as capacitações em curso sinalizam um incremento na prática de notificações nas unidades notificantes no campo da saúde e dos direitos humanos, com monitoramento e avaliação dos casos notificados por meio dos profissionais implicados, bem como impulsionam os atores sociais para as ações de promoção da saúde e prevenção da violência nos territórios; por sua vez, a pauta da revitalização das comissões de atendimento e prevenção às violências ressurge nos pontos de atenção da rede intra e intersetorial, propiciando subsídios para a construção e efetivação da linha de cuidado.

Nessa compreensão, constata-se que o manejo da linha de cuidado se constitui num desafio a ser enfrentado, entendida como um caminho da integralidade da atenção que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o

mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (FRANCO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento a violência interpessoal e autoprovocada constitui problema de saúde pública relevante, dada sua magnitude no munícipio de Fortaleza, requerendo articulação intersetorial. Encontramos alguns nós críticos no campo da gestão, atenção e educação em saúde, que demandam intervenções urgentes, tais como: ausência de fluxos, diretrizes, protocolos, atuação insuficiente da atenção primária, comissões de maus tratos desativadas, profissionais resistentes a mudanças por medo de represálias do agressor, profissionais desqualificados e desatualizados, expressiva subnotificação de casos de violência, pontos de atenção notificando e atendendo isoladamente, produção de pesquisas isoladas sem interlocução com a rede, dentre outros. Portanto, reconhecendo que o enfrentamento da violência demanda um modelo de atenção pautado na perspectiva de rede, salientamos a relevância da formação continuada com foco na atenção, prevenção e estímulo a cultura de paz, ancorada em pactuações de atitudes intersetoriais.

A formação intenciona potencializar o trabalho em rede de proteção nas seis (06) Regionais do município de Fortaleza, com foco em ações amplas, integradoras, intersetoriais com pactuações de corresponsabilidades e interlocução de saberes e afetos que fomente a cultura de paz nos territórios. Portanto, é preciso ampliar o investimento e fortalecer os mecanismos de avaliação das redes de proteção contra a violência, pactuando esta prioridade na agenda de compromissos da Gestão Municipal, tendo em vista que as causas externas de morbidade e mortalidade lideram em Fortaleza (2013).

Observou-se que através da reconstrução e utilização dos fluxos, será possível monitorar e avaliar o desempenho das redes, com clareza da capacidade instalada, considerando a vinculação dos profissionais e usuários a esses serviços. As capacitações em curso possibilitam que o percurso do usuário a ser seguido na rede, seguirá de acordo com a sua vulnerabilidade, qualificando os processos decisórios. Conclui-se que a redefinição e pactuação dos fluxos de atendimento são importantes para que as vítimas sejam ancoradas em linhas de cuidado que garantam a sua proteção, contribuindo para que as redes de atenção, proteção social e defesa, atuem de uma forma coesa e responsável. Portanto, o planejamento das ações dos serviços em rede intra e intersetorial, possibilita que os atores sociais dialoguem com as estratégias propostas, na perspectiva de uma atenção integral, através de um cuidado longitudinal às pessoas em situação de violência.

Os cenários de prática nos instigam a problematizar as resistências enfrentadas pelos profissionais no território no campo das violências, e assegurar a ampliação de novos olhares, posturas e intervenções entre os participantes, nas abordagens das situações – problemas de violências, embasadas nos cenários de prática, e na produção de estratégias voltadas a sustentabilidade da rede, considerando que redes com fluxogramas bem definidos subsidiam os profissionais a tomar decisões de forma mais rápida, acolher melhor as vítimas e trabalharem de forma coordenada e interdisciplinar.

Acreditamos que as transformações e os deslocamentos acontecem no panorama da atenção às famílias e populações em situação de violências, na perspectiva do empoderamento deste público sujeito, a partir da pactuação de compromissos e responsabilidades intra e intersetoriais entre os atores sociais implicados na condução deste processo, focado na visibilidade das estratégias de cuidado desenvolvidas pelas equipes e serviços, e da convivência com atores sociais qualificados no manejo dos fluxos e nas etapas da linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

BERBEL NAN. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Interface-Comum. Saúde Educ.1998; 2:139-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 936 de 18 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências:** Orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2010 a. Acessível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhacuidadocriancasfamiliasviolencias.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica 8.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Acessível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.

BRILHANTE, A. P.; LEITE, A.J.M.; MACHADO, M.M.T.; PINHEIRO, A. A. A.; NEVES, M.V.; MACEDO, M.C.M. M. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: Desafio para os profissionais de saúde, in **Violência e Acidentes: uma abordagem disciplinar**, organizadores, FILHO, J.G.B.; MACEDO, M.C.M.; GAMA, I.S. Edições UFC, Fortaleza, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde (CE). Protocolo de acolhimento ao adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; Sistema Municipal de Saúde Escola, 2012, 152 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Relatório DANT** (impresso). Fortaleza, dezembro 2013;

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Portaria n° 189, de 14 de Junho de 2016** (impresso). Fortaleza, Junho 2016.

_____. Célula de Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Relatório VIVA- NET**. Fortaleza, Dezembro 2017.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: _____. ***O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda:* direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B. ***Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde*: um olhar a partir do cartão nacional de saúde.** 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medici MERHY. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

FREIRE, Paulo. **A Pedagogia do Oprimido**. 13. Ed. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1983.p.85

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessário à Prática Educativa**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra,1996.p.59(Coleção Leitura).

FREIRE, Paulo; SHOR, **Ira. Medo e Ousadia. O cotidiano do Professor**; tradução de Adriana Lopez; revisão técnica de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.p.124 (Coleção Educação e Comunicação, v.18)

MERHY, FRANCO. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**, São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud*: un desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

CAPÍTULO 12

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

Ruhama Beatriz da Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

Ruty Thaís Silva de Medeiros
Universidade Potiguar
Natal-RN

Roberto Mendes Júnior
Universidade Potiguar
Natal-RN

Lorena Oliveira de Souza
Universidade Potiguar
Natal-RN

Robson Marciano Souza da Silva
Faculdade Maurício de Nassau
Natal-RN

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

Arysleny de Moura Lima
Universidade Potiguar
Natal-RN

Fabiano Limeira da Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

RESUMO: A busca por um sistema de saúde público de qualidade, que contemplasse o máximo de indivíduos, motivou a realização de conferências de saúde ao longo do tempo, buscando sempre novas abordagens que impactassem positivamente nas necessidades de saúde da população, de forma mais completa possível. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos grandes resultados alçados através dessas conferências, impulsionando mudanças de modo a garantir o acesso universal, a equidade e a integralidade da assistência para todos os brasileiros. Desejando efetivar a atenção em saúde de forma integral, o SUS adotou medidas, tais como, a introdução da interdisciplinaridade na Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Visando tais aspectos, o presente trabalho tem por objetivo discutir a importância e o impacto da interdisciplinaridade na Atenção Básica à Saúde, evidenciando suas aplicações e dificuldades de execução. Trata-se de um Relato de Experiência, construído por meio das práticas em saúde desenvolvidas durante a disciplina Programa de Integração Saúde Comunidade (PISC), ministrada na Universidade Potiguar, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), da Zona Oeste de Natal-RN. Com base nessas vivências, foi possível observar que a interdisciplinaridade atua na Atenção Básica à saúde de forma a auxiliar na resolução de

problemas, estimulando a troca de ideias e cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento, promovendo um cuidado integral ao indivíduo/família.
PALAVRAS-CHAVE: Interdisciplinaridade. Integralidade. Atenção Básica. SUS.

ABSTRACT: The search for a quality public health system, that complated the maximum number of individuals, motivated the holding of health conferences over time, always seeking new approaches that positively impact the health needs of the population, as completely as possible. The creation of the Unified Health System (SUS) was one of the great results achieved through these conferences, impelling changes in order to ensure universal access, equity and integral care for all Brazilians. Desiring to implement health care integrally, the SUS adopted measures, such as the introduction of interdisciplinarity in Primary Care, through the Family Health Strategy (ESF) and the Family Health Support Center (NASF). Observing these aspects, this study aims to discuss the importance and impact of interdisciplinarity in Primary Health Care, showing its applications and implementation difficulties. This is an Experience Report, constructed through the health practices developed during the Community Health Integration Program (PISC), taught at the Potiguar University, in a Basic Health Unit (UBS), in the Western Zone of Natal- RN. Based on these experiences, it was possible to observe that interdisciplinarity acts in Primary Health Care in order to help solve problems, stimulating the exchange of ideas and cooperation between the different areas of knowledge, promoting integral care of the individual / family.
KEYWORDS: Interdisciplinarity, Integrality, Basic Attention, SUS.

1 I INTRODUÇÃO

A construção do modelo de atenção à saúde que conhecemos hoje, iniciou em 1978 com a Declaração de Alma-Ata, documento estabelecido a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, que apontou os cuidados primários de saúde como práticas essenciais para diminuir as desigualdades em relação à saúde nos países, com o intuito de atingir a “Saúde para Todos” até 2000. A declaração preconizava o acesso universal aos serviços para todos os indivíduos e convocava os governos a criar políticas de saúde que incorporassem esses cuidados aos seus sistemas nacionais de saúde, dando destaque ao atendimento baseado na comunidade e de forma que esteja o mais próximo dos locais onde as pessoas vivem e trabalham (ISSA, 2013).

Baseado nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata, a Carta de Ottawa foi apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Essa conferência apresentava respostas para as demandas de uma nova saúde pública, focando as discussões principalmente nas necessidades de saúde dos países industrializados, sem esquecer de contemplar as necessidades das outras regiões do globo; enquanto

que a carta abordava o desejo de se atingir uma equidade em saúde e a promoção de saúde de forma efetiva, para que os indivíduos possam atingir todo o seu potencial de saúde (BRASIL, 2002).

Trazendo esses movimentos para o âmbito nacional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida no Brasil em 1986, vai considerar a saúde em todo seu âmbito multifatorial e dinâmico, englobando os fatores socioeconômicos e culturais da população, que servirão como base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, que propõe um modelo de atenção baseado nos princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

Para auxiliar na organização e regulamentação da Atenção Básica, no contexto do SUS, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que executou, entre outras propostas, a implementação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares através da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), e posteriormente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para viabilizar um cuidado mais integral e efetivo (ARAÚJO, 2013).

Nesse sentido, compreende-se que a interdisciplinaridade ocorre quando duas ou mais disciplinas interagem para a troca de conhecimentos e para a formação de um saber menos fragmentado, mais dinâmico; de forma que o diálogo e a cooperação entre elas se mostrem como elementos fundamentais na construção e solução do problema. Adotar práticas interdisciplinares significa compreender que o indivíduo sozinho não é capaz de saber tudo, e que uma abordagem em equipe é mais eficiente para lidar com as necessidades e alcançar um cuidado integral.

Desta forma, foi observado o quanto essa temática influencia na efetividade da Atenção Básica, bem como, a necessidade de que os profissionais trabalhem juntos em prol da saúde coletiva. Assim, o presente trabalho tem por objetivo discutir a importância e o impacto da interdisciplinaridade na Atenção Básica à Saúde, evidenciando suas aplicações e dificuldades de execução.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência, construído por meio das práticas em saúde desenvolvidas durante a disciplina Programa de Integração Saúde Comunidade (PISC), ministrada na Universidade Potiguar, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), da Zona Oeste de Natal-RN. As atividades práticas somaram-se 12 encontros.

A abordagem metodológica, aqui elencada, limita-se à explanação e o compartilhamento de experiências vivenciadas pelos autores a fim de contribuir na elaboração de novos estudos no âmbito de investigação (CERVO, 2002).

Para a construção da fundamentação teórica, foram consultados 29 artigos, e dentre esses, 13 foram selecionados para integrar este trabalho. As buscas

contemplaram artigos do ano de 2001 a 2014, obtidos a partir da base de pesquisa BVSMS (Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico, utilizando como palavras chave: interdisciplinaridade, atenção básica e Sistema Único de Saúde.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades desempenhadas, propostas pela disciplina PISC, na Unidade de Saúde de referência, possibilitou uma gama de abordagens multicêntricas em conjunto com as 04 equipes de ESF atuantes na comunidade adscrita. É importante ressaltar que a ESF desempenha um papel fundamental na promoção à saúde das famílias pertencentes à comunidade. Ressalta-se que, a criação da ESF pela PNAB iniciou as atividades interdisciplinares na Atenção Básica, e com isso permitiu que mais profissionais se juntassem a esse nível de atenção à saúde para realizar os cuidados iniciais da população no âmbito do SUS.

A ESF, tem por objetivo reorganizar a assistência do SUS através da Atenção Básica, inserindo equipes multiprofissionais para acompanhar um certo número de famílias incluídas em um território adstrito. Criando uma relação de vínculo e realizando serviços de prevenção e promoção da saúde, reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde da população (BRASIL, 2001).

A Atenção Básica à Saúde é a porta de entrada dos usuários para o nosso sistema de saúde nacional e deve ser a mais humanizada, resolutiva e completa possível dentro da sua capacidade. A fim de que a população se sinta acolhida e bem tratada, e evite buscar diretamente os hospitais quando apresentem problemas de saúde mais simples, que poderiam ser resolvidos na UBS mais próxima de sua moradia, melhorando, assim, a eficiência do sistema.

As equipes de Saúde da Família (eSF) se deslocam para as comunidades a fim de conhecer o contexto socioeconômico, familiar e emocional dos indivíduos, e assim, identificar os determinantes do processo saúde-doença que os cercam, para que possam ser realizadas ações de assistência integral.

Atuando juntamente com a ESF tem-se o NASF, que é um dispositivo de apoio que atua nas necessidades pontuais da comunidade e tem como propósito aumentar a resolutividade e abrangência da Atenção Básica, por meio das equipes de Saúde da Família (RIBEIRO, 2013).

O NASF traz uma gama maior de profissionais para o cuidado das famílias, o que permite às eSF dinamizar seu atendimento à população e adquirir novos saberes, pois suas equipes são compostas apenas por médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS); podendo fazer parte também os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais e técnicos em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Umas das maiores ferramentas de promoção à saúde pela ESF é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que segundo BRASÍLIA (2008, p.40):

> [...] é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário [...] portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações. (BRASÍLIA, 2008, p.40).

O PTS é composto por quatro momentos, nos quais são: o diagnóstico, que avalia as vulnerabilidades do indivíduo e como ele se comporta frente aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) presentes em sua realidade; definição de metas, que se baseiam no que foi listado na etapa do diagnóstico e contemplam objetivos de curto, médio e longo prazo, a serem decididos junto com o indivíduo; divisão de responsabilidades, em que serão decididas as tarefas que cada profissional irá realizar para auxiliar o usuário a alcançar suas metas de saúde que já foram estabelecidas anteriormente; e a reavaliação, que será realizada após a implantação do PTS, e irá analisar a evolução da situação do indivíduo e se há necessidade de fazer alguma mudança no que já foi combinado (BRASÍLIA, 2008).

A sua construção é intrinsecamente dependente de articulações qualitativas entre as equipes multiprofissionais que desempenham o papel de atenção à saúde da comunidade. Visando isto, a equipe acadêmica multiprofissional da Universidade Potiguar, Natal-RN, dentro da disciplina PISC, construiu Projetos Terapêuticos Singulares para famílias da Unidade Básica de Saúde de sua atuação.

Nesse processo, foi possível observar a dinâmica dos alunos trabalhando em equipe, de forma interdisciplinar. Embora, tenham surgido algumas dificuldades, como por exemplo, na etapa de definição de responsabilidades, em que a equipe necessitava de outros núcleos de atuação para uma abordagem mais completa sobre determinadas práticas. Ainda que o grupo apresentasse estudantes de Biologia, Biomedicina, Fisioterapia e Medicina Veterinária, não se possuía conhecimentos tão abrangentes acerca da atuação de outras profissões como os próprios estudantes da área (ex.: Enfermagem, Odontologia, Nutrição, etc.), que poderiam apresentar propostas mais elaboradas para o PTS.

A falta de outas áreas do conhecimento, nesse caso, não foi um obstáculo para a elaboração do projeto, pois através do diálogo e troca de ideias, tornou-se possível unir conhecimentos para preencher as lacunas que faltavam, sendo possível construir um PTS que contemplou as necessidades dos indivíduos. Os resultados do que se foi elaborado não pôde ser observado, pois a atividade de construção do projeto não contemplava a sua aplicação, devido ao curto período da disciplina, que não permitia aos alunos dar continuidade ao cuidado dos indivíduos e famílias.

Dessa forma, ao colocar o trabalho interdisciplinar como uma dinâmica necessária e diretamente influenciadora no processo de construção do PTS, BRASIL (2010, p.97)

afirma que:

> Os modos de trabalho em equipe interferem diretamente nas possibilidades de sucesso do PTS. Uma equipe na qual os profissionais trabalham de forma isolada e fragmentada, cada um em seu Núcleo (CAMPOS, 2000b), avaliando a mesma problemática segundo seu próprio arsenal de saber e de experiência e partindo daí para criar ações pode, no seu conjunto, desenhar intervenções que consideram hipóteses e aspectos totalmente diferentes com relação à problemática. O resultado não é propriamente um projeto de equipe, mas um conjunto de ações muitas vezes incoerente e até contraditório, diminuindo a resolutividade no seu conjunto e aumentando as chances de intervenções danosas ao usuário (BRASIL, 2010, p. 97).

Devido alguns profissionais ainda estarem centrados do modelo biomédico de atenção à saúde, dificuldades são observadas quando estes formam equipes interdisciplinares. Há uma visão limitada do processo saúde-doença, em que o foco está apenas na enfermidade, sem analisar o contexto de vivência do indivíduo, o que distancia essa prática do atual modelo de saúde, que se caracteriza pelo foco no indivíduo/família como um todo; bem como, as ações realizadas pelos os profissionais é prejudicada, pois não acontece uma comunicação, ou ela acontece de forma insuficiente, o que compromete a troca de conhecimentos, elementos esses que são essenciais para a construção de um cuidado integral (SILVA, 2013).

Outras dificuldades encontradas na aplicação da interdisciplinaridade são: a falta de interesse de muitos profissionais; a formação “limitada”, que muitas vezes prepara o indivíduo para trabalhar de forma especializada, sem muito enfoque para as dinâmicas da atuação em equipe, bem como, em alguns casos, acaba não contribuindo de forma eficiente para a humanização dos profissionais em formação, e ao chegar na prática, muitos apresentam resistência ou tem dificuldade de adequar suas ações (COSTA, 2007; GONZÁLEZ, 2010, RIBEIRO, 2013).

Impasses também são gerados quando as equipes não conseguem se comportar como equipes, no sentido de não dar espaço e importância para a opinião do outro, querendo estabelecer as suas ideias como as únicas corretas; daí surge a necessidade de os profissionais saírem do seu núcleo de atuação para entender o do outro, se tornando receptivos aos novos saberes, pois assim a equipe será capaz de criar uma relação de vínculo e cooperação (COSTA, 2007; HORI, 2014).

Com base nessas problemáticas, é possível observar que a interdisciplinaridade não se resume apenas na colaboração entre profissionais de diversas áreas, conforme COSTA (2007), ela está relacionada com a responsabilidade e comprometimento “do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição”; pois a equipe interdisciplinar, ao estabelecer uma ligação entre seus componentes, é capaz de melhor aplicar o mesmo comportamento de criação de vínculo com a população, aumentando a adesão aos tratamentos e promovendo educação em saúde que poderá ser disseminada pelos usuários do sistema, bem como, é possível atendendo um número maior de pessoas (COSTA, 2007; SILVA, 2013).

4 I CONCLUSÃO

Dado o exposto, é possível entender a importância da consolidação do SUS para o contexto da saúde brasileira, pois seu surgimento impulsionou a realização de mudanças que culminaram no modelo de saúde que temos hoje e, aliado a criação da PNAB, puderam implementar recursos, tais como a ESF, o PTS e o NASF, que surgiram com o intuito de aumentar a eficiência, resolutividade e integralidade da atenção básica, através da interdisciplinaridade de suas ações.

Como cada profissional é um ser distinto, com suas próprias convicções e ideias, é normal surgirem conflitos ao longo da convivência, porém é importante que cada um entenda a necessidade do trabalho em equipe e do compartilhamento dos diversos saberes para construir um plano de ação direcionado a um indivíduo/família, pois os múltiplos pontos de vista acerca de um sujeito é capaz de contemplar suas necessidades de forma mais eficaz, visto que a integralidade do cuidado é alcançada ao aplicar uma intervenção em saúde obtida através do conhecimento do indivíduo e dos Determinantes Sociais da Saúde que compõem sua realidade.

Assim, a interdisciplinaridade atua na Atenção Básica à saúde de forma a auxiliar na resolução de problemas, promovendo a troca de ideias e cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento. Pois, ao trabalhar de forma interdisciplinar, é possível ter uma visão abrangente da situação em análise e realizar um cuidado mais humanizado e efetivo, melhorando tanto a relação entre os integrantes da equipe como o vínculo deles com os indivíduos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Patrícia Couto. **Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde da Família".** 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15863/1/126.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

_____ Diário Oficial da União. Governo Federal. **PORTARIA Nº 2.435, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** 2001. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=71&totalArquivos=120>. Acesso em: 6 abr. 2018.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**: **Atenção Básica.** Vol. 2. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.p df>. Acesso

em: 15 maio 2018.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2018.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Rev. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3. Mai., 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15n3/757-762/pt>. Acesso em: 17 maio 2018.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva [*online*]**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803561&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio 2018.

ISSA, Afonso Henrique Teixeira Magalhães. **Percepções Discentes Sobre a Estratégia de Saúde da Família e a Escolha Pela Especialidade de Medicina de Família e Comunidade.** Dissertação (Mestrado em Ensino da Saúde). Universidade Federal de Goiás. Goiânia: UFG, 2013. Disponível em: <https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Dissertação_Afonso_Henrique_(Revisada_e_Formatada)).pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. **POLÍTICAS DE SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE: reflexões sobre os desafios do trabalho coletivo na Atenção Básica em Saúde. Anais da VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Ago.,** 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16impassesedesafiosdaspoliticasdaseguridadesocial/pdf/politicasdesaudeeinterdisciplinaridade.p df>. Acesso em: 07 de mai. 2018.

SILVA, Ep et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. APESB (Associacao de Apoio a Pesquisa em Saude Bucal). **Rev. Bras. Ciênc. da Saúde**, v. 17, n. 2, p.197-202. Jun., 2013. Disponível em: <https://app.uff.br/observatorio/uploads/Projeto_Terapêutico_Singular_como_Estratégia_de_ Prática_da_Multiprofissionalidade_nas_Ações_de_Saúde.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

CAPÍTULO 13

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Programa de Pós-Graduação em Bioética/ PPGBioética (Doutorado)
Universidade de Brasília (UnB) / Brasília – DF

Talita Cavalcante Arruda de Morais
Programa de Pós-Graduação em Bioética/ PPGBioética (Doutorado)
Universidade de Brasília (UnB) / Brasília – DF

RESUMO: Um dos mais difíceis dilemas do mundo democrático continua sendo como conciliar ou garantir direitos iguais a todos em uma sociedade permanentemente desigual. Esta problemática é mais complexa e desafiante quando tratamos das questões sanitárias, particularmente, buscando garantir acesso universal diante das flagrantes iniquidades socioeconômicas e da permanente escassez de recursos financeiros. O presente artigo tem o objetivo de descrever as concepções de justiça distributiva contidas em obras de John Rawls (1921-2002) e de Norman Daniels (1942-), com ênfase nos conceitos aplicáveis ao âmbito da saúde pública.
PALAVRAS-CHAVE: Justiça; Equidade; Saúde Pública

ABSTRACT: One of the most difficult dilemmas in the democratic world remains how to reconcile or guarantee equal rights for all in a permanently unequal society. This problem is more complex and challenging when we address health issues, particularly with a view to ensuring universal access in the face of flagrant socio-economic inequities and the continuing scarcity of financial resources. This paper aims to describe the conceptions of distributive justice contained in works by John Rawls and Norman Daniels with emphasis on the concepts applicable to the scope of public health.
KEYWORDS: Justice; Equity; Public Health.

JOHN RAWLS: BREVE BIOGRAFIA, PENSAMENTO E PRINCIPAIS OBRAS

John Bordley Rawls nasceu no dia 21 de fevereiro de 1921, em Baltimore (Maryland), John Rawls foi o segundo dos cinco filhos de William Lee Rawls (1883-1946) e de Anna Abell Rawls (1892-1954). John Rawls morreu no dia 24 de novembro de 2002, em Lexington (Massachusetts).

Em 1943, John Rawls é admitido na Universidade de Princeton. Os campos de interesse de Rawls variaram bastante, passando por química, matemática e história da arte, para finalmente se dedicar à filosofia. Durante o curso de filosofia estudou com afinco as obras de filósofos como Kant, Stuart Mill

e Wittgenstein. Logo em seguida, Rawls é convocado pelas forças armadas para combater na Segunda Guerra Mundial e, após um período de treinamento na infantaria, é enviado para o Pacífico por dois anos, onde serviu em Nova Guiné, nas Filipinas e quatro meses nas forças que ocuparam o Japão. Rawls desiste de seguir a carreira no exército, saindo em 1946, ano em que inicia seus estudos de graduação em filosofia, na Universidade de Princeton. Depois de três semestres, passa um ano (1947-48) na Universidade de Cornell. Depois volta para Princeton (1948-49) para escrever sua dissertação sob a orientação de Walter Stace.

Nos anos de 1952 e 1953, por meio de programa de convênio em Oxford, pode entrar com contato com H.L.A. Hart, Isaiah Berlin, Stuart Hampshire, R.M. Hare e outros destacados filósofos da época, que influenciaram Rawls na elaboração de sua ideia de justiça, baseada em princípios morais de acordo com um processo deliberativo. Depois da volta de Oxford, em 1953, Rawls foi nomeado como professor assistente na Universidade de Cornell, sendo depois, em 1956, nomeado como professor efetivo. É na Universidade de Cornell que Rawls se torna editor do famoso jornal *The Philosophical Review*. Porém, a estada em Cornell durou somente até 1959, quando Rawls teve a oportunidade de ir para a *Harvard University* como professor convidado. Neste mesmo ano o MIT (*Massachusetts Institute of Technology*) ofereceu-lhe uma vaga de professor efetivo. Rawls aceita, mas acaba se envolvendo com atividades muito burocráticas relacionadas com a formação da área de humanidades da universidade.

Em 1961, Rawls é convidado para dar aulas em Harvard. Espera mais um ano para acabar suas atividades no MIT e vai para Harvard em 1962, onde deu aula até 1991, ano de sua aposentadoria. Os anos seguintes, em Harvard, foram dedicados a acabar de escrever *Uma Teoria da Justiça* (a obra teve três versões preliminares: 1964-5, 1967-68 e 1969-70) e às aulas sobre grandes autores da filosofia política.

John Rawls, escrevendo sobre filosofia política, é um liberal, um contratualista – seguindo a tradição de Hobbes, Locke, Hume e Rousseau; escrevendo sobre filosofia moral, John Rawls apresenta uma concepção de justiça diferente do utilitarismo de Jeremy Bentham e de John Stuart Mill, definindo sua teoria como deontológica, na mesma tradição de Immanuel Kant, em nítida oposição às teorias teleológicas.

Entre as principais obras de John Rawls, destacamos: Uma Teoria da Justiça (*A Theory of Justice*, 1971), Liberalismo Político (*Political Liberalism*, 1993), Direito dos Povos (*The Law of Peoples*, 1999) e Justiça como Equidade: uma reformulação (*Justice as Fairness: a restatement*, 2001). Para conhecer a opinião de John Rawls sobre os autores por ele estudados e discutidos em suas aulas na Universidade de Harvard, fundamental a leitura da obra Conferências sobre a história da filosofia política (*Lectures on the history of political philosophy*, 2007).

A TEORIA DA JUSTIÇA DE JOHN RAWLS

Em 1971, John Rawls (1921-2002) publicou aquele que seria o livro central de sua vida: Uma Teoria da Justiça. Uma obra construída em cima de uma argumentação refinada e bastante complexa, na qual apresenta uma encantadora ideia de justiça – uma justiça como equidade em sentido liberal em um contexto de uma democracia constitucionalista.

A proposta de John Rawls era bastante ambiciosa, pois se propunha a resolver um dos mais difíceis dilemas do mundo democrático: Como conciliar, ou garantir, direitos iguais a todos, numa sociedade desigual?

O livro é dividido em três partes: Primeira parte – Teoria; Segunda parte – Instituições; e Terceira parte – Objetivos. Cada uma das três partes é dividida em três capítulos: Teoria: I – Justiça como equidade; II – Os princípios da justiça; e III – Posição original. Instituições: IV – Liberdade igual; V – As parcelas distributivas; e VI – Dever e obrigação. Objetivos: VII – A virtude como racionalidade; VIII – O senso de justiça; e IX – O bem da justiça.

No início de sua obra, Rawls apresenta de maneira conveniente sua concepção de justiça social. Duas ideias são fundamentais: a justiça é uma virtude essencial para as instituições sociais (como a verdade é para os sistemas de pensamento) e a existência de uma estrutura básica da sociedade, que constituem as condições de fundo para que membros de uma sociedade vivam de acordo com seus próprios desígnios.

Deste modo, Rawls descreve um sistema de justiça baseado no contratualismo e analisa a sua validade por meio de dois princípios gerais (princípios de justiça). Assim, o primeiro princípio (ou princípio de liberdade), determina que: *"Toda pessoa deve ter direito igual à mais ampla liberdade básica compatível com uma liberdade similar para os outros"*. O segundo princípio (ou princípio da igualdade) tem a seguinte formulação: *"As desigualdades sociais e econômicas devem ser dispostas de modo que (a) se espere, razoavelmente, que o sejam para o benefício de todos e (b) estejam vinculadas a profissões e a cargos abertos a todos"*.

Para Rawls, o mérito da teoria contratualista é expressar por meio de um pacto a escolha de princípios de justiça que seriam decididos por pessoas racionais a fim de explicar e justificar sua concepção de justiça a ser aplicada a toda a sociedade. A justiça como equidade é a tese central de sua obra.

Em sua tese sobre a justiça como equidade (forma mais elaborada de uma justiça distributiva), dois termos novos são criados por John Rawls: a posição original e o véu de ignorância. A posição original é um estado teórico em que as pessoas estariam antes de poderem escolher entre a justiça como equidade de Rawls e o utilitarismo. O véu de ignorância impossibilita que as pessoas conheçam sua posição original, bem como suas qualidades e seus defeitos. Rawls é, todavia, muito cauteloso ao insistir que a questão é hipotética – que a posição original é estritamente um experimento

intelectual.

Rawls estabelece três concepções diferentes de sociedade justa: a liberal, a democrática e a aristocrática. A interpretação liberal visa a atenuar a influência das contingências sociais e do acaso natural e busca garantir uma educação igual, tanto pública quanto privada, que acabe com as barreiras entre as classes sociais. A interpretação aristocrática determina que a situação dos mais favorecidos (ricos) seja justa desde que sua abolição resultasse aos menos favorecidos (pobres) uma piora de sua situação. A interpretação democrática busca que aqueles que estão em uma situação mais elevada na sociedade tenham mais expectativas desde que isso resulte em um ganho para os menos afortunados.

Nessa interpretação democrática estão inseridos dois novos conceitos criados por Rawls: o princípio de diferença e o princípio da ligação em cadeia. O princípio da diferença é, talvez, o ponto mais controverso da teoria rawlsiana, uma vez que as desigualdades sociais são permitidas desde que não sejam desigualdades injustas. Ao contrário do igualitarismo estrito (isonomia), Rawls defende o igualitarismo relativo (equidade) – essência de sua visão política da justiça por meio do denominado liberalismo igualitário.

Aos poucos Rawls vai desenvolvendo o seu raciocínio de como deveria ser uma sociedade bem ordenada (justa e equânime). Ao tratar do problema da tolerância com os intolerantes, diz que os intolerantes somente devem ser tolerados na medida em que suas ações não ameacem às liberdades dos tolerantes. Se esse for o caso, não pode haver tolerância. Quanto à questão das opções dogmáticas (religiosas, filosóficas ou morais), Rawls diz que o Estado não deve permitir que esses temas entrem na discussão da justiça de qualquer sistema constitucional; essas opiniões radicais não podem ser introduzidas em um diálogo racional, uma vez que é algo restrito ao dogma.

Na maior parte do tempo, Rawls parece estar apenas criticando o utilitarismo mais do que apresentando uma teoria nova. Rawls avança muito lentamente na explicação do que seria uma sociedade bem ordenada partindo da posição original. Muitos temas vão sendo introduzidos na apresentação dessa sociedade como o dever de aceitar uma lei injusta desde que ela não exceda certos limites, podendo nesse último caso dar origem a uma legítima desobediência civil. A posição original é a de igualdade até que seja retirado o véu da ignorância, pois a partir desse momento cada um já sabe a sua posição na sociedade assim como suas forças e fraquezas.

Como Rawls baseia essa posição em um contrato social, quem faz parte desse contrato é obrigado a aceitar certas regras do jogo. Por exemplo: não reclamar ou se rebelar quando suas vantagens não demonstrem ser benéficas para a camada dos menos afortunados; por causa desse tipo de exemplo, Rawls é um inimigo da meritocracia. Em uma sociedade bem ordenada o justo está acima do bem e o contrato social determina que quem não está oficialmente conspirando contra a liberdade da maioria deve ser tolerado. No contratualismo de Rawls, no entanto, a justiça determina que a tolerância para com as minorias deva de sobrepor à noção de bem

do cristianismo, pois na posição original ninguém sabe de antemão qual o seu destino e inclinações. Se refletirmos sobre esse conceito de Rawls veremos que ele é justo. Não gostaríamos de ser discriminados por algo do qual não temos controle e que não escolhemos ao nascermos.

A parte final do livro leva mais em conta aspectos psicológicos que poderiam causar um desajuste a essa sociedade bem ordenada. A inveja é um desses casos. Rawls especula como o sentimento de inveja de um grupo de cidadãos poderia ser uma ameaça àqueles que estão em uma posição superior. Rawls sugere que em um Estado contratualista, instituições variadas permitiriam a cada um exercer suas potencialidades de maneira adequada.

NORMAN DANIELS: BREVE BIOGRAFIA, PENSAMENTO E PRINCIPAIS OBRAS

Norman Daniels nasceu em Nova York no ano de 1942. Formou-se em Inglês pela *Wesleyan* (1964), em Psicologia e Filosofia pela *Balliol College* (1966) e doutorou-se em Filosofia pela *Harvard University* (1971). Daniels construiu sua carreira como professor de Ética Médica na *Tufts University School of Medicine*, em Boston, onde lecionou de 1969 até 2002.

Nonam Daniels publicou mais de 150 artigos em jornais e revistas como *Isis, Philosophy of Science, Journal of Philosophy, Philosophical Review, Ethics, Philosophy and Public Affairs, Journal of Political Philosophy, Philosophical Studies, Philosophy and Phenomenological Research, Revue Internationale de Philosophie, Journal of Medicine and Philosophy, Bioethics, AJOB, JAMA, New England Journal of Medicine, British Medical Journal, Lancet, Hastings Center Report, Health Affairs, Nature Medicine, WHO Bulletin, AJPH, Economics and Philosophy, Daedalus*, entre outros.

A experiência de Norman Daniels com reformas de sistemas de saúde começou quando fez parte do *Ethics Working Group of the Clinton Administration Health Care Task Force*, no governo do presidente Bill Clinton. Norman Daniels foi encarregado de desenvolver princípios para reger a reforma da saúde. Sua abordagem combinava a estrutura ética que emergiu do seu pensamento sobre justiça e saúde com o funcionamento de metodologias de pesquisa, desenvolvendo, assim, medidas para saber quando o sistema aprimorava ou piorava com relação a critérios e objetivos de justiça. Nos anos 1998-9 colaborou em países como México, Paquistão, Tailândia e Colômbia.

Escreveu extensamente sobre filosofia da ciência, ética, política, filosofia social e ética médica. Seu trabalho integra uma teoria abrangente de justiça para a saúde. Sua pesquisa recente foca adaptar os “referenciais de equidade” para uso em países menos desenvolvidos (Boletim da OMS, 2000; 2005), e no desenvolvimento de um processo justo para estabelecer prioridades e limite de recursos acerca das decisões de alocação em vários contextos, incluindo o novo plano de seguro de saúde mexicano

(*Health Affairs*, 2003; *Lancet*, 2005).

Norman Daniels é membro do *The Hastings Center* e um dos membros fundadores da *International Society for Equity in Health* (ISEqH). É consultor para questões envolvendo justiça e políticas de saúde de diferentes organizações, comissões e governos, incluindo a ONU e a OMS. Atualmente é professor na *Harvard School of Public Health*.

Norman Daniels buscou aplicar a teoria da justiça de John Rawls no âmbito da saúde pública e nos de cuidados em saúde e adicionando um princípio que abrange o compromisso responsável no processo de tomadas de decisões ao estabelecer limites razoáveis ao contexto da saúde.

As principais obras de Norman Daniels são: *Reading Rawls: Critical Studies of John Rawls' A Theory of Justi*ce (1989); *Just Health Care* (1985); *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice* (1996); *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health* (2008); *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* (2008).

A EQUIDADE SANITÁRIA DE NORMAN DANIELS

Norman Daniels defende a justiça distributiva na saúde**,** pois para ele a justiça é boa para nossa saúde. Ele aborda a questão moral da saúde dizendo que sua importância se deve aos impactos que ela causa nas oportunidades. As doenças e as incapacidades prejudicam o funcionamento normal dos indivíduos restringindo seu leque de possibilidades. A saúde preserva para as pessoas as habilidades de serem cidadãos participativos na vida social, política e econômica da sociedade. Essa gama de oportunidades é relativa e dependente do nível de desenvolvimento tecnológico e organização social de uma sociedade.

O princípio apropriado da justiça distributiva para regular o modelo de um sistema de saúde é o princípio da proteção de igualdade de oportunidades. Isso sustenta dar prioridade de oportunidades para aqueles que não as tem ou tem poucas oportunidades. Esse princípio proíbe barreiras discriminatórias para o acesso e requer medidas sociais positivas para corrigir os efeitos das desigualdades. Inclui a provisão de educação pública e outras intervenções para a melhoria de oportunidades desde a infância precoce.

A assistência em saúde visa à proteção de oportunidades iguais, por isso não deve ser distribuída de acordo com a habilidade para pagar, e o ônus do pagamento não deve recair desproporcionalmente sobre o doente. Uma vez que a cobertura dos sistemas de saúde sofre com restrições orçamentárias, não sendo esta o único bem social a ser considerado pelos indivíduos, um adequado estabelecimento de prioridades e um racionamento de recursos financeiros são requisitos de justiça para termos restrições razoáveis.

Nossa saúde é afetada pelos determinantes sociais (nossa posição social e desigualdade subjacente de nossa sociedade). Sabe-se que a expectativa de vida das pessoas mais ricas e nos países mais ricos são maiores. Assim, se as políticas sociais são responsáveis pelas desigualdades socioeconômicas que produzem esses efeitos na saúde das pessoas, nós somos forçados a questionar sobre a justiça na distribuição dos bens. Ademais, fatores como cultura, organização social e políticas governamentais têm um importante papel na determinação da nossa saúde. Logo, os esforços para assegurar uma maior justiça nos resultados sobre a saúde não devem focar simplesmente na assistência médica tradicional. Agir para promover uma justiça social é crucial para melhorar nossa saúde, pois há uma surpreendente convergência entre o que é necessário para o nosso bem-estar social e político e para a nossa saúde física e mental. O nível de privação relativa dentro de uma sociedade também é importante. Quanto mais desigual uma sociedade for em termos econômicos, mais desigual ela será em termos de saúde e de qualidade de vida. Por fim, o investimento em capital humano, especialmente na educação, é um forte indicador de saúde. A desigualdade de renda leva a uma desigualdade na educação que, por sua vez, leva a uma desigualdade em saúde.

A controvérsia moral na tomada de decisões sobre recursos escassos levanta a questão sobre quais condições nós devemos aceitar a legitimidade da autoridade daqueles que fazem o racionamento. Para Daniels, o problema da legitimidade e da justiça deve satisfazer quatro condições: publicidade, relevância, revisão e regulação. A ideia principal é converter o processo de tomada de decisão em uma grande deliberação pública para proteger de modo justo a saúde de uma população com diferentes necessidades.

Tornar as justificativas e as decisões acerca da cobertura em saúde publicamente acessíveis a todos os afetados com o objetivo de atender aquelas diversas necessidades de uma população, especialmente numa situação de restrição de recursos, caracteriza a busca pelo bem comum. Esse objetivo deve pautar-se nas razões e princípios aceitos como relevantes por aqueles que estão dispostos a buscar termos de cooperação mutualmente justificáveis. A oportunidade de revisar decisões na busca de mais evidências ou argumentos é mecanismo que permite desafiar e resolver problemas concernentes à tomada de decisões limítrofes. A regulação voluntária ou pública é essencial para garantir as condições anteriores do processo.

Na ausência de um consenso moral sobre quais princípios aplicar nas questões distributivas em saúde, nós precisamos de um processo justo para estabelecer legitimidade para as decisões críticas em alocação de recursos, uma *"accountability for reasonableness*", ou seja, uma prestação de contas responsável para a razoabilidade. É uma tentativa de conectar os vários pontos de vista sobre uma deliberação democrática em diversas instituições. Um processo justo pode ser o melhor que podemos fazer quando não há um consenso majoritário sobre resultados justos.

COMENTÁRIOS

As propostas de justiça distributiva de John Rawls e Norman Daniels apresentam sérias limitações, haja vista que as políticas de estados liberais (países ricos) não tem demonstrado resolver as desigualdades sociais, ao contrário, vem aumentando as distâncias entre os mais ricos e os mais pobres, refletindo-se em sistemas de saúde injustos, caros e de baixa resolutividade.

Em particular, a teoria da justiça de John Rawls se tornou uma das mais importantes concepções de filosofia política contemporânea e ainda hoje é alvo de muitos comentários, críticas, aperfeiçoamentos ou desdobramentos. As abordagens críticas e rivais do liberalismo igualitário de John Rawls podem ser classificadas em dois grupos: para os críticos liberais, como Robert Nozick, a teoria rawlsiana é insuficientemente liberal, pois desrespeita o princípio da autonomia dos indivíduos; para os críticos igualitários, com destaque para Ronald Dworkin, seguido por Amartia Sen, a teoria rawlsiana é insuficientemente igualitária, pois privilegia as liberdades individuais (autonomia) em detrimento da igualdade coletiva (isonomia).

Não se deve pensar, especialmente nos cuidados de saúde, que apenas o bem-estar é importante para a felicidade. A justa distribuição de oportunidades iguais não leva em conta o impacto da doença ou incapacidade no bem-estar (satisfação dos desejos, felicidade) ou a utilidade como base para o pensamento sobre a justiça distributiva. Doença e incapacidade não levam necessariamente à infelicidade, mesmo se elas restringem as oportunidades para um indivíduo. Nós devemos medir nossos níveis de bem-estar pelas medidas públicas de acessibilidade aos bens disponíveis, incluindo os cuidados de saúde.

Os idosos podem argumentar que uma justiça em saúde baseada na contribuição de oportunidades pode deixá-los à margem, já que as suas oportunidades parecem ter ficado no passado. Porém, isso é evitado baseando as alocações não em favor de um determinado estágio da vida, e sim considerando a oportunidade relativa àquela faixa etária.

As propostas para as políticas de saúde baseadas na cobertura do assistência médica parece dar muito valor na presença de doença ou incapacidade e pouco no que realmente deve ser levado em conta para a proteção das oportunidades, ou seja, o foco no conjunto de capacidades para fazer ou ser o que você escolher para a sua vida. Contudo, há dois tipos de razões que devemos considerar relevantes sobre vantagens ou desvantagens. Primeiro, a cobertura de uma decisão não pode estar baseada em arbitrariedades morais questionáveis, ou seja, violar os requisitos da justiça de tratar casos semelhantes de maneira semelhante. Segundo, estar em desvantagem em relação a outros é um aspecto necessário em algumas situações, mas estar em desvantagem mais do que qualquer um precisa estar não é um aspecto necessário da situação, caracterizando uma vulnerabilidade social injusta e moralmente inaceitável.

CONCLUSÃO

Discutir justiça distributiva e equidade no acesso aos cuidados de saúde é uma excelente oportunidade para encontramos caminhos que nos conduzam a melhorias dos sistemas de saúde, independente de sua configuração pública, privada ou mista. A efetividade do direito à saúde, bem como a qualidade dos serviços de atenção à saúde (prevenção, promoção, assistência e reabilitação), com permanente participação comunitária e claros compromissos institucionais, exigem uma configuração sistêmica, integradora, universalizante, igualitária e resolutiva dos sistemas de saúde, a fim de serem plenamente atendidas com qualidade e dignidade as necessidades de saúde dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

DANIELS, Norman. *Justice, health and healthcare.* American Journal of Bioethics, 2001;1(2):02-16**.**

_____**. Just health: meeting health needs fairly.** Cambridge University Press, 2007.

DANIELS, Norman; SABIN, James. *Limits to healthcare: fair procedires, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers.* Philosophy & Public Affairs, 1997;26(4):303-50.

GARGARELLA, Roberto. **As teorias da justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política.** Martins Fontes, 2008.

LOVETT, Frank. **Uma Teoria da Justiça, de John Rawls: guia de leitura.** Porto Alegre: Penso, 2013.

POGGE, Thomas. **John Rawls: His Life and Theory of Justice**. Oxford Press, 2007.

RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Justiça e Democracia.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Justiça como Equidade.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CAPÍTULO 14

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa –Paraíba

Antonio Araujo Ramos Neto
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa –Paraíba

João Lucas Gonçalves Monteiro
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa –Paraíba

Maria Cristina Rolim Baggio
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa –Paraíba

RESUMO: A morte de crianças menores de um ano tem como causas variadas, desde as perinatais até doenças congênitas, sendo grande parte delas ligadas a fatores como a condição socioeconômica da família que está inserida, condições ambientais, acesso à educação dos pais, dentre outros. O objetivo deste estudo é discutir a Mortalidade Infantil por causas evitáveis, nas mesorregiões da Paraíba, analisando sua tendência histórica no período de 2004 a 2014. Para tanto, foi elaborado um estudo descritivo, observacional e retrospectivo de série temporal que coletou os óbitos infantis menores de um ano e nascimentos, colhidos, respectivamente, no SIM e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no DATASUS, analisando os valores dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI) das mesorregiões: Sertão, Borborema, Agreste e Mata/PB. As principais causas de óbitos infantis no Estado são por causas evitáveis e variam dependendo do gênero, tipo de parto e idade da mãe. Observa-se uma tendência homogênea nas mesorregiões supracitadas em relação às variáveis, com algumas particularidades de destaque na mortalidade precoce. Nas áreas analisadas, fatores socioeconômicos como o baixo grau de escolaridade da população, falta de qualidade na atenção básica de saúde para mãe e para o feto e o treinamento inadequado dos profissionais contribuem para altos níveis de óbitos infantis. Portanto, este estudo tem a importância de verificar o perfil dos óbitos infantis na Paraíba, atendo-se para a forte desigualdade social que assola o Estado, perceptível nos níveis de mortalidade infantil analisados.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Infantil; Mortes evitáveis; Mesorregiões; Paraíba.

ABSTRACT: The death of children under one year as varied causes, from when it comes to congenital diseases, which are part of a state as a socioeconomic condition of the family that is inserted, sometimes environmental, access to

parental education, in addition to from others. The objective of this study is to discuss infant mortality from preventable causes in the Paraíba mesoregions, analyzing its historical trend from 2004 to 2014. For this purpose, a descriptive, observational and retrospective study of the time series was carried out, which collected infantile deaths of less than one year and births, collected, respectively, in the SIM and in the Information System on Live Births (SINASC), in DATASUS, analyzing the values of the coefficients of infant mortality (MIC) of the mesoregions: Sertão, Borborema, Agreste and Mata / PB. The main causes of infant deaths in the state are due to preventable causes and vary depending on the gender, type of delivery and age of the mother. There is a homogeneous trend in the above-mentioned mesoregions in relation to the variables, with some particularities of prominence in early mortality. In the analyzed areas, socioeconomic factors such as low level of schooling of the population, lack of quality in basic health care for mother and fetus, and inadequate training of professionals contribute to high levels of infant deaths. Therefore, this study has the importance of verifying the profile of infant deaths in Paraíba, attending to the strong social inequality that plagues the State, which is perceptible in the child mortality levels analyzed.
KEYWORDS: Infant Mortality; Avoidable deaths; Meso-regions; Paraíba.

1 I INTRODUÇÃO

A morte ou óbito é umafalha no organismo que ocasione a perda de seu funcionamento. As causas da morte devem ser registradas na declaração de óbito, documento utilizado para informar o óbito e abastecer o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Essas causas são as doenças e as lesões que levaram à morte, desde as que iniciaram o quadro patológico até as que causaram realmente o fim do funcionamento do organismo (BRASIL, 2009).

As anomalias congênitas da criança, as complicações da gravidez, as doenças infecciosas, a prematuridade e a desnutrição estão entre as principais causas relacionadas à mortalidade infantil. Além disso, a taxa de mortalidade infantil está associada também a diversos fatores e variáveis, tais como: condições socioeconômicas, políticas e ambientais, e aspectos vinculados ao auxílio médico, entre outros. Nesse sentido, esse índice é utilizado globalmente como um dos principais fatores de avaliação da qualidade de vida da população (CARVALHO, et al, 2015).

Uma importante classificação é a definição de óbitos infantis evitáveis, os quais se caracterizam por serem mortes por causas que raramente ou nunca deveriam levar o indivíduo ao óbito, em crianças menores de um ano (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009). Nesse contexto, foi desenvolvida uma lista de causas de mortes evitáveis pela atenção à saúde, com base nas causas de morte reduzíveis, isto é, que poderiam ser prevenidas, ou diagnosticadas e tratadas precocemente, por meio de tecnologias disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Santos et al.(2014).

A partir do exposto, este estudo pretende discutir a Mortalidade Infantil por

causas evitáveis, nas mesorregiões da Paraíba, analisando sua tendência histórica no período de 2004 – 2014.

2 I METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, observacional e retrospectivo de série temporal a partir da análise dos óbitos infantis de menores de um ano e nascimentos colhidos, respectivamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Tais dados foram coletados por meio do banco de dados disponível no DATASUS, do Ministério da Saúde, sendo sua organização realizada de acordo com a última Classificação Internacional de Doenças, aCID-10.

No SIM foram analisados os óbitos < 1 ano por causas evitáveis no período de 2004 a 2014, segundo as categorias sexo, idade da mãe e tipo de parto, nas quatro mesorregiões da Paraíba. No SINASC foi analisado o número de nascidos vivos, segundo as mesmas categorias, período e mesorregiões analisadas no SIM.

Para análise das mesorregiões foram agrupadas no sistema as microrregiões, são elas: Cajazeiras, Catolé do Rocha, Itaporanga, Patos, Piancó, Serra do Teixeira, Sousa, as quais formam a mesorregião Sertão; Cariri Ocidental, Cariri Oriental, Seridó Ocidental PB e Seridó Oriental PB, as quais formam a mesorregião Borborema; Curimataú Ocidental, Curimataú Oriental, Esperança, Brejo PB, Guarabira, Campina Grande, Itabaiana, Umbuzeiro as quais formam a mesorregião Agreste; Litoral Sul PB, Litoral Norte PB, João Pessoa, Sapé que formam a mesorregião Mata PB.

A partir dos dados coletados, foi calculado o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) das diferentes mesorregiões, segundo os critérios supracitados. Assim, os resultados foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Excel. Além disso, para apresentação dos dados foram construídos gráficos, utilizando-se o referidoprograma.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os CMI por causas evitáveis das mesorregiões da Paraíba (gráfico 1), o qual apresentou decréscimo, de maneira geral, no período de 2004 a 2014 em todas as mesorregiões, sendo em 2004 o ano em que foi registrado o maior CMI (17,23/1000), na mesorregião Borborema. Já o menor CMI (7,62/1000) foi registrado em 2013, na mesma mesorregião.

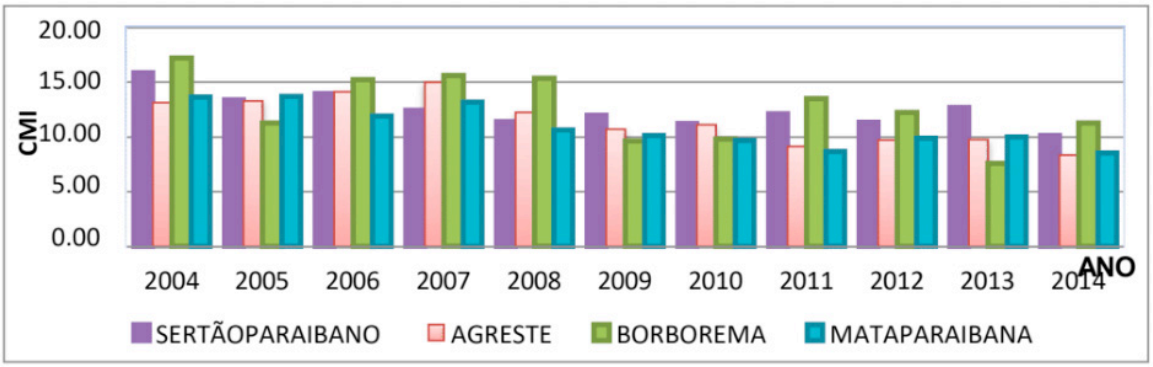


Gráfico (1): CMI*(/1000 NV**) por causas evitáveis nas mesorregiões da Paraíba, período de 2004-2014.

*Coeficiente de Mortalidade Infantil; **Nascidos Vivos Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Analisando o estado da Paraíba no período de 2000-2009 pode ser observado um decréscimo anual de 7,2% nos valores de CMI desse período, corroborando com a apresentação dos dados supracitados. Além disso, todas as regiões do Brasil no mesmo período apresentaram o mesmo perfil de redução, com destaque para o Nordeste, com uma taxa de decréscimo percentual anual de 6,0%, sendo a mais acentuada entre as regiões (FRIAS, et al.2013).

Analisando-se o CMI segundo sexo em cada mesorregião da Paraíba, foi observado na mesorregião Sertão (gráfico 2) um maior CMI no sexo masculino, exceto no ano de 2009, o qual o sexo feminino ultrapassou em 3,72 pontos o CMI do sexo masculino. De maneira geral, o CMI tanto masculino quanto feminino decresceu no período de 2004 a 2014, chegando aos valores de 6,28 e 13,55 em cada mil, no sexo feminino e no sexo masculino, respectivamente.

Na mesorregião da Borborema (gráfico 3), o CMI por causas evitáveis segundo gênero masculino, em onze anos, permaneceu apenas dois anos (2004 e 2013) inferior ao gênero feminino. Além disso, houve um decréscimo maior que o triplo no gênero feminino em relação ao masculino, observando os valores absolutos de decréscimo de 9,0 pontos e 2,2 pontos, feminino e masculino,respectivamente.

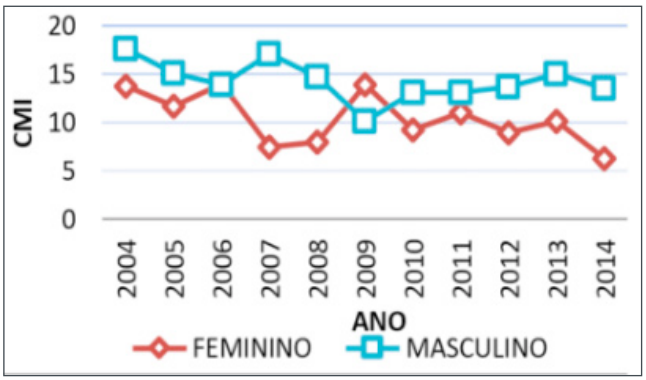


Gráfico (2): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Sertão, PB, 2004-2014.*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

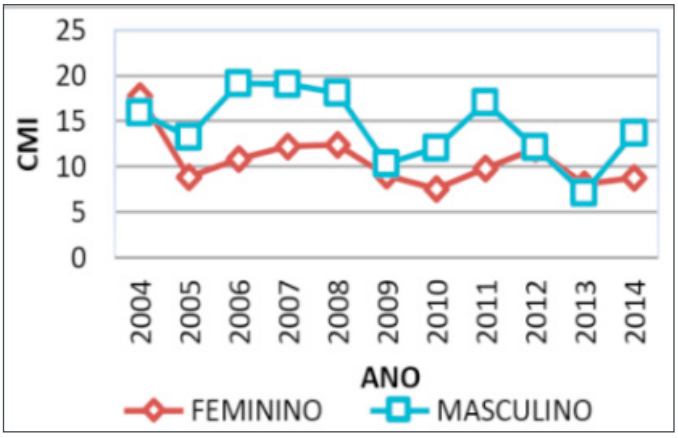


Gráfico (3): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Borborema, PB,2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

As mesorregiões Agreste (gráfico 4) e Mata PB (gráfico 5) apresentam perfis semelhantes, sobretudo, no ano de 2014, no qual ambas apresentaram CMI em torno de 9/1000 para o sexo masculino e 7/1000 para o sexo feminino. Além disso, em apenas um ano desse período houve inversão das linhas do CMI, sendo no Agreste, em 2011, e Mata PB em 2010.

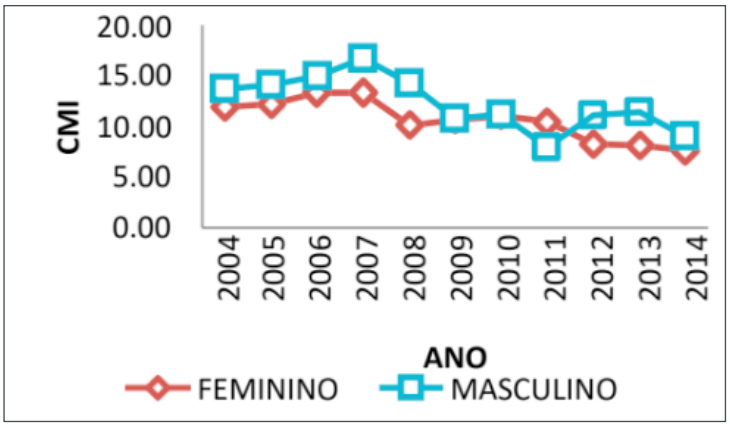


Gráfico (4): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Agreste, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

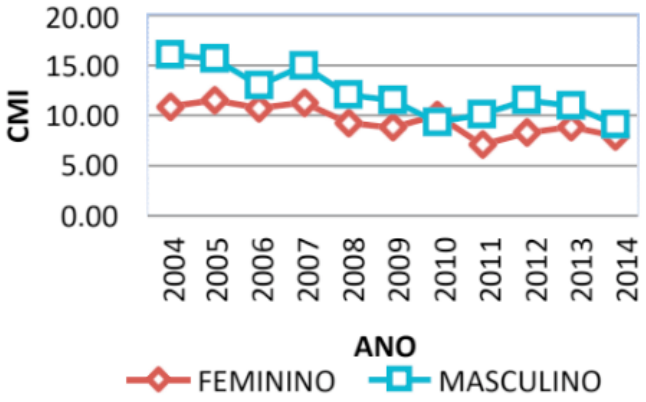


Gráfico (5): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Mata PB, PB, 2004-2014.

CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Os dados revelaram sobremortalidade masculina em todas as mesorregiões da Paraíba, tendo destaque o Sertão, que apresentou CMI segundo sexo masculino maior que o dobro no ano de 2014 em relação ao sexo feminino. Esse perfil pode ser observado em outros locais, como em um estudo realizado no município de Caruaru-PE, o qual se constatou que o CMI segundo sexo masculino era superior ao do sexo feminino (VILAÇA; LEAL, 2007).

Analisando o CMI segundo tipo de parto, pode-se perceber que os partos do tipo vaginal tiveram maior CMI em relação aos do tipo cesáreo em todas as mesorregiões (gráfico 6, 7, 8 e 9), excetuando-se na mesorregião Borborema no ano de 2006, no qual o tipo de parto cesáreo apresentou maior CMI (11,05/1000) em relação ao vaginal (9,26/1000).

Em um estudo realizado por Santos et al. (2010), tipo revisão bibliográfica, observou- se associação entre parto normal e mortalidade neonatal. Contudo, segundo os autores referenciados, acredita-se que tal situação deveu-se ao fato de as gestantes que realizaram parto normal apresentarem baixas condições socioeconômicas em relação às que realizaram parto cesáreo, sendo este o fator determinante para a ocorrência dos óbitos neonatais, e não o parto em si.

No mesmo sentido, outros autores observaram a mesma relação entre parto normal e mortalidade neonatal. Porém, afirmam que tal associação, contraditoriamente, deveu-se à maior realização do parto normal em situações de alto risco para o óbito e da realização quase universal da cesárea em situações de baixo risco (SANTOS, et al., 2010).

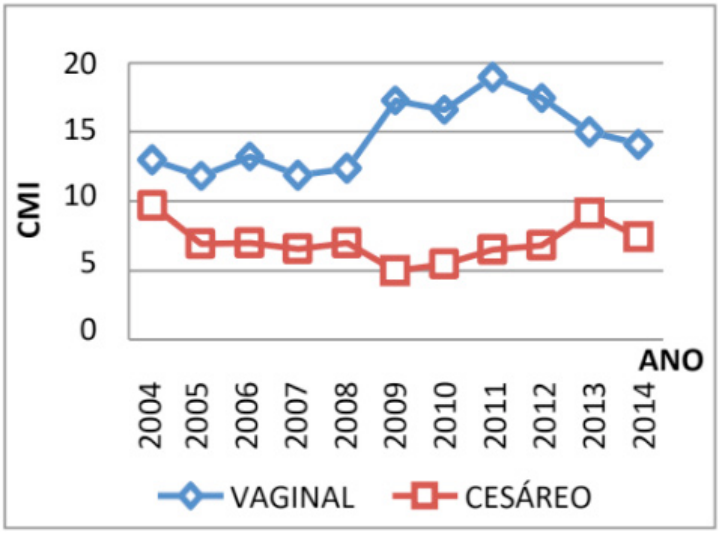


Gráfico (6): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Sertão, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

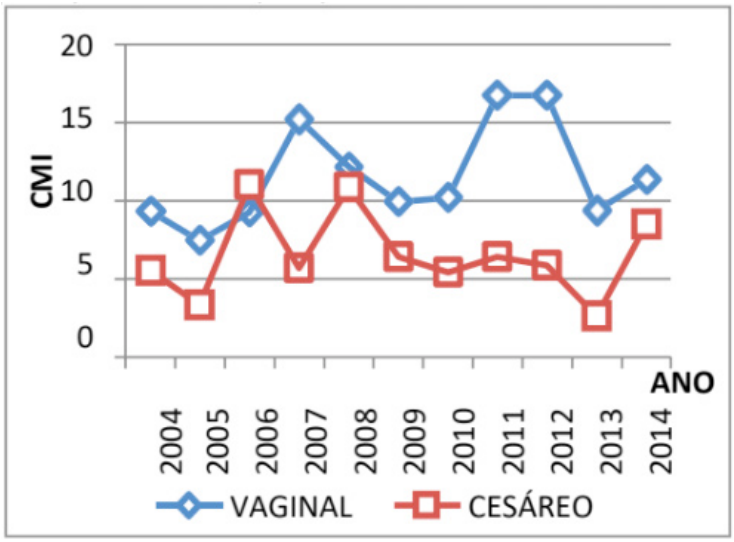


Gráfico (7): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Borborema, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

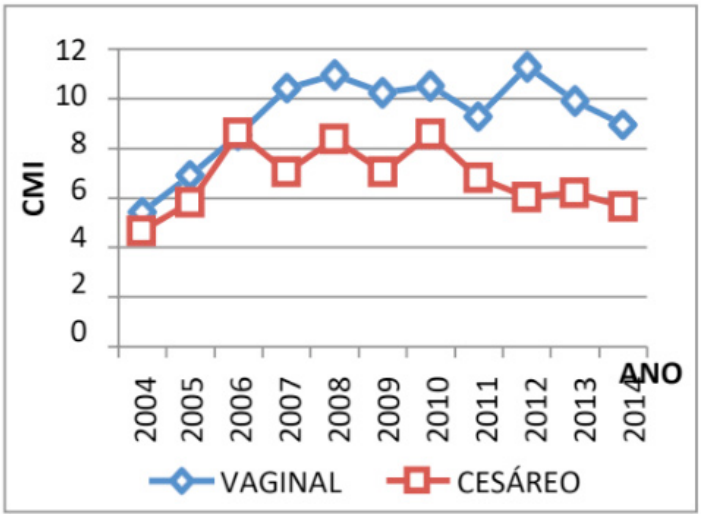


Gráfico (8): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Agreste, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

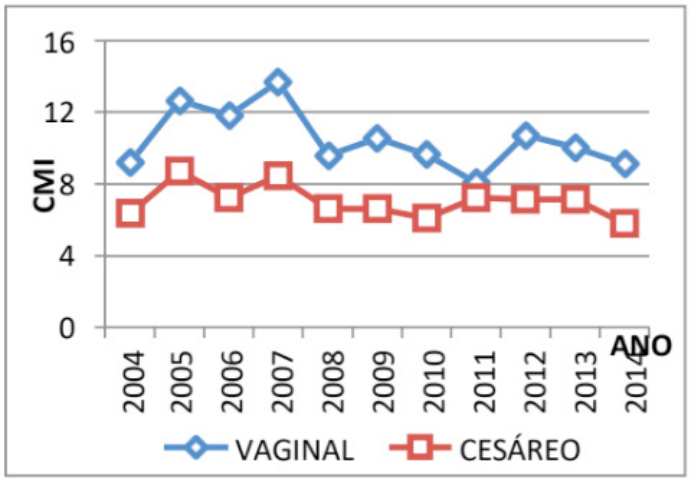


Gráfico (9): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Mata PB, PB, 2004-2014.

CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

Observando o CMI por causas evitáveis, segundo idade da mãe, observa-se em todas as mesorregiões um aumento muito superior do CMI quando a idade da mãe ultrapassa a idade de 40 anos (gráfico 10, 11, 12 e 13), chegando ao valor de 315,79‰, no Sertão, além dos valores em todos os anos, nessa mesma faixa etária e mesorregião, superior a 45,00‰. Ademais, observa-se, de maneira geral, uma redução dos valores de CMI na faixa etária >40 anos à medida que a mesorregião se aproxima da árealitorânea.

Foi observado, também, que o CMI quando as mães são adolescentes é, geralmente, superior em relação à faixa etária entre 20-40 anos. Estando, assim, em consonância com um estudo realizado por Oliveira, Gama e Silva (2010), que

demonstrou que os filhos das adolescentes têm maior probabilidade de morte durante o primeiro ano de vida, quando comparado com os de mães com faixa etária maior de 20 anos de idade.

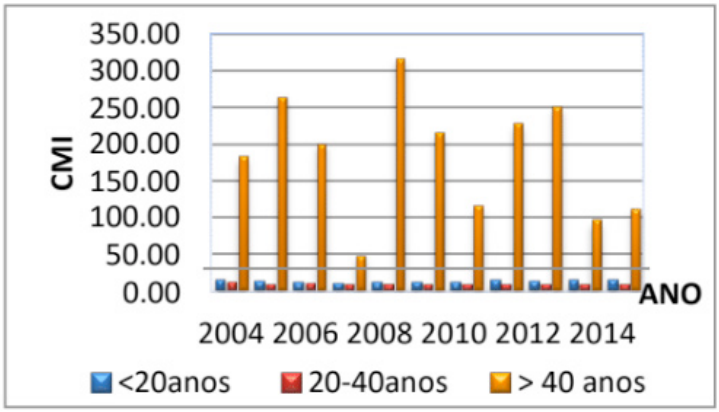


Gráfico (10): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Sertão, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

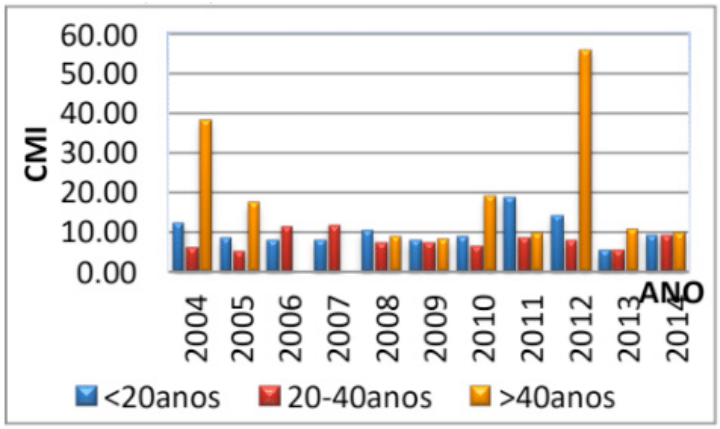


Gráfico (11): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Borborema, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

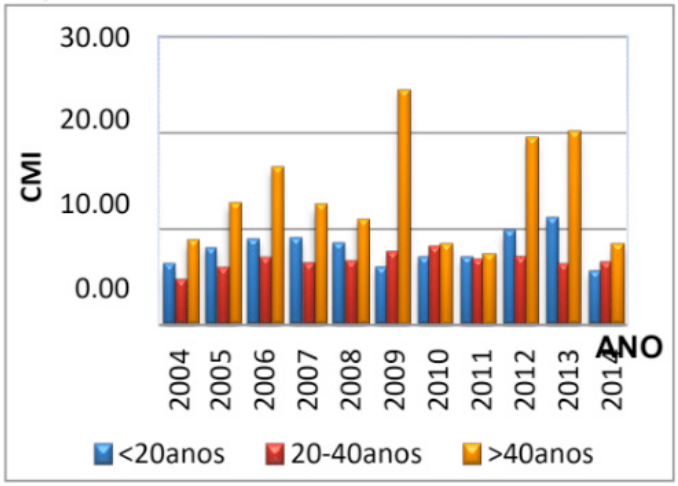


Gráfico (12): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Agreste, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

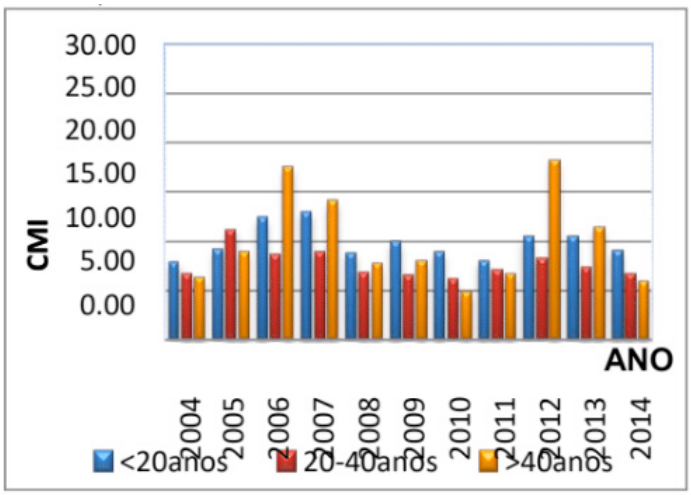


Gráfico (13): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Mata PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Todavia, é importante ressaltar que as diferenças encontradas na mortalidade de crianças, filhos de mães adolescentes, podem estar mais associadas a um "efeito-pobreza" ao invés de um "efeito-idade" (CÉSAR, RIBEIRO, ABREU, 2000).

O Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce, que avalia os óbitos de 0 a 6 dias, foi comparado entre as mesorregiões da Paraíba (gráfico 14), sendo observado maiores valores no Sertão e Borborema, os quais podem ser devido à uma maior precariedade nestas mesorregiões da rede assistencial à gestante e aorecém-nascido.

"No País, a redução da mortalidade neonatal é um grande desafio para os serviços de saúde, governo e sociedade, pelas altas taxas vigentes concentradas nas

regiões e populações mais pobres. Ações extrassetoriais, mais particularmente de educação e assistência social, devem ser efetivadas e, no setor saúde, considera-se prioritário o investimento na reestruturação da atenção à gestante e ao recém-nascido, comarticulação entre as ações do pré-natal na rede básica e a assistência ao parto, no âmbito hospitalar". (SOARES; MENEZES, 2010, p. 56)

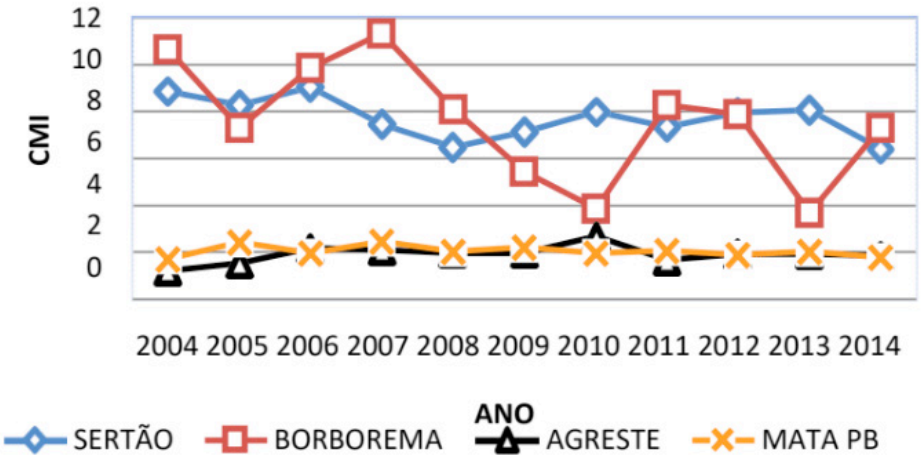


Gráfico (14): Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (/1000 NV*) por causas evitáveis nas mesorregiões da Paraíba, período de 2004-2014.

*Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Conforme o Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2008), os dados sobre mortalidade neonatal precoce evidenciam tanto a tendência decrescente desses indicadores quanto a sua heterogeneidade. Esta disparidade pode ser vista nas diferentes mesorregiões da Paraíba em todos os componentes supracitados, o que pode evidenciar falhas na assistência à gestação, parto e pós-parto, bem como as desigualdadesregionais.

As principais causas de óbitos infantis nas mesorregiões da Paraíba são por causas evitáveis (gráfico 17, 18, 19 e 20), as quais giram em torno de 70% do total de mortes. Em consonância com esses resultados um estudo de corte realizado em Recife (PE), observou que quase 80% dos óbitos de menores de um ano foram classificados como evitáveis. Nesse estudo identificou-se, também, que uma parcela significativa dos óbitos registrados se encontrava relacionada ao grupo de causas redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e ao parto (NASCIMENTO, et al,2014).

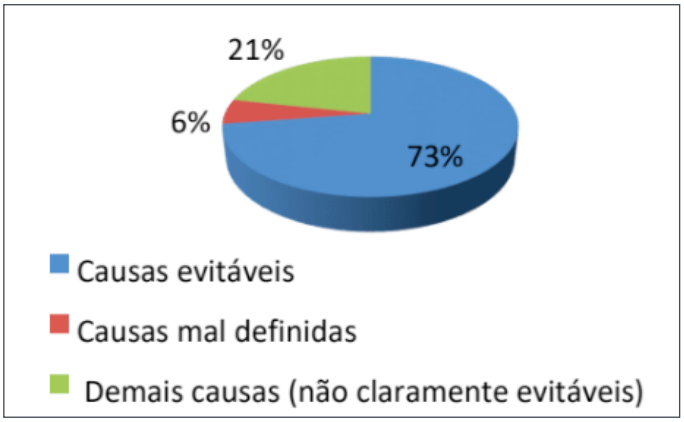


Gráfico (17): Causas de óbitos infantis, Sertão, PB, 2004-2014

Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

Gráfico (18): Causas de óbitos infantis, Borborema, PB, 2004-2014

Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

Gráfico (19): Causas de óbitos infantis, Agreste, PB, 2004-2014

Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

Gráfico (20): Causas de óbitos infantis, Mata PB, 2004-2014

Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

Entre as principais causas de óbitos evitáveis (gráfico 21, 22, 23 e 24) estão Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer, transtorno respiratórios específicos do período perinatal, infecções do período neonatal, exceto Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) e hepatite viral congênita. Essas causas estão presentes com representatividade em todas as mesorregiões da Paraíba.

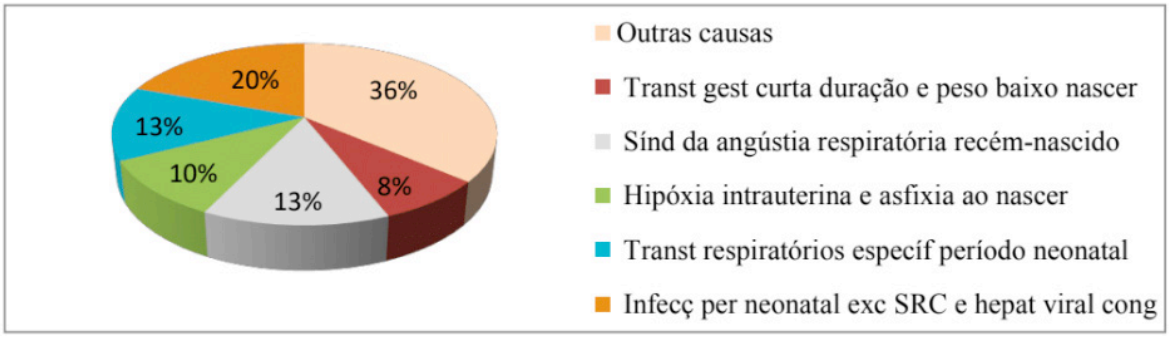


Gráfico (21): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*-10, Sertão, PB, 2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

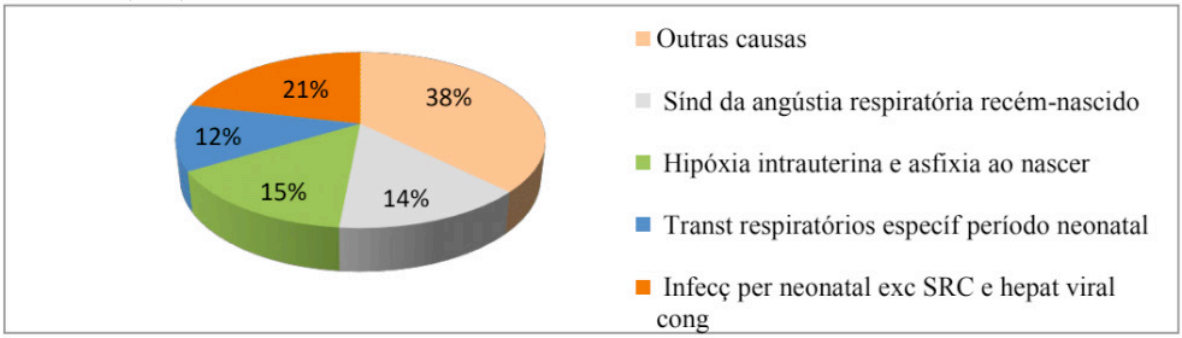


Gráfico (22): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*-10,Borborema, PB, 2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

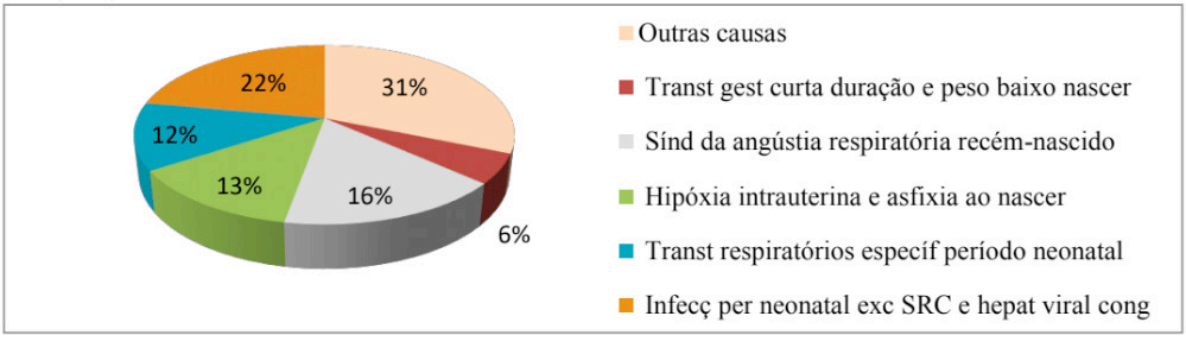


Gráfico (23): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*-10, Agreste, PB, 2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM,2016

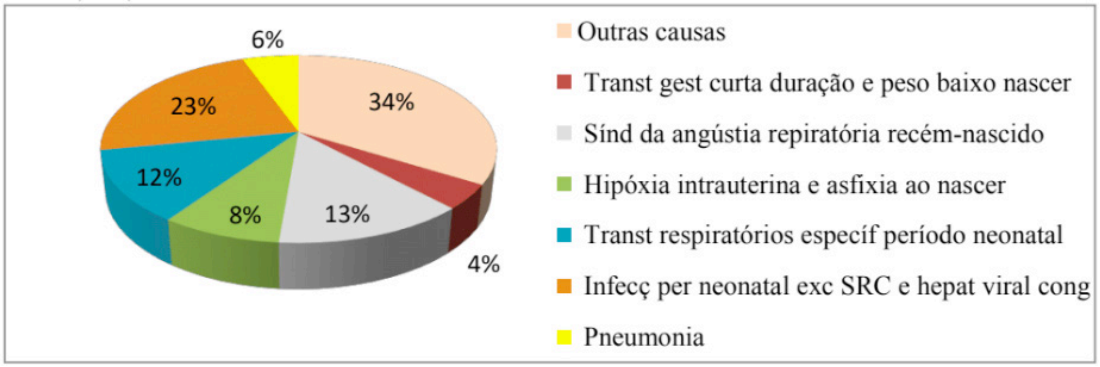


Gráfico (24): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*- 10,Mata PB, PB,2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

O transtorno da gestação de curta duração e peso baixo ao nascer esteve presente de maneira relevante em todas as mesorregiões, excetuando-se a Borborema. Além disso, na Mata PB, pneumonia representou 6% das causas de óbitos de menores de um ano, sendo identificado nas demais mesorregiões, embora com menorrepresentatividade.

Além disso, observa-se que as principais causas de óbitos infantis, no período de 2004-2014, na Paraíba em suas diferentes mesorregiões poderiam ser reduzidas por adequada atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido, com exceção de Pneumonia, na Mata PB, que é reduzível por meio de ações diagnóstico e tratamento adequado.

Nascimento et al (2014), em Recife, no período de 2000-2009, observou predominância das mortes por síndrome da angústia respiratória e feto e recém-nascido afetado por transtornos hipertensivos e renais, que foram responsáveis pelas maiores proporções das mortes que poderiam ser reduzidas pela adequadas atenção à mulher na gestação.

Esses valores ainda elevados de mortes evitáveis podem ser reflexos das desigualdades sociais, bem como da expressiva concentração de renda de alguns municípios da Paraíba. Segundo Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual

(IDEME, 2016), 57,2% do valor total do PIB da Paraíba estavam concentrados em cinco municípios, enquanto os outros 218 municípios detinham 42,8% do PIB estadual.

Conforme IBGE (2010), o Índice de Gini de renda domiciliar *per capita* da Paraíba se encontrava em 0,6139 no ano de 2010. Assim, a distribuição inadequada na produção e distribuição das riquezas determina a existência das desigualdades e iniquidades em saúde, gerando alheamento e marginação de grupos populacionais, consequentemente, pobreza e miséria. Aspectos estes que estão intrinsecamente relacionados com a deficiência em saúde da população (MAGALHÃES, 2012).

4 I CONCLUSÕES

Percebeu-se que as principais causas de óbitos infantis nas mesorregiões da Paraíba são por causas evitáveis. Além disso, percebeu-se, também, que os coeficientes de mortalidade infantil variam amplamente dentro da área estudada, relacionando-se, provavelmente, com agrupamentos de população em piores e melhores condições socioeconômicas.

As causas básicas de óbito infantil variam em função do tipo de população habitante de determinada área da cidade, do grau de escolaridade da população, da atenção básica necessária à mãe e ao feto, considerando ainda as proporções por causas infecciosas. A falta do atendimento necessário e a má qualidade de recursos utilizados na área tecnológica e na humanização, como o bom treinamento profissional e uma boa organização do sistema de atendimento, continuarão pondo em risco a vida de crianças, apesar de ter havido decréscimo nos coeficientes de mortalidade infantil no períodoanalisado.

Por fim, destaca-se a importância do estudo para verificar o perfil dos óbitos infantis nas mesorregiões supracitadas, a fim de, possivelmente, facilitar o estudo sobre a atual situação dessas regiões e direcionar ações em saúde. Ademais, para que esses índices continuem decrescentes é necessária a análise profunda das situações socioeconômicas do local e de um progressivo investimento em ações de saúde para a população, sobretudo, as de maior vulnerabilidade social, com o intuito de diminuir e/ou solucionar alguns problemas por elas enfrentados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e Fetal**. Brasília – DF, 2ª ed. 2009.

CARVALHO, R. A. S. et al. **Desigualdades em Saúde: Condições de vida e Mortalidade Infantil em região do Nordeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública, 2015.

CÉSAR, C. C.; RIBEIRO, P. M.; ABREU, D. M. X. **Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte.** Rev. Bras. Estud. Popul., v.17, p.177-

196, 2000.

FRIAS, P.G. et al. **Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil**, **Brasil, 2000-2009**.Rev Saúde Pública v.47, n.6, p.1048-58, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA**. Situação mundial da infância 2008*: Caderno Brasil.*** Brasília (DF), jan. 2008.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F**. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: v.25, n.4, p.868-876, abr, 2009.

MAGALHÃES, K. L. O. **Desigualdades sociais em saúde: uma abordagem metodológica**. 2012. 80f. Dissertação (mestrado) – UFPB/CCS, João Pessoa, 2012.

NASCIMENTO, S. G. et al. **Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil.** Rev. Bras. Enferm.v.67, n.2, p. 208-12. Mar/Abr, 2014.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. **Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil.**
Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.26, n.3, mar. 2010.

PARAÍBA. Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual. ALVES, J. J. A. (org.). **Produto Interno Bruto do estado da Paraíba e de seus municípios 2010-2013**. 1ª ed. João Pessoa-PB, 2016.

SANTOS, H. G. et al. **Mortalidade infantil no Brasil: *uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde***. São Paulo: PEDIATRIA. v.32, n.2, p.131-143, 2010.

SANTOS, H. G. et al. **Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: *comparação de duas coortes de nascimentos*.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro: v.19, n.3, p. 907-916, Mar. 2014.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. **Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: *análise de situação no nível local.*** Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde. v.19, n.1, p.51-60, jan. - mar, 2010.

VILAÇA, C. R. J. B.; LEAL, C. S. S. **Evolução Temporal do Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus Componentes em Relação ao Sexo e às Causas de Óbito. Caruaru, 1996 A 2005.** Fundação Oswaldo Cruz, Centro De Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva. 2007.

CAPÍTULO 15

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Professor vinculado aos cursos de Farmácia e Nutrição do Centro Universitário Unifacisa, Inspetor Sanitário da Prefeitura Municipal de Goiana-PE e Farmacêutico da Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB (romulomoreirasantos@hotmail.com)

Marisa Torres de Moura Agra
Coordenadora do Curso de Farmácia do Centro Universitário Unifacisa e Farmacêutica da Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB (marisa.agra@unifacisa.edu.br)

RESUMO: As ações de vigilância sanitária (VISA) são de caráter prioritário para o Sistema Único de Saúde, por serem essencialmente de cunho preventivo. Desde as Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde, a descentralização das ações deste órgão é fomentada. Com relação aos medicamentos, a Política Nacional de Medicamentos também toma como prioridade a municipalização dos serviços da VISA para um melhor controle deste setor regulado, que no Brasil é feito através de legislações específicas como a Lei 5.991/1973. **Metodologia:** Relato de experiência, com os dados quantitativos descritos com abordagem transversal, levantando informações sobre o número de estabelecimentos licenciados, em processo de renovação da VISA, situação cadastral quanto a Autorização de Funcionamento (AFE) e cumprimento à Portaria 344/1998 e RDC 20/2011, observando o panorama antes e depois da municipalização do serviço. **Resultados:** Havia 25 estabelecimentos cadastrados, sendo que apenas 12 deles estavam licenciados e com AFE em situação regular. Com a municipalização em 2011 e intensificação das inspeções e ações educativas no primeiro semestre de 2012, há hoje no município 42 drogarias cadastradas, com 35 licenciadas e 39 em situação regular da AFE. **Conclusão:** O processo de municipalização dos serviços de VISA facilita à gestão no acompanhamento dos estabelecimentos sujeitos às inspeções deste órgão, o que para a cidade de Goiana, com relação às drogarias, possibilitou o aumento do número de estabelecimentos cadastrados e licenciados.

PALAVRAS-CHAVE: Drogarias; Vigilância Sanitária; Municipalização.

INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária (VISA) com suas ações de regulação e controle sanitário remonta à Antiguidade, evoluindo de acordo com os avanços nas zonas urbanas e industriais, tendo em sua história mais recente, no Brasil,

marco na Constituição Federal como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de caráter prioritário por estruturar ações essencialmente de cunho preventivo (COSTA, 2004).

Com a Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, a VISA é considerada ação específica de saúde e a descentralização das ações para estados e municípios foram citadas em diretrizes regulamentadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e de Assistência à Saúde (NOAS), tomando como descentralização o processo de municipalização de ações em saúde, seja em parte ou na totalidade, dispondo de autonomia administrativa, técnica, financeira e política para tal, compartilhando a gestão e tornando-a mais próxima do cidadão, tendo em conta suas necessidades (MARAGON; SCATENA; COSTA, 2010).

Com relação aos medicamentos, setor sanitário regulado, a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001) cita na organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos, parte integrante de suas prioridades, a importância das articulações entre as esferas de governo para a descentralização das ações através de medidas claras.

O controle sanitário do comércio de medicamentos no Brasil é regulamentado pela Lei 5.991/1973, que estabelece regras para esta atividade e aspectos do exercício da profissão farmacêutica (BRASIL, 1998). Com a necessidade do aumento do rigor no controle de algumas classes de medicamentos, outras normas vêm sendo criadas, como a Portaria 344/98 para medicamentos sujeitos a controle especial e, mais recentemente, a RDC 20/2011 (BRASIL, 2011) que regulamenta os medicamentos que contenham substâncias antimicrobianas e a Lei 13.021/2014 (BRASIL, 2014), que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Baseado no contexto atual de municipalização das ações de vigilância sanitária, como parte do processo de descentralização da gestão e reorganização do modelo de atenção à saúde, este relato traça o panorama das drogarias do Município de Goiana – PE, com relação aos estabelecimentos licenciados antes e depois da municipalização do serviço.

METODOLOGIA

O trabalho é um relato de experiência, com os dados quantitativos descritos com abordagem transversal, relacionados ao Município de Goiana, Pernambuco; estes dados são referentes ao período de junho de 2012 a junho de 2016, comparando-os a situação pregressa deste corte temporal.

Goiana está presente na Mesorregião da Mata, microrregião da Mata Setentrional, apresentando uma população de aproximadamente 80.000 habitantes em 2016. Limita-se ao sul com os Municípios de Itaquitinga, Itamaracá e Itapissuma, a leste com o Oceano Atlântico, a oeste com Itambé e Condado e ao norte com o Estado da

Paraíba; dista 60 Km da capital do estado.

A VISA do município conta com equipe multiprofissional de 08 inspetores sanitários (um farmacêutico, uma nutricionista, um enfermeiro, e cinco veterinários), 04 técnicos em vigilância sanitária, um auxiliar técnico administrativo e a coordenação do setor.

Foram verificadas todas as drogarias da cidade, abrangendo a sede e seus distritos, cadastradas no Serviço Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), após mapeamento geral dos estabelecimentos sujeitos ao setor, sendo feito um comparativo da situação antes da municipalização das inspeções em drogarias com o período de atividades citado acima.

Analisou-se as drogarias quanto à liberação da licença de funcionamento da VISA, situação cadastral da Autorização de Funcionamento (AFE), emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e quanto ao cumprimento da RDC 20/2011 e Portaria 344/98, quando aplicado.

Estabelecimentos com processo de peticionamento eletrônico inicial da AFE, ainda sem publicação em diário oficial do deferimento, regularizando a situação cadastral, foram classificadas como irregulares. As demais, com AFE regulares e em processo de tramitação da renovação, considerou-se a situação cadastral como satisfatória.

As exigências feitas através da Portaria 344/98 e RDC 20/2011 foram consideradas cumpridas através da apresentação dos relatórios de envio dos arquivos .XML atualizados e análise das prescrições de antimicrobianos, notificações de receita e receituários de controle especial e, ainda, conferência de estoque físico com registros no sistema de vendas e declarado no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

Com relação às licenças liberadas pela VISA, os estabelecimentos são considerados aptos a receberem o documento quando cumpridas todas as exigências do setor.

RESULTADOS

Antes da municipalização das inspeções em drogarias, havia na cidade 25 estabelecimentos cadastrados e em acompanhamento, sendo que apenas 12 deles estavam licenciados e com AFE regulares, correspondendo a mais de 50% de inadequação as legislações pertinentes.

O início da fiscalização deste setor se deu com o levantamento de todas as drogarias em funcionamento na sede do município e em seus distritos; além da sede, há drogarias em funcionamento em Ponta de Pedras, Carne de Vaca e Tejucupapo.

Foi realizado um trabalho educativo junto aos estabelecimentos, informando sobre a municipalização do processo e das exigências que seriam feitas pelo setor para a liberação do alvará sanitário; lembrando que o Código Sanitário Municipal (Lei

Nº 020/2011) entrou em vigor em janeiro de 2012.

Na tabela 1 encontram-se os dados referentes à situação das drogarias, considerando-se o período de junho de 2012 a junho de 2016.

Situação	n
Drogarias cadastradas	42
Drogarias licenciadas	35
Renovações de licença em andamento	04
Drogarias que encerraram as atividades	07
AFE - regulares e em tramitação	39
AFE - irregulares	03

Tabela 1. Situação geral das drogarias do Município de Goiana – PE, no período de junho de 2012 a junho de 2016.

As AFE irregulares eram dos estabelecimentos recém-abertos até o final do período do estudo, estando as demais regulares, já que desde novembro de 2014, com a Lei 13.043 da ANVISA que é responsável pela liberação da autorização de funcionamento, basta apenas a AFE inicial, extinguindo as renovações anuais.

Com relação aos medicamentos sujeitos à controle especial, 05 drogarias comercializam produtos regulados pela Portaria 344/98 estando todas de acordo com o preconizado pela legislação; de maneira semelhante, a RDC 20/2011, já era cumprida por todas as farmácias em funcionamento.

DISCUSSÃO

O principal objetivo dos órgãos de vigilância sanitária é minimizar quaisquer riscos que interfiram na saúde da população e uma das formas de potencializar essa função é conseguir municipalizar as ações sanitárias (CASTRO *et al.*, 2016).

Corroborando este fato, a melhoria nos serviços de fiscalização em farmácia do município de Goiana foi obtida absorvendo esta função do órgão estadual, a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA). Assim, requisitos básicos ao funcionamento de uma drogaria foram melhor cobrados e cumpridos.

As inspeções sanitárias são realizadas em diversos setores regulados, que exigem profissionais conhecedores das peculiaridades para melhor realizar os serviços propostos. Dessa forma, a multidisciplinaridade da VISA Goiana cumpre o que preconizam os conselhos de classe, como o Conselho Federal de Farmácia (CFF), que através da RDC 539/2010 (BRASIL, 2010) responsabiliza o profissional farmacêutico, privativamente, de fiscalizar empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica.

Desde de agosto de 2011, com a integração do profissional farmacêutico a vigilância

sanitária municipal, atividades educativas foram realizadas para a conscientização dos profissionais e proprietários dos estabelecimentos farmacêuticos, antes de serem tomadas medidas punitivas.

O reflexo, de maneira geral, desses fatores empregados pela VISA Goiana é o observado nos resultados descritos: quase a totalidade de estabelecimentos licenciados e cumpridores das exigências das legislações pertinentes aos serviços prestados. Outro resultado benéfico foi o número muito pequeno de Processos Administrativos Sanitários instaurados no prazo observado por esse estudo.

CONCLUSÃO

O processo de municipalização dos serviços regulados pela VISA facilita o acompanhamento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização deste órgão, seja pelo maior conhecimento do comércio municipal, seja pela melhor programação das escalas de inspeção e periodicidade mais adequada a cada serviço.

Tal processo possibilitou o aumento do número de estabelecimentos cadastrados no Município de Goiana, assim como, o aumento do número de drogarias licenciadas e em processo de renovação documental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 344 de 12 de maio de 1998**. Brasília: Secretaria de Vigilância Sanitária, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001, 40p.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **RDC 539, de 22 de outubro de 2010**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC 20 de 09 de maio de 2011**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº13.201 de 08 de agosto de 2014**, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

CASTRO, J. P; SANTOS, M. B. P; LUCAS FILHO, M. D; TREVENZOLI, E; MAGARINOS-TORRES, R. Infrações sanitárias cometidas por drogarias no Rio de Janeiro. **Estação Científica**, n. 15, 2016.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2 ed. São Paulo: Sobravime, 2004.

MARANGON, M. S; SCATENA, J. H. G; COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: estratégias para sua descentralização. em Mato Grosso, 1996-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, supl. 3, p. 3587-3601, 2010.

CAPÍTULO 16

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Faculdade Integrada Brasil Amazônia – FIBRA, Curso de Enfermagem
Belém - Pará

Fabianne de Jesus Dias de Sousa
Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem
Belém - Pará

RESUMO: O estudo objetivou relatar a experiência acadêmica adquirida sobre a participação do idoso no cuidado prestado pelo profissional de saúde, buscando estimular a interação social da pessoa idosa com os demais membros da sociedade. Foi construído a partir de um projeto de iniciação científica realizado por meio de encontros semanais com um grupo de idosos, em média de 07 idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Belém/PA compreendido entre maio e julho de 2017. Durante a vivência notou-se maior adesão do sexo feminino ao grupo de idosos, bem como as atividades propostas para serem desenvolvidas. Conclui-se a partir disto, que o empoderamento do cuidado da pessoa idosa é promovido pelas ações estipuladas em conjunto com a comunidade e os membros da assistência à saúde oportunizando o protagonismo do idoso em seu cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Empoderamento, Enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT: This study aimed to report the acquired academic experience about the participation of the elderly in the care provided by the health professional, seeking to stimulate the social interaction of the elderly person with the other members of society. It was constructed from a scientific initiation project carried out through weekly meetings with a group of elderly people, on average of 07 elderly users of a Basic Health Unit (BHU) in the city of Belém / PA between May and July 2017. During the experience, there was greater female participation in the elderly group, as well as the activities proposed to be developed. It is concluded from this that the empowerment of elderly care is promoted by the actions stipulated in conjunction with the community and the members of the health care providing the protagonism of the elderly in their care.

KEYWORDS: Aging, Empowerment, Community Health Nursing.

1 I INTRODUÇÃO:

O envelhecimento populacional está diretamente relacionado a transição

demográfica, bem como, a mudança no perfil saúde-doença, aumento do poder econômico, advento das técnicas contraceptivas, com o declínio da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população. Tal fenômeno nos mostra a necessidade de reorganização do Sistema Único de Saúde para o atendimento e prestação de cuidados específicos a este novo perfil populacional. Para se obter um bom prognóstico, é necessário o profissional buscar uma relação de "confiança – empatia" com o idoso (NASRI, 2008).

A busca pela interação social torna o indivíduo idoso mais integrado na sociedade. O que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios e vontades. Chegar a uma idade avançada com capacidade de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas as atividades de lazer, convívio social e trabalho. Um tratamento bem-sucedido e o convívio social mantêm sua autonomia e a torna uma pessoa idosa saudável. Portanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou políticas do envelhecimento ativo que visam a otimizar a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (VIDMAR ET AL., 2011).

Nesse contexto, o grupo é um espaço privilegiado da rede de apoio social e um meio para a discussão das situações do cotidiano sendo este constituído por membros que possuem interesse em temas comuns. O grupo permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade, elevando consequentemente a auto estima (VIDMAR ET AL., 2011).

O estudo possibilita a ampliação do vínculo entre equipe de saúde e o idoso, constituindo um espaço complementar a consulta individual, oferecendo orientação e desenvolvendo educação em saúde, além de ser um ambiente para a troca de informações (BRASIL, 2006).

Portanto, o empoderamento do cuidado da população idosa amazônida torna-se uma boa ferramenta para a implementação de ações em saúde que promovam o envelhecimento ativo além da interação social da pessoa idosa.

2 I OBJETIVO:

Relatar a experiência acadêmica adquirida sobre a participação do idoso no cuidado prestado pelo profissional de saúde, buscando estimular a interação social da pessoa idosa com os demais membros da sociedade.

3 I METODOLOGIA:

Trata-se de um relato de experiência junto à realização de um projeto de iniciação científica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Belém/PA. O

projeto foi financiado pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia – FIBRA. Foram desenvolvidas atividades como rodas de conversa além de escutas terapêuticas.

O projeto de iniciação científica universitário intitulado “O empoderamento do cuidado da população idosa amazônida” foi concebido com a visão de interligar os conhecimentos acadêmicos à população idosa. Foi realizado entre maio e julho do ano de 2017, com um grupo de idosos criado pelo um enfermeiro com o objetivo de desenvolver ações em saúde voltados para essa população específica.

Foram realizados encontros semanais em um espaço cedido por uma igreja localizada em frente a Unidade Básica de Saúde, iniciando às 8:30 h e término aproximadamente às 10:00 h, no turno da manhã. As atividades eram realizadas em momentos. Em um primeiro momento, era realizado um alongamento físico leve acompanhado de uma caminhada com duração média de 10 minutos tendo o acompanhamento de um educador físico. Posteriormente era realizada a formação de uma roda de conversa, cujo objetivo era manter uma interação social entre as participantes e discutir assuntos relevantes para a saúde da pessoa idosa.

Em um segundo momento realizava-se uma dinâmica, buscando a comunicação entre o grupo e verificar se houve a fixação do tema discutido previamente na roda de conversa. O terceiro e último momento era dedicado a oferta de um lanche singelo e que contemplasse as peculiaridades alimentares das idosas ali presentes.

No 1º encontro a roda de conversa que foi realizada abordou a temática: Convivendo com a Diabetes, na qual discutimos sobre qual a repercussão da Diabetes na vida da pessoa idosa, a gincana realizada foi nomeada Mitos x Verdades, em que eram feitas perguntas sobre o que foi discutido em relação a Diabetes, e as participantes jugavam se era Mito ou Verdade através de um plaquinha que foi confeccionada. Para finalizar este 1º encontro foi ofertado um lanche singelo.

No 2º encontro falamos sobre os 10 Passos para uma Alimentação Saudável aplicada a realidade do Paraense, após a roda de conversa, realizamos a dinâmica Jogo da Alimentação saudável que é semelhante a um jogo de tabuleiro, mas em uma escala maior, onde cada “casa” foi identificada e fixada no chão, utilizava-se um dado para ver quantas “casas” iriam andar, sendo que no percurso existiam algumas surpresas, que acabavam por divertir quem estava participando da dinâmica. No final deste segundo encontro foi demonstrado como se faz o suco verde, os ingredientes utilizados foram: couve, abacaxi, maça e limão estes foram processados no liquidificador e distribuídos para as idosas.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Inicialmente nos encontros realizados entre o grupo de idosos e os profissionais de saúde, notou-se que o interesse em participar ou se informar teve o predomínio

do sexo feminino com baixa adesão dos idosos do sexo masculino. Esse resultado corrobora com a literatura, ao referir que quando há falta de prazer na atividade realizada, dificilmente este apresentará interesse por ela, o que pode estar relacionado a falta de conhecimento à respeito do que está sendo oferecido. Cabendo uma reflexão sobre os tipos de serviços que estão sendo ofertados para a comunidade (ARAÚJO ET AL., 2017).

Durante a realização destas atividades o vínculo entre as idosas foi sendo firmado e estabelecido, além da confiança que as mesmas começaram a ter com a equipe que desenvolvia o trabalho. O olhar de esperança, o sorriso de felicidade, as palavras de carinho e agradecimentos pelos momentos de atenção ofertados por parte da equipe representavam a satisfação da idosas em participar do grupo. Nesse sentido, a criação de vínculos de confiança entre os idosos e a equipe é obtida a partir da sensação de segurança que este tem sobre a assistência e os cuidados que está recebendo, as atitudes dos profissionais são um fator importante neste processo (RIGON ET AL., 2016).

As mulheres idosas mostraram-se interessadas e relataram “ansiedade” para o próximo encontro semanal. As filhas e acompanhantes que ficavam responsáveis de ir buscar algumas idosas, também informaram que durante a semana e até o próximo encontro, as idosas referiram o quanto estão gostando de participar do grupo, e como se sentiam mais dispostas para a realização das Atividades Básicas e Instrumentais de vida diária. Os grupos de convivência tendem a melhorar o nível cognitivo e as capacidades funcionais devido ao estímulo para realização de atividades manuais, culturais, artísticas e físicas, fortalecendo o suporte social e a conscientização sobre o autocuidado (LEITE ET AL., 2012).

Tal fato nos leva a compreender que os resultados aos poucos são gratificantes, devido a adesão e o envolvimento das participantes no projeto, pois as mesmas relatam estar convidando outras pessoas para participar do encontro semanal, afim de aumentar e fortalecer o grupo. Esse resultado corrobora com um estudo realizado com os idosos que referiam que as atividades funcionam como um entretenimento, além do contato obtido com outras pessoas promovendo a interação social e fortalecendo a autoestima e o bem-estar (STREHLOW ET AL., 2016).

5 I CONCLUSÃO:

A população idosa deve ser estimulada através de ações que promovam o empoderamento do seu cuidado. Portanto o idoso deve ser estimulado a participar de ações em saúde, como por exemplo, as rodas de conversas, pois estas podem estimular a promoção do seu protagonismo em seu próprio cuidado uma vez que quando estes idosos são envolvidos, notou-se um aumento do vínculo profissional-idoso consequentemente melhora da qualidade de vida resultando no empoderamento

do seu próprio cuidado.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO LSA, MOREIRA ACA, FREITAS CASL, SILVA MAM, VAL DR. Idosos e Grupos de Convivência: Motivos para a não Adesão. **SANARE**.v.16, (Supl n.1), p.58-67, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde,192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006.

LEITE MT, WINCH MT, HILDEBRANDT LM, KIRCHNER RM, SILVA LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.15, n.3. p.481-92. 2012.

NASRI F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v.6 (Supl 1): S4-S6. 2008.

RIGON E, DALAZEN JVC, BUSNELLO GF, KOLHS M, OLSCHOWSKY A, KEMPFER SS. Experiências dos idosos e profissionais da saúde relacionadas ao cuidado pela estratégia saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v.24, n.5,e17030. 2016

STREHLOW RS, DAHMER L, OLIVEIRA TB, FONTANA RT. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde. **J. res.: fundam. care. On line.** v.8, n.2, p.4243-54. 2016.

VIDMAR MF, POLTUSKI AP, SACHETTI A, SILVEIRA MM, WILBELINGER LM. Atividade Física e Qualidade de Vida em Idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 417-424, 2011.

CAPÍTULO 17

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, MG

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, MG

RESUMO: A produção científica tem acompanhado o movimento de valorização da abordagem integral e da subjetividade. a) Objetivos: Considerando que o vínculo favorece a identificação de aspectos subjetivos do cuidado e que fortalece serviços e sistemas organizados pela Atenção Primária em Saúde, objetivou-se abordar os seus elementos constituintes e a forma como se estabelece, em um cenário do âmbito da saúde suplementar, orientado pelo Modelo de Atenção Integral e com serviços organizados a partir da Estratégia de Saúde da Família. b) Métodos: Foram entrevistados 33 participantes, com idade entre 19 e 97 anos, entre homens e mulheres, caracterizados como vinculados. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o Interacionismo Simbólico foram os referenciais metodológico e teórico utilizados. A análise dos dados extraídos das entrevistas ocorreu a partir do processo de codificação proposto pela TFD (Codificação Aberta, Axial e Teórica). c) Resultados: A análise realizada permitiu o desvelamento dos elementos constituintes do vínculo, bem como a elaboração de teoria sobre como o vínculo é estabelecido. d) Conclusões: O vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos. Ressaltam-se elementos descritos ligados ao cenário conjuntural da realidade estudada, aplicáveis ao setor público.

PALAVRAS-CHAVE: Palavras Chaves: Vínculo, Cuidados primários, Saúde da Família, Saúde Suplementar, Teoria Fundamentada nos Dados.

ABSTRACT: The scientific production has accompanied the movement of valorization of the integral approach and subjectivity. a) Objectives: Considering that the link favors the identification of subjective aspects of care and that strengthens services and systems organized by Primary Health Care, the objective was to address its constituent elements and the way it is established, in a scenario within the scope of the supplementary health, guided by the Comprehensive Care Model and with services organized from the Family Health Strategy. b) Methods: We interviewed 33 participants, aged between 19 and 97 years, between men and women, characterized as linked. The Grounded Theory (TFD) and Symbolic Interactionism were the methodological and theoretical references

used. The analysis of the data extracted from the interviews occurred from the coding process proposed by the TFD (Open, Axial and Theoretical Coding). c) Results: The analysis made possible the unveiling of the constituent elements of the bond, as well as the elaboration of theory about how the bond is established. d) Conclusions: The link in health services is built on a relational process that occurs in a multifactorial way, passing, among others, by social and subjective aspects. We highlight elements described related to the conjunctural scenario of the reality studied, applicable to the public sector.
KEYWORDS: Attachment. Emotions. Family Health. Supplemental Health. Grounded Theory.

1 I INTRODUÇÃO

A valorização dos serviços e práticas orientados pela abordagem integral e pela subjetividade tem sido cada vez mais importante para o enfrentamento dos efeitos da medicina de consumo e dos aspectos biológicos do processo de saúde doença que alcançaram o campo da saúde. A socialização de resultados obtidos como consequência da reorientação da abordagem em saúde, que considera, essencialmente, o encontro singular com o sujeito, têm mobilizado gestores e profissionais a assumirem o propósito de analisar e modificar o cotidiano do cuidado, considerando as lacunas existentes, sejam culturais, organizacionais ou outras.

O modo como os serviços de saúde são organizados, a forma de atuação dos profissionais, e o envolvimento dos participantes (usuários dos serviços de saúde), pode impactar os níveis de saúde e favorecer os resultados sanitários. Quando se considera os sistemas orientados pela Atenção Primária em Saúde (APS), a continuidade e a longitudinalidade da assistência, prováveis de ocorrerem, potencializam, entre outros, o cuidado mais apropriado e seguro, e a adesão ao tratamento(1).

Neste sentido, valorizar a subjetividade de um dos diferentes atores envolvidos nas ações cuidadoras de uma autogestão que organiza o sistema de serviços de saúde pela APS, e reunir subsídios que pudessem contribuir para a reorientação da forma de organização dos serviços e das práticas de saúde, mobilizaram a proposição e o desenvolvimento de tese de doutoramento que subsidiou a elaboração desse artigo. Considerou-se a importância de socializar evidências de experiência bem sucedida, com resultados robustos no que diz respeito ao cuidado de saúde, decorrentes da coordenação da atenção à saúde, ao longo do tempo.

O vínculo estabelecido no cotidiano do cuidado é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados primários. Socializar conceitos acerca da constituição do vínculo, fenômeno estudado, na medida em que coloca o sujeito na centralidade do cuidado e favorece a identificação de aspectos subjetivos que contribuem para a adesão ao tratamento, fortalece o desenvolvimento de comunidades, sistemas e

serviços de saúde, e a formulação de políticas públicas focadas na APS(2,3).

É relevante, quando se considera o número de pessoas assistidas pela saúde suplementar brasileira, a percepção da relação entre o público e o privado e das potencialidades dessa relação na indução da cultura de promoção da saúde e prevenção de doenças, no que se refere ao modelo assistencial. No segmento das autogestões, onde se encontram os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o subsegmento não comercial do mercado de planos de saúde, o cuidado com a saúde dos usuários implica, por vezes, em mecanismos de responsabilização, por parte da operadora e dos produtores de serviços, na realização de cuidados singulares, em ação integral, buscando-se a continuidade e a longitudinalidade(4).

Considerou-se(5,6) que o vínculo pode ser compreendido como a relação de confiança e responsabilização estabelecida, ao longo do tempo, entre os profissionais de saúde e os participantes. No cotidiano do cuidado em saúde, sua constituição desencadeia trocas de experiências e saberes que contribuem para a percepção de sutilezas que tornam possível a efetividade das práticas em saúde. O fortalecimento do vínculo é fundamental para o desenvolvimento dos sistemas de saúde orientados pela APS.

O presente artigo aborda os elementos constituintes do vínculo na concepção de participantes de uma instituição de saúde suplementar, que suscitaram os questionamentos, a saber: como se constitui o vínculo na APS? O que isso pode significar para a saúde pública? Considerando concepções de vínculo no cotidiano de participantes, e os aspectos subjetivos do cuidado, desvela-se, teorização sobre a construção do vínculo em saúde. Objetivou-se abordar os elementos constituintes do vínculo e a forma como se estabelece, em um cenário do âmbito da saúde suplementar, orientado pelo Modelo de Atenção Integral e com serviços organizados a partir da Estratégia de Saúde da Família.

2 I METODOLOGIA

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o Interacionismo Simbólico (IS) foram os referenciais metodológico e teórico de pesquisa qualitativa de natureza social que permitiu a conceitualização com consequente construção de teoria a respeito de determinada realidade, por meio da interação sistemática do pesquisador com os dados coletados. Foi considerado o pressuposto de que o processo relacional entre usuários e profissionais de saúde é repleto de significados, tanto técnicos quanto sociais e culturais, e que no contato entre profissional e pessoas, tais significados modificam-se e levam a novas concepções (7,8).

O cenário de pesquisa é uma autogestão de porte nacional, constituída historicamente por trabalhadores de uma tradicional instituição bancária no Brasil, que

possui 72 anos de atividade e o maior público desse segmento. O estudo abrange os serviços próprios de atenção primária da referida autogestão, localizados nos limites geográficos do Estado de Minas Gerais, situados em cinco cidades polo regionais, orientados pelo modelo de atenção integral e pela estratégia de saúde da família.

Foram entrevistados 33 participantes, com idade entre 19 e 97 anos, entre homens e mulheres, caracterizados como vinculados. Para a caracterização do vínculo foi solicitado que os profissionais que atuavam em cada serviço indicassem, em conjunto, pelo menos dois participantes, previamente considerados vinculados, por faixa etária estabelecida e gênero.

Para os participantes indicados pelas equipes, foi estabelecido perfil de utilização dos serviços (frequência de utilização nos últimos três anos, tipos de atendimentos, profissionais envolvidos no cuidado, acompanhamento em programas de saúde, além da participação em atividades coletivas). A listagem foi tratada pela pesquisadora para a identificação daqueles participantes que poderiam compor as diferentes amostragens e variações previstas na TFD. O número total de participantes pesquisados foi alcançado levando-se em conta as etapas de desenvolvimento da pesquisa e os aspectos particulares da TFD, até a saturação dos dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, principal método na TFD. As entrevistas foram agendadas por meio de contato telefônico realizado pela pesquisadora. Os locais para a realização das entrevistas foram escolhidos pelos participantes. Para o início das entrevistas, foi utilizada questão introdutória semelhante para todos os entrevistados e, na sequência questões norteadoras chaves. No decorrer do processo, após imediata análise das entrevistas, conforme previsto na TFD, foram incluídas questões que objetivavam validar impressões ou elucidar aspectos evidenciados na entrevista anterior. As entrevistas foram gravadas por meio de mídia eletrônica, após a autorização pelos participantes, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido. Foram utilizados, tanto nas entrevistas quanto no processo de elaboração da teorização sobre o vínculo, registros realizados no memorando.

A análise dos dados, considerando a TFD, foi iniciada logo após a primeira entrevista, por meio de categorização inicial. O processo foi mantido, entrevista a entrevista, passando pelas etapas seguintes, até a construção final da teoria. A análise passou pelas fases de descrição e de ordenamento conceitual, com a consequente construção da teoria, na fase final(7,9), obedecendo à sequência de codificações, iniciando pela Aberta, passando pela Axial e finalizando com a Seletiva, conforme a escolha metodológica. Todas as entrevistas foram analisadas com a ajuda de dicionário, o que contribuiu para a identificação do(s) sentido(s) atribuído(s) às palavras utilizadas, no contexto, pelos usuários.

As ideias expressadas, identificadas no processo de análise linha a linha e parágrafo a parágrafo, foram registradas em categorias iniciais, seguindo os significados e especificidades. Num processo dinâmico de experimentação de aproximações

relacionais entre as categorias, foram reforçadas e criadas novas categorias e delimitadas subcategorias. A cada entrevista foram construídas novas relações entre as categorias e subcategorias, representadas, ao longo do processo, por inúmeros e diferentes diagramas que se modificaram, acompanhando o movimento das análises. Os dados apresentados nas categorias e na teoria, ao final, correspondem ao construto resultante das etapas de codificação e elaboração final da teoria.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer número 36.741, de 13 de junho de 2012.

3 I RESULTADOS

Os resultados sintetizados nessa sessão foram constituídos de conceitos e subconceitos organizados em categorias e subcategorias, que conduziram, ao final, para a teoria fundamentada no tema central, o vínculo.

A primeira categoria, nomeada Pertencimento, trata das referências que levam à confiança na instituição cuidadora, que influenciam, a priori, a procura e as interações de cuidado nos serviços. Evidencia-se que os participantes estabelecem, entre si, relações diversas, inclusive decorrentes das necessidades de cuidado, nas quais são compartilhadas e potencializadas as referências oriundas do relacionamento, ao longo do tempo. Os participantes identificam-se como parte de grupo social e, mediante convivência favorecida pelas estratégias de cuidado, potencializa-se o sentimento de pertença. As atividades coletivas para a discussão de temas relacionados à saúde, por exemplo, tornam-se local de encontro e espaço de compartilhamento, ampliando a identificação de pares e a percepção do pertencimento.

As referências decorrentes da imagem acerca da instituição cuidadora contribuem para o estabelecimento de relações pautadas na confiança, mesmo antes de as oportunidades de atendimento à saúde se concretizarem nos serviços. Os símbolos que constituem a imagem que se tem da instituição (segurança, confiança, tradição, gabarito, tranquilidade, sonho, referência) contribuem para o sentimento de confiança estabelecido na relação cuidadora.

As histórias pessoais dos participantes, por sua vez, misturam-se àquela da instituição. São compartilhadas, valorizadas e tornam ainda mais familiares e pessoais as relações estabelecidas, fazendo com que cada um adote postura que reflete-se no zelo com a instituição cuidadora, ampliando-se o sentimento de pertencimento. Por se sentirem próximos, como “donos”, e por valorizarem a instituição, os participantes respeitam e preocupam-se com a utilização dos recursos, que ocorre de maneira não abusiva e respeitosa, diante das necessidades.

O pertencimento que favorece o vínculo é conceituado, por fim, como aquele sentimento que identifica os participantes como parte legítima de determinado contexto e grupo social, nos quais símbolos expressam valores, tornando-os, simultaneamente,

cuidados e corresponsáveis pelo cuidado da instituição cuidadora; e relaciona-se com o vínculo por predispor e favorecer, ao longo do tempo, a confiança na instituição cuidadora, e o estabelecimento de relações, mediante vivências das estratégias de cuidado nos serviços(10).

A segunda categoria, nomeada Acolhimento, aborda a confiança no serviço e considera o modo orientado como os serviços se organizam. Na ocorrência de problemas de saúde, os participantes dirigem-se aos serviços com expectativas em relação ao acolhimento, no que diz respeito à disponibilidade para o atendimento (acessibilidade) e à capacidade de responderem às demandas apresentadas (resolutividade).

A acessibilidade é identificada na estrutura e na atitude dos profissionais e decorre da forma de organização do ambiente, e da disponibilidade da agenda, compatíveis com os atendimentos a serem realizados, à forma como os participantes são recebidos pelas pessoas, que contempla a disponibilidade dos profissionais e o atendimento personalizado.

A resolutividade dos serviços é caracterizada pela agilidade no agendamento e na resolução das demandas, pela flexibilidade (diferentes meios e formas são utilizados para garantir que o retorno aconteça), e pelo compromisso dos profissionais na realização dos retornos. As respostas para as demandas são identificadas pelas ações e comportamentos do coletivo de profissionais e as respostas aos problemas apresentados referem-se àquelas obtidas no próprio serviço ou por intermediação com serviços dos níveis secundário e terciário.

O tempo de relacionamento confere maturidade ao sentimento que os participantes experimentam acerca da acessibilidade e da resolutividade dos serviços. Na recorrência de contatos exitosos para o cuidado de saúde, constitui-se a história de cuidado de cada participante, alimentando-se a confiança nos serviços. Mediante acolhimento que satisfaz às expectativas, estabelece-se a confiança, que é potencializada, ao longo do tempo, na recorrência de contatos(10).

A terceira categoria, Cuidado em Ato, resulta da articulação de atributos pessoais e técnicos à forma orientada e estruturada do fazer nos serviços (expectativas dos participantes relativas aos próprios profissionais e à forma como atuam). Trata-se da confiança relativa ao modo de cuidar. Os participantes deparam-se com a singularidade do cuidado, mediante relações permeadas de subjetividades, ao longo do tempo, pelo jeito de ser e pelo saber e fazer dos profissionais que constituem as três subcategorias seguintes.

A subcategoria Ser trata da abertura para o diálogo, por parte dos participantes e dos profissionais (postura de escuta, troca de ideias e questionamento habilidoso), e dos atributos pessoais dos profissionais (carinho, educação, cordialidade, delicadeza, interesse, preocupação, zelo, atenção, e confiança), que potencializam os relacionamentos e ampliam a confiança no cuidado, que favorece o estabelecimento do vínculo. Os participantes identificam tais atributos em determinada forma de agir que leva ao cuidado de uma forma duradoura, por meio de uma relação de confiança.

Por vezes, a forma de agir supera as expectativas, constituindo-se como marca positiva do cuidado, que potencializa, ainda mais, a confiança e o vínculo.

A subcategoria Saber refere-se à capacidade técnica dos profissionais. Quando existente e utilizada em prol do relacionamento, resulta em confiança no cuidado, contribuindo para o estabelecimento do vínculo. Os atributos técnicos (competência, minuciosidade, assertividade, profundidade, e respeito às escolhas) levam à assertividade das condutas. Há uma expectativa do participante em relação ao saber do profissional, uma vez que gera a segurança necessária para o estabelecimento das relações de cuidado.

Existem, também, aspectos organizacionais que influenciam o estabelecimento do vínculo. Trata-se da Subcategoria Fazer, que considera o conjunto de diretrizes e princípios que orientam o desenvolvimento do cuidado e relaciona-se à forma singular de fazer o cuidado acontecer, no âmbito dos serviços. Os participantes identificam, permeando a atuação dos profissionais, a orientação do cuidado (forma de atenção, forma e foco da abordagem, acompanhamento do cuidado, e trabalho em equipe) e a forma de organização do processo de trabalho (seleção dos profissionais, atendimento da demanda espontânea, realização de pré-consulta e busca ativa). Os componentes organizacionais relacionados à orientação para o cuidado (modelo e estratégia assistenciais) e à estruturação do processo de trabalho possibilitam verificar que existe a percepção e a valorização de fatores relacionados ao fazer estruturado e organizado.

Observou-se(10) que a recorrência de contatos para o cuidado, que evidencia e potencializa o vínculo, conforme explicita a Teoria da construção do vínculo em saúde, decorre das relações de confiança estabelecidas pelo sentimento de pertencimento, pelo acolhimento nos serviços próprios e pelo cuidado em ato.

O vínculo decorre de relações de cuidado ao longo do tempo, mediante confiança na proposta assistencial, que resulta da confiança na instituição cuidadora, nos serviços e no cuidado e potencializa tal confiança, num processo não linear que se retroalimenta, a cada oportunidade de cuidado, conforme demonstrado na Figura 1.

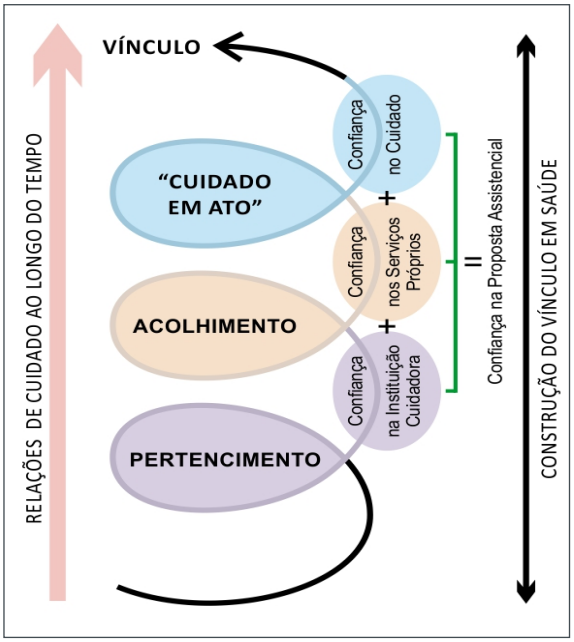


Figura 1: Teoria da construção do vínculo em saúde

Fonte: Barroso (2017)

Sobre a teoria que resulta da articulação estabelecida entre as categorias e subcategorias apresentadas, remete-se, por fim, às relações estabelecidas no tempo cíclico, circular, que possibilita o retorno aos momentos que são reeditados, à cada experiência.

4 I DISCUSSÃO

As relações de cuidado em saúde relacionam-se aos fatores sociais, biológicos, subjetivos, técnicos e organizacionais relativos aos serviços e sistemas e, a depender da forma como o processo de cuidado se estabelece, levam à confiança e, por conseguinte, ao vínculo, demonstrando que confiança e vínculo mantêm estreita relação. O vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial.

Compreender com mais profundidade as subjetividades que levam ao vínculo, como por exemplo, aquela experimentada em relação ao pertencimento, poderia favorecer, na perspectiva organizacional, o estabelecimento de estratégias de sensibilização dos participantes para o cuidado coordenado pela APS, inclusive na saúde pública(11).

Assim como em outros estudos(12), observou-se que o acolhimento pode ser abordado na perspectiva do processo de trabalho, registrando que as práticas profissionais e a própria organização do trabalho devem ser problematizadas em relação à sua capacidade de dar acolhimento às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas. A garantia do acesso e a ampliação da resolutividade são

desafios para a saúde pública, o que suscita a aplicabilidade da discussão para o desenvolvimento do setor no âmbito da APS, colocando-se em prática estratégias aplicáveis em diferentes contextos regionais e sistemas de saúde.

Considerando o cuidado em ato, ressalta-se que o vínculo construído com os profissionais evidencia dimensão afetiva que soma-se à forma de realizar o cuidado em determinado serviço, levando-se às reflexões relacionadas à dimensão organizacional, passíveis de serem analisadas em diferentes serviços, inclusive aqueles que compõem os sistemas públicos brasileiros(10).

Importante ressaltar que os fenômenos vivenciados em diferentes serviços, sistemas e organizações podem ser analisados na perspectiva de distintos campos do conhecimento e domínios teóricos, o que suscita a necessidade de análises mais complexas, fundamentada na articulação de conceitos de diferentes áreas (13).

No que diz respeito à construção do vínculo, destaca-se a potencialização do estreitamento das relações com o tempo, o que remeta à longitudinalidade do cuidado, considerada característica central da APS. Desta forma, os serviços e os sistemas organizados pela APS possuem potencial de vinculação que pode impactar os níveis de saúde e favorecer os resultados sanitários.

5 I CONCLUSÕES

Foram evidenciados subsídios que podem contribuir para a reorientação da proposta assistencial e das práticas de saúde organizadas pela APS. Ressaltam-se elementos descritos ligados ao cenário conjuntural da realidade estudada, que apresentam grande potencial de aplicabilidade na saúde pública.

Os resultados expressam, indiretamente, aspectos relevantes, na visão dos participantes, e dão pistas para a definição de estratégias de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação que considerem a satisfação dos usuários e os resultados da atenção à saúde no âmbito da APS.

Os resultados evidenciam aspectos que contribuem para o fortalecimento das práticas em APS, trazendo à tona elementos do cuidado que valorizam campos de ação abordados nas discussões sobre a promoção da saúde e a abordagem centrada na pessoa, além de apresentar teoria que permite a percepção do vínculo em múltiplas dimensões, além de demonstrar como ele se constrói, em determinada realidade.

O conteúdo oferece indicações para a operacionalização do modelo assistencial centrado na qualidade e nas necessidades dos participantes, e evidencia potencialidades do cuidado que emerge de processos, tecnologias e ações produtoras de vínculo.

Os resultados apresentados instigam investigações futuras na concepção de diferentes sujeitos, entre eles os profissionais de saúde. Cabe apontar, também, para as dimensões social e política passíveis de serem consideradas para a compreensão do vínculo, decorrente da aproximação teórica de estudos sociológicos.

Considera-se, por fim, o limite e a complexidade do estabelecimento de uma teoria completa e definitiva, ainda que a Teoria da construção do vínculo em saúde se configure como teoria a ser replicada em outros contextos, em especial aqueles relativos à APS, considerando que o fortalecimento do vínculo é essencial para o desenvolvimento dos sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). **The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries**, 1970–1998. Health services research, 38(3), 831-865.

Mendes, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5) (2010).

Ilha, S., Dias, M. V., Backes, D. S., & Backes, M. T. S. (2014). **Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família** DOI: 10.4025/cienccuidsaude. v13i3. 19661. Ciência, Cuidado e Saúde, 13(3), 556-562.

Malta, DC., Alzira, OJ. **Modelos Assistenciais na Saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão**. Ciência e Saúde Coletiva. 13(5):1535-1542, 2008.

Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. **A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão**. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1101-8. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180142194008. Acessado em 08 de Dezembro de 2017.

Viegas, SMF. Penna, CMM. **O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Rene. 2012; 13(2):375-85.

Strauss AL, Corbin JM. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

Cunha JJ, Santos PMD, Correa ABH, Hermann AP, Lacerda MR. **A oportunidade de trabalhar com a teoria fundamentada nos dados na graduação em enfermagem**. Cienc. Cuid. Saude 2012 Jul/Set; 11(3):593-599. http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i3.14183.

Cassiani, S. H. B.; Clairi, M. H. L.; Pelá, N.T.R. **A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa**. Rev. latino-am. enfermagem. Ribeirão Preto,v. a, n.3, p. 75-88, dezembro de 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a07. Acessado em 03 de Fev. 2015.

Barroso, V.G., **Teoria da construção do vínculo em saúde em um serviço de saúde suplementar** [manuscrito] / Viviane Gonçalves Barroso. - 2017. 148f. Orientadora: Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/854D.PDF. Acessado em 10 de Dez. 2017.

Barroso, V. G., & de Mattos, C. M. (2016). **Sentimento de pertencimento na constituição do vínculo em uma autogestão de saúde suplementar**/Feeling of belonging in the constitution of the bond in a supplementary health self-management. Ciência, Cuidado e Saúde, 15(4), 616-623. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.33385. Acessado em 09 de Dez. 2017

Montenegro, L.C; Penna, C.M.M.; Brito, M.J.M. **A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte**. Rev. Esc. Enferm. USP 2010; 44(3): 649-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/14. Acessado em 17 de Abr. 2017.

Rabelo, MC., Alves, PCB. e souza, I.M.A. (1999). **Experiência de doença e narrativa**. SciELO-Editora FIOCRUZ. 264p.

CAPÍTULO 18

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Enfermeira Pós-Graduanda em Saúde do Trabalhador: thailacarla1005@gmail.com;

Débora Thaíse Freires de Brito
Enfermeira Pós-Graduanda em Saúde da Família: deborathaise_@hotmail.com;

RESUMO: Objetiva-se relatar a experiência de duas acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, referente ao período de realização do Estágio Curricular Supervisionado I, em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). O estágio supervisionado I trata-se de um estágio curricular, onde o aluno se insere na ESF com o intuito de capacitar e desenvolver as habilidades instituídas dentro da universidade. O estágio está sendo realizado na UBSF Diomedes Lucas de Carvalho, localizada na cidade de Cuité-PB. Na referida unidade, os programas são instituídos de acordo com a preconização do ministério da saúde. A aproximação e o vínculo da equipe com a comunidade representam uma assistência efetiva e satisfatória, uma maior adesão da população aos programas de saúde oferecidos, além de favorecer desta forma o fortalecimento da atenção primária em saúde. Consideramos o conhecimento científico e popular necessários ao profissional de enfermagem, no sentido de nortear a prática, assim como o reconhecimento das peculiaridades e subjetividades características da comunidade em questão.

PALAVRAS-CHAVE: estudantes de enfermagem, saúde da família, atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil ultrapassou por um processo de remodelação da saúde, fugindo do modelo tradicional focado na reabilitação para o modelo atual, organizado no direcionamento de ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Nessa conjuntura, configurou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que também foi resultado de movimentos sociais dirigidos pelos atores envolvidos na criação do SUS (BRASIL, 2012).

Nos dias atuais, a PNAB é operacionalizada a partir de um ponto máximo de descentralização, para que haja uma maior aproximação da atenção básica com as famílias. Nesse sentindo, surgiu, o que dia um foi um programa, a atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), com o propósito de ser a facilitadora da atenção primária em saúde, a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de

saúde e ser centro de comunicação com toda a Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2012).

Na ESF, o enfermeiro atua de forma assistencial em todos os estágios da vida do individuo, desde a concepção até a velhice, prestando os serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde (COLOMBO, 2012).

Nessa perspectiva, o modelo de assistência da ESF constitui um desafio para o enfermeiro que, como líder, deve coordenar toda a equipe no desenvolvimento satisfatório das ações de saúde, assim como levar em consideração o seu envolvimento com aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de assistência na atenção básica (COSTA, 2015).

Com base nas informações citadas, surgiu o interesse em desenvolver o estudo, a fim de relatar a experiência obtida ao longo dos meses de duração do estágio. Portanto, o trabalho justifica-se pela necessidade de revelar o cotidiano da UBSF de Cuité-PB, assim como o trabalho e desenvolvimento da assistência prestada pelo profissional de enfermagem dentro da atenção básica.

Mediante o exposto, objetiva-se relatar a experiência de duas acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, referente ao período de realização do Estágio Curricular Supervisionado I, em uma Estratégia Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Para a construção do presente trabalho, foi utilizado o método descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência de duas acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), ambas inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O estágio supervisionado I trata-se de um estágio curricular, em que o aluno fica inserido em uma UBSF durante um semestre, supervisionado pelo(a) enfermeiro(a) do setor e sendo coordenado por um(a) professor(a) da instituição, para vivenciar a ESF e colocar em prática os conteúdos teóricos ministrados em sala de aula, buscando o desenvolvimento de habilidades técnicas, reflexivas e científicas.

O estágio está sendo realizado na UBSF Diomedes Lucas de Carvalho, localizada na cidade de Cuité-PB, onde teve início em fevereiro e se estenderá até maio do corrente ano. Ressalta-se que na unidade estão cadastradas 1.207 famílias e 3.739 usuários.

Vale salientar que a mesma conta com uma equipe multiprofissional de saúde da família composta por diretora, recepcionista, médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais.

Na referida unidade são realizados os seguintes programas do ministério da

saúde: Saúde da Mulher (atendimento de pré-natal; prevenção do câncer de colo de útero e mamas; planejamento familiar), Saúde da Criança (puericultura; imunização), Saúde do Adulto e Idoso (Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Programa de Prevenção e Controle de DST/Aids; Controle da Tuberculose e Hanseníase) e Saúde Bucal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o primeiro contato com a UBSF, o início das atividades no local se deu no dia 15 de fevereiro de 2016. A unidade se encontrava em um momento transitório de rotatividade de componentes da equipe. Fomos convidadas pela enfermeira para conhecer a estrutura da unidade e algumas informações a respeito da rotina do serviço.

A adaptação se deu ao longo dos dias, durante a observação e logo em seguida com a prática em si. Pudemos contemplar e participar de todas as atividades que competem o profissional de enfermagem dentro da ESF, principalmente as de cunho assistencial, gerencial e educativa.

Em pouco tempo construímos um vínculo forte com todos da equipe, o que facilitou nossa habituação, aprendizado e a confiança do trabalho que seria produzido. Conseguimos de forma conjunta, compreender as carências da comunidade e otimizar as intervenções de cuidado em saúde.

As atividades desenvolvidas por nós, enfermeirandas, obedeceram a um cronograma semanal pré-determinado, onde os atendimentos à população são distribuídos de forma a atender a demanda local da região, facilitando o trabalho e os agendamentos de consulta.

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Demanda espontânea	Puericultura/ Imunização	Pré-Natal	Testes rápidos	Visita domiciliar e puerperal
TARDE	1ª Consulta de puericultura e de pré-natal	Saúde do Idoso	Pré-Natal	Prevenção do câncer de colo de útero e mamas	Hiperdia / Educação em Saúde

Tabela 1 Cronograma de atendimentos de enfermagem

Desse modo, serão relatadas as ações desenvolvidas dentro da unidade dividindo-as em tópicos, com o intuito de sistematizá-las e torná-las mais didáticas.

Saúde da Mulher

O profissional de enfermagem atua de forma a viabilizar a introdução de informações constantes, com clareza e objetividade no cenário das mães e futuras

mães que irão receber a chegada de uma criança, promovendo uma assistência de enfermagem mais humanizada junto à comunidade (AMORIN; ANDRADE, 2009).

No pré-natal de baixo risco, realizamos a primeira consulta e consultas subsequentes; anamnese e exame físico geral e específico; esquema vacinal; solicitação de exames laboratoriais e de imagem; análise de queixas e/ou sinais e sintomas; orientações sobre gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, alimentação e higiene; cálculo da idade gestacional e data provável do parto; palpação obstétrica, ausculta dos batimentos cardiofetais e registro dos movimentos fetais; avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional com preenchimento dos gráficos de curva de peso/idade gestacional e curva de altura uterina/idade gestacional; controle da pressão arterial; encaminhamento para a odontologia; prevenção de câncer de colo uterino e das mamas; suplementação alimentar; prescrição de medicamentos que se encontram dentro do programa, quando necessário e orientação sobre uso dos mesmos; escuta e tratamento das principais queixas, prática de atividade sexual segura na gravidez; encaminhamento para o serviço de alto risco, quando necessário; orientações e ações educativas destinadas as gestantes.

No que diz respeito à prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Câncer de Mama foi realizado a parte burocrática com o preenchimento de fichas necessárias; escuta atenta às queixas ginecológicas; exame das mamas das clientes, sempre ensinando à realizarem o autoexame e orientando-as quanto a importância da detecção precoce.

Além disso, esclarecemos dúvidas sobre o procedimento antes da coleta do material para o exame citopatológico. Em seguida, a observação atenta aos sinais e sintomas sugestivos de IST's, tratando-as precocemente pela clínica e notificando-as. Umas são encaminhadas à assistência especifica com o ginecologista e as outras são tratadas dentro do próprio sistema recomendado do ministério da saúde.

Durante as consultas direcionadas a saúde da mulher conversava-se com estas sobre a importância de planejar quantos filhos ter e o espaço de tempo entre eles, bem como, também mostramos os métodos contraceptivos disponíveis, e por fim, orientamos sobre o uso correto do método de escolha e os prescrevia de acordo com o desejo da mulher.

Saúde da Criança

A prática de enfermagem, baseada nos princípios de crescimento e desenvolvimento, é pautada e designada no auxílio às crianças e suas famílias a se adaptarem às condições internas e externas mutáveis. A percepção do profissional enfermeiro acerca do crescimento e desenvolvimento é indispensável para a individualização da assistência de todas as crianças (SOUZA et al, 2013).

Nesse sentido, realizamos junto à enfermeira do serviço as visitas puerperais logo na primeira semana, assim como preconiza o ministério da saúde. Já as consultas subsequentes das crianças da área de abrangência foram realizadas na unidade,

através de agendamento prévio e mantendo um dia específico na semana. Essa organização foi identificada como facilitadora na realização dos atendimentos, por proporcionar disponibilidade de horário do profissional e diminuir o tempo de espera das mães.

Durante a consulta foram avaliadas as medidas antropométricas (perímetro cefálico, perímetro torácico, estatura e peso), a busca por informações de qualquer tipo de adoecimento, internamento que tenha vindo a ocorrer no período antecedente à consulta. Além disso, também são investigadas a alimentação e a higiene da criança assim como a imunização, ainda são dadas as devidas orientações sobre algum problema existente.

A vacinação é realizada de acordo com o esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunização – PNI, principalmente para crianças e gestantes. Ao realizarmos o pré-natal e a puericultura, analisávamos os cartões das gestantes e crianças, respectivamente, e ao detectar a necessidade da vacinação, encaminhávamos os mesmos até a sala de vacina para atualização da caderneta.

Saúde do Adulto e Idoso

No campo das doenças crônicas não transmissíveis, a prática se deu no programa do hiperdia **(**Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus)**.** As atividades foram desenvolvidas dentro dos consultórios, na prática das consultas aos hipertensos e/ou diabéticos que são acompanhados na unidade, a enfermagem desenvolveu uma abordagem integral onde foi verificado o peso, pressão arterial, índice de massa corpórea, glicemia, reorientação do estilo de vida, adequação da alimentação e de exercícios físicos.

Além disso, são analisados as queixas, sinais e sintomas de complicações e encaminhamento para o médico e/ou outros profissionais para entrega de receituário medicamentoso.

A atenção básica, através da ESF representa um ambiente favorecido para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita desempenhar o cuidado de forma circunstancial dentro da realidade vivenciada pelo idoso no espaço coletivo e no seio familiar (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

O cuidado à pessoa idosa se configurou também no atendimento diferenciado a esse público nos vários programas que os assiste, na realização de visitas domiciliárias e na participação de campanhas de vacinação.

Ainda no que diz respeito à saúde do idoso, existe a parceria da equipe dessa unidade com uma instituição que abriga pessoas idosas, a Casa do Idoso Vó Filomena, onde uma vez na semana a técnica de enfermagem, enfermeira e médico se disponibilizam a integrar um suporte de saúde prestando assistência com atendimento na própria instituição. Os cuidados são direcionados a avaliação do estado geral,

curativos, prescrição e administração de medicamentos.

Visitas Domiciliares

Na implementação de uma atenção puerperal qualificada e humanizada é fundamental a incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2005).

Durante as visitas puerperais foram verificados a involução uterina, presença de sangramento, avaliação da incisão cirúrgica (quando presente) e sinais vitais. Também realizamos exame das mamas; e ofertamos informações importantes sobre o puerpério e cuidados com o recém–nascido.

Sobre a higiene pessoal orientamos quanto ao banho diário e a limpeza do RN, limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas com uso de creme antiassaduras para evitar lesões na pele; higienização dessa área nas meninas da forma correta no sentido vulva-ânus; cuidados com o coto umbilical, mantendo sempre limpo e seco com a utilização de álcool a 70% e desaconselhando a utilização de qualquer outra substância da crença popular.

Ainda informamos sobre a higiene do ambiente, sobretudo do ambiente onde o RN dorme. Manter a casa arejada, lavagem adequada das roupas e utilização de mosquiteiros se necessário. Orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, pega correta e cuidados com as mamas.

No recém-nascido foram avaliados os dados sobre o parto e medidas gerais; sinais vitais; realizamos o exame físico geral e analisamos os reflexos dos bebês. Ademais, colhemos informações sobre quantidades de mamadas ao dia; das eliminações intestinais e urinárias; bem como analisamos o coto/cicatriz umbilical.

Houveram outras visitas direcionadas à avaliação de feridas e realização de curativos, avaliação de indivíduos que estavam sob assistência domiciliar e cuidados paliativos, com encaminhamento ao programa melhor em casa.

Educação em Saúde

Foram realizadas duas atividades educativas, as quais eram divididas em três momentos. O primeiro momento compreendeu a dinâmica de acolhimento em grupo; o segundo momento correspondeu à explanação dos temas de interesse; e por último, o terceiro momento abarcou a dinâmica de avaliação.

A primeira ação educativa, direcionada para as gestantes da área, abordou o tema Zika vírus *versus* Microcefalia, onde trouxemos informações aos usuários sobre o mosquito Aedes aegypti (características, ciclo de transmissão e prevenção), os sintomas do Zika vírus e seu tratamento; bem como das consequências, diagnóstico e tratamento dos sintomas da microcefalia, uma vez que houve aumento no número de casos de bebês com essa condição neurológica rara.

Já a segunda ação foi direcionada para o público feminino, e o assunto explanado foram as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (HIV/AIDS, cancro mole, Clamídia, Gonorreia, HPV, Sífilis, Gardnerella, Tricomoníase e DIP) e a Candidíase, visto que identificamos que eram doenças prevalentes na comunidade.

Ademais, ressalta-se que o período de desenvolvimento do estágio coincidiu com o da Campanha de Vacinação contra os vírus da Influenza e o vírus H1N1. Desta forma, participamos da campanha, vacinando as pessoas pertencentes aos grupos de risco recomendados pelo Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

O estágio supervisionado I nos proporcionou à possibilidade de vivenciar o exercício da enfermagem na atenção primária com autonomia e autenticidade.

Através desta experiência acadêmica-profissional, tivemos a oportunidade de participar ativamente das principais tarefas que competem ao enfermeiro da atenção básica, assim como incorporar o momento de vincular a teoria à prática, possibilitando a aplicação de conceitos abstratos em situações concretas.

Vale salientar que o convívio multidisciplinar que nos foi proporcionado, conferiram oportunidades singulares de aprendizado, onde foi possível desenvolver habilidades de relação interpessoal, tanto em relação aos usuários do serviço, como à equipe de saúde da família, o que tornou o ambiente de trabalho agradável e descontraído, favorecendo desta forma, um atendimento integral e de qualidade aos usuários da referida unidade.

Através do estágio, verificou-se a importância da promoção de grupos de educação para a saúde, os quais possibilitam ao enfermeiro o esclarecimento de dúvidas do grupo, fornecendo subsídios para estruturar novos encontros de acordo com as demandas encontradas e considerando também sugestões propostas pelo mesmo.

Em suma, consideramos o estágio supervisionado I, como sendo um alicerce para a prática de formação acadêmica. Também proporciona a percepção da importância e destaque do profissional de enfermagem dentro do âmbito da atenção básica, onde o mesmo configura-se através do direcionamento de práticas interativas e integradoras de cuidado de forma coletiva.

REFERÊNCIAS

AMORIN, M. M; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no psf sobre aleitamento materno. Revista Científica Perspectivas online, vol.3, n.9, p.93-110, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COLOMBO. Prefeitura de Colombo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de consulta de enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança. Colombo, 2012.

COSTA, A. C. Estratégia de saúde da família: atividades gerenciais do enfermeiro. Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - 9ª ed., v.1, n.10, 2015.

SOUZA, R. S, et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. Revista Mineira de Enfermagem - REME. Minas Gerais, vol.17, n.2, p.331-339, 2013.

OLIVEIRA, J. C. A; TAVARES. D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Rev. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, vol. 44, n.33, p. 774-781, 2010.

CAPÍTULO 19

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará

Lucas Dias Soares Machado
Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará

Fernanda Maria Silva
Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará

Aliniana da Silva Santos
Universidade Estadual do Ceará-UECE, Fortaleza, Ceará

Maria Corina Amaral Viana
Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará

RESUMO: A taxa de mortalidade infantil (TMI) ou coeficiente de mortalidade infantil (CMI) está entre as informações de maior relevância para análise das condições de saúde de uma população e qualidade da assistência prestada na rede de atenção materno-infantil. Analisar o perfil da mortalidade de um território sob a luz da evitabilidade pode proporcionar maior precisão na avaliação da assistência prestada às crianças e mulheres, além de fornecer subsídios para o planejamento de intervenções voltadas para as reais causas da mortalidade. Objetivou-se, pois, descrever a experiência de elaboração de um painel de monitoramento da rede de atenção materno infantil, segundo a evitabilidade dos óbitos infantis, num município da região metropolitana de Fortaleza – Ceará. O presente estudo apresentou delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal e abordagem quantitativa, cuja fonte de dados foi constituída pelos Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde através do DATASUS. Foram analisados 305 óbitos infantis investigados. Os óbitos evitáveis por adequada atenção à mulher durante a gestação e o parto e ao feto e ao recém-nascido foram predominantes, com destaque para o subgrupo adequada atenção à mulher na gestação (36%), adequada atenção à mulher no parto (17%) e adequada atenção ao recém-nascido (27%). O estudo das causas básicas e do perfil da evitabilidade dos óbitos, considerando estes como eventos sentinelas, permite identificar aspectos que devem ser enfrentados pelos serviços de saúde, para a promoção de um nascimento seguro e a prevenção de mortes evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: mortalidade infantil, perfil epidemiológico, planejamento em saúde.

ABSTRACT: The infant mortality rate (IMR) or infant mortality coefficient (IMC) is among the most relevant information for analyzing the health conditions of a population and the quality of care provided in the maternal and child care network. Analyzing the mortality profile of a

territory in the light of avoidability can provide greater precision in the assessment of care provided to children and women, as well as providing subsidies for planning interventions aimed at the real causes of mortality. The objective of this study was to describe the experience of the elaboration of a monitoring panel of the maternal and child care network, according to the avoidability of infant deaths, in a municipality in the metropolitan region of Fortaleza - Ceará. The present study presented an epidemiological, descriptive, documentary, cross-sectional and quantitative approach, whose data source was constituted by the Mortality Information System (SIM) and the Information System on Live Births (SINASC) of the Ministry of Health through DATASUS. A total of 305 infant deaths were investigated. Preventable deaths due to adequate attention to women during gestation and delivery and to the fetus and newborn were predominant, with emphasis on the appropriate subgroup for women in gestation (36%), adequate attention to women in childbirth (17%) and adequate attention to the newborn (27%). The study of the basic causes and the avoidance profile of the deaths, considering these as sentinel events, allows to identify aspects that must be faced by the health services, to promote a safe birth and the prevention of avoidable deaths.
KEYWORDS: infant mortality, epidemiological profile, health planning.

1 I INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) ou coeficiente de mortalidade infantil (CMI) está entre as informações de maior relevância para análise das condições de saúde de uma população, principalmente relacionado à qualidade da assistência prestada na rede de atenção materno-infantil, além de expressar o nível de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida (SANTOS, 2014).

Em sua definição, a TMI representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A redução desse índice trata-se de um desafio para os gestores das redes de atenção, pois os níveis atuais são considerados incompatíveis para o desenvolvimento do País, refletindo sérios problemas a serem superados, como a persistência de desigualdades regionais e intra-urbanas, a concentração dos óbitos na população mais pobre e as desigualdades relacionadas a grupos sociais específicos (JONES, 2003).

Além da dificuldade de manejo e controle da mortalidade infantil, esse coeficiente traz consigo uma característica preocupante: o caráter evitável dos óbitos infantis. Suarez-Varela e colaboradores sugerem que determinadas mortes, por serem passíveis de prevenção e tratamento, seja do agravo ou da doença que as causam, não deveriam ocorrer. Trazem a partir disso o conceito de morte evitável como *"aquelas causas de óbitos cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica"*.

A classificação dos óbitos em evitáveis tem como objetivos a comparação de indicadores entre os diferentes territórios e a análise de tendências temporais, oferece

subsídios para o planejamento de ações para o seu enfrentamento, além de monitorar e avaliar a rede de atenção de forma geral. Desse modo, podemos compreender que um óbito considerado evitável pode ter sua causa atribuída à qualidade da atenção em saúde prestada pelo sistema de saúde, em qualquer momento do percurso que o indivíduo realiza em busca de assistência (KOLLING, 2011).

Analisar o perfil da mortalidade de um território sob a luz da evitabilidade pode proporcionar maior precisão na avaliação da assistência prestada às crianças e mulheres, além de fornecer subsídios para o planejamento de intervenções voltadas para as reais causas da mortalidade. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, elaborou uma lista de causas de mortes evitáveis, facilitando o processo de identificação, investigação e sistematização da vigilância ao óbito infantil e fetal (MALTA et. al. 2010).

Nesse contexto, foi oportunizado aos participantes do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, com ênfase em Saúde Coletiva, através da análise situacional do território, conhecer as peculiaridades pude da rede de atenção materno infantil e desta forma identificar fragilidades existentes que corroboram com os indicadores de mortalidade infantil. O programa de residência em saúde coletiva tem como estratégia pedagógica a territorialização do cenário no qual o profissional residente se insere, além do mapeamento das redes de atenção e equipamentos de saúde que fazem parte deste cenário. A inserção no território proporciona experiências de análise profunda dos indicadores, fortalecendo o planejamento estratégico em saúde.

Nesse sentido, teve-se como objetivo deste estudo descrever a experiência de elaboração de um painel de monitoramento da rede de atenção materno infantil, segundo a evitabilidade dos óbitos infantis, num município da região metropolitana de Fortaleza – Ceará.

METODOLOGIA

O presente estudo apresentou delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal e abordagem quantitativa, cuja fonte de dados foi constituída pelas bases municipais do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. Foi elaborado um painel para melhoria no monitoramento dos índices de mortalidade infantil municipais, bem como para subsidiar o planejamento estratégico das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade infantil.

As informações contidas no painel foram: série histórica de dez anos, 2005 a 2015; quantitativo de óbitos infantis segundo o local de residência ocorridos por ano e porcentagem de óbitos evitáveis segundo a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde. A elaboração do painel se deu entre os

meses de janeiro e fevereiro de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 305 óbitos infantis investigados, com média de 30 óbitos por ano. As causas básicas dos óbitos foram analisadas e relacionadas com a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde, sendo classificadas em: 110 mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação; 52 mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; 83 mortes reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, 24 mortes reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento; 26 mortes reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.

Os óbitos evitáveis por adequada atenção à mulher durante a gestação e o parto e ao feto e ao recém-nascido foram predominantes, com destaque para o subgrupo adequada atenção à mulher na gestação (36%), adequada atenção à mulher no parto (17%) e adequada atenção ao recém-nascido (27%).

O elevado percentual de óbitos evitáveis por adequada atenção ao parto e ao RN reflete falhas no processo de assistência hospitalar à mulher no momento do parto e ao RN em seu nascimento. Traz a afirmação de que melhorias devem ser implantadas nestes serviços, desde a admissão da gestante na maternidade até o atendimento ao recém-nascido na sala de parto. Nas maternidades vinculadas à rede cegonha é preconizada a realização do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, visando estabelecer uma escuta mais efetiva desde a admissão, com a valorização das queixas da mulher e o entendimento de suas vulnerabilidades, visando condutas específicas de acordo com as necessidades identificadas.

A deficiência na atenção ao RN se mostrou determinante para a causa de 27 % dos óbitos analisados. O acompanhamento da gestante e do feto, durante o trabalho de parto e parto, é uma função básica dos serviços de atenção obstétrica. O adequado controle materno e fetal durante o trabalho de parto permite identificar situações de complicações e adotar as condutas apropriadas em tempo oportuno.

Assim sendo, é importante avaliar os fatores que dificultam a adoção de práticas assistenciais benéficas e eficazes na prevenção de resultados perinatais adversos. Podem ser necessárias mudanças no processo de trabalho, capacitação da equipe e assistência multidisciplinar na perspectiva de trabalho colaborativo (MARTINS, 2013). A falha no subgrupo adequada atenção à mulher na gestação foi responsável por 36% dos óbitos, revelando problemas relacionados à assistência materno-infantil além das ações realizadas no período do parto e pós-parto.

Enfatiza-se então a importância das ações de caráter preventivo durante o pré-natal realizado no nível primário de atenção à saúde, bem como incremento no planejamento reprodutivo e melhoria do acesso aos serviços de saúde. A atuação

da Equipe de Saúde da Família e seu fortalecimento tornam-se essenciais nesse contexto por se tratar da principal porta de entrada do nosso sistema de saúde. Rotinas voltadas para a atenção à gestante devem ser implantadas desde o pré-natal à atenção hospitalar, para garantia de uma assistência segura e humanizada (NASCIMENTO, 2014).

Dessa forma, intervenções com o objetivo de diminuir os óbitos evitáveis devem focar na qualificação da atenção à gestante em todo o seu percurso na rede materno-infantil. Quanto aos óbitos evitáveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento (8%), estas revelam o perfil da mortalidade causada principalmente pela tríade de doenças respiratórias, doenças infecciosas intestinais e deficiências nutricionais. Para redução desses óbitos tornam-se necessárias ações de educação em saúde, melhoria do acesso aos serviços de saúde e qualidade no saneamento básico (KUMAR, 2010).

Embora a assistência pré-natal e a assistência hospitalar à mulher e ao recém-nascido sejam determinantes fundamentais, particularidades maternas de ordem social e biológica têm sido associadas à mortalidade neonatal, tais como baixo nível de escolaridade, ausência de companheiro, idades maternas extremas, alta paridade e presença de doenças na gravidez (GAÍVA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aponta um perfil de óbitos infantis com alto potencial de evitabilidade, identificando problemas no acesso e/ou na qualidade da assistência no pré-natal, parto e à criança. O estudo das causas básicas e do perfil da evitabilidade dos óbitos, considerando estes como eventos sentinelas, permite identificar aspectos que devem ser enfrentados pelos serviços de saúde, para a promoção de um nascimento seguro e a prevenção de mortes evitáveis. Apesar das limitações, pela utilização de dados secundários, o estudo possibilitou a identificação do perfil da mortalidade infantil e sua evitabilidade no período estudado, de modo a subsidiar o planejamento da assistência prestada na rede materno infantil durante a gestação e o parto no âmbito da atenção básica e hospitalar. Além disso, os resultados obtidos representam condições de alerta para o monitoramento dos índices de mortalidade no município e podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Para melhorar a assistência e os indicadores de mortalidade infantil, é preciso haver investimentos direcionados para os serviços de saúde, a formação profissional e a informação das mulheres e da sociedade como um todo, sobre a existência de tecnologia e de direitos que favorecem um nascimento mais seguro e humanizado. O trabalho deve ser desenvolvido de forma integrada e contínua, incluindo planejamento e ações do setor saúde e intersetoriais.

REFERÊNCIAS

SANTOS, H. G. et al. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 907-916, mar. 2014.

JONES, G; STEKETTE, R.W; BLACK, R.E; BHUTTA, Z.A; MORRIS, S.S. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet** 2003; 362 (9377): 65-71.

SUÁREZ-VARELA, M.M; LLOPIS, G.A; TEJERIZO, P.M.L; Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level. **Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology** 1996;15(2-4):149-154.

KOLLING, A.F. Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Sapiranga, RS, entre 2006 – 2009. **Dissertação** [Mestrado em Epidemiologia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

MALTA, D.C; SARDINHA, L.M.V; MOURA, L; LANSKY, S; LEAL, M.C; SZWARCWALD, C.L, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **EpidemiolServSaude.** 2010; 19(2):173-6.

MARTINS, E. F. et al. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 38-45, Mar. 2013.

NASCIMENTO, S. G. et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília , v. 67, n. 2, p. 208-212, abr. 2014.

KUMAR, R; AWASTHI, S; MORRIS, S.K; PAUL, V.K; SHET, A; RAM, U. et al. Causes of neonatal and child mortality in India:a nationally representative mortality survey. **Lancet**.2010;376(9755):1853-60.

GAÍVA, M.A.M; BITTENCOURT, R.M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(4):91-97.

CAPÍTULO 20

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado; Laboratório de Nutrição Experimental
Santa Cruz do Sul – RS

Diene da Silva Schlikmann
Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado; Laboratório de Nutrição Experimental
Santa Cruz do Sul – RS

Juliano de Avelar Breunig
Universidade de Santa Cruz do Sul, Curso de Medicina
Santa Cruz do Sul – RS

Silvia Isabel Rech Franke
Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado;Laboratório de Nutrição Experimental
Santa Cruz do Sul – RS

Daniel Prá
Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado; Laboratório de Nutrição Experimental
Santa Cruz do Sul – RS

RESUMO: A Hipovitaminose D é considerada um problema de saúde pública mundial. Alguns fatores podem influenciar na obtenção da Vitamina D, especialmente aqueles que afetam a exposição solar. Está bem esclarecida esta deficiência em países da Europa e de altas altitudes, porém faltam estudos em países tropicais, especialmente no Brasil, por este ser um país com diversas latitudes e diferenças significativas entre suas regiões, como a região sul, que é uma região temperada. O objetivo éavaliar os níveis de 25(OH)D na população do sul do Brasil e compará-los com as estações do ano. Este é um estudo epidemiológico do tipo observacional de medida transversal. Foram avaliadas dosagens de 25(OH)D dos anos de 2014 e 2015 e avaliadas de acordo com sexo, idade, data da dosagem e sazonalidade local.A médiapopulacional de 25(OH)D foi de 28,9 ng/mL. Apresentaram níveis normais de vitamina D, 39,6% da população, enquanto 59,7% apresentaram insuficiência e 0,7% deficiência. Houve diferença significativa entre os meses do ano.Os meses de inverno foram os meses com maiores índices de insuficiência, enquanto os meses de verão os de maiores índices de normalidade de vitamina D. Os níveis de insuficiência de vitamina D foram alarmantes, atingindo quase 60% da população estudada. A exposição solar parece ter sido um dos fatores de maior impacto na determinação da hipovitaminose, pois nos meses de inverno, as taxas de insuficiência cresceram significativamente em comparação aos meses de verão.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência de vitaminas, Vitamina D, estações do ano, Brasil

ABSTRACT: D Hypovitaminosis is a global public health problem. Some factors may influence it, especially those that affect sun exposure. This deficiency is well understood in European countries and high altitudes, but studies are lacking in tropical countries, especially in Brazil, because it is a country with different latitudes and significant differences between its regions, such as the southern region, which is of temperate climate. Objective is to evaluate the levels of 25(OH) D in the population of southern Brazil and compare it with the seasons of the year. This is a Cross-sectional study. Levels of 25 (OH)D from 2014 and 2015 were analyzed and related with sex, age, date of dosing, local and seasonality. The average level of 25(OH)D was of 28.9 ng / mL. 39.6% of the population had normal levels of vitamin D, while 59.7% presented insufficiency and 0.7% deficiency. There was a significant difference between the months of the year. The winter months were the months with the highest indexes of insufficiency, while the summer months had the highest rates of vitamin D normality. Levels of vitamin D insufficiency are alarming, reaching almost 60% of the studied population. Sun exposure appears to be one of the factors that have the greatest impact on the determination of hypovitaminosis, since in the winter months, insufficiency rates increase significantly compared to the summer months.
KEYWORDS: Hypovitaminosis, Vitamin D, Seasons, Brazil

INTRODUÇÃO

A vitamina D é uma molécula que está se mostrando cada vez mais essencial e com inúmeras aplicações para a saúde humana. Ela foi descoberta há mais de 90 anos e foi inicialmente descrita como vitamina por sua fonte ser estritamente a dieta, como a maioria das vitaminas (HOLICK, 2004). Posteriormente, foi observado que a vitamina D, na verdade, não era uma vitamina, pois sua estrutura e massa molecular apresentavam características de um pré-hormônio, sendo hidroxilado novamente para formar o calcitriol, um hormônio (MORRIS, 2005). Esse hormônio é obtido essencialmente da síntese na pele durante a exposição solar (HOLICK, 2004). A principal função descrita desta molécula é a homeostase óssea (CAINI et al., 2014; HOLICK, 2009), no entanto, estudos recentes correlacionam a deficiência de vitamina D com câncer, doenças cardiovasculares, esclerose múltipla, artrite reumatoide, diabetes, doenças crônicas, doenças autoimunes e função cognitiva. (AHONEN ET AL., 2000; MARQUES et al., 2010).

Para mensurar o *status* da vitamina D, que determina se o indivíduo é suficiente, deficiente ou insuficiente, deve ser mensurado o metabólito 25-hidroxivitamina D (25(OH)D), pois esta é a forma circulante mais estável, predominante e que apresenta tempo de meia vida maior, de duas a três semanas (HOLICK, 2009). O 1,25-diidroxivitamina D ($1,25(OH)_2D$) é a forma biologicamente ativa dessa vitamina, apresentando meia vida de 4 horas. Os valores utilizados pelo consenso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) seguem na tabela 1:

ng/mL	Nmol/L	Classificação
<20	<50	Deficiência
20 a 29,9	50 a 74	Insuficiência
≥30	≥75	Suficiência

Tabela 1: Valores de referência de 25 (OH)D de acordo com (19)

A deficiência de vitamina D é uma deficiência nutricional e/ou de exposição solar e alguns fatores podem influenciar na sua obtenção. A quantidade de vitamina D pode ser afetada pela ingestão insuficiente, idade avançada e obesidade. Em relação à exposição solar, as influências se dão por: alta latitude, sazonalidade, camada de ozônio espessa, poluição atmosférica, proteção solar intensa e confinamento dos indivíduos. Além disso, a alta quantidade de melanina presente na pele compete pelos fótons e diminuem a síntese da vitamina (HOLICK, 2003). O envelhecimento também influencia, uma vez que diminui a absorção do metabólito, e é também nesta fase que ocorre a atrofia da derme e epiderme.

A hipovitaminose D é considerada um problema de saúde pública que atinge o mundo inteiro (HEGENAU et al., 2009; MITHAL et al., 2009). O que intensifica essa situação é o subdiagnóstico da deficiência da vitamina D, sendo esta a deficiência nutricional mais subdiagnosticada e subtratada no mundo (GUPTA et al., 2014). Está bem esclarecida esta deficiência em países da Europa e de altas altitudes. Nos Estados Unidos a deficiência atinge 42% das mulheres negras hígidas (NESBY-O'DELLet al., 2002) e é maior que 30% em adultos hígidos caucasianos e não-caucasianos; entre os idosos afrodescendentes passa de 80% (HOLICK, 2002). (NESBY-O'DELL et al., 2002) Na Arábia Saudita os índices passam de 80% (GUPTA et al., 2014); um dos fatores para essa hipovitaminose pode ser caracterizada pela as práticas sócio religiosas. (GUPTA; GUPTA, 2014; SEDRANI; ELIDRISSY; EL ARABI, 1983) e na Austrália 33% dos homens e 40% das mulheres (QUAGGIOTTO; TRAN; BHANUGOPAN, 2014). (QUAGGIOTTO; TRAN; BHANUGOPAN, 2014) No entanto, no Brasil há poucos estudos sobre o assunto, assim como no Rio Grande do Sul. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar os níveis de 25(OH)D na população do sul do Brasil e compará-la com as estações do ano.

METODOLOGIA

Este é um estudo epidemiológico do tipo observacional de medida transversal. Foram avaliadas dosagens de 25(OH)D realizadas em pacientes de todas as idades e ambos os sexos, no ano de 2014 e 2015 da região do Vale do Rio Pardo e Taquari, situado no estado do Rio Grande do Sul (latitude 29°S). A dosagem foi realizada no equipamento Architect i1000SR® - Abbott, através de quimiluminescência com reagente da marca Abbott. As variáveis analisadas foram sexo, idade, nível de 25 (OH) D, data da dosagem e sazonalidade local.

Os dados foram analisados no *GraphpadPrism* v. 6.0 (San Diego, Califórnia), utilizando Qui-quadrado. Todos os dados foram testados para normalidade e homoscedasticidade, sendo transformados quando necessário. O nível de significância foi de $p<0,05$.

Para avaliação de suficiência, insuficiência e deficiência de 25(OH)D, foram utilizados os seguintes parâmetros: deficiência para quando 25(OH)D <20ng/mL; insuficiência entre 20-29,9ng/mL; suficiência para quando 25(OH)D ≥30ng/mL(3,19).

RESULTADOS

Em 2014 foram analisadas 1776 dosagens de 25(OH)D entre os meses de janeiro a dezembro. Destes, 86 % eram do sexo feminino e 14% do sexo masculino, a idade variou de 1 a 70 anos, com idade média de 47,5±29. Em 2015 foram analisados 2571 dados. Da população avaliada, 84,6% eram mulheres e 15,4% homens, sendo a média de idade de 45,8±17,8. Em 2014 a média da dosagem de 25(OH)D na população estudada foi de 28,6 ng/mL e em 2015 foi de 29,0 ng/mL. É possível observar que no ano de 2015 houve uma maior procura para a mensuração do status da vitamina D em comparação com o ano anterior (tabela 2).

A dosagem mínima, em 2014, foi de 6,4 ng/mL e a máxima foi de 86,1 ng/mL; e em 2015, a mínima foi de 4,9 ng/mL e a máxima foi de 160 ng/mL.

	2014	2015	2014-2015
Sexo			
Mulheres	86%	84,6%	85%
Homens	14%	15,4%	15%
Idade média (anos)			
Média	47,5±29	45,8±17,8	46,5±23,02
Mediana	48	46	47
Dosagem de 25(OH)D (ng/mL)			
Média	28,6	29,0	28,9±10,52
Mediana	27,6	27,5	27,5
Mínima	6,4	4,9	4,9
Máxima	86,1	160	160
Total da amostra (n)	1776	2571	4347

Tabela 2: dados da população estudada e médias obtidas.

Em 2014, 39,2% da população apresentaram níveis normais de 25 (OH)D, 60% insuficientes e 0,8% deficientes; em 2015, os níveis normais estavam presentes em 39,9% da população, insuficientes em 59,5% e deficientes em 0,6% (tabela 3). A ocorrência de suficiência, deficiência e insuficiência foi muito semelhante entre os anos de 2014 e 2015. Sendo que na média desses anos a população apresentou:

0,7% de deficiência, com níveis abaixo de 20 ng/mL; 59,7% de insuficiência, com níveis entre 20 e 29 ng/mL e 39,6% de normalidade, com níveis acima de 30 ng/mL. Não houve diferença significativa entre os anos de 2014 e 2015.

Dosagens 25(OH)D	2014	2015	2014-2015
Normal (≥30ng/dL)	39,2%	39,9%	39,6%
Insuficiência (20-29,9ng/dL)	60,0%	59,5%	59,7%
Deficiência (<20ng/dL)	0,8%	0,6%	0,7%

Tabela 3: Ocorrência das dosagens de 25OH(D) consideradas normais, insuficientes e deficientes nos anos de 2014, 2015 e as médias dos dois anos.

Em relação ao sexo, não houve diferença significativa entre as classificações da vitamina D, no entanto, houve diferença significativa entre as idades (Figura 1). A faixa etária usada para classificação dos pacientes foi baseada na *DietaryReferenceIntakes* (DRI) (IOM, 2011). As faixas com maiores prevalências de Deficiência de vitamina D foram as faixas mais baixas e mais altas, ou seja, as crianças e os idosos, com 2,9% de deficiência cada faixa etária. A faixa com maior índice de normalidade da vitamina foram as crianças entre 1 e 8 anos, seguido das faixas referente aos adultos (entre 19 e 70 anos) (Figura 1).

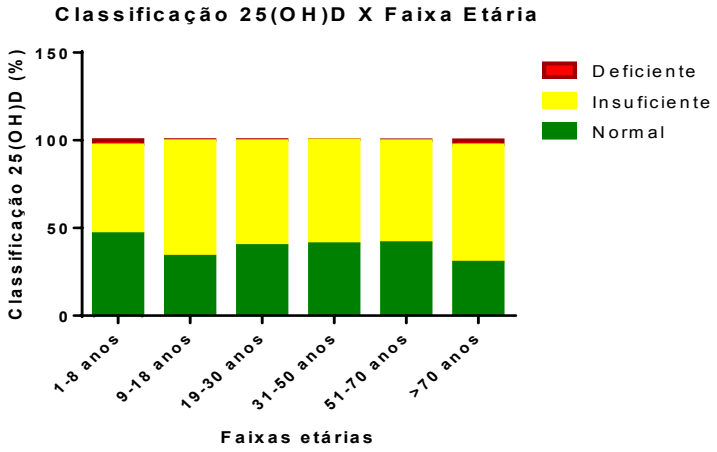


Figura 1: Relação da classificação da dosagem de 25(OH)D e faixas etárias. (p<0,05)

Houve significância entre as dosagens de 25(OH)D quando relacionadas às estações do ano. Conforme mostra a Figura 2, a maior deficiência da vitamina D ocorreu na primavera e a maior prevalência de normalidade no verão. No inverno houve o maior índice de insuficiência e o menor índice de normalidade da vitamina. O oposto ocorreu no verão, onde a normalidade apresentou os maiores índices e a insuficiência e deficiência os menores.

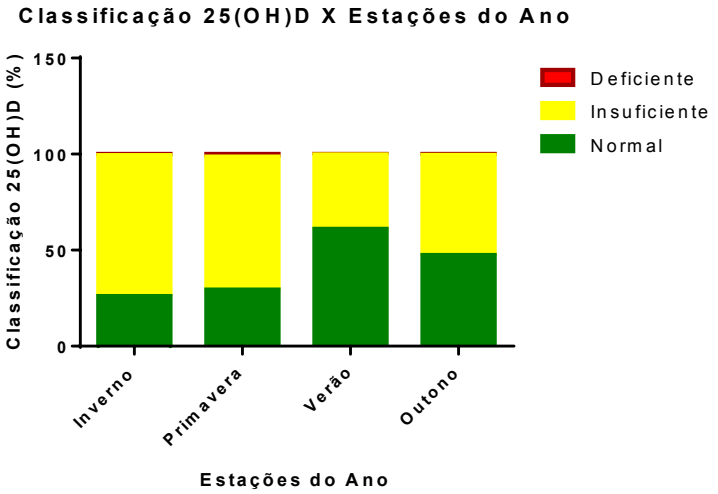


Figura 2: Relação da classificação da dosagem de 25(OH)D e estações do ano (2014-2015 combinados). (p<0,05)

A Figura 3 mostra a relação da classificação da vitamina D em função dos meses do ano. Os meses considerados de verão e outono (janeiro a maio) foram os meses com maior prevalência de normalidade e menores índices de insuficiência. Nos meses de inverno e primavera (junho a dezembro) ocorreu o evento contrário.

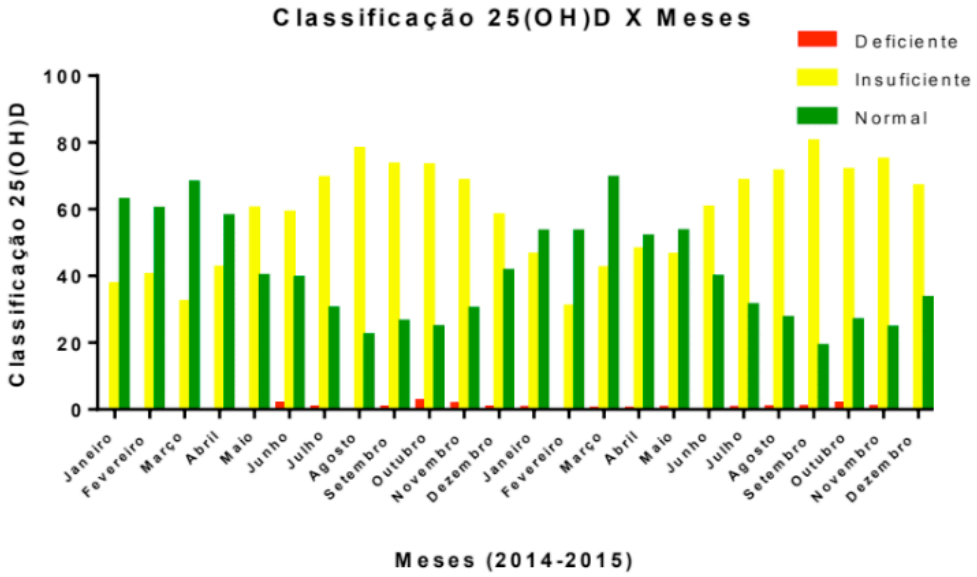


Figura 3: Relação da classificação da dosagem de 25(OH)D e meses do ano. (p<0,05)

DISCUSSÃO

Assim como o restante da população mundial, o Brasil está inserido em um cenário preocupante que envolve elevada taxa de prevalência de deficiência de vitamina D (MAEDA et al., 2014), porém são poucos os estudos que abordam essa prevalência nos estados brasileiros.

A média geral das análises de dosagem de 25 (OH)D está classificada como insuficiência (28,9 ng/mL), no entanto, percebe-se uma grande variação, levando em

consideração as mínimas e máximas encontradas. A média encontrada neste estudo é semelhante à maioria dos estudos encontrados (BANDEIRA et al., 2010; KUCHUK et al., 2009), maior apenas que dois estudos, que avaliaram jovens (SANTOS et al., 2012) e mulheres pós-menopausa com osteoporose (LOPES et al., 2009). Apenas um estudo foi encontrado com média superior, com pacientes ambulatoriais de Belo Horizonte (MG), que apresentou média de 39,6 ng/mL(SILVA et al., 2008). No entanto nenhum destes estudos apresentou população tão significativa em comparação às mais de 4300 dosagens apresentados no presente trabalho.

Os níveis considerados insuficientes de vitamina D atingiram praticamente 60% da população avaliada, fato alarmante, uma vez que menos de 40% da população apresentou os níveis ideais da vitamina sérica. Não houve variação no que se refere aos níveis de normalidade, deficiência e insuficiência da vitamina D entre os dois anos avaliados, o que sugere que este fato se repete anualmente. Os resultados deste estudo corroboram com demais estudos realizados no país. Um estudo que avaliou jovens de São Paulo, com idade entre 16 a 20 anos de idade, mostrou que estes jovens apresentaram 60% de insuficiência de Vitamina D (PETERS et al., 2009). Outro estudo de Belo Horizonte avaliou pacientes de diversas faixas etárias e encontrou 0,8% dos pacientes em deficiência de Vitamina D e 42,4% em insuficiência (PREMAOR et al., 2008). Na cidade de Cascavel (PR) um grupo demonstrou que 52,6% dos indivíduos apresentavam deficiência de vitamina D, sendo que a associação de hipovitaminose D foi relacionada com indivíduos que apresentaram maior IMC e com exposição solar inadequada (RUIZ et al., 2014).

Já no estado do Rio Grande do Sul, foram encontrados apenas outros dois estudos, um realizado com médicos residentes de Porto Alegre, nos meses de outubro e novembro, e outro em um grupo de indígenas que viviam na aldeia Pinhalzinho localizada em Nonoai. No primeiro estudo, foi encontrado 57,4% dos indivíduos em deficiência de 25 (OH)D, sendo que a rotina dos médicos em locais fechados, com pouca exposição solar, a sobrecarga dos turnos de trabalho e a alimentação inadequada foram as justificativas encontradas para o elevado índice de deficiência (PREMAOR et al., 2008). Já no segundo estudo, os indígenas apresentaram níveis insuficientes ou deficientes em 67,1% da população estudada, possivelmente em virtude da ingesta nutricional da população e por apresentarem pele escura (DA ROCHA et al., 2013).

Alguns estudos apresentaram dados ainda mais preocupantes. Um destes, realizado em São Paulo, mostrou que 40,7% da população avaliada apresentavam deficiência e 30,5% insuficiência de Vitamina D; e nesse mesmo estudo, um grupo de idosos ambulatoriais apresentou 15,8% de deficiência e 40,0% de insuficiência (SARAIVA et al., 2007). Outro estudo que avaliou jovens de Porto Alegre (RS) e de Curitiba (PR) demonstrou que os níveis circulantes de 25(OH)D foram insuficientes em 54,3% e deficiente em 36,3% da amostra. Este estudo avaliou juntamente alguns polimorfismos de Receptor de Vitamina D (VDR) e sugeriu que a deficiência poderia estar associada com estes polimorfismos, ligado a maior suscetibilidade para

desenvolver deficiência de vitamina D (SANTOS et al., 2012).

Outros estudos que avaliaram populações localizadas em uma menor latitude do país mostraram níveis de insuficiência menores (NEVES et al., 2012), concordando com a hipótese de que a latitude pode sim ser um fator determinante da hipovitaminose D (ARANTES et al., 203). No entanto, outros fatores podem estar associados, uma vez que alguns estudos de região com menor latitude apresentam dados semelhantes aos encontrados no sul do país (CABRAL et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013). Em contraponto, é importante destacar que a maior parte dos estudos avalia populações do centro-sul do país, sendo poucos estudos encontrados na região norte e nordeste.

Outro fator que deve ser levado em consideração, além da latitude, é o fato de que a população do sul do Brasil é predominantemente caucasiana (IBGE, 2010), apresentando uma maior prevalência de câncer de pele (BAKOS et al., 2013,BARBATO, 2008). Este pode ser um fator agravante para alta prevalência de hipovitaminose, uma vez que esta população procura se proteger mais da radiação solar, diminuindo significativamente a síntese da vitamina D.

Também tem que ser levado em consideração que em nosso estudo muitos dos pacientes poderiam já estar fazendo uso de suplementos, o que não foi avaliado e precisa ser avaliado em estudos futuros. As dosagens de nossos pacientes podem ser reflexo da necessidade de acompanhar pacientes que faziam uso de suplementos.

Em relação às faixas etárias, alguns estudos mostram, assim como este, que crianças e idosos apresentam maior deficiência e insuficiência (OLIVEIRA et al., 2013; PETERS et al., 2009; SANTOS et al., 2012; SARAIVA et al., 2007; SARAIVA et al., 2005). Muitos idosos fazem uso de suplementação, principalmente em virtude da osteoporose, e por isso esta faixa etária deve ser avaliada separadamente e de forma cautelosa, para evitar viés.

Quando se avalia os níveis de 25(OH)D comparativamente aos meses ou estação do ano, é visível a oscilação. Nos meses de verão e nos que se sucedem, há maiores níveis de normalidade, enquanto no inverno e nos meses seguintes os maiores índices de insuficiência. Estes dados evidenciam de forma clara como a exposição solar está atrelada aos níveis de vitamina D na população. Outros estudos sugerem tais correlações(PETERS et al., 2009), inclusive em populações institucionalizadas e outra com exposição solar de uma mesma cidade este estudo de Maeda et al. (2013) ainda demonstra que os menores índices de 25(OH)D foram encontrados na primavera, ou seja, logo após a estação de menor exposição solar. A 25(OH)D tem uma meia vida de 10-21 dias no organismo, e é por isso que se explica os menores índices na primavera e não no inverno, pois durante o inverno vai consumindo tal reserva, e, na primavera, esta já esgotou, e, no entanto, ainda não teve exposição suficiente para sintetizar mais. Da mesma forma podem ser explicados os níveis mais baixos de insuficiência ainda no outono, pois o organismo ainda tem disponível a vitamina D que foi sintetizada nos meses anteriores.

CONCLUSÃO

Não houve diferença significativa entre os anos de 2014 e 2015, no que se refere às médias de normalidade, insuficiência e deficiência. Não obstante, séries temporais mais longas devem ser avaliadas antes que se possam fazer conclusões mais firmes sobre esse ponto.

Os níveis de insuficiência de vitamina D são preocupantes na região sul do Brasil, atingindo quase 60% da população avaliada. Tornam-se importantes medidas públicas para evitar esta hipovitaminose, como a suplementação via oral. Ainda mais, a população do estudo é formada predominantemente por usuários de planos de saúde, que tem acesso à suplementação de vitamina D e a acompanhamento clínico. Por outro lado, a população, por ter maior nível socioeconômico, está mais propensa a desenvolver atividades profissionais "indoor'. Estudos futuros devem focar em comparar o cenário da deficiência de vitamina D em função do nível socioeconômico no Brasil. Há de se mencionar, que embora dadas as especificidades da população estudada, o estudo é extremamente valioso por se tratar de um dos únicos estudos de base populacional estudando deficiência de vitamina D no Brasil.

A exposição solar parece ser um dos fatores de maior impacto na determinação da hipovitaminose, pois nos meses em que a incidência a exposição solar é menor, comum em regiões centro-sul do país, onde a estação de inverno é rigorosa, as taxas de insuficiência crescem significativamente em comparação aos meses de verão. Nem todos os estudos que abordam as médias de 25(OH)D apresentam diferenças entre regiões com latitudes distintas, porém deve ser levado em consideração que quando se aborda média, não estão sendo avaliados separadamente os meses de verão e inverno que são significativamente diferentes nos estados do sul. Portanto, avaliar a média anual da 25(OH)D em regiões com estações bem definidas não é o ideal, pois há muita variação entre os meses; enquanto em regiões com predominância de calor e sol forte, a variação deve ser pequena. Os estados do centro-sul do país apresentam elevada variação dos níveis de normalidade e insuficiência de vitamina D, apresentando níveis mais altos no verão e mais baixos no inverno, o que sugere uma relação direta entre exposição solar e níveis de 25(OH)D.

Apesar de a exposição solar ser a forma mais eficiente de obter vitamina D, não é recomendada pelos dermatologistas, uma vez que poderia aumentar a prevalência de câncer de pele, que já é o câncer mais comum no sul do RS, no Brasil e no mundo (BAKOS et al., 2013; BARBATO, 2008,DE PAULA, PIRES, 2013). Portanto, a melhor alternativa é a suplementação oral com vitamina D, que pode ser aplicada não apenas aos grupos de risco, mas a maior parte da população, uma vez que este estudo mostrou a alta prevalência de insuficiência em pacientes fora do grupo de risco.

Sugerem-se estudos comparativos dos níveis de 25(OH)D entre os diferentes meses anuais nas regiões norte e nordeste do Brasil, focando diferentes níveis socioeconômicos das regiões, para se confirmar esta hipótese.

REFERÊNCIAS

AHONEN, M. H. et al. **Prostate cancer risk and prediagnostic serum 25-hydroxyvitamin D levels (Finland).** Cancer causes &control, v. 11, n. 9, p. 847-852, 2000.

ALBERT, P. J.; PROAL, A. D.; MARSHALL, T. G. **Vitamin D: the alternative hypothesis**. Autoimmunity reviews, v. 8, n. 8, p. 639-644, 2009.

ANIC, G. M. et al. **Serum vitamin D, vitamin D binding protein, and lung cancer survival**. Lung Cancer, v. 86, n. 3, p. 297-303, 2014.

ARANTES, H. P. et al. **Correlation between 25-hydroxy vitamin D levelsand latitude in Brazilian postmenopausal women: from the Arzoxifene Generations Trial**. Osteoporosis International, v. 24, n. 10, p. 2707-2712, 2013.

BAKOS, L. et al. **A melanoma risk score in a Brazilian population**. Anais brasileiros de dermatologia, v. 88, n. 2, p. 226-232, 2013.

BANDEIRA, F. et al. **Vitamin D deficiency and its relation ship with bone mineral density among postmenopausal women living in the tropics**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 54, n. 2, p. 227-232, 2010.

BARBATO, Mariana Tremel. **Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2008. 1187. DISSERTAÇÃO (Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas - Mestrado) - Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2008

CABRAL, M. A. et al. **Prevalence of vitamin D deficiency during the summer and its relationship with sun exposure and skin phototype in elderlymen living in the tropics.** Clinicali nterventions in aging, v. 8, p. 1347, 2013.

CAINI, S. et al. **Vitamin D and melanoma and non-melanoma skin cancer risk and prognosis: a comprehensive review and meta-analysis**. Europe an journal of cancer, v. 50, n. 15, p. 2649-2658, 2014.

COLOMBO, M; SANGIOVANNI, A. **Vitamin D deficiency and liver cancer: More than just an epidemiological association?.** Hepatology, v. 60, n. 4, p. 1130-1132, 2014.

DA ROCHA, A. K. S.et al. Bone mineral density, metabolic syndrome, andvitamin D in indigenousfromsouthofBrazil. **Archives of osteoporosis**, v. 8, n. 1-2, p. 134, 2013.

DE CASTRO, L. C. O **sistema endocrinológico vitamina D**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabolismo, v. 55, n. 8, p. 566-75, 2011.

DE PAULA C, M; PIRES, L. **Doses of erythemal ultra violet radiation observed in Brazil.** International journal of dermatology, v. 52, n. 8, p. 966-973, 2013.

DELUCA, H. F.; CANTORNA, M. T. **Vitamin D: its role and uses in immunology.** The FASEB Journal, v. 15, n. 14, p. 2579-2585, 2001.

GUPTA, A. et al. **Vitamin D deficiency in India: prevalence, causalities and interventions.** Nutrients, v. 6, n. 2, p. 729-775, 2014.

HAGENAU, T. et al. **Global vitamin D levels in relationto age, gender, skin pigmentation and latitude: anecologic meta-regression analysis**. Osteoporosis international, v. 20, n. 1, p. 133, 2009.

HOLICK, M. F. **Evolution and function of vitamin D**. **In: Vitamin D Analogs in Cancer Prevention and Therapy**. Springer, Berlin, Heidelberg, 2003. p. 3-28.

HOLICK, M. F. **Sunlight and vitamin D for bone healt hand prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease**. The American journal of clinical nutrition, v. 80, n. 6, p. 1678S-1688S, 2004.

HOLICK, M. F. **Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application**. Annals of epidemiology, v. 19, n. 2, p. 73-78, 2009.

HOLICK, M. F. **Vitamin D: A millenium perspective**. Journal of cellular biochemistry, v. 88, n. 2, p. 296-307, 2003.

HOLICK, M. F**. Vitamin D: the underappreciated D-lightful hormone that is important for skeletal and cellular health**. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, v. 9, n. 1, p. 87-98, 2002.

IBGE INSTÍTUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **População presente e residente, por cor ou raça (dados do universo e dados da amostra).** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP106&t=populacao-presente-residente-cor-raca-dados>. Acesso em 19 de set 2018

IOM, Institute of Medicine. **Dietary reference intakes for calcium and vitamin D, Food and nutrition boar**d, institute of medicine, national academy press, Washington, D.C., 2011.

JONES, M. K. et al. **Prostate cancer and occupational exposure to whole-body vibration in a national population-based cohort study**. American journalof industrial medicine, v. 57, n. 8, p. 896-905, 2014.

KUCHUK, N. O. et al**. Vitamin D status, parathyroid function, bone turnover, and BMD ipostmenopausal women with osteoporosis: global perspective. Journal of Bone and Mineral Research, v. 24, n. 4, p. 693-701, 2009.**

LOPES, J. B. et al. Vitamin D insufficiency: a risk factor to vertebral fractures in community-dwelling elderly women. Journal of Boneand Mineral Research, v. 24, n. 4, p. 693-701, 2009.

LOPES, J. B. et al**. Vitamin D insufficiency: a risk factor to vertebral fractures in community-dwelling elderly women.** Maturitas, v. 64, n. 4, p. 218-222, 2009.

MAEDA, S. S. et al. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 58, n.5, p. 411-433, 2014.

MAEDA, S. S. et al. **Seasonal variation in the serum 25-hydroxyvitamin D levels of young and elderly active and inactive adults in Sao Paulo, Brazil: The Sao PAulo Vitamin D Evaluation Study (SPADES).** Dermato-endocrinology, v. 5, n. 1, p. 211-217, 2013.

MARQUES, C. D. L. et al. **A importância dos níveis de vitamina D nas doenças** autoimunes. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 50, n. 1, p. 67-80, 2010.

MITHAL, A. et al. **Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D**. Osteoporosis international, v. 20, n. 11, p. 1807-1820, 2009.

MORRIS, Howard A. **Vitamin D: A hormone for all seasons-how much is enough? Understanding the new pressures**. Clinical Biochemist Reviews, v. 26, n. 1, p. 21, 2005.

NESBY-O'DELL, S. et al**. Hypovitaminosis D prevalence and determinants among African**

American and white women of reproductive age: third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. The American journal of clinical nutrition, v. 76, n. 1, p. 187-192, 2002.

NEVES, J. P.R. et al. **25-hydroxyvitamin D concentrations and blood pressure levels in hypertensive elderly patients**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 56, n. 7, p. 415-422, 2012.

OLIVEIRA, R. M.S. et al. **Association of vitamin D insufficiency with adiposity and metabolic disorders in Brazilian adolescents–Corrigendum**. Public health nutrition, v. 16, n. 8, p. 1525-1525, 2013.

PAYNE, M. E.; ANDERSON, J. JB; STEFFENS, D. C. **Calcium and vitamin D intakes may be positively associated with brain lesions in depressed and nondepressed elders**. Nutrition research, v. 28, n. 5, p. 285-292, 2008.

PETERS, B. S.E. et al. **Prevalence of vitamin D insufficiency in Brazilian adolescents.** Annals of Nutrition and Metabolism, v. 54, n. 1, p. 15-21, 2009.

PREMAOR, M. O. et al. **Hypovitaminosis D and secondary hyperparathyroidism in resident physicians of a general hospital in southern Brazil**. Journal of endocrinological investigation, v. 31, n. 11, p. 991-995, 2008.

QUAGGIOTTO, P; TRAN, H; BHANUGOPAN, M. **Vitamin D deficiency remains prevalent despite increased laboratory testing in New South Wales, Australia**. Singapore medical journal, v. 55, n. 5, p. 271, 2014.

RUIZ, F. S. et al. **Associação entre deficiência de vitamina D, adiposidade e exposição solar em participantes do sistema de hipertensão arterial e diabetes melito**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 35, n. 2, p. 103-114, 2014.

RUSSO, L. A. T. et al. **Concentration of 25-hydroxyvitamin D in postmenopausal women with low bone mineral density**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 53, n. 9, p. 1079-1087, 2009.

SANTOS, B. R. et al. **VVitamin D deficiency in girls from South Brazil: a cross-sectional study on prevalence and association with vitamin D receptor gene variants.** BMC pediatrics, v. 12, n. 1, p. 62, 2012.

SARAIVA, G. L. et al. **Influence of ultraviolet radiation on the production of 25 hydroxyvitamin D in the elderly population in the city of Sao Paulo (23 o 34'S), Brazil.** Osteoporosis International, v. 16, n. 12, p. 1649-1654, 2005.

SARAIVA, G. L. et al. **Prevalência da deficiência, insuficiência de vitamina D e hiperparatiroidismo secundário em idosos institucionalizados e moradores na comunidade da cidade de São Paulo, Brasil.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, n.3, p. 437-442, 2007.

SCHLÖGL, M; HOLICK,F. **Vitamin D and neurocognitive function.** Clinical interventions in aging, v. 9, p. 559, 2014.

SILVA, B. C. C. et al. **Prevalence of vitamin D deficiency and its correlation with PTH, biochemical bone turnover markers and bone mineral density, among patients from ambulatories.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 52, n. 3, p. 482-488, 2008.

VINH Q. L, K; NGUYEN, L.**ThiHoang. The beneficial role ofvitamin D and its analogs in cancertreatmentandprevention.** Critical reviews in oncology/hematology, v. 73, n. 3, p. 192-201, 2010.

CAPÍTULO 21

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Terapeuta Ocupacional e Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará - UEPA

Samara Machado Paiva
Acadêmica de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará – UEPA

Larissa Maria de Souza Cruz
Acadêmica de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará – UEPA

RESUMO: Introdução: O NASF foi criado em 2008, afim de ampliar e abranger mais demandas da Atenção Básica, além de prover maior assistência aos usuários da Estratégia Saúde da Família. Se trata de uma Equipe de Referência composta por um conjunto de profissionais de nível superior que possam promover intervenções junto as demandas específicas, entre eles, o terapeuta ocupacional. **Objetivo:** Buscou-se a partir desse trabalho, elucidar o papel do terapeuta ocupacional na Estratégia da Saúde da Família através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Método:** Este estudo consiste em um relato de experiência referente aos atendimentos da disciplina Prática Social e Comunitária II, na Estratégia Saúde da Família (ESF) Paraíso Verde, assistida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), caracterizando a atuação terapêutica ocupacional junto a usuários da referida ESF. **Resultados**: As práticas de cuidado realizadas a partir da disciplina, perpassaram principalmente pela educação em saúde, tendo como estratégia, as visitas domiciliares, salas de espera e ações comunitárias. **Considerações Finais:** Através da integração ensino-serviço-comunidade, pôde-se promover a atuação sob a perspectiva da Terapia Ocupacional visando a dignidade, autonomia, independência e qualidade de vida do sujeito em qualquer âmbito, considerando que o indivíduo tenha o seu direito primordial garantido: a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: ESF, NASF, Atenção Básica, Terapia Ocupacional.

ABSTRACT: Introduction: The NASF was created in 2008 in order to broaden and cover the demands of Primary Care, as well as offering greater assistance to users of the Family Health Strategy (ESF). It is a Reference Team composed of a set of high-level professionals that can be displayed as specific requirements, among them, the occupational therapist. **Objective:** To occupy the job, to elucidate the role of the occupational therapist in the Family Health Strategy through the Family Health Support Center (NASF). **Method:** This study consists of an experience report in relation to the medical and social health team of the medical

community (NASF), with a permanent therapeutic action among users of the ESF. **Results:** Care practices were more difficult to take, such as home visits, social security meetings, and community actions. **Final Considerations:** Through the integration of teaching-service-community, relax and promote a perspective from an Occupational Therapy perspective aiming at a dignity, autonomy, independence and quality of life in another subject, considering that the domain has its primary right guaranteed: the health.
KEYWORDS: ESF, NASF, Primary attention, Occupational Therapy

1 I INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde permeia discussões desde a Reforma Sanitária e a ampliação da compreensão do que seria saúde e ser saudável. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em 1978 trouxe a discussão da saúde como imprescindível à população e que deveria ser garantida à população. A criação da Constituição Federal em 1988 ratificou este posicionamento ao declarar que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" e que a população deve ter "acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988; LIMA; FALCÃO, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado nos anos 90, visando o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, sendo uma política de estado pela Constituição Federal e Lei Orgânica de Saúde 8.080/90. O SUS trás como objetivos a promoção, prevenção e recuperação da saúde, e tem por base os princípios de universalidade, equidade e integralidade. É organizado através das diretrizes da descentralização, a hierarquização, a regionalização, a participação social e a complementaridade pelo setor privado. (BRASIL, 1990; LIMA, FALCÃO, 2014).

Nos anos que se seguiram, houve iniciativas e implementações de políticas e programas em busca da reorganização e reestruturação da atenção básica. Inicialmente através do Programa Saúde da Família (PSF) que agia por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde. A partir dos anos 2000, PSF se consolidou nacionalmente tornando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem por objetivo ser a porta de entrada da atenção básica. É composta pela equipe básica de um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS). (LIMA; FALCÃO, 2014).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, a fim de ampliar e abranger mais demandas da Atenção Básica, além de prover maior assistência aos usuários da Estratégia Saúde da Família. Se trata de uma Equipe de Referência composta por um conjunto de profissionais de nível superior que possam promover intervenções junto as demandas específicas. Esses profissionais podem ser da área de Serviço Social, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Medicina de especialidades mais necessárias na

Atenção Básica (BRASIL APUD JARDIM, 2008).

O NASF atua na perspectiva de algumas diretrizes relativas à atenção primária em Saúde como a ação interdisciplinar e intersetorial; desenvolvimento de noção de território; integralidade, participação social, educação popular; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

Rocha e colaboradores (2012) apontam que a normatização da participação da Terapia Ocupacional na Estratégia Saúde da Família, deu-se a partir da implantação do NASF no ano de 2008. Na portaria de proposta do NASF, a Terapia Ocupacional é caracterizada como uma das profissões atuantes na área de saúde mental, o que preconiza e garante a entrada da profissão no serviço de atenção primária à saúde, no entanto, não contempla nem restringe as aptidões e possibilidades da atuação da Terapia Ocupacional diante desse contexto.

Sendo verificado que a formação do terapeuta ocupacional garante que o mesmo possui competências específicas, que o possibilitam atuar em outras áreas definidas como estratégicas pelo Ministério da Saúde para o NASF, tais como na saúde da criança e do jovem, na reabilitação e saúde integral da pessoa com deficiência e idosa, na saúde da mulher, em práticas corporais, além de outras atividades e ações desenvolvidas no âmbito da promoção, prevenção, assistência e reabilitação (ROCHA et al, 2012).

2 I OBJETIVO

Buscou-se a partir desse estudo elucidar o papel do terapeuta ocupacional na Estratégia de Saúde da Família através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), ressaltando as possíveis estratégias utilizadas para a prevenção de doenças e agravos, assim como para a promoção de saúde e a qualidade de vida, caracterizando a atuação terapêutica ocupacional junto a usuários da referida ESF.

3 I MÉTODO

Este estudo traz um relato de experiência referente aos atendimentos da disciplina Prática Social e Comunitária II do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará, realizados em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), assistida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no município de Belém-PA.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades ocorreram nos meses de Setembro e Outubro do ano de 2015,

tendo sido realizadas ações de educação e orientação para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde, no âmbito institucional e domiciliar. O público alvo das intervenções foram os usuários da área coberta pela Estratégia Saúde da Família, um território que apresentava demandas sociais e de saúde muito pertinentes.

A vivência acadêmica no âmbito do NASF proporcionou que os discentes tivessem contato com os desafios encontrados na dinâmica do NASF e da saúde primária. Conforme pontuado nas diretrizes do NASF (Brasil, 2009), as demandas de trabalho estão ligadas à ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial buscando o aumento da resolutividade e capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

Para início do contato, realizou-se uma visita na Unidade de Estratégia Saúde da Família, onde foi possível observar a dinâmica de trabalho e organização da instituição, a divisão das equipes por área e microárea, além do rastreio da principal demanda da comunidade: Hipertensão Arterial, Diabetes, sequelas de AVE, gravidez na adolescência, dependência química, transtornos mentais entre outros.

Ao observar a dinâmica da instituição, traçou-se então como se daria o plano de trabalho da prática: Ações de Educação em Saúde na sala de espera da instituição sobre os temas mais persistentes na comunidade e visitas domiciliares a usuários que apresentassem demandas com necessidade de atuação da Terapia Ocupacional.

Nas semanas que se seguiram houve visitas domiciliares aos usuários da ESF, que em sua maioria, eram idosos e apresentavam quadros de hipertensão e diabetes associadas a outras comorbidades que prejudicavam seu desempenho ocupacional, sendo observado que principalmente estes usuários agiam com negligência no tratamento destas doenças crônicas, muitos deles não alcançando o controle adequado para alçar uma boa qualidade de vida. Além da falta de comprometimento com o tratamento das doenças crônicas, a alimentação não balanceada e muitas vezes prejudicial contribuía para o não controle destas doenças, o que refletia na grande porcentagem de pacientes com sequela de AVE na comunidade.

As demandas de doenças crônicas e cardiovasculares do território corroboram com a transição epidemiológica caracterizada pelo processo de mudança nos padrões de morbimortalidade da população brasileira. A substituição das doenças infectocontagiosas e parasitárias por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas é um fenômeno recorrente, com maior acometimento principalmente na população idosa. Índices epidemiológicos apontam o crescimento da sobrevida de pacientes em adoecimento caracterizado pela redução da mobilidade, o aumento das DCNT, doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes (BRASIL, 2009).

Entre as demandas mais comuns da comunidade, estavam as problemáticas sociais relacionadas aos jovens e adolescentes, entre esses, casos como o de uma usuária que em sua primeira gravidez aos 17 anos, e sem cumprir o pré-natal adequadamente ou alimentar-se de maneira satisfatória, antes e durante a gestação, desconhecendo orientações mínimas de amamentação e parto; e o de um usuário,

dependente do uso de álcool e outras drogas, pai de dois filhos, residindo com sua progenitora, forçando-a a manter as dívidas do tráfico, e não aceitando intervenções para tratar a dependência química.

O NASF preconiza em suas diretrizes que as equipes se envolvam no planejamento de ações de saúde em consonância com as prioridades de diretrizes para atenção e o cuidado integral a saúde dos adolescentes e jovens. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como fator de proteção e de prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento, de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis, como o tabagismo, álcool e outras drogas, e de agravos como os que são ocasionados pela violência de um modo geral, atenção à saúde da gestante adolescente e ao adolescente do sexo masculino. É necessária atenção diferenciada a adolescentes grávidas, numa perspectiva de busca ativa, para a realização de práticas em saúde como o pré-natal no primeiro trimestre, realizar atividades de orientação e prevenção como a discussão em grupo e grupos terapêuticos com a temática de planejamento familiar, paternidade e maternidade responsável, aceitação e cuidados para uma gravidez, partos e puerpério saudáveis (BRASIL, 2009).

Houveram também casos relacionados a deficiência física, desde sequelas de AVE à sequelas de toxoplasmose congênita, onde detectou-se a falta e dificuldade de manter um tratamento de reabilitação contínuo, além do estresse e das dificuldades vivenciadas pelos cuidadores.

As ações da Terapia Ocupacional para intervir junto a estas demandas foram: ações de Educação em Saúde, na sala de espera da ESF, com os temas Higiene, Hipertensão e Diabetes, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Câncer de Mama.

O NASF preconiza em suas diretrizes que os profissionais possam contribuir em processos educativos a fim de intervir ou modificar as demandas diversas da realidade vivenciada. A prática de Intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, e utilizar essas práticas de educação em saúde como espaço para abordagem interdisciplinar, tornando as atividades mais criativas e participativas, é uma ação viável na atenção primária (BRASIL, 2009).

Realizou-se ainda ações para promover a educação em saúde no domicílio de diversas famílias/usuários visitados, com orientações referentes a cada demanda apresentada, expondo a rede de assistência a qual poderiam fazer uso, incentivando o não abandono do tratamento, fornecendo informações sobre alimentação adequada e levando orientações acerca de posicionamentos e condutas ocupacionais visando assim a funcionalidade, independência, autonomia e a qualidade de vida.

As diretrizes do NASF pressupõem que o papel dos profissionais de reabilitação do NASF, como os terapeutas ocupacionais, é fundamental na abordagem das deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais ou múltiplas que podem ser evitadas ou atenuadas com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, orientações e adequações. Os autores pontuam que as principais causas de comprometimento e deficiências estão correlacionadas a eventos como transtornos congênitos e perinatais,

doenças transmissíveis e crônicas, transtornos psiquiátricas, abusos de álcool e droga, desnutrição, traumas e lesões (violência, acidentes no trânsito, no trabalho, na moradia), o que corrobora com a realidade vivenciada no NASF em que se deu esta prática acadêmica (BRASIL, 2009).

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática proporcionou maior integração ensino-serviço no que condiz ao olhar diferenciado da Terapia Ocupacional diante do contexto de Atenção Básica em Saúde Comunitária, garantindo também o amadurecimento acerca do entendimento do papel da equipe do NASF enquanto suporte para as equipes da Estratégia da Saúde da Família (EqESF), e a importância do papel da própria profissão dentro deste serviço. Além de promover a atuação sob a perspectiva da Terapia Ocupacional visando a dignidade, autonomia, independência e qualidade de vida do sujeito em qualquer âmbito, de forma que o indivíduo tenha o seu direito primordial garantido: a saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 out. 1988. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990a. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

ROCHA EF, Paiva LFA, Oliveira RH. **Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2012; v. 20 - n. 3, p. 351- 361.

JARDIM TA, Afonso VC, Pires IC. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – Evidências de um Estudo de Caso no Município de São Paulo. ***Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo***. 2008; v. 19 - n. 3, p. 167- 175.

CAPÍTULO 22

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz
Recife- Pernambuco

Fábia Maria de Santana
Instituto de Longa Permanência para Idosos
Serra Talhada- Pernambuco

Fabíola Olinda de Souza Mesquita
Secretaria Municipal de Saúde
Petrolina- Pernambuco

RESUMO: O tabagismo corresponde a um grave problema de saúde pública, acarretando repercussões em vários sistemas do corpo humano. No Brasil, o controle do tabagismo passou a ser articulado pelo Ministério da Saúde através de um conjunto de ações que objetivam reduzir a prevalência de fumantes e consequentemente a morbimortalidade relacionado ao consumo de derivados do tabaco. A atenção primária é vista como um grande espaço para promoção dessas ações por ser a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde e por estar próximo a residência dos usuários. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência de uma proposta multidisciplinar de apoio à cessação do tabagismo na atenção primária. Trata-se de um relato de experiência de grupos terapêuticos para usuários fumantes desenvolvido em um município do interior de Pernambuco. Os grupos foram realizados em encontros semanais, totalizando 5 encontros. Foram realizadas as seguintes atividades: anamnese individual; discussões sobre os malefícios do cigarro, alterações vocais, além de explicações sobre a terapêutica medicamentosa, síndrome de abstinência, repercussões do tabagismo sobre o sistema respiratório, técnicas de respiração profunda e relaxamento, atividade física e alimentação saudável. No último encontro foram discutidos os benefícios sentidos após parar de fumar construindo estratégias para evitar recaídas. Observou-se que a maioria dos participantes fumavam há mais de 10 anos, com alto nível de dependência, buscando o fumo em situações de nervosismo, ansiedade, solidão, estresse, alívio das tensões e prazer. Concluindo, destaca-se que a abordagem ao usuário fumante na atenção básica consiste em um grande desafio exigindo dos profissionais disponibilidade, criatividade e persistência. Os encontros promoveram melhora da auto-estima, compartilhamento de experiências entre usuários e profissionais e redução do número de fumantes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Abandono do Uso de Tabaco, Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

ABSTRACT: Smoking is a serious public

health problem, causing repercussions on several systems of the human body. In Brazil, tobacco control began to be articulated by the Ministry of Health through a set of actions aimed at reducing the prevalence of smokers and consequently the morbimortality related to the consumption of tobacco derivatives. Primary care is seen as a great space for promoting these actions as it is the preferred entry point into the health care network and because it is close to the users' residence. Thus, the objective of this study is to describe the experience of a multidisciplinary proposal to support smoking cessation in primary care. This is an experience report of therapeutic groups for smokers developed in a municipality in the interior of Pernambuco. The groups were held in weekly meetings, totaling 5 meetings. The following activities were carried out: individual anamnesis; discussions on cigarette malfunctions, vocal alterations, explanations on drug therapy, withdrawal symptoms, smoking repercussions on the respiratory system, deep breathing and relaxation techniques, physical activity and healthy eating. At the last meeting we discussed the benefits felt after quitting smoking by building strategies to avoid relapses. It was observed that the majority of participants smoked for more than 10 years, with a high level of dependence, seeking smoke in situations of nervousness, anxiety, loneliness, stress, relief of tensions and pleasure. In conclusion, it should be noted that the smoker user's approach to basic care is a great challenge, requiring professionals to be available, creative and persistent. The meetings promoted improvement of self-esteem, sharing of experiences between users and professionals and reduction of the number of smokers.
KEYWORDS: Primary Health Care, Tobacco Use Cessation, National Tobacco Control Program.

1 I INTRODUÇÃO

O tabagismo corresponde a um grave problema de saúde pública, acarretando repercussões em vários sistemas do corpo humano, impactando significativamente no grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) (BRASIL, 2015). Além do impacto na expectativa de vida, as doenças tabaco-relacionadas também interferem na qualidade de vida dos indivíduos (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015).

A redução global do consumo do tabaco no Brasil deve-se em parte ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), cujo foco está voltado para: a proibição da propaganda, a obrigatoriedade das imagens de advertência nas carteiras de cigarro e restrições ao fumo em ambientes fechados de uso coletivo. Apesar dos avanços, ainda permanecem desafios, como: limitar o acesso ao consumo, aumentar os preços dos produtos do tabaco, melhorar a fiscalização das medidas, entre outras (BARROS et al, 2011).

Pinto; Riviere; Bardach (2015) corroboram com Barros et al (2011) ao descreverem que a política de controle do tabagismo no Brasil avançou nos últimos anos, com

resultados positivos que se refletem na redução da prevalência. Entretanto, ainda há espaço para a intensificação de ações já adotadas, como o aumento dos preços e impostos e a oferta de tratamento para parar de fumar, desde que ancoradas no monitoramento de sua efetividade. Ademais, a proteção ao não fumante através de ambientes livres de fumo é uma medida que necessita ser colocada em prática com maior vigor no país.

O controle do tabagismo passou a ser articulado no Brasil pelo Ministério da Saúde através de um conjunto de ações que objetivam reduzir a prevalência de fumantes e consequentemente a morbimortalidade relacionado ao consumo de derivados do tabaco. A atenção primária é vista como um grande espaço para promoção dessas ações, por ser a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde e por estar próximo a residência dos usuários (BRASIL, 2015).

Portanto, a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem (e devem) ser realizadas no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário. O tratamento para a cessação do uso do tabaco, apresenta elevado custo-efetividade e aumenta significativamente as chances do usuário de alcançar abstinência definitiva. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar preparados para estimular e apoiar o seu paciente a parar de fumar (BRASIL, 2015).

Considerando os aspectos citados, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência de uma proposta multidisciplinar de apoio à cessação do tabagismo na atenção primária.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo de ações realizadas por uma equipe do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Salgueiro- PE.

O município está localizado na VII Regional de Saúde e apresenta uma população estimada em 2016 de 60.117 habitantes. Em sua rede assistencial encontra-se 18 Equipes de Saúde da família (ESF) e 1 NASF na modalidade 1 com os seguintes profissionais: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista e farmacêutico (PERNAMBUCO, 2011; IBGE, 2017; CNES, 2017).

A proposta de apoio à cessação do tabagismo iniciou após a realização de reuniões entre ESF e NASF para sistematização dos grupos terapêuticos para usuários fumantes. A equipe do NASF criou um roteiro para formação dos grupos incluindo o apoio dos profissionais do NASF no desenvolvimento das atividades propostas. Nos encontros de matriciamento eram discutidos as principais dúvidas em relação ao tratamento do usuário fumante e estabelecidas a divisão de responsabilidades entre os profissionais.

Os grupos consistiram em 5 encontros semanais realizados através de rodas de conversas nas Unidades de Saúde da Família com participação ativa de profissionais

e usuários. Também foi sugerido a realização de encontros de manutenção a cada 15 dias para acompanhamento longitudinal desses indivíduos.

O levantamento dos participantes é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde de cada microárea ou por demanda espontânea da própria comunidade e cada grupo possui um total de 15 indivíduos. Os profissionais facilitadores foram médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, acrescidos do apoio multiprofissional do NASF composto por fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista.

O primeiro encontro consiste na abordagem individual com anamnese realizada através da ficha de Abordagem e Tratamento do Tabagismo e Teste de Fagerström. Na segunda sessão é realizada a apresentação dos profissionais, funcionamento do grupo, necessidade de avaliação médica para uso de medicamentos, e dúvidas que venham a surgir, dando-se, assim, início ao tratamento. Os participantes recebem informações sobre os malefícios do cigarro, alterações vocais, terapêutica medicamentosa e métodos para parar de fumar: forma abrupta ou gradual por redução ou adiamento.

No terceiro encontro é discutido sobre a síndrome de abstinência, repercussões do tabagismo sobre o sistema respiratório, além de prática de técnicas de respiração profunda e relaxamento. Na quarta sessão é realizada roda de conversa sobre a importância da atividade física e alimentação saudável. No último encontro são discutidos os benefícios sentidos após parar de fumar construindo estratégias para evitar recaídas. A sessão é iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências e discutirem os resultados da semana anterior e sentimentos relacionados à ausência do cigarro.

Os principais componentes do tratamento para cessação do tabagismo são a abordagem cognitivo- comportamental e o apoio farmacológico, sendo o primeiro o principal alicerce do tratamento e o segundo, um auxiliar. Os materiais utilizados foram manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde entregues aos usuários em cada sessão.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o ano de 2016 foram realizados 6 grupos de apoio à cessação do tabagismo na Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente foram realizadas reuniões entre ESF e NASF para discussão da formação dos grupos terapêuticos e divisão de responsabilidades entre os profissionais facilitadores. Os encontros foram estabelecidos em acordo comum entre as equipes, as quais se mostraram responsáveis na condução dos grupos terapêuticos.

A execução da proposta também envolveu a realização de oficina voltada para as equipes de saúde da família com o intuito de capacitar/sensibilizar os profissionais de saúde para a abordagem, avaliação, motivação e acompanhamento adequados do usuário fumante. A realização desse espaço de debate possibilitou a identificação

de fragilidades e potencialidades da equipe, empoderamento dos profissionais e compartilhamento de experiências, gerando motivação para execução do grupo terapêutico.

Após a discussão entre os profissionais, os grupos foram iniciados com a avaliação individual dos usuários sob a responsabilidade da ESF. Essa avaliação inclui uma investigação das principais doenças e fatores de risco relacionados ao tabagismo, bem como avaliação do grau de dependência da pessoa ao cigarro, seu estágio de motivação para a cessação do tabagismo e suas preferências para o tratamento (BRASIL, 2015).

As sessões seguintes foram realizadas através de rodas de conversa com participação ativa dos usuários e equipe multiprofissional com discussão dos assuntos descritos na metodologia. No decorrer dos encontros foi percebido que a maioria dos participantes fumavam há mais de 10 anos, possuíam alto nível de dependência, e geralmente fumavam em situações de nervosismo, ansiedade, solidão, estresse, e em busca de alívio das tensões e prazer. O principal método escolhido pelos participantes foi a parada abrupta. A maioria dos usuários relataram sintomas relativos a síndrome da abstinência. Também foi relatado pelos participantes que o apoio medicamentoso foi visto como um auxiliar no tratamento e o principal fator que contribuiu para a cessação do tabagismo foi a motivação individual junto ao apoio dos profissionais, amigos e familiares.

Veloso et al (2011) corrobora com essas informações ao citar em sua pesquisa que o tabagismo representa para os usuários, um instrumento de prazer, alívio e suporte; e, do outro lado da balança, uma fonte impiedosa de dano social e humano que precisa e deve ser enfrentada. Também ficou evidente em sua pesquisa que a formação de grupos terapêuticos no cenário da Atenção Primária, com participação multiprofissional, associada ou não ao uso de medicamentos, é viável e pode resultar em êxito.

No estudo de Souza et al (2013), os usuários também relataram que o compartilhamento dos problemas entre os usuários e a ajuda dos profissionais proporcionam uma maior força de vontade para vencer a dependência. Brasil (2015) corrobora com essa afirmação ao descrever que o sucesso do tratamento está estreitamente ligado à interação que se estabelece entre o usuário, a equipe profissional e o apoio sociofamiliar (BRASIL, 2015).

Sobre o tratamento medicamentoso, a escolha foi realizada a partir da avaliação clínica individual dos usuários conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A decisão terapêutica depende de uma avaliação clínica do fumante, com busca de informações sobre o uso de medicamentos, patologias atuais ou pregressas. Devido à probabilidade de ocorrência de eventos adversos, todos os usuários em uso de farmacoterapia devem ser acompanhados regularmente até o final do tratamento. O tratamento medicamentoso é composto por adesivos de nicotina, goma de mascar e o Cloridrato de Bupropriona. Os adesivos possuem uma dosagem de 21 mg, 14 mg e 7

mg, os quais deverão ser utilizados de maneira a reduzir os níveis de nicotina a cada semana (BRASIL, 2015).

Entretanto, é importante refletir, se a oferta indiscriminada do apoio medicamentoso nos serviços consistirá em uma medida eficaz na cessação do fumo ou se resumirá na oferta do atendimento sem a consideração das particularidades de cada usuário (PORTES te al, 2014).

Apesar da grande procura para participação nesses grupos, observou-se dificuldade em manter os participantes até a última sessão, com algumas desistências. No entanto, destaca-se que os que permaneceram até o último encontro estavam efetivamente motivados a abandonar o hábito. Importante citar também que o apoio da equipe multiprofissional foi fundamental para a motivação individual dos usuários na interrupção do tabagismo. Os encontros promoveram compartilhamento de experiências e vivências entre profissionais e usuários. Sobre esse aspecto, Veloso et al (2011) citou que a formação desses grupos constitui um espaço para a troca de experiências sobre o andamento da cessação, os sucessos alcançados e o enfrentamento dos sintomas de abstinência.

Duarte (2014) descreveu que a proposta de atuação interdisciplinar agrega e proporciona maior interatividade entre as diferentes equipes que compõem a unidade de saúde, recrutando os diversos profissionais interessados.

A proposta de apoio multidisciplinar proporcionou aos usuários o conhecimento de vários profissionais os quais agregaram informações a terapêutica, entre eles: a discussão de hábitos de vida saudáveis com ênfase na alimentação e prática de atividade física, como também a participação do fisioterapeuta demonstrando técnicas de respiração que proporcionam redução da ansiedade assim como promovem a reexpansão pulmonar.

Os usuários se mostraram satisfeitos com as intervenções realizadas, demonstrando que as técnicas ensinadas auxiliaram na redução da ansiedade. Zancan et al (2011) também relataram que a utilização de técnicas de relaxamento, como exercícios de respiração e relaxamento muscular progressivo, é crucial para o tratamento, já que estas têm o intuito de cessar a ansiedade.

Em relação aos encontros de manutenção, destaca-se que não foi possível a sua realização devido a pouca participação dos usuários nesses momentos. Também foi observado que alguns usuários que não conseguiram abandonar o hábito de fumar se inseriam em novos grupos com o intuito de obter o apoio dos profissionais. Duarte et al (2014) ao descrever um relato de experiência sobre proposta multidisciplinar de apoio à cessação do tabagismo relatou que na proposta vigente os usuários eram submetidos a 6 sessões e de um seguimento mensal até um ano. No entanto, o autor destaca que a presença nesse grupo não é obrigatória e que nesta etapa é fundamental que a equipe responsável pelo atendimento daquele paciente seja notificada de que ele se encontra em fase de manutenção, para adequado acompanhamento. Em caso de recaída, há possibilidade de encaminhamento a um novo grupo.

Do ponto de vista dos profissionais, alguns entraves foram percebidos ao longo do desenvolvimento da proposta: excesso de atribuições da ESF dificultando a continuidade e oferta de novos grupos, assim como, o acompanhamento dos usuários e dificuldades de entendimento da proposta de apoio multidisciplinar, com atribuição da responsabilização pelo acompanhamento dos usuários a equipe do NASF.

Corroborando com essas dificuldades, na pesquisa de Portes et al (2014) também foi relatado que a concretização do atendimento ao fumante esbarra em diversas limitações que, provavelmente, não se restringem a seu local de estudo, tais como: o grau variado de comprometimento dos profissionais em implementarem o atendimento, a alta rotatividade de profissionais nas unidades e a carência de mecanismos que permitam aos profissionais implementarem e darem continuidade aos atendimentos em meio às demais atribuições, configurando-se como obstáculos ao desafio de efetivar a oferta do atendimento ao fumante de forma contínua e resolutiva.

Como alternativas para a melhoria da oferta do atendimento ao fumante na atenção primária o autor cita a importância da articulação da coordenação municipal do PNCT com os demais setores, de modo a serem otimizados os momentos da abordagem do usuário e reduzir a sobrecarga dos profissionais de saúde, assim como a consulta aos próprios profissionais acerca da viabilidade da implementação das ações sugeridas nas capacitações e de estratégias para a superação das dificuldades existentes (PORTES et al, 2014).

4 I CONCLUSÃO

A abordagem ao usuário fumante na atenção básica consiste em um grande desafio exigindo dos profissionais disponibilidade, criatividade e persistência. Os encontros promoveram melhora da auto- estima, compartilhamento de experiências entre usuários e profissionais e redução do número de fumantes. Por fim, destaca-se que a atenção primária consiste um espaço potencializador para promoção da saúde ofertando cuidado integral aos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2017. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 27 de abril de 2017.

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n 9, p. 3707-3716, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a08v16n9.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

DUARTE, R. S. Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.9, n. 33, 2014. Disponível em: < https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/708>. Acesso em 25 de fevereiro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativa populacional, 2017. Disponível em: < http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pe/salgueiro/panorama>. Acesso em 25 de abril de 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Pernambuco, 2011. Disponível em: <http:// portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe. gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso 25 de abril de 2017.

PINTO, M.T; RIVIERE, A. P; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 2015. Disponível em: <http:// www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

PORTES, L. H. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de janeiro, vol.19 no.2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200439>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

SOUZA, P. S. et al. Educação em saúde nos grupos de controle ao tabagismo no município de Criciúma: a prática do fisioterapeuta. **Rev. Saúde Pública,** Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 8-20, jul./set, 2013. Disponível em: < http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/195/230>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

VELOSO, N. S. et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, 2011. Disponível em:< https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/216>. Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

ZANCAN, N. Intervenções psicológicas em grupos de controle de tabagismo: relato de experiência**. Revista de Psicologia da IMED,** vol.3, n.2, p. 534- 544, 2011. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/132/109>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

CAPÍTULO 23

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/ Departamento de Educação/ Colegiado de Enfermagem – Senhor do Bonfim – BA

Carmélia Aparecida Silva Miranda
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/ Departamento de Educação/ Colegiado de Pedagogia – Senhor do Bonfim – BA

RESUMO: Trata-se de pesquisa que discorre sobre a saúde da comunidade quilombola de Tijuaçu, grupo étnico de maior representatividade da região de Senhor do Bonfim-Ba. Apresentou como objetivo realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde na referida comunidade. Pesquisa-ação, exploratória, inspirada na fenomenologia Husserliana e contou com a participação de integrantes da comunidade, lideranças políticas e religiosas, professores e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da localidade. Como instrumentos para construção dos dados foram utilizados questionário estruturado, entrevista semi-estruturada e grupo focal para aprofundar as discussões. Realizou-se análise de conteúdo, segundo Bardin, através da triangulação de dados. Os resultados sócio-epidemiológicos apontaram para uma coerência entre a visão dos líderes e dos integrantes da comunidade em relação aos determinantes de vida e as condições de vulnerabilidades persistentes na comunidade, contudo demonstram divergência quanto às práticas preventivas e curativas de saúde envolvendo a utilização de ervas medicinais, rezas e benzeções, comprometendo assim a implementação das ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, evidenciando que a comunidade vive, em condições de vulnerabilidades persistentes, e, em sua maioria, apresentam padrões alimentares inadequados; apresentam não somente, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas integralidade da assistência comprometida por precariedade e/ou inexistência de serviços estruturados para referência e; risco de perda de sua identidade cultural. Deste modo, se faz necessário intensificar ações de combate ao racismo institucional e conscientização acerca da cultura afro-brasileira e das práticas de medicina tradicionais de matriz africana.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Cultura Afro-Brasileira.

ABSTRACT: This research is about the health of the Quilombola community of Tijuaçu, the most representative ethnic group in the region of Senhor do Bonfim-Ba. The objective of this study was to carry out an investigative study about preventive and curative health practices

in the community. Exploratory action research, inspired by Husserlian phenomenology and counted on the participation of community members, political and religious leaders, teachers and professionals of the Family Health Strategy of the locality. As instruments for construction of the data were used structured questionnaire, semi-structured interview and focus group to deepen the discussions. Content analysis was performed, according to Bardin, through the triangulation of data. The socio-epidemiological results point to a coherence between the view of leaders and community members regarding the determinants of life and the conditions of persistent vulnerabilities in the community, however they demonstrate divergence regarding preventive and curative health practices involving the use of herbs health, medicine, prayers and blessings, thus compromising the implementation of the actions advocated by the National Policy of Integral Health of the Black Population, evidencing that the community lives in conditions of persistent vulnerabilities and, for the most part, present inadequate food standards; not only present difficulties in accessing health services, but also the integrality of care that is compromised by precariousness and / or lack of structured services for referral; risk of losing their cultural identity. In this way, it is necessary to intensify actions to combat institutional racism and awareness about Afro-Brazilian culture and traditional African medicine practices.
KEYWORDS: Black population health; National Policy of Integral Health of the Black Population; Afro-Brazilian Culture.

1 I INTRODUÇÃO

Originalmente denominadas como Quilombo, as comunidades quilombolas, como mais comumente são identificadas, travam uma luta incessante para afastar os inúmeros entendimentos errôneos acerca de seu desenvolvimento inicial e da forma como figuram para a sociedade. Na contemporaneidade, as comunidades quilombolas destacam exemplos de superação e protagonismo, buscando desenvolvimento social, econômico e cultural. Contudo, para manter e propagar sua cultura enfrentam uma série de dificuldades, vez que apresentam características biológicas, sociais e histórico-culturais próprias e que interagem permanentemente com diferentes culturas e modos de viver, necessitando buscar articulações com outras comunidades para a preservação de suas tradições. Esta interação com outras culturas acaba por interferir e/ou até fragilizar os processos de formação de novos indivíduos segundo a sua cultura, principalmente no que se refere a questões voltadas para a educação e a saúde destes povos.

Permanecendo à margem da sociedade, a estas comunidades são negados diversos direitos constitucionais básicos, como por exemplo, acesso às escolas e aos serviços de saúde, reduzindo, assim, as possibilidades de uma educação e atenção à saúde de qualidade. Reflexos da desigualdade vivenciada pela população quilombola impactam diretamente em suas condições de saúde e podem ser medidos pelos

indicadores de mortalidade do Ministério da Saúde, através dos quais se observou, no ano de 2014, que as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as causas externas (violências) e as causas mal definidas são os principais motivos de óbitos entre a população negra (BRASIL, 2015). Cabe ressaltar aqui que a elevada incidência de óbitos por causas mal definidas são a representação nítida da discriminação, do não respeito à diversidade, da falta de assistência à saúde, bem como da falta de equidade na assistência prestada.

Fica assim evidenciado o vazio assistencial e a baixa resolutividade dos serviços de saúde para estas comunidades, já que as coberturas da Estratégia Saúde da Família nestes territórios geralmente são baixas e, mesmo quando estão presentes, estas equipes não conseguem desenvolver a contento atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças específicas para estes indivíduos, o que se reflete em altas incidências de parasitoses e anemia e elevadas prevalências de desnutrição, hipertensão arterial e sobrepeso (MINGROTTI NETTO, 2008).

Partindo do reconhecimento do critério cor/raça como determinante para as condições de saúde, faz-se necessário ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2009, através da publicação da Portaria nº. 992, de 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN. Esta política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade, e reafirma os princípios do SUS constantes nas Leis n. 8080/90, e na Lei n. 8142/90 (BRASIL, 2009).

Através das atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas na prática docente na Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Campus VII), possibilitou-se a aproximação com a comunidade quilombola de Tijuaçu, situada na região do semiárido no Polígono das Secas, a 487 Km da capital do Estado da Bahia (IBGE, 2016). A comunidade é reconhecida desde 28 de fevereiro de 2000 e formada pela vila sede e por 28 povoados circunvizinhos, possuindo uma população de aproximadamente 3.600 pessoas, distribuídas em cerca de 1.110 famílias acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família local.

Diante de tal problemática e das inúmeras possibilidades apresentadas, surge a seguinte indagação: Quais os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade quilombola de Tijuaçu? Define-se, portanto, como objetivo geral: Realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde utilizadas pela Comunidade Quilombola de Tijuaçu/Senhor do Bonfim – Bahia.

2 I METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como pesquisa-ação, tendo em vista que proporcionou a interação com o ambiente e a realidade pesquisada, de modo que se

realizou o diagnóstico e a análise da situação de saúde da comunidade quilombola de Tijuaçu, propôs, aos seus participantes, mudanças que contribuíram para a melhoria das práticas analisadas e das condições de saúde apresentadas. Nesta perspectiva, a pesquisa apresentou, ainda, um caráter exploratório e descritivo, tem como objetivo proporcionar mais familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e a descrição das características do fenômeno estudado, estabelecendo relações entre (SILVA e MENEZES, 2005; GIL (2010); MOREIRA e CALEFFE (2008)).

Buscou-se inspiração na abordagem fenomenológica Husserliana caracterizada pela marca essencial da consciência que é a intencionalidade: toda consciência é consciência de algo. Nesta perspectiva, fugindo ao objetivismo positivista, propôs-se investigar questões de saúde na comunidade quilombola de Tijuaçu, para além dos determinantes de saúde, buscando conhecer o subjetivo, através dos relatos, da percepção, da imaginação e das vivências desta população, ou seja, visando compreender como a comunidade conceitua saúde e como desenvolve suas práticas curativas e preventivas de saúde, de modo a elucidar o fenômeno traduzindo seu sentido e valorizando o processo, o contexto e sua compreensão (HUSSERL, 1985).

Este estudo contou com três grupos de participantes: o primeiro grupo foi composto por 88 integrantes da comunidade, que responderam ao questionário estruturado, e foram selecionados através de amostragem estratificada aleatória, tomando-se por base a população estimada pelo SIAB no ano de 2015 e o número de micro-áreas existentes. Para realização do cálculo da amostra, considerando um nível de confiança de 97% e uma margem de erro amostral de 3%, foi utilizado o Software Open Epi Web. Para o cálculo de estratificação da amostra, utilizou-se o Software BioEstat 5.3, ambos disponibilizados gratuitamente em meio eletrônico.

O segundo grupo foi composto por lideranças políticas e religiosas. Foram entrevistadas cinco pessoas entre benzedeira, mãe de santo, líder comunitário e líder religioso; ao passo que o terceiro grupo, que participou das oficinas de grupo focal, foi constituído por 07 profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e por 09 professores que atuam na Escola Antônio José de Souza, totalizando 16 participantes.

Como instrumentos para construção dos dados foram utilizados banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/DATASUS) fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Senhor do Bonfim, questionário estruturado, entrevista semi-estruturada e grupo focal para aprofundar as discussões. Recorremos à utilização de multitécnicas que permitiram trabalhar a complexidade dos fenômenos tais quais estes se revelam e, posteriormente, na fase de análise e discussão, apoiaram a triangulação de dados.

Para o tratamento dos dados quantitativos, foram utilizados os programas estatísticos Epi-Info 7 e BioEstat 5.3, além de planilhas e gráficos do Microsoft Excel; para os dados qualitativos, utilizou-se a análise textual e o software Tagul para confecção das nuvens de palavras ou *Word Clouds*. Realizou-se análise de conteúdo segundo Bardin, através da triangulação de dados com discussões argumentadas

à luz dos conhecimentos produzidos sobre saúde da população negra na literatura vigente.

Durante a elaboração e desenvolvimento desta pesquisa foram observados os aspectos éticos envolvidos, conforme Resolução nº 466/12 do CNS/CONEP/MS, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa\UNEB com parecer n. 1333985/2015.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento da pesquisa, atendendo aos objetivos delineados, buscou-se, através da triangulação das variadas fontes e metodologias utilizadas, investigar sobre a saúde da comunidade de Tijuaçu, e conhecer os modos como a saúde, enquanto fenômeno manifesta-se na comunidade e como seus moradores exercitam a prevenção e a cura de doenças e agravos.

Foram entrevistadas cinco pessoas entre benzedeira, mãe de santo, lideranças comunitária e religiosa. Dentre os entrevistados, identificamos três mulheres e dois homens, com idade média de 64 anos e mais de 40 anos de convívio na comunidade. Visando preservar suas identidades, atribuímos pseudônimos, relacionando-os com nomes de flores: Gardênia, Orquídea, Alecrim, Lírio e Girassol. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os questionários foram aplicados a 88 moradores/domicílios da comunidade. Realizando a caracterização dos moradores participantes desta etapa da pesquisa, em relação aos dados sócio-demográficos conforme Tabela 1, pudemos observar que, entre eles predomina o sexo feminino (84%).

Resultados	N	%	Resultados	N	%
Sexo			**Idade**		
Feminino	74	84%	18 a 24 anos	13	15%
Masculino	14	16%	25 a 30 anos	14	16%
			31 a 39 anos	19	22%
			40 a 49 anos	12	14%
			50 a 59 anos	8	9%
Cor / Raça			60 anos e +	22	25%
Negra	46	52,3%			
Parda	32	36,4%	**Religião**		
Amarela	1	1%	Católica	63	71,6%
Índia	2	2,3%	Evangélica	23	26,1%
Branca	7	8%	Nenhuma	2	2,3%
Naturalidade			**Tempo de Residência em Tijuaçu**		
Tijuaçu	30	34%	< 2 anos	3	3,4%

Senhor do Bonfim	40	45,5%	2 a 5 anos	5	5,6%
Outra	18	20,5%	5 a 10 anos	9	10%
			> 10 anos	71	81%

Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Moradores participantes da pesquisa, (N=88), Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.

Fonte: Tabela construída a partWir da tabulação dos dados dos questionários, 2016.

Destaca-se aqui o reconhecimento e a forte identidade negra entre os membros da comunidade de Tijuaçu. Estas foram sentidas nos momentos de aplicação dos instrumentos de construção de dados e nas conversas com os moradores. Retoma-se Brasil (2004b; 2007) para marcar a importância da ancestralidade negra e de sua relação direta com a resistência à opressão sofrida. Portanto, ao se declarar negro, o povo de Tijuaçu rememora um passado não tão distante de sofrimento, e comemora um presente e possibilidade de futuro marcado por lutas, resistências e ressignificações nas esferas cultural, social, econômica e política.

Outro ponto que emerge da caraterização dos moradores e das observações de campo que merece destaque é a presença marcante da religião Católica dentre o grupo de participantes que responderam ao questionário (71,6%), contrastando com o senso comum de prevalência das religiões de matriz africana. É marcante a devoção a São Benedito e à Nossa Senhora Aparecida.

A segunda parte do questionário refere-se ao estado de saúde dos participantes e de seus familiares. Ao serem questionados sobre a situação de saúde, os participantes avaliam a saúde de sua família como muito boa (2%;n=2), boa (38%;n=33), regular (47%;n=41), ruim (10%;n=9), muito ruim (3%;n=3). Observamos, portanto, que, apesar dos problemas de saúde enfrentados pela comunidade, a mesma considera que possui um nível de saúde satisfatório, com taxa de 74% para os níveis bom e regular, ao passo que os níveis ruim e muito ruim representaram 12%, um percentual bastante expressivo, superando em muito os dados apresentados pelo Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Mundial de Saúde.

Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde estimou taxa de 9% de autoavaliação ruim ou muito ruim para a população brasileira. No ano de 2008, o Suplemento de Saúde da PNAD revelou, para o Brasil, taxas de avaliação do estado de saúde em 3,8% para as classificações ruim ou muito ruim; para a região Nordeste, esta taxa foi de 4,6%. Um estudo de autoavaliação de saúde, em uma comunidade que apresenta características semelhantes (quilombola, rural, localizada no interior de um Estado nordestino), apresentou para as classificações ruim ou muito ruim taxas em torno de 12,5%, equivalentes, portanto, com esta pesquisa permitindo assim, inferir que as condições adversas de vida e saúde interferem diretamente na autoavaliação da

mesma (SZWARCWALD, C. L. et al, 2004; IBGE, 2016; KOCHERGIN, PROIETTI, CÉSAR, 2014).

Para ampliar a compreensão dos tijuaçuenses ao realizarem autoavaliação do estado de saúde, faz-se necessário conhecer como estes indivíduos conceituam saúde e doença. Recorre-se, deste modo, aos dados construídos a partir das entrevistas realizadas com representantes da comunidade.

Durante a análise do conteúdo das entrevistas, a primeira questão: *"O que você entende por saúde?"* obteve respostas que variaram entre saúde enquanto ausência de doença, saúde como corpo e mente sãos, e ainda saúde enquanto garantia de direitos e posse de terra, remetendo-nos a ideia de como os conceitos de saúde e doença são culturalmente determinados e sofrem influência de vários aspectos sociais, econômicos e relacionados com as trajetórias individuais e coletivas de vida.

Dois dos entrevistados se reportaram à saúde enquanto viver bem, sem doenças e se reportaram ao caráter evolutivo das questões relacionadas à saúde:

> A saúde no passado e agora, eu aqui na comunidade, antigamente, a saúde era muito ruim. Naquela época, do passado, a saúde era mais difícil. (Gardênia)

> A saúde, quer dizer, ser saudável, é quando a pessoa vive bem, não tem nenhum problema, nem fica tomando remédio sempre. (Rosa)

Na literatura, podemos nos deparar com uma gama de conceitos sobre saúde: saúde como ausência de doença; saúde como bem-estar; e saúde como valor social. Contudo, independentemente destes conceitos, pode-se atribuir a saúde da população negra a três elementos principais, quais sejam: política, ciência e tradição, e vulnerabilidade diferenciada, sendo esta última relacionada diretamente com a ecologia biocultural da população negra e voltada para um cuidado baseado em evidência e centrado na pessoa (CRUZ, 2015).

Emergiu ainda o conceito de saúde enquanto bem estar físico, mental e espiritual. Neste sentido, observamos que, para a entrevistada em questão, cuidar da mente e do espírito é igualmente importante a cuidar do corpo.

> A saúde, pra mim, meu bem, é você cuidar bem de sua saúde [...] Então a gente tem que se cuidar, cuidar de nossa matéria e de nosso mundo espiritual, que nós temos os dois lados, o carnal e o espiritual. (Alecrim)

Ampliando o conceito, observa-se que, numa relação direta com seus modos de vida e as tradições e marcas culturais que traz consigo, o ser humano (re)cria suas próprias definições para saúde, considerando como prioritários aspectos que possibilitem sua autonomia e subsistência. Deste modo, surgem entre os entrevistados as seguintes afirmações:

> Saúde para mim é ter terra. Um teto para morar, [..] um pedaço de chão para plantar. (Lírio)

Girassol ressalta a importância da alimentação para a garantia da saúde:

> Não se pode ter saúde, se a gente não tem o que comer, não tem como plantar um feijão, um milho. Eu graças a Deus tenho um cercadinho com minha roça, mas tem muitos que não tem nada. (Girassol)

Estas afirmações trazem à tona o que já se tornou senso comum entre a população e os profissionais de saúde acerca do processo saúde-doença enquanto um

> [...] processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998, p 11).

Portanto, a manutenção da saúde ultrapassa as questões clínico-assistenciais, despertando para a necessidade de um novo modelo de saúde que responda adequadamente às demandas deste processo.

A representação gráfica do *corpus* originado da oficina de grupo focal sobre saúde da população negra e de Tijuaçu pode ser visualizada a partir da Figura 1.

Figura 1 – Nuvem de palavras da Oficina Saúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Nas discussões sobre saúde da população negra, tendo em vista que o grupo de participantes é constituído por professores e profissionais de saúde, evidenciou-se fortemente a importância da criança para o desenvolvimento da comunidade e da escola como local preferencial para que estas crianças se desenvolvam.

Foram apresentados como disparadores para a discussão os vídeos: 1. Negros em Foco – Saúde da População Negra (Parte 1) – 5 min, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=KiGuR-a0Gt8; e 2. Outro Olhar – Saúde da População Negra

– 1min52seg, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=8wyR2EixD5U. Correlacionando a saúde da população de Tijuaçu com o que foi apresentado pelos vídeos, uma das participantes declara:

> Acontece muito aqui na questão do que foi dito aí, do número elevado de pacientes que possuem doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e também da diabetes. A gente tem tido uma dificuldade muito grande com relação ao acompanhamento de pacientes (...) não conseguimos colocar na cabeça deles que o cuidado com a alimentação é importante para fazer o controle da pressão arterial deles (...), pois sabemos que a medicação sozinha ela não faz efeito, tem que ter um conjunto (...), a alimentação e a questão da prática de atividade física que também é muito importante para o controle do problema. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 3).

Além destes problemas citados acima, emergiu uma série de outros problemas de saúde identificados pelo grupo, desde a hipertensão arterial e a diabetes como já mencionadas, até a obesidade, infarto, acidente vascular cerebral, a subnutrição que aparece muitas vezes não associada ao baixo peso, até as doenças infecto-parasitárias, verminoses e infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/aids.

> O que a gente percebe muito aqui na comunidade também é a questão da obesidade. Eu falo como professor de educação física, a gente normalmente pensa na medicação e na alimentação, mas a atividade física também é muito importante e ajuda bastante para o controle da obesidade e do diabetes. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 5).

Retornando para a discussão dos questionários, analisaremos a frequência de adoecimento nos últimos 30 dias. Nos 60 domicílios (68,2%) que apresentaram algum tipo de doença nos últimos 30 dias, foram verificados 69 problemas relacionados, sendo que em algumas situações um único morador manifestou mais de uma patologia. Dentre as patologias relacionadas, chama-se a atenção para o elevado número de casos de Doença Exantemática relacionadas à Tríplice Endemia (Dengue, Chicungunya e Zika), sendo observados 31 casos; foram 12 os casos relacionados com gripes e/ou resfriados. As demais causas de morbidade encontradas foram: viroses indeterminadas (5), problemas gastrointestinais (5), complicações em decorrência de diabetes mellitus (5) e da hipertensão arterial (4), acidentes (1), problemas mentais (1), odontológicos (1), dermatológicos (1), renal (1), outros (2).

Dentre as doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, problemas mentais e renal) relacionadas pelo grupo respondente aos questionários, verifica-se padrão de morbidade semelhante aos apresentados em diversos estudos relacionados à saúde da população negra, evidenciando o racismo sofrido por esses indivíduos, e a prevalência de doenças geneticamente determinadas, ou de berço hereditário, ancestral e étnico, associadas às doenças decorrentes das condições sócio-econômicas, educacionais e psíquicas desfavoráveis (ROCHA, 2004; MONTEIRO, MAIO, 2008).

Dos 60 domicílios que apresentaram algum morador que adoeceu nos últimos 30 dias, apenas um morador não procurou auxílio para a resolução do seu problema de

saúde; os outros 59 procuraram algum tipo de auxilio. Emergiram desta questão duas situações peculiares, em comparação com os estudos sobre assistência à saúde em outras comunidades quilombolas: desenvolvimento de práticas predominantemente médico-hospitalares e a não evidenciação de uso das práticas alternativas como rezadeiras, benzedeiras e curandeiras. Neste estudo, a população de Tijuaçu apresentou-se com práticas de saúde características de um modelo hospitalocêntrico, considerando-se que 31 indivíduos (51%) respondentes afirmaram procurar auxílio em unidades hospitalares na sede dos municípios de Senhor do Bonfim e Filadélfia. Como segundo lugar para auxiliá-los, 26% dos respondentes dirigiram-se à Unidade de Saúde da Família da localidade, seguidos por 15% destes indivíduos que buscaram auxílio na farmácia privada do distrito.

Dentre os 60 domicílios que apresentaram adoecimento de seus moradores, nenhum dos participantes informou ter procurado auxílio em casas de benzedeiras, rezadeiras ou curandeiros. Embora este dado retrate uma amostra da realidade, podemos validar esta informação através das conversas que mantivemos com os moradores e com as próprias rezadeiras da localidade. Estas últimas revelam que seus serviços já não são mais requisitados como em décadas anteriores e que os membros da comunidade demonstram certa resistência em frequentar suas residências.

Essas flutuações e negações das tradições afro-brasileiras são frutos das interações com outros saberes e culturas e influenciam diretamente na identidade e na transmissão dessas tradições. Relembremos Bauman (2005) que afirma que as identidades flutuam no ar e que é preciso estar em alerta constante para defender as primeiras em relação às ultimas. Deste modo, percebe-se certa negação a estas tradições, como revelado pela fala da entrevistada Gardênia ao ser questionada sobre a crença da comunidade nas práticas tradicionais com usos de chás, garrafadas e benzeções:

> Ninguém sabe se o povo perdeu a fé [...]. Deixaram de acreditar sim, [...] antigamente eu cansei de curar meu filho na roça com essa marjenta quando tinha dor de barriga [...]. (Gardênia).

A narrativa de Gardênia nos remete ao fato que as tradições se dissipam ao longo do tempo e são substituídas por outras práticas, aparentemente mais eficazes, em decorrência da disponibilidade de serviços hospitalares e ambulatoriais, das facilidades de aquisição dos medicamentos, mesmo sem receita médica, e do tempo reduzido para manifestação dos efeitos terapêuticos. Contudo, faz-se necessário o resgate destas tradições e a busca por integração das práticas alternativas e tradicionais populares ao saber médico-científico, conforme estabelecido nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que prevê, dentre outras diretrizes, o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matriz africana (BRASIL, 2009).

Ao serem questionadas quanto ao acesso à assistência médica, à prescrição de tratamentos e ao uso de medicamentos, essas pessoas revelaram que, dos 50 indivíduos que procuraram ajuda para tratamento em unidades hospitalares e ambulatoriais, 45 (90%) receberam assistência médica, enquanto 5 (10%) receberam assistência por outros profissionais de saúde. Chama a atenção o fato que a quase totalidade dos respondentes informou ter recebido orientações/prescrições para o uso de medicamentos, ao passo que apenas um indivíduo informou ter recebido orientações para o uso conjunto de medicamentos e chá à base de ervas naturais.

Esta prática vai de encontro ao preconizado por diversas diretrizes do SUS, dentre as quais podemos citar a própria Lei Orgânica do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS; e reforça a necessidade de divulgação destes documentos norteadores e do desenvolvimento de formação / capacitação profissional para médicos e demais profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde do município e região vizinha.

Dentre os respondentes aos questionários, para a questão: “Algum morador possui alguma doença?” obtivemos 81% (N=63) de respostas afirmativas e 39% (N=25) para respostas negativas. Na análise das entrevistas, sobre doença, a narrativa de Gardênia nos faz recordar que nem sempre a definição de saúde e doença está bem delimitada na mente humana devido sua complexidade conceitual:

> Doença é uma coisa que eu não sei nem lhe responder o que é doença, acho que doença é um vírus, uma bactéria, ou vem do tempo, não vou responder certo, só sei que a gente tá aí de repente bate. (Gardênia)

Alecrim, mantendo sua ideia de que o homem é composto por matéria e espírito, e apresentando forte carga religiosa em sua fala, conceitua doença como algo ruim e do mundo:

> A doença é uma coisa muito ruim. A doença não vem de Deus. [...] Deus colocou nós aqui para nós viver bem, com harmonia e feliz com todos, mas, infelizmente veio o pecado que traz estas coisas, vem a doença, vem a angustia, então isso aí é coisa do mundo, é coisa daqui. Nós temos que passar tudo isso aqui, mas não tem nada a ver com Deus, nosso Deus é limpo, é puro, é amor e é resplendor. (Alecrim)

Ao serem indagados sobre as formas como tratam seus problemas de saúde, os entrevistados informam que, no passado, recorriam mais frequentemente aos métodos naturais, a exemplo dos chás feitos com ervas do quintal, garrafadas e rezas. *“[...] num dia desses, a gente pegava um chá, fazia um remédio.” (Orquídea).*

Revelam, ainda, como o pensamento positivo, a fé em Deus e a crença nos dons e conhecimentos dos curandeiros são capazes de promover a cura e afastar os males, mantendo o corpo são.

> ...Não fui para o médico, de jeito nenhum. Quem me curou primeiramente foi Deus

> e segundo a fé. Tinha um homem, um sábio, que rezava, que era rezador, mamãe foi lá nele. Ele fez uma garrafada de remédio e eu fiquei boa. (Gardênia)

Nos tempos atuais, apesar de predominar a cultura médico-hospitalar entre a população de Tijuaçu, ainda existem os adeptos das práticas tradicionais da cultura afro brasileira.

> Hoje em dia [...] com reza. Ali mesmo caiu um senhor com esta doença tonto, a mulher rezou lá embaixo, a mulher alta ali embaixo rezou, passou uns remédios, ele já está até melhorzinho. (Alecrim)

Os resultados das tabulações dos questionários e a análise dos *corpus* derivados das entrevistas revelam que a comunidade de Tijuaçu apresenta dificuldades em manter suas tradições no que se refere aos cuidados com a saúde, perdendo significativamente o poder de transmissão de sua cultura e costumes.

Percebemos claramente que os cuidados tradicionais com a saúde, a exemplo do uso de chás, rezas, banhos, garrafadas e lambedores, feitos pelos terapeutas populares da comunidade, ainda são cultivados entre os moradores mais idosos e que vivenciaram o poder da cura destas práticas desde a infância, muitas vezes em situações nas quais estes eram os únicos recursos disponíveis. Quanto aos mais jovens, estes apostam no novo; com acesso à informação e à tecnologia, valorizam mais facilmente os medicamentos, exames e especialidades médicas, em detrimento das práticas ensinadas por seus avós através das histórias contadas.

Sobre a negação desta herança, Costa (2012, p. 337) afirma que: "Os mecanismos históricos de controle e repressão as religiões afro-brasileira dificultaram muito a construção de uma "identidade" do "povo de santo", fazendo inclusive com que se negue a importância das práticas terapêuticas de cura"

Com uma identidade fragmentada pela discriminação e pelo preconceito, torna-se natural o abandono de tais práticas e a substituição por outras, contudo, os idosos tentam resgatar nos mais novos a crença a respeito das contribuições do saber popular e das manifestações artístico-culturais afro-brasileiras para a promoção e manutenção do bem estar físico e mental, bem como para o convívio social da comunidade.

Ao discutirmos sobre o preconceito e o racismo na comunidade, emergem do grupo algumas falas que representam certas atitudes que geram preocupação por não serem esperadas em uma comunidade negra:

> A gente percebe que o racismo vem da própria comunidade. Os meninos negros chamam os colegas de macaco. (Grupo Focal 02, Professor(a) 5).

> O processo discriminatório nasce na própria comunidade porque no dia 20 é para eles fazerem a mobilização aqui dentro da comunidade e eles não fazem. (Grupo Focal 02, Professor(a) 2).

Diversos estudos sobre o racismo enquanto determinante social da saúde

consideram que as condições de vida interferem diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos. As desigualdades sociais, e a concentração de riqueza e de poder afeta a saúde da população em geral e, mais especificamente, da população negra, que vive em sua maioria nas piores condições de vida (BRASIL, 2009; CRIOLA, 2010; MONTEIRO e MAIO,2008; SEPPIR, 2011).

De acordo com SEPPIR (2011):

> É preciso considerar que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilégio de setores autodefinidos como racialmente superiores. Tais vantagens, ao conferir a esses grupos poder de manejo e controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tendem a tornar extremamente difícil seu engajamento na ruptura das prerrogativas resultantes da iniquidade e na repactuação ética necessária (SEPPIR, 2011, p. 5).

Buscando compreender o verdadeiro sentido das narrativas acima, não podemos deixar de considerar que, diante de tanta desigualdade e preconceito, expressos muitas vezes através de agressões verbais, psicológicas e mesmo físicas, sofridas pelos moradores de Tijuaçu e por tantos outros integrantes de comunidades quilombolas, torna-se aceitável que estes indivíduos experimentem sentimentos como negação e até mesmo de reprodução.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adentrar a comunidade quilombola de Tijuaçu para realizar esta pesquisa visando compreender como são desenvolvidas as práticas preventivas e curativas em saúde entre os integrantes da comunidade foi uma tarefa instigante e complexa, considerando a diversidade de aspectos culturais, históricos, sociais e econômicos que permeiam a temática. Contudo, as demonstrações de força, coragem e, sobretudo, de alegria foram essenciais no encorajamento para seguir nesta jornada. A cada conversa e a cada novo elemento incorporado à pesquisa renovavam-se os ânimos e a vontade de conhecer mais e compreender melhor este grupo étnico.

Com a análise triangular dos dados a cerca da saúde da população negra e de Tijuaçu, tornou-se possível a compreensão das histórias, dos modos de viver e fazer saúde em Tijuaçu e nos conduziu às seguintes constatações:

1. A comunidade quilombola de Tijuaçu vive, em sua maioria, em condições de vulnerabilidades persistentes e é privada de condições básicas de vida, a exemplo de moradias adequadas e saneamento e esgotamento sanitário. O destino do lixo e das fezes e urina também é problema. É comum a visualização de esgoto a céu aberto e amontados de lixo nas ruas do povoado. Acrescentamos ainda o abastecimento irregular de água potável.

2. Os integrantes da comunidade, em sua maioria, apresentam pa-

drões alimentares inadequados. Como reflexos, observamos a subnutrição, a obesidade, elevação das taxas sanguíneas de colesterol e triglicérides, aumento no número de casos crônicos de hipertensão e diabetes, além da elevação das taxas de complicações, a exemplo de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trombose venosa, hospitalizações e óbitos.

3. Os integrantes da comunidade apresentam não somente, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas integralidade da assistência comprometida por precariedade e/ou inexistência de serviços estruturados para referência. Apesar dos esforços empreendidos pela equipe de saúde da família local, o atendimento das demandas geradas pela população torna-se inviável, tendo em vista a sobrecarga de trabalho para uma única equipe, o contingente populacional e a abrangência territorial. Observamos ainda que o acesso aos métodos terapêuticos e diagnósticos encontra-se deficiente.

Diante de tais achados, consideramos que se faz necessária a implementação das políticas públicas de saúde, educação, seguridade social, segurança pública e promoção da igualdade racial, que, apesar de estarem em vigor, ainda não se constituíram na prática. No âmbito da saúde, consideramos importante a oferta de melhores condições de trabalho para a equipe que atua na ESF, promoção de ações que visem a ampliação do acesso aos serviços de prevenção e tratamento, garantia de integralidade da assistência, valorização das práticas de medicina tradicional de matriz afro-brasileira, bem como capacitação da equipe para lidar com tais práticas.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf. Acesso em 20 abril 2015.

_____. **Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde da população negra**. Brasília: UNA-SUS, 2015.

COSTA, Adailton Moreira. Candomblé e Saúde. IN: MANDARINO, Ana Cristina de Souza;

GOMBERG, Estélio (orgs). **Leituras Afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes**. Salvador: EDUFBA, 2012.

CRIOLA. **Saúde da População Negra**. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro, junho 2010.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Conceito de saúde (e bem-estar) da população negra. In: UNA-SUS, **Módulo Saúde da população negra**. Unidade 1 – Contextualizando a saúde da população negra. Atividade 1 – Cultura negra, saúde e bem-estar. Brasília: DF, 2015.

GIL, A C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

HUSSERL, E. **Husserl** (Col. Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural, 1985.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional**. Brasília. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=293010#>. Acesso 12 maio 2016.

KOCHERGIN, Claudia Nicolaevna; PROIETTI, Fernando Augusto; CÉSAR, Cibele Comini. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 30(7), p. 1487-1501, jul/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1487.pdf. Acesso em 24 abr 2015.

MINGROTTI NETTO, RC. **Genética e saúde nos remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira – SP**. São Paulo, 2008.

MOURA, C.A.R. Crítica da Razão na Fenomenologia. São Paulo: **Edusp/Nova Stella**, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000129&pid=S1414-32831997000200008000028&lng=en. Acesso em: 05 dez 2015.

MONTEIRO, S; MAIO, M C. Saúde: Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil (1995-2006). In: PINHO, O; SANSONI, L (Orgs.). **Raça: novas perspectivas antropológicas**. 2. ed. ver. Salvador: ABA / EDUFBA, 2008. p. 121-150.

MOREIRA, H; CALEFFE, L G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

ROCHA, Rogério Lannes. Da invisibilidade à ruptura do silêncio**.** IN: Saúde da população negra: a invisibilidade agrava o quadro de doenças. Rio de Janeiro: **RADIS**, n. 20, abr 2004.

SEPPIR, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2011.

SILVA, EL da; MENEZES, EM. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em ftp://ftp.unilins.edu.br/brenoortega /metodologia/ metodologia_de_pesquisa.pdf. Acesso em 10 de out 2013.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; e FERREIRA José Henrique Germann. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, Vol. 2).

CAPÍTULO 24

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Jamilly Nunes Moura
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

John Lucas da Silva Almeida
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Suelen Gaia Epifane
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Ana Caroline Guedes Souza Martins
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Danielly Amaral Barreto
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Leticia Almeida de Assunção
Acadêmica da Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Letícia Gemyna Serrão Furtado
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Tucuruí – PA

Manuela Furtado Veloso de Oliveira
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Marllon Rodrigo Sousa Santos
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

Thyago Douglas Machado
Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém – PA

RESUMO: O presente estudo visou apresentar um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem, à cerca de uma ação coletiva sobre recomendações de alimentação saudável para a população quilombola tendo em vista a promoção da saúde desta minoria ética. Realizou-se uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência acadêmica, realizada em uma comunidade quilombola no município de Ananindeua, no estado do Pará em 2016, através de ação educativa sobre alimentação saudável para crianças de forma lúdica, levando-se em consideração os alimentos mais consumidos pela população. Procurou-se conhecer os hábitos alimentares através de uma conversa interativa com as crianças e os pais visando contextualizar a dinâmica com a realidade nutricional das crianças. Constatou-se que apesar de haver o consumo de alimentos saudáveis pela maioria da população local, há uma introdução crescente de alimentos com alto teor calórico e de baixo valor nutritivo que podem vir a interferir na saúde e expectativa de vida dessa comunidade. Porém, ressaltou-se o respeito para com a cultura e seus

hábitos alimentares, tendo em vista que somente mediante uma comunicação mutua é permitindo a construção de um relacionamento compreensivo e aprendizagem horizontal, possibilitando assim o surgimento dos resultados das ações empregadas.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde das Minorias Étnicas; Enfermagem em Saúde Comunitária; Alimentação saudável; Alimentação escolar.

1 I INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas são formadas por grupos de indivíduos, com descendência relacionada a grupos éticos-raciais de acordo com a auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas presunção de ancestralidade negra com resistência ao passado de opressão histórica sofrida pela escravidão. O grau de isolamento geográfico ao qual vivem a maioria dessas famílias, as desigualdades socioeconômicas são situações que podem comprometer a alimentação adequada e a saúde da população. Embora reconhecidas e consideradas um patrimônio cultural brasileiro, as comunidades quilombolas enfrentam graves problemas relacionados não só aos aspectos culturais, como à qualidade de vida e saúde de sua população (SOUSA et al, 2013; Decreto 4887/2003).

Quando discutimos sobre Educação Popular em Saúde (EPS) observamos um vasto conjunto de práticas e de conhecimentos que relacionam e direcionam as ações de saúde para a cultura popular da comunidade. Aceitando o saber de cada um, oferecendo a oportunidade de criar vinculo de confiança com o individuo assistido, o qual sentir-se livre para manifestar-se sobre seus conhecimentos populares e culturais. Neste contexto, é essencial a percepção que, em trabalhos de educação em saúde infantil, precisam reconhecer o contexto social e as particularidades de cada criança, bem como o seu conhecimento prévio. Desta forma, é possível adequar a maneira que as informações são repassadas e entendidas pelas crianças, adotando o lúdico como uma estratégia potencialmente eficaz (SOUZA et al., 2016).

A alimentação escolar é direito dos alunos da educação básica pública e dever do Estado, e tem por diretrizes: o emprego da alimentação saudável e adequada, que compreende o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares; a universalidade do atendimento; a participação da comunidade no controle social; a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem; o apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros alimentícios diversificados, produzidos em âmbito local e preferencialmente pela agricultura familiar e pelos empreendedores familiares rurais, priorizando as comunidades tradicionais de quilombos e o direito à alimentação escolar, visando garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) dos alunos, com acesso de forma igualitária (CUNHA, 2014).

No Brasil a visão alimentar é complexa e peculiar, sendo que, os fatores

geográficos que influenciam culturas dos povos negros, indígenas e brancos, se associam a religiosidade popular, caracterizando a diversidade dos hábitos alimentares locais de cada região do país. As comunidades quilombos caracterizam-se pelo forte vínculo com o meio ambiente que ocupam, preocupando-se com a preservação dos ecossistemas naturais. As famílias quilombolas vivem da agricultura de subsistência, sendo a atividade econômica baseada na mão de obra familiar, para assegurar os produtos básicos para o consumo (FORTUNATO, 2014).

É comum a criação de animais de pequeno porte como galinhas, porcos, patos e cabritos para a complementação da alimentação familiar. Com relação aos alimentos propriamente ditos, o feijão é um dos produtos mais cultivados, assim como o arroz, a mandioca, a cana-de-açúcar e o milho. Verifica-se também que a mandioca é um alimento muito importante, sendo largamente utilizada em vários pratos típicos e presente no dia a dia desta população. Outros tubérculos encontrados em abundância são o cará e o inhame, que tanto são coletados como plantados (FORTUNATO, 2014).

Porém, a visão de vulnerabilidade social é destacada em relação à saúde e à doença. A morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa, compõe o repertório de reflexão da rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional. Atualmente verifica-se a introdução de produtos industrializados adquiridos nos mercados, diante desse quadro, torna-se urgente a implantação de medidas que favoreçam a cultura alimentar desse segmento populacional (SOUZA et al., 2016).

2 I METODOLOGIA

Pesquisa descritiva do tipo relato de experiência acadêmica, realizada em uma comunidade quilombola no Município de Ananindeua no dia 24 de Novembro de 2016, através de uma ação coletiva com crianças pertencentes ao quilombo. Participaram dessa ação 10 acadêmicos de enfermagem e o professor da disciplina Enfermagem nas Populações Tradicionais da Universidade do Estado do Pará (UEPA). O convite para participação das crianças na ação foi realizado pelo líder comunitário, já que não foi executada em dia letivo para as crianças.

3 I DISCUSSÃO

Realizou-se uma ação educativa sobre alimentação saudável para crianças de forma lúdica em uma escola localizada na referida comunidade, levando-se em consideração os alimentos mais consumidos pela população. Inicialmente, procurou-se conhecer os hábitos alimentares através de uma conversa interativa com as crianças e os pais visando contextualizar a dinâmica com a realidade nutricional das crianças.

Durante esta conversa, as crianças citaram os alimentos consumidos diariamente, entre eles o açaí, a jaca, a mandioca (da qual também fazem a farinha de mandioca e o tucupí, como foi visualizado na comunidade, constituindo-se em uma renda para as famílias). Respostas essas que coincidem com o que foi analisado na literatura através de uma investigação prévia.

No entanto, alimentos muito calóricos e pouco nutritivos como o refrigerante foi citado por muitas crianças como frequente na dieta, principalmente no que se refere aos lanches entre refeições. Isto demonstra uma alteração nutricional através da inserção de produtos industrializados nos hábitos alimentares, necessitando educação em saúde para reforçar sobre o consumo de alimentos nutritivos disponíveis que possam garantir crescimento saudável e um resgate da cultura alimentar destas populações.

A sociedade contemporânea converge para padrões dietéticos inadequados, com a introdução de alimentos industrializados e processados cada vez mais precoce na infância. Ressalta-se que essa situação acarreta prejuízos à saúde, com impacto em médio e longo prazo, resultando em obesidade, sobrepeso e doenças crônicas associadas (LONGO-SILVA et al., 2015).

Em relação às comunidades quilombolas, tal situação pode estar relacionada a diversos fatores tais como: diminuição de seus territórios, dificuldade de acesso aos programas do governo, devido a carências de informações e incentivo e auxílio na elaboração de projetos para melhoria da situação da comunidade. Todos esses fatores podem determinar uma dependência dos mercados locais e regionais, abastecidos com alimentos industrializados e extremamente processados, e acaba se sobrepondo à influencia dos costumes, cultura e saberes locais sobre alimentação (NASCIMENTO; GUERRA, 2016).

Posteriormente, o grupo exibiu através de imagens em cartazes alimentos que poderiam estar inseridos na dieta dos estudantes, os nutrientes e os benefícios e a freqüência com que deveriam ser consumidos, sempre adaptando a linguagem para a faixa etária. Posteriormente foi realizada a brincadeira com dados, com a participação ativa das crianças. Tal brincadeira consistiu em fazer duplas com as crianças para jogarem os dados, toda vez que a criança tirasse a numeração maior ao jogar o dado poderia responder a uma pergunta feita pela equipe, sendo incentivada a refletir e reconhecer se seus hábitos alimentares eram saudáveis.

Foram feitas as seguintes perguntas: Qual você come mais: Carne de boi, peixe ou frango? Qual o mais saudável: Suco de fruta feito em casa ou refrigerante? Gosta de frutas, legumes e verduras? Bebe água junto com as refeições? O que você traz de lanche para a escola? Quantas refeições você faz por dia? E conforme as crianças iam respondendo, a equipe explicava e esclarecia as dúvidas.

A ludicidade é extremamente importante na infância e deve ser trabalhada de forma significativa buscando compreender a realidade, despertando a curiosidade, para motivá-las a agir no mundo em que vivem dentro de uma perspectiva social, afetiva, cultural e histórica (MENDES, 2014).

Além disso, a sociabilidade dos jogos e brincadeiras possibilita um estreitamento dos laços afetivos, uma oportunidade de expressar-se, investigar e aprender, garantindo o desenvolvimento, a interação, e a aquisição de conhecimento que levarão para a vida (MENDES, 2014).

Ao final, como um brinde pela participação de cada uma, oferecemos um lanche saudável, com frutas que faziam ou não parte do cotidiano de cada uma delas.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que é notório a ligação direta entre saúde, nutrição, bem estar físico e mental de qualquer ser humano e em qualquer faixa etária, uma vez que a própria literatura evidencia que a infância é o período ideal para a formação de hábitos e condutas de vida, portanto, a educação alimentar deve acontecer desde cedo para que os riscos de doenças crônico-degenerativas sejam impedidos e reduzidos o quanto antes, minimizando com isto as doenças do século, como a obesidade e desnutrição, que tem causado grandes problemas à população de todas as idades e de todo mundo (FORTUNATO, 2014).

Desta forma, é evidenciado a importância da educação nutricional para as comunidades tradicionais no objetivo de proporcionar uma orientação e reeducação alimentar, assim como cuidados de higiene para com os alimentos e adoção de práticas saudáveis para a promoção a saúde no intuito de assegurar uma nutrição segura, melhorando assim a qualidade e expectativa de vida, além de reduzir a incidência de doenças relacionadas aos maus hábitos alimentares e a falta de higiene no preparo dos alimentos.

Além de que é relevante ressaltar a necessidade de envolver e incluir a comunidade escolar, assim como os pais dos alunos, os profissionais de saúde, as associações comunitárias e a população local nas atividades de educação alimentar e nutricional. Porém, é importante que haja respeito para com a cultura e seus hábitos alimentares, tendo em vista que mediante uma comunicação mutua e fundamentalmente ética, é permitindo a construção de um relacionamento respeitoso e compreensivo, possibilitando assim o surgimento dos resultados das ações empregadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília – DF, 2003.

CUNHA, L.F. A importância de uma alimentação adequada na educação infantil. 2014. Acesso em: 18 Set 2018. Disponível em: < http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3507/1/MD_ENSCIE_IV_2014_57.pdf>.

FORTUNATO, G.J.G.M. O programa nacional de alimentação escolar no contexto das comunidades remanescentes de quilombos. Universidade Federal de Goiás – UFG, 2014. Acesso em: 19 Set 2018. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3630/5/Dissertacao%20Geisa%20J%20G%20Marques%20Fortunato%20-%202014.pdf>.

LONGO-SILVA, G. et al. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactantes que freqüentam creches públicas. Rev. Paul Pediat. Vol. 33, n.1, p.34-41, 2015. Acesso em: 18 Set 2018. Disponível em: < http://www.scielo.brpdf/rpp/v33n1/pt_0103-0582-rpp-33-01-00034.pdf>.

NASCIMENTO, E.C; GUERRA, G.A.D. Do avortado ao comprado: práticas alimentares e segurança alimentar da comunidade quilombola do Baixo Acaraqui, Abaetetuba. Cienc. Hum. Vol.11, n.1, p.225-241, 2016. Acesso em: 18 Set 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v11n1/1981-8122-bgoeldi-11-1-0225.pdf>.

MENDES, F.M.S. Brincar e aprender: a importância do lúdico para as crianças. 2014. Dissertação. Universidade Tecnológica Federal do Paraná/ UTFPR. Medianeira- Londrina. Acesso em: 18 Set 2018. Disponível em: <http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/4346/1/MD_EDUMTE_2014_2_37.pdf>.

SOUSA, L.M; MARTINS, K.A; CORDEIRO, M.M; MONEGO, E.T; SILVA, S.U; ALEXANDRE, V.P. Alimentação escolar nas comunidades quilombolas: desafios e potencialidades. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (4): 987-992.

SOUZA, A. T. S.; RODRIGUES, A. K.; SANTANA, C. M. N. de; GOMES G. M.; AMARAL, L. R. de S.; PEREIRA, S. A. P. Promoção de saúde com crianças da comunidade quilombola Custaneira/Tronco em Paquetá - PI: um relato de experiência. R. Interd. Vol. 9, n.2, p. 198-205, abr. mai. jun. 2016. Acesso em: 18 Set 2018. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1008/pdf_328>.

CAPÍTULO 25

REDES DE ATENÇAO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS, Sobral-CE

Antônia Luana Diógenes
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS, Sobral-CE

Carliane Vanessa Souza Vasconcelos
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS,

Juliana Moita Leão
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS, Sobral-CE

Maria Raquel da Silva Lima
Universidade de Fortaleza- UNIFOR, Fortaleza-CE

Maria Tayenne Rodrigues Sousa
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS, Sobral-CE

RESUMO: A atenção primária é vista como coordenadora das redes de atenção à saúde (RAS) exatamente por estar mais próxima da comunidade, representar a porta de entrada do sistema de saúde, compreender a demanda existente e as necessidades de determinada população. Assim, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivida por uma equipe de residentes nas RAS, abordando as dificuldades ainda presentes para a efetivação das RAS na Estratégia de Saúde da Família, destacando ainda as impressões vivenciadas pela equipe de residentes sobre o modelo de atenção na cidade de Sobral. Foi visto a prevalência do diabetes, hipertensão, obesidade e sobrepeso, lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho, transtornos mentais, acidente vascular encefálico e artrose, estando entre as doenças crônicas mais comuns na demanda das unidades, acometendo em sua maioria a população idosa. Nesse cenário, ainda foi possível verificar práticas fragmentadas, com foco nas doenças e na medicalização. Estas práticas podem ser identificadas tanto nos comportamentos de alguns profissionais de saúde, como em grande parte da população, que prioriza atendimentos individuais e o uso contínuo de medicação, em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde. Com isso, percebemos a necessidade de trabalharmos através das RAS, transferindo nosso olhar para as condições crônicas, percebendo o número crescente de idosos nos territórios, favorecendo a continuidade, responsabilização e co-responsabilização do cuidado, utilizando o princípio da equidade, priorizando as famílias que vivem em situações de risco e vulnerabilidade, promovendo

acessibilidade das ações de saúde a esses usuários
PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Residência Multiprofissional. Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT: Primary attention is seen as a coordinator of the health care networks (RAS) precisely because it is closer to the community, representing the gateway of the health system, understanding the existing demand and the needs of a particular Population. thus, The objective of this study was to report the experience experienced by a team of residents in the ras, addressing the difficulties still present for the effectiveness of the RAS in the family health strategy, highlighting still the impressions experienced by the team of Residents on the attention model in the city of Sobral. It has been seen the prevalence of diabetes, hypertension, obesity and overweight, repetitive stress injuries and work-related musculoskeletal disorders, mental disorders, stroke and arthrosis, being among chronic diseases More common in the demand of the units, mostly affecting the elderly Population. In this scenario, it was still possible to check for fragmented practices, with a focus on disease and Medicalization. These practices can be identified both in the behaviors of some health professionals, as in most of the population, which prioritizes individual attendances and the continuous use of medication, to the detriment of the actions of prevention and health Promotion. With this, we perceive the need to work through the RAS, transferring our gaze to the chronic conditions, perceiving the growing number of elderly people in the territories, favouring continuity, accountability and responsibility of care , using the principle of fairness, prioritizing families living in situations of risk and vulnerability, promoting accessibility of health actions to these users
KEYWORDS: Family Health Strategy. Multiprofessional Residency. Health Care Networks.

1 I INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com Mendes (2011) são organizações assistenciais conectadas entre si, coordenadas pela atenção primária, visando fornecer uma atenção integral e continuada a uma população de acordo com suas necessidades. O mesmo destaca a atenção primária como coordenadora das redes de atenção à saúde exatamente por estar mais próxima da comunidade, representar a porta de entrada do sistema de saúde, compreender a demanda existente e as necessidades de determinada população. Com isso, a atenção primária irá atuar organizando o fluxo assistencial, acompanhando o usuário no caminho percorrido dentro das redes, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado após o retorno do mesmo para a comunidade.

Rouquayrol (2008) diz que a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, planejando e desenvolvendo suas ações de acordo com a necessidade de saúde da população adscrita. Assim as

ações integradas aplicadas pela ESF devem ser executadas de forma interdisciplinar entre as equipes de saúde, correspondendo uma importante ferramenta para o empoderamento e ampliação do conhecimento da comunidade adscrita. (SOUZA *et al.,* 2014).

Conforme Brasil (2012), os princípios da atenção básica, compreendem a responsabilização, continuidade do cuidado, integralidade, universalidade, equidade, acessibilidade, responsabilização, humanização e participação social, sendo possível perceber que esses princípios conversam justamente com a proposta das RAS, pois, coloca a atenção primária a saúde como principal ator na responsabilização e continuidade do cuidado aos usuários.

Segundo Mendes (2011), as RAS são constituídas em três elementos fundamentais: uma população, representando o primeiro elemento das redes; uma estrutura operacional, constituída pelo centro de comunicação, que é a Atenção Primária em Saúde (APS); pontos de atenção secundário e terciário, sistemas de apoio e um modelo de atenção à saúde como último elemento, representando a atenção assistencial voltada as condições agudas e crônicas.

Podemos perceber diante das definições abordadas que essas redes de atenção à saúde são arranjos de serviços que conversam entre si, com objetivo de fornecer uma assistência integral a uma população, priorizando a continuidade do cuidado.

Porém essa continuidade do cuidado ainda se encontra de certa forma fragilizada, pois o sistema de saúde realiza suas ações seguindo a lógica das condições agudas, caracterizada por procedimentos pontuais de curto período e cura posterior, inviabilizando a efetividade e resolutividade das ações de saúde para as condições crônicas que estão em ascendência, principalmente em decorrência do envelhecimento da população. “A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado” (VERAS, 2012, p. 1834). Portanto o Brasil precisa preparar-se para assistir esses idosos, principalmente no âmbito da saúde, tornando necessário um redimensionamento das ações de saúde para as condições clínicas crônicas, sendo estas, os eventos mais presentes na população idosa. De acordo com o censo demográfico (2010) dentre as principais mudanças que ocorreram atualmente no Brasil, destaca-se a tendência ao envelhecimento da população, resultante da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e consequente mudança na pirâmide populacional (IBGE, 2014, p.54). Diante do exposto, entende-se como primordial para a atuação em redes, o trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nos territórios dos (CSF) dos bairros Dom José e Padre Ibiapina, conhecidos como Coelce e Alto do Cristo, é possível perceber a prevalência das condições crônicas e a grande quantidade de idosos que necessitam de assistência, embora os adultos jovens ainda representem a população mais numerosa nos bairros, sendo estes também acometidos por essas enfermidades. Porém, sabemos que com o processo acelerado de envelhecimento da população, o número de idosos irá triplicar,

sendo necessário uma modificação na organização da assistência à saúde que ainda está voltada para as condições agudas, devendo pensar em novos meios de acompanhamento e continuidade desse cuidado.

Para tanto, este trabalho versa sobre a atuação e a vivência de uma equipe de residentes multiprofissionais em Saúde da Família, composta por Assistente social, Enfermeira, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga atuantes na APS de Sobral-CE.

A equipe de residentes multiprofissionais em Saúde da Família atuante nos territórios dos Centro de Saúde da Família (CSF) dos bairros Alto do Cristo e Coelce no município de Sobral – Ceará, atuaram por meio das RAS no período de abril a julho de 2016. Desta forma, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivida por uma equipe de residentes nas RAS, abordando as dificuldades ainda presentes para a efetivação das RAS na ESF, destacando ainda as impressões vivenciadas pela equipe de residentes sobre o modelo de atenção na cidade de Sobral.

2 I REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E RESIDÊNCIA MULTIRPOFISSIONAL

Neste século, atravessamos um período de transição demográfica e epidemiológica, com baixas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, estando à pirâmide etária brasileira em formato triangular invertido até 2030, característica de sociedades envelhecidas (MENDES, 2010).

Mas em conjunto com esse aumento da expectativa de vida, vem o diabetes, hipertensão, obesidade e sobrepeso, lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT), transtornos mentais, acidente vascular encefálico (AVE) e artrose, estão entre as doenças crônicas mais comuns na demanda das unidades, acometendo em sua maioria a população idosa. Sendo assim, é indispensável a articulação intersetorial, a condução dos usuários para os equipamentos sociais disponíveis no território de acordo com sua necessidade, e o desenvolvimento de medidas que garantam a acessibilidade dos mesmos aos serviços de saúde, objetivando a melhora da sua qualidade de vida.

Além disso, é indispensável observar os usuários na sua integralidade, desde aspectos sociais, ambientais, ocupacionais aos clínicos, pois muitas vezes o paciente não possui condições socioeconômicas ou físicas para realizar o deslocamento para o serviço especializado, sendo necessário a responsabilização e a realização de medidas que promovam o cuidado e assistência continuada. Entretanto é difícil para os profissionais atenderem a toda demanda presente, sendo necessário utilizar o princípio da equidade, priorizando os casos urgentes e as famílias em situação de risco.

Nos casos em que não é necessário a realização de encaminhamentos para os serviços especializados é possível desenvolver o acompanhamento e buscar orientar os usuários para a realização de atividades necessárias à sua saúde, desenvolvendo

a co-responsabilização do cuidado. Para tanto, verifica-se que as visitas domiciliares, os atendimentos individuais e as atividades grupais são as estratégias mais utilizadas para realização dessa continuidade do cuidado nos Centros de Saúde da Família (CSF).

Nesse cenário, ainda foi possível verificar práticas fragmentadas, com foco nas doenças e na medicalização. Estas práticas podem ser identificadas tanto nos comportamentos de alguns profissionais de saúde, como em grande parte da população, que prioriza atendimentos individuais e o uso contínuo de medicação, em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde.

Segundo Peduzzi (2001), na área da saúde, os profissionais dividem-se em duas categorias: equipe agrupamento e equipe integração. A primeira identifica-se por uma forma fragmentada de agir, não havendo troca de informações entre os agentes. Na segunda, ocorre integração nas ações e compartilhamento de ideias entre os profissionais. Desta forma, esta classificação também poderia ser denominada multidisciplinar e interdisciplinar respectivamente. Atualmente há trabalhos realizados de forma multiprofissional, mas não articulados de forma interativa, com objetivos em comum, onde cada um fica em sua especialidade.

Segundo Neckel (2009), um dos aspectos que mais prejudicam a presença da interdisciplinaridade é a formação profissional, privilegiando o atendimento individual e não a integração com a equipe. Ultimamente, o objetivo é sair da maneira fragmentada do modelo biomédico, e ampliar o olhar para um cuidado mais adequado do usuário dentro do SUS (BRASIL, 2014a). A maneira atual de cuidado parece não alcançar a resolução de problemas, principalmente de doenças crônicas (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

A situação epidemiológica é analisada pela carga da doença, com isso diante dessa transição epidemiológica os países em desenvolvimento como o Brasil apresentam a chamada dupla carga de doença, caracterizada pela presença das doenças agudas e rápida ascendência das condições crônicas, estando definida atualmente como tripla carga de doença, decorrente das condições agudas e desnutrição, associada à complexidade das condições crônicas, alimentação inadequada, causas externa e crescente violência, aumentando o desafio do sistema de saúde em fornecer uma assistência efetiva e resolutiva (MENDES, 2011).

Vivenciamos exatamente esse processo de envelhecimento da população e a mudança na prevalência das doenças, deixando de ser em sua maioria doenças infecciosas que exigiam ações de curto período e fácil resolução, passando a serem doenças de longos períodos, progressivas, exigindo uma continuidade das ações e maior espaço de tempo para resolução. Sendo que muitas vezes não é possível resolver, apenas minimizar as incapacidades e limitações, focando em medidas que melhorem a qualidade de vida.

Diante desse cenário de transição epidemiológica e envelhecimento da população brasileira, compreende-se que a proposta de atuar através das RAS é essencial para

invalidar o antigo modelo piramidal de níveis de atenção à saúde e hierarquia entre os níveis primário, secundário e terciário que eram dispostos na pirâmide de acordo com o nível de complexidade.

Esse modelo hierárquico não permitia a existência de diálogo entre os níveis de atenção, estando a atenção terciária e secundária em maior patamar em relação à atenção primária, inviabilizando a continuidade do cuidado e responsabilização pelo usuário no território.

Seguindo a lógica das RAS todos os níveis de atenção são de mesma relevância, estando todas as ações centradas no usuário, favorecendo o diálogo entre os níveis de atenção à saúde, objetivando a resolutividade da necessidade de saúde do usuário e uso de tecnologias leves, sendo a atenção primária, a coordenadora do fluxo e responsável por acompanhar o usuário durante seu percurso nas redes.

Sabemos que a atenção primária à saúde deve ser o centro de comunicação das RAS, coordenadora dos fluxos e contrafluxos, exatamente por ser o dispositivo de saúde mais próximo da população, dispondo os usuários nas redes assistenciais a partir da necessidade de saúde da população adscrita de um território. Deve desempenhar suas ações através do princípio da equidade, priorizando as famílias em situações de risco e em vulnerabilidades, minimizando também os custos com procedimentos especializados, pois atua com foco na promoção e prevenção da saúde, enfatizando a resolutividade e continuidade do cuidado.

O vínculo com as equipes da Atenção Básica deve ser fortificada, sendo o matriciamento essencial na estruturação do desenvolvimento de trabalho dessas equipes (BRASIL, 2012). Os objetivos estimados são entender as fragilidades dos sujeitos, identificar o porquê de tais achados, e estabelecer uma linha de cuidado integrada com os atores, diminuindo as consequências (BRASIL, 2014a; 2014b). Mas para o alcance deles, todos os profissionais devem atuar integralmente, diante das problemáticas em saúde. Para isso, é necessário formações, apoio gestor, integração das redes, momentos de escuta e partilha, e criatividade para enfrentar os obstáculos, inovando com atendimento humanizado (BRASIL, 2014c).

Os pontos de atenção secundário e terciário, representam os dispositivos de maior densidade tecnológica, estando estes concentrados de maneira espacial, divergente da atenção primária, que deve estar disposta. Porém esses pontos dentro da RAS podem trocar informações, favorecendo a resolutividade e continuidade da assistência prestada.

Os sistemas de apoio são lugares institucionais das redes que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011, p. 115).

Esses sistemas de apoio diagnóstico nas RAS vão prestar serviços à comunidade através da realização de exames de imagem, ofertando de exames simples aos mais complexos, funcionando como instrumento de organização dos serviços, pois, impede

que os vários pontos de atenção realizem repetidas vezes a solicitação de um mesmo exame, sendo estes realizados de acordo com a necessidade do usuário, reduzindo custos com procedimentos desnecessários.

Mendes (2011) afirma que os modelos de atenção à saúde atualmente ainda estão voltados as condições agudas, como já foi citado anteriormente, fragilizando a continuidade de cuidado e resolutividade das ações, pois ações voltadas para doenças agudas, não serão efetivas em condições crônicas.

É de extrema importância uma reorganização nos processos de trabalho, priorizando ações de promoção e prevenção, sensibilizando os profissionais para a necessidade da responsabilização e continuidade do cuidado diante das condições crônicas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi implantada em 2006, busca a equidade e melhoria da qualidade de vida, diminuindo agravos vindos de aspectos sociais, econômicos, políticos, aumentando o cuidado de forma individual e coletiva. Busca promover intervenções na saúde a partir da territorialização, na educação, na vigilância, obtendo parcerias intersetoriais, e participação social (BRASIL, 2014a).

Partindo deste pressuposto, entende-se que é de extrema relevância a prestação de serviço com lógica nas RAS, pois é possível organizar o serviço, favorecendo o diálogo entre os pontos de atenção, reduzindo gastos no SUS com realização de procedimentos desnecessários, desenvolvendo tecnologias que favoreçam e otimizem o acesso do usuário aos serviços de saúde e a identificação dos mesmos.

Com isso, percebemos a necessidade de trabalharmos através das RAS, transferindo nosso olhar para as condições crônicas, percebendo o número crescente de idosos nos territórios, favorecendo a continuidade, responsabilização e co-responsabilização do cuidado, utilizando o princípio da equidade, priorizando as famílias que vivem em situações de risco e vulnerabilidade, promovendo acessibilidade das ações de saúde a esses usuários. Devendo atuar principalmente sob a ótica da promoção da saúde, objetivando o retardo e prevenção das incapacidades e limitações ocasionadas pelas condições crônicas, melhorando a qualidade de vida da população.

Desta forma, a residência em saúde da família atua seguindo a lógica das RAS, desenvolvendo ações centradas no usuário de acordo com sua necessidade em saúde, realizando projetos terapêuticos que é uma ferramenta que propõe organizar a linha de cuidado, entre o serviço de saúde e o usuário, visando as particularidades de cada caso. A troca de estratégias e soma de saberes, potencializa o tratamento. Ele é a junção de intervenções terapêuticas, que se obtém na conversa de uma equipe multidisciplinar, podendo incluir o NASF (BRASIL, 2014c).

O projeto deve promover saúde, de forma integrada e intersetorial, baseando-se na diretrizes do SUS. Buscando contribuir para a promoção da qualidade de vida, também há o Projeto de Saúde no Território (PST), que articula o setor saúde, juntamente com outros equipamentos da comunidade, identificando e potencializando

ações, através dos princípios dos SUS (BRASIL, 2014a). Além disso, deve existir meios de avaliação da progressão desse usuário durante seu percurso nas RAS.

No entanto, apesar da grande importância e necessidade, ainda é difícil trabalhar a intersetorialidade, justamente por essa fragilidade no diálogo e persistência desse modelo hierárquico no fazer dos profissionais, inviabilizando a responsabilização do cuidado pela APS, sendo importante sensibilizar os profissionais acerca da relevância de atuar em redes de atenção à saúde.

Diante dessa realidade, é fundamental implementar um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar; faça um segmento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária em rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais de saúde (MENDES, 2010).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2014a. 116 p. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2014b. 26p (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília. 116p, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estatísticas de Gênero: Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010**. Número 33. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MENDES. Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

NECKEL, G.L., et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas á composição das equipes de saúde da família**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14(Supl.1):1463-1472, 2009.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-9, 2001.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

SOUZA, Ana Maria Vitrícia de; ABREU, Andreza Miranda de; SOUZA, Antônia Gonçalves de; PEREIRA, Kéury Guimarães; SOUZA, Luís Paulo Souza; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; MESSIAS, Romerson Brito; FIGUEIREDO, Tamara. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v.3, n. 2, p.162-169, 2014.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Revista de Saúde Coletiva**. v.23, n.4, p. 1189-1213, Rio de Janeiro, 2013.

CAPÍTULO 26

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

Ruty Thaís Silva de Medeiros
Universidade Potiguar
Natal-RN

Roberto Mendes Júnior
Universidade Potiguar
Natal-RN

Ruhama Beatriz da Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

Lorena Oliveira de Souza
Universidade Potiguar
Natal-RN

Robson Marciano Souza da Silva
Faculdade Maurício de Nassau
Natal-RN

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

Arysleny de Moura Lima
Universidade Potiguar
Natal-RN

Fabiano Limeira da Silva
Universidade Potiguar
Natal-RN

RESUMO: Introdução: A territorialização em Saúde é um dos pressupostos básicos na Atenção Básica e uma das etapas mais importantes, pois permite conhecer e reconhecer o território onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada, de modo a possibilitar uma atuação espacial delimitada e previamente determinada. Objetivo: Conhecer o papel dos Agentes de Saúde e a sua grande importância na territorialização de uma determinada região, contribuindo para uma melhor abordagem nas intervenções de saúde. Metodologia: Trata-se de um Relato de Experiência construído através das atividades práticas desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde, localizada na Zona Oeste de Natal-RN. Resultados: Na comunidade em questão, foi possível observar a importância da territorialização da comunidade para uma melhor abordagem das equipes, em especial dos ACS. Conclusão: A territorialização favorece uma melhor aplicação de todas as ações que possam ocorrer na comunidade, desde a atualização no cadastro do e-SUS, à uma intervenção específica para uma determinada área.
PALAVRAS CHAVES: Territorialização, Agente Comunitário de Saúde, Comunidade.

ABSTRACT: Introduction: Territorialization in Health is one of the basic assumptions in Primary Care and one of the most important stages, because it allows to know and recognize the territory where the Basic Health Unit (UBS) is located, in order to allow a delimited and

predetermined spatial performance. Objective: To know the role of Health Agents and their great importance in the territorialization of a certain region, contributing to a better approach in health interventions. Methodology: It is an Experience Report built through the practical activities developed in a Basic Health Unit, located in the West Zone of Natal-RN. Results: In the community in question, it was possible to observe the importance of community territorialization for a better approach of the teams, especially the ACS. Conclusion: Territorialization favors a better application of all actions that may occur in the community, from updating the e-SUS registry, to a specific intervention for a given area.
KEYWORDS: Territorialization. Community Health Agent. Community.

1 I INTRODUÇÃO

A territorialização em Saúde é um dos pressupostos básicos na Atenção Básica e uma das etapas mais importantes, pois permite conhecer e reconhecer o território onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada, de modo a possibilitar uma atuação espacial delimitada e previamente determinada. Em virtude disso, tal serviço está inserido na Atenção Primária, que é porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), na qual, visa um cuidado voltado à prevenção. Com o intuito de obter uma intervenção eficaz e integral nas práticas em saúde, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornando-se uma forma de inserir as famílias dentro da UBS, através de seus profissionais, mais especificamente, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MONKEN E BARCELLOS, 2005).

A ESF foi criada com o objetivo de atender não só o indivíduo, como também a família de forma integral e contínua, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, passando a enfocar a família em seu ambiente físico e social. Compõe-se de uma equipe multiprofissional, que auxilia a comunidade com relação as dificuldades no acesso da promoção à saúde. Contudo, essa atuação objetiva e eficaz só é possível por meio da territorialização, que ocorre com a divisão da área onde a UBS está inserida, em microáreas que, são administradas por uma equipe com profissionais determinados, entre eles os ACS, o qual se tornaram o diferencial na ligação entre UBS e comunidade (PERES, 2011).

Segundo o BRASIL (2012), é atribuição de todos os profissionais participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, sendo o ACS o profissional que possui o cotidiano mais próximo da comunidade. A partir da territorialização em saúde, é possível conhecer as condições de vida e situação de saúde de determinada área/microárea, possibilitando a construção do Planejamento Estratégico Situacional (PES), afim de aplicar intervenções eficazes.

A territorialização na atenção básica de Saúde se faz necessária, pois os profissionais devem operar sobre uma base territorial muito bem definida, tendo em

vista, que também é uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. (FARIA, 2013)

Com a divisão da área em microáreas é possível organizar a atuação do ACS na comunidade quanto a aproximação com os indivíduos e a família, permitindo uma discussão de cada caso e se necessário a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, consistindo no resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Sendo, portanto, uma discussão com toda a equipe para entender o sujeito com alguma necessidade de cuidado em saúde e, consequentemente, definições de propostas de ações (BRASIL, 2007).

Desse modo, há a necessidade de conhecer intrinsecamente o trabalho desses profissionais, tendo em vista que é o responsável por visitar as famílias, orientando-as quanto a utilização do serviço de saúde disponível e mantendo o cadastrado do e-SUS atualizado. Pois, é neste que são preenchidas informações tanto da parte social, quanto econômica.

Visando tais aspectos, o presente estudo teve por objetivo conhecer o papel dos Agentes de Saúde e a sua grande importância na territorialização de uma determinada região, contribuindo para uma melhor abordagem nas intervenções de saúde.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência construído através das atividades práticas desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde, localizada na Zona Oeste de Natal-RN, promovidas por meio da disciplina intitulada Programa de Integração Saúde Comunidade (PISC). A observação ativa e rodas de conversas com os profissionais de saúde foram primordiais para a construção do presente trabalho e a determinação do tema em questão.

Para a construção do presente trabalho foram utilizadas 5 etapas imprescindíveis para a compreensão da estrutura organizacional da comunidade. Seguem abaixo:

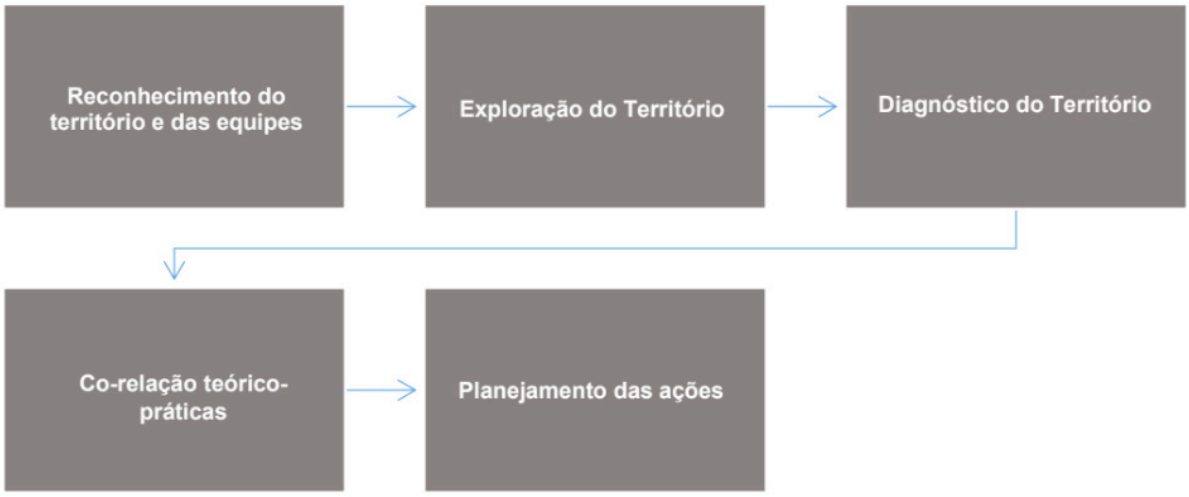


Figura 01: Etapas para a construção do artigo

No processo de reconhecimento da comunidade, houve a exploração do território adscrito, afim de entender a divisão e a forma de atuação da ESF, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde. Com base nas aulas teórico-práticas foram desenvolvidas sínteses críticas em relação ao objeto de estudo. A partir da análise dessas informações, observando os princípios que regem o SUS e a Política instituída para o regimento da Atenção Básica à Saúde, tornou-se possível desenvolver a temática aqui discutida.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

A soma de vários aspectos vivenciados através da disciplina, como rodas de conversa com os ACS, exploração do território, oficinas de desenvolvimento do Projeto Terapêutico

Singular (PTS) para algumas famílias, discussão acerca dos princípios e diretrizes do SUS, atuação das equipes de ESF e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), integrado a realidade do dia a dia e, como cada equipe trabalha incorporada a UBS, foram de extrema importância para compreender o trabalho da ESF como um todo.

Na comunidade em questão, foi possível observar a importância da territorialização da comunidade para uma melhor abordagem das equipes, em especial dos ACS, tendo em vista que, cada um deste profissionais trabalha com uma microárea diferente. Essa divisão permite uma maior cobertura das equipes e, ao mesmo tempo, ocasiona um maior vínculo entre os profissionais e os usuários. Por muitas vezes, foi possível observar alguns destes usuários chegando à UBS, procurando por seu determinado ACS para diversos auxílios.

Além disso, estes profissionais possuem um contato direto com a população e, desta forma, foi possível efetuar um reconhecimento do território através de suas

orientações. Em diversos momentos tornou-se notável a aproximação da comunidade com o seu agente. Dessa forma, constatou-se a relevante aceitação das equipes, em especial dos ACS, pela população e o quanto é importante que os profissionais reconheçam a realidade de onde atuam.

Durante o período de atividades práticas no território, observou-se, também, que uma das maiores dificuldades encontradas, com relação a territorialização, é o transbordo de pessoas por ACS. As diretrizes que permeiam a ESF preconizam que cada agente atenda no máximo 750 pessoas ou 150 famílias, todavia alguns encontram-se com 1100 pessoas em suas microáreas, impossibilitando um acompanhamento frequente e sistematizado.

Uma consequência desse transbordo é a sobrecarga de trabalho para os agentes, além disso, uma área encontra-se descoberta, sem previsão de equipe para assumi-la. Na maioria das vezes, quando necessário, alguns ACS por contra própria se dispõem a ajudar na cobertura dessa área, seja na entrega de exames e/ou encaminhamentos. Pois, por não haver vínculos, o contato torna-se limitado.

Em uma roda de conversa com os ACS, identificou-se as microáreas de maiores riscos na comunidade e os seus diversos problemas, como: foco de endemias; ausência de saneamento básico; alto índice de gravidez na adolescência; ausência de projetos sociais; evasão escolar; alto índice de hipertensos e obesos. Essa avaliação exata só foi possível através da territorialização presente e, por profissionais, como os ACS, que estão diariamente junto à comunidade.

As microáreas, na UBS em questão, são divididas por cores. E no processo de exploração, elencou-se as principais problemáticas do cotidiano dessas microárea, a exemplo: a área Azul, que foi diagnosticada com a população mais jovem, possui o número mais baixo de pessoas hipertensas e/ou diabéticas. Já a área Amarela, possui 30% da população (1000 a 1200 indivíduos) hipertensa, consistindo em um número alarmante.

Na figura abaixo, observa-o Mapa de risco da comunidade:

Figura 02: Mapa de Risco da comunidade

Fonte: Oficina de atividades acadêmicas na comunidade, 2018.

Outro ponto importante, relatada por uma Enfermeira que está na UBS há alguns anos, é que nos últimos 20 anos as patologias presentes na comunidade foram sofrendo mudanças juntamente com a intervenção das equipes de ESF. Tendo em vista que, os aspectos sociais também mudaram drasticamente, e algumas patologias foram praticamente erradicadas do território, algumas patologias foram praticamente erradicadas. Os problemas respiratórios, em decorrência das ruas não asfaltadas ou mesmo da queima de lixo, foi um dos problemas de maior redução na comunidade, bem como, o número de casos de diarreia. Ressalta-se aqui, a melhora no saneamento básico e diversos trabalhos dedicados a tais casos, além das ações de educação em saúde.

Dessa forma, podemos observar a importância de se ter um controle sistematizado das microáreas dentro da área de atuação, e seus determinados problemas. O mapeamento organizado por cores e a adoção de uma legenda para os principais eventos problemáticos, facilita a compreensão e o diagnóstico da comunidade, objetivando a atuação da ESF na área.

Após a identificação dos problemas que atingem uma determinada família e as discussões feitas para realização do PTS, são escolhidas famílias ou indivíduos em situações mais graves. O reconhecimento desses indivíduos é elaborado através de uma discussão entre os profissionais, onde uma das etapas é o levantamento de: equipamentos sociais que possam ajudar em um determinado problema familiar, os profissionais que podem atuar de uma forma mais acentuada e os projetos sociais que de alguma forma venham ajudar em uma melhor qualidade de vida para determinada pessoa ou família (BRASIL, 2007).

Diante disso, Pereira e Barcellos (2006), declaram que:

> A territorialização é em um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência. (PEREIRA E BARCELLOS, 2006, p. 50).

A territorialização permite conhecer a dinâmica espacial de lugares e de populações, afim de que seja possível contribuir e diagnosticar a forma de vida dessas famílias no âmbito econômico e social, visto que, representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde (SANTOS E RIGOTTO, 2011).

4 I CONCLUSÃO

A territorialização favorece uma melhor aplicação de todas as ações que possam ocorrer na comunidade, desde a atualização no cadastro do e-SUS, à uma intervenção específica para uma determinada área. Além disso, para que um PTS seja eficaz, é necessário ter um acompanhamento para os efeitos das estratégias aplicadas e, se é preciso ter alguma mudança. Esse acompanhamento na maioria dos casos é feito pelo ACS, pois representa o elo de ligação mais presente no cotidiano das famílias.

Um dos diversos objetivos da territorialização é ter uma identificação em amplo espectro dos problemas na comunidade, como também uma possível solução. Tendo em vista que, os ACS têm acesso a cada pessoa/família de sua microárea e conhece o problema que possui, respectivamente. Além disso, também é de sua responsabilidade promover ações que integrem a comunidade com a UBS, por meio de atividades de promoção à saúde, observando a relação de doenças que possam surgir na área adscrita, a fim de que não venham a se propagar.

Dessa forma, o presente trabalho permitiu constatar a importância da territorialização na intervenção à comunidade. Concluindo-se que os ACS são de extrema importância nesse processo, visto que, eles podem contribuir de uma forma acentuada no diagnóstico dessa população por obterem uma convivência diária com a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério Público. **Política Nacional de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 14 de abr. 2018.

_____ Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2007. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf > Acesso em: 25 de abr. 2018.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906. Mai./jun., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n3/24.pdf> Acesso em: 25 de abr. 2018

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Rev. Bras. Geog. Méd. e da Saúde**, Hygeia, v. 16, n. 9, p. 131 – 147. Jun., 2013. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/286710>. Acesso em: 20 de abr. 2018.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geog. Méd. e da Saúde**, Uberlândia, Hygeia, v. 2, n. 2, p. 47-55. Jun., 2006. Disponível em: <http://www.fcm.edu.br/internatomedicina/wpcontent/uploads/2010/07/2.-O-TERRIT%C3%93RIO-NO-PSF1.pdf>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de

trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, v. 45, n. 4, p. 905-911. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a16.pdf>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde.

Rev. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406. 2011. Disponível em**: <**http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf **>**. Acesso em: 15 de abr. 2018.

CAPÍTULO 27

UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL

Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia
Maceió - Alagoas

Bianca Pereira Rodrigues
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia
Maceió - Alagoas

Katiane Mota da Silva
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia
Maceió - Alagoas

Mayara Carolina Nunes Sandes
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia
Maceió - Alagoas

Sabrina Joany Felizardo Neves
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia
Maceió - Alagoas

RESUMO: O medicamento, apesar do custo elevado, quando utilizado adequadamente, é também a terapêutica mais custo-efetiva. O objetivo desta pesquisa foi estabelecer os principais indicadores de avaliação de resultado da Assistência Farmacêutica relacionados ao Uso Racional de Medicamentos a partir da avaliação das prescrições dispensadas pelo Serviço de Farmácia do Centro Municipal de Saúde da Pitanguinha, em Maceió-AL. Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo, que teve como fonte de informação as prescrições dispensadas pelo Serviço de Farmácia do Centro Municipal de Saúde da Pitanguinha no período de setembro a novembro de 2013. Foram analisados alguns indicadores da Assistência Farmacêutica relacionados ao Uso Racional de Medicamentos, com ênfase naqueles ligados à prescrição. Os dados foram tabulados através do Programa Microsoft Office Excel 2007. A análise descritiva dos dados foi realizada através da medida de distribuição tipo frequência utilizando o programa Epi Info versão 3.5.3. Foram avaliadas 8183 prescrições, obtendo-se uma média de 2,3 medicamentos por receita. A maioria deles (96,05%) faz parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e 86, 03% foram prescritos pelo nome genérico. Apenas 967 (11,80%) receitas estavam completas quanto aos critérios avaliados. Apesar de a maioria dos prescritores prescreverem priorizando os medicamentos disponíveis na rede municipal de saúde e com a denominação genérica, ainda faz-se necessário um trabalho educativo quanto à importância da elaboração da receita de forma legível e completa para contribuir com Uso Racional dos Medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamentos,

Prescrições de Medicamentos, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT: Medicines, despite their high cost, when used properly are also the most cost-effective therapy. The goal of this research was to establish the main indicators of evaluation of the outcomes of Pharmaceutical Services related to the Rational Use of Medicines from evaluation of the prescriptions dispensed by the Pharmacy Service of the Pitanguinha Municipal Health Center, in Maceió-AL. It is a cross-sectional quantitative study. The data was provided by the Pharmacy Service of the Pitanguinha Municipal Health Center, from September to November 2013. Some indicators of the Pharmaceutical Services were related to the Rational Use of Medicines, with emphasis on those related to prescriptions. The data was tabulated through the Microsoft Office Excel 2007. The descriptive analysis of the data was performed through the frequency distribution measure using the Epi Info program version 3.5.3. 8183 prescriptions were evaluated, and an average of 2.3 medications per prescription was obtained. Most of them (96.05%) are part of the Municipal List of Essential Medicines (REMUME) and 86.03% were prescribed by the generic name. Only 967 (11.80%) of the prescriptions were complete in relation to the evaluated criteria. Thus, we conclude that although most of the prescribers prioritize medicines available at the municipal health system and with the generic name on prescriptions, it is still necessary an educational work on the importance in developing the prescription legibly thoroughly to contribute the Rational Use of Medicines.
KEYWORDS: Pharmaceutical preparations, Drug prescriptions, Pharmaceutical Services.

1 I INTRODUÇÃO

O medicamento constitui-se a forma de tratamento mais utilizada na prática médica, e apesar de representar um custo elevado, quando utilizado adequadamente, é também o recurso terapêutico mais frequentemente custo-efetivo. No Brasil, a política de medicamentos tem como propósito garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção de seu uso de forma racional e o acesso àqueles considerados essenciais (SANTOS; NITRINI, 2004).

A prescrição representa o principal elo de comunicação entre médicos, farmacêuticos e usuários e para que não haja falha neste processo, esta deve ser elaborada de acordo com critérios aceitos e padronizados (BORGES; SILVA, 2010).

Quanto ao aspecto legal da prescrição no Brasil, a Lei nº 5991 (1973), que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, faz exigências quanto à legibilidade, existência dos nomes dos medicamentos por extenso, dosagem, posologia, data e assinatura do profissional prescritor (VALADÃO et al., 2009). A ausência de algumas dessas informações tanto pode dificultar a avaliação farmacêutica da prescrição como comprometer a adesão do

usuário ao tratamento (ALDRIGUE et al., 2006).

Em 2002, entrou em vigor o Decreto-Lei nº 271, que regulamenta a Lei nº 9787/99 no âmbito do serviço público de saúde de todo o país, tornando obrigatória a prescrição através da Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, em sua ausência, da Denominação Comum Internacional (DCI) para os medicamentos contendo substâncias ativas para as quais existam medicamentos genéricos autorizados (VALADÃO et al., 2009; GIROTTO; SILVA, 2006).

O recebimento, a compreensão e a correta dispensação da prescrição são etapas fundamentais do conjunto de ações desenvolvidas pela assistência farmacêutica. A receita é um documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve e quem dispensa os medicamentos, estando sujeitos à legislação de controle e vigilância sanitários (SANTOS; NITRINI, 2004; FARIAS et al., 2007; SILVA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere seis fases fundamentais para obtenção de uma terapêutica efetiva: estabelecer um diagnóstico específico e os objetivos terapêuticos, selecionar o fármaco de escolha (o mais eficaz e seguro possível), definindo esquema posológico apropriado, incluindo medidas medicamentosas e não-medicamentosas, informação sobre a terapêutica ao paciente e monitoração do tratamento proposto (SANTOS; NITRINI, 2004, GUZATTO; BUENO, 2007). Portanto, pode-se afirmar que o uso racional de medicamentos ocorre quando o usuário recebe o fármaco adequado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a sociedade (GIROTTO; SILVA, 2006; FARIAS et al., 2007; SILVA, 2010).

Uma boa prescrição ou um tratamento bem escolhido deve conter o mínimo de medicamentos possível, provocar mínimos efeitos colaterais, deve inexistir contraindicações, produzir ação rapidamente, estar disponível na forma farmacêutica apropriada, apresentar posologia simples e ser necessário seu uso por um espaço de tempo o mais curto possível (PORTELA et al., 2010). O seguimento de Protocolos de atendimento também pode ser favorável, sendo capaz de reduzir até 70% dos gastos com medicamentos (GIROTTO; SILVA, 2006, BRASIL, 2013).

Diante da crescente preocupação em promover o Uso Racional de Medicamentos, a OMS propôs a utilização de indicadores como uma maneira de descrever e avaliar com segurança aspectos que afetam a assistência farmacêutica em grandes e pequenos centros de saúde (OPAS, 2005; FARIAS et al., 2007).

Winterstein e seus colaboradores (2004) mostraram que 72% dos erros de medicação foram iniciados durante a prescrição, seguidos pela administração (15%), pela dispensação (7%) e pela transcrição (6%).

Revisões sistemáticas apontaram que 5% dos pacientes internados em hospitais são admitidos por erros relacionados com o uso de medicamentos. Segundo a United States Pharmacopeia Convention, mais de 10% dos erros com medicamentos no ano 2000 ocorreram por falhas na documentação e por defeitos na comunicação interpessoal entre os profissionais da saúde e os usuários. Apesar da importância

deste tema, no Brasil, ainda são poucas as pesquisas que o exploram (CRUCIOL-SOUZA et al., 2008).

A utilização de indicadores de avaliação de resultado da Assistência Farmacêutica relacionados ao Uso Racional de Medicamentos no país pode contribuir para o conhecimento das práticas terapêuticas correntes e comparar parâmetros entre instituições similares (OPAS, 2005).

O objetivo desta pesquisa foi estabelecer os principais indicadores de avaliação de resultado da Assistência Farmacêutica relacionados ao Uso Racional de Medicamentos a partir da avaliação das prescrições dispensadas pelo Serviço de Farmácia do Centro Municipal de Saúde da Pitanguinha, em Maceió-AL.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo, que teve como fonte de informação as prescrições dispensadas pelo Serviço de Farmácia do Centro Municipal de Saúde da Pitanguinha no período de setembro a novembro de 2013.

O Centro Municipal de Saúde da Pitanguinha é uma Unidade de Saúde de referência de Distrito Sanitário no município de Maceió, porém, devido sua localização estratégica, atende usuários dos mais diversos bairros.

Foram analisados alguns indicadores da Assistência Farmacêutica relacionados ao Uso Racional de Medicamentos, com ênfase naqueles ligados à prescrição.

Para fim de reprodutibilidade do trabalho, os indicadores, adaptados de OPAS (2005) foram calculados da seguinte forma:

- Média de medicamentos por prescrição – Número total de medicamentos prescritos pelo número total de prescrições no período estudado. Considerando que medicamentos contendo mais de um princípio ativo foram contados uma única vez;
- Percentual de medicamentos prescritos da lista de medicamentos padronizados – Número de medicamentos prescritos que estão contidos na REMUME sobre o número total de medicamentos prescritos, multiplicado por 100;
- Porcentagem de medicamentos prescritos pela DCB – Número de medicamentos prescritos pelo nome genérico, dividido pelo número total de medicamentos prescritos, multiplicado por 100;
- Percentual de prescrições contendo antibióticos – Número de prescrições que contém um ou mais de um antibiótico, dividido pelo número total de prescrições avaliadas, multiplicado por 100. Foram considerados como antibióticos apenas os antibacterianos;
- Porcentagem de prescrições completas – Número de prescrições completas sobre o número total de prescrições avaliadas, multiplicado por 100. Foram

consideradas completas as prescrições legíveis e que continham, no mínimo, todos os nomes dos medicamentos por extenso, com suas respectivas dosagens e posologias, e a data e assinatura do profissional prescritor.

Os dados foram tabulados através do Programa Microsoft Office Excel 2007. A análise descritiva dos dados foi realizada através da medida de distribuição tipo frequência utilizando o programa Epi Info versão 3.5.3.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 8183 prescrições, contendo 18821 medicamentos, obtendo-se uma média, 2,3 medicamentos por receita, um pouco acima do padrão de 2 ou menos medicamentos prescritos por receita proposto pela OMS (COSENDEY et al., 2000).

Aldrigue e seus colaboradores (2006), analisando 200 prescrições, obtiveram uma média inferior, apenas 1,93 medicamentos por receita. Porém, a OPAS (2005), Valadão et al. (2009) e Guimarães et al. (2008) encontraram dados similares aos alcançados nesta pesquisa, obtendo uma média de aproximadamente 2,3; 2,2 e 2,2 medicamentos por prescrição, respectivamente.

No entanto, valores maiores foram encontrados por Guzatto e Bueno (2007) - 3.701 prescrições - que estabeleceram uma média de 2,75 medicamentos por receita.

A utilização de múltiplos medicamentos para tratar a mesma condição é comum e tem sido associada à reações adversas, erros de medicação e aumento do risco de hospitalização (VALADÃO et al., 2009).

Conforme figura 1, 18077 (96,05%) dos medicamentos prescritos constam na REMUME, sinalizando uma excelente adesão à relação por parte dos prescritores. O valor obtido supera o preconizado pela OMS (COSENDEY et al., 2000), 70%, e resultados encontrados em estudos realizados em outras Unidades de Saúde, como as de Anápolis – GO que apresentou 81,7% referente a este indicador, porém foi equivalente ao valor encontrado na Unidade Básica de Saúde Graciliano Ramos, também situada em Maceió, com 91,1%, e ao de Campina Grande com 91,9% (FARIAS et al., 2007; BORGES; SILVA, 2010; SILVA, 2010) .

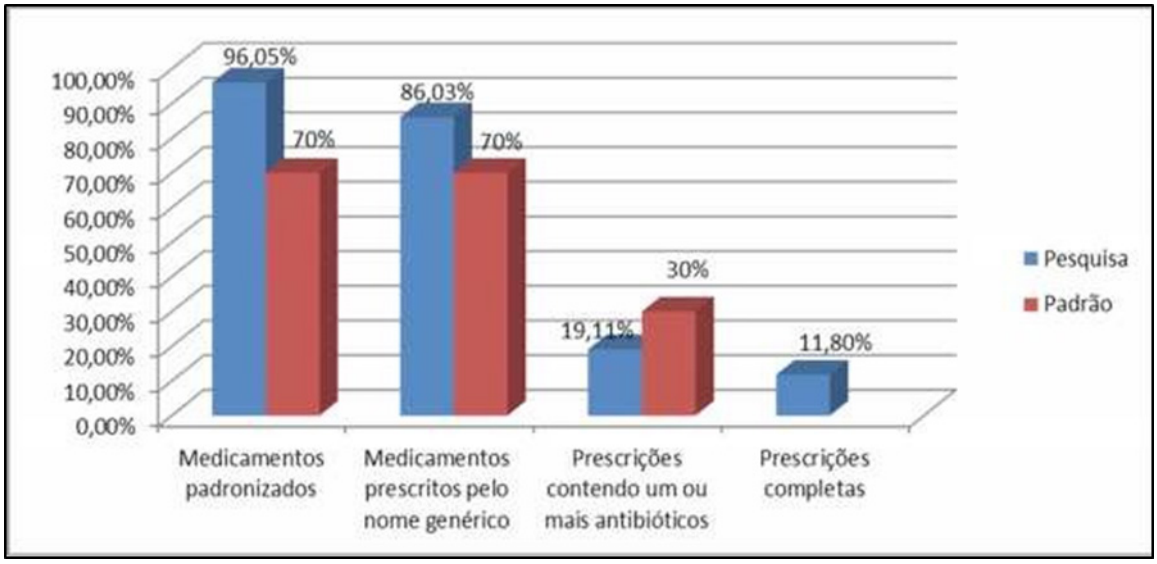


Figura 1 – Percentual dos indicadores de Avaliação da Assistência Farmacêutica relacionados ao Uso Racional de Medicamentos, a partir da avaliação das prescrições dispensadas pelo Serviço de Farmácia do Centro Municipal de Saúde da Pitanguinha, no período de setembro a novembro de 2013.

Foi constatado que 16192 (86,03%) medicamentos foram prescritos pelo nome genérico, superando o padrão de 70% estabelecido pela OMS, demonstrando adesão dos prescritores à norma estabelecida para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à obrigatoriedade do uso da DCB nas receitas. Esse valor foi semelhante aos obtidos por Valadão et al. (2009) que foi de 86% e por Farias et al. (2007) que foi de 84,2%.

A política dos genéricos, além de ter como objetivo reduzir o preço dos medicamentos visa também à prescrição e dispensação racional. No nível da atenção primária, poder-se-ia esperar que a maioria dos medicamentos prescritos fosse um fármaco de uso já tradicional, com denominação genérica bem conhecida pelos prescritores. O uso de denominação comercial, ainda observado no SUS, pode induzir a erros, pois nomes de fantasia estão sujeitos a mudanças atendendo a interesses de mercado (GUIMARÃES et al., 2008).

A OMS recomenda que se utilize o nome genérico (denominação comum) em todas as prescrições, pois isto facilita a educação e a informação. Para o paciente, a não utilização da denominação genérica nas prescrições pode criar dificuldades na identificação do medicamento em função da confusão entre nomes comerciais e genéricos, além de levar à aquisição de medicamentos mais caros, mesmo com opções mais baratas (GIROTTO; SILVA, 2006).

Das prescrições analisadas, 1564 continham um ou mais de um antibiótico, contabilizando 19,11%. Como resultado da avaliação do padrão de prescrição de medicamentos das unidades do Programa de Saúde da Família de Blumenal-SC, Colombo e seus colaboradores (2004) encontraram 22,6% das receitas contendo antibióticos. Girotto e Silva (2006), em 2004 no Paraná encontraram 22,0%; já Santos e Nitrini (2004) encontraram um valor global de 21,3%.

O principal problema atrelado aos antibióticos e sua prescrição e uso abusivo é o

desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes a qualquer tratamento, acarretando graves consequências ao paciente, podendo levar até ao óbito (SANTOS; NITRINI, 2004).

O resultado do presente estudo está de acordo com o sugerido pela International Network for the Rational Use of Drug (INRUD), que ao testar esses indicadores em um estudo realizado em 12 países em desenvolvimento, indica valores entre 20 a 30% de prescrições contendo ao menos um antibiótico como níveis aceitáveis (GIROTTO; SILVA, 2006).

Do total das prescrições analisadas, apenas 967 (11,80%) receitas estavam completas quanto aos critérios avaliados, ou seja, em cerca de 88,20% das prescrições nesse período pode-se observar a ilegibilidade e/ou a ausência de, no mínimo, uma informação básica para que o usuário soubesse como usar seus medicamentos de forma adequada. Esse valor ainda se encontrou acima do obtido por Valadão e seus colaboradores (2009), quando 86,43% das prescrições continham pelo menos um erro; Guzatto e Bueno *(*2007) obtiveram 18% das receitas com algum tipo de erro. Considerando como erro, qualquer informação ausente ou que não esteja de acordo com o exigido por lei.

Porém, os dados coletados nesta pesquisa foram melhores que os obtidos por Mastroianni (2009), quando nenhuma das 1335 prescrições analisadas em seu estudo continha todos os requisitos avaliados.

4 I CONCLUSÕES

Apesar de a maioria dos prescritores prescreverem priorizando os medicamentos disponíveis na rede municipal de saúde e com a denominação genérica, ainda faz-se necessário um trabalho educativo quanto à importância da elaboração da receita de forma legível e completa para contribuir com Uso Racional dos Medicamentos.

REFERÊNCIAS

ALDRIGUE, R.F.T. et al. **Análise de Completude de Prescrições Médicas Dispensadas em uma Farmácia Comunitária de Fazenda Rio Grande - Paraná (Brasil)**. Acta. Farm. Bonaerense, v.25, n.3, p.454-459, 2006.

BORGES, L.M.; SILVA, E.V. **Análise dos indicadores de prescrição médica em uma unidade de saúde de Anápolis-GO**. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, v.4, n.3, p.63-72, 2010.

BRASIL. Lei, 5.991, de 17 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc_visa/legis/lei_5991.pdf?id=16614;word. Acesso em: 03 mai. 2005.

BRASIL. Decreto-Lei, 271, de 2 de Dezembro de 2002. Dispõe sobre as medidas de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.

infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/decreto_lei_271_2002.pdf. Acesso em: 03 mai. 2005.

BRASIL, 2013. **Protocolo de Segurança na Prescrição,uso e administração de medicamentos.** (Anexo 03). 32p. 2013. Disponível em: https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/protoclos_seguranca_prescricao_uso_e_adm_medicamentos.pdf

COLOMBO, D. et al. **Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v.40, n.4, p.549-558, 2004.

COSENDEY, M.A.E. et al. **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros**. Cad. Saúde Pública**,** v.16, n.1, p.171-182, 2000.

CRUCIOL-SOUZA, J.M.; THOMSON, J.C.; CATISTI, D.G. **Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro.** Revista Brasileira de Educação Médic**a**, v.32, n.2, p.188-196, 2008.

FARIAS, A. D. et al. **Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.10, n.2, p.149-156, 2007.

GIROTTO, E.; SILVA, P.V. **A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná.** Revista Brasileira de Epidemiologia, Paraná, v. 9, n.2, p. 226-234, 2006.

GUIMARÃES, A.G. et al. **Avaliação das Prescrições Dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais.** Brasil. Lat. Am. J. Pharm. 27 (4). p.543-7, 2008.

GUZATTO, P.; BUENO, D. **Análise de prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre** –RS. Revista HCPA, v.27, n.3, p.20-6, 2007.

MASTROIANNI, P.C. **Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v.30, n.2, p.173-176, 2009.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.** Brasília (Brasil); 2005.

PORTELA et al. **Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos?** Ciênc. saúde coletiva. V.15. supl. 3. Rio de Janeiro. 2010.

SANTOS, V.; NITRINI, S.M.O. O. **Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde**. Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 6, p. 819-829, 2004.

SILVA, T.P.C. **Análise da qualidade das prescrições e do serviço de dispensação orientada na Unidade Básica de Saúde Graciliano Ramos – Maceió/AL**. Monografia (Conclusão de Curso – Farmácia), 2010.

VALADÃO, A.F. et al. **Prescrição médica: um foco nos erros de prescriçã**o. Rev. Bras. Farm.**,** v.90, n.4, p.340-343, 2009.

WINTERSTEIN, A.G. et al. **Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital**. Am. J. Health Syst. Pharm. v.61, n.18, p.1908-1916. 2004.

CAPÍTULO 28

VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Elda Alves de Lacerda Campos
Universidade de Pernambuco – campus Petrolina
Petrolina – Pernambuco

Cicero Natan dos Santos Alves
Universidade de Pernambuco – campus Petrolina
Petrolina – Pernambuco

Johanna Dantas Oliveira Freitas
Universidade de Pernambuco – campus Petrolina
Petrolina – Pernambuco

Larissa Brito Vieira Diniz
Universidade de Pernambuco – campus Petrolina
Petrolina – Pernambuco

Ludimilla da Costa Santos
Universidade de Pernambuco – campus Petrolina
Petrolina – Pernambuco

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes
Universidade de Pernambuco – campus Petrolina
Petrolina – Pernambuco

Rosana Alves de Melo
Universidade Federal do Vale do São Francisco
Petrolina – Pernambuco

RESUMO: O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado em 2006 com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a estes agravos, buscando preveni-los. Considera-se como violência, para fins de notificação, "o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação". O objetivo foi relatar as atividades vivenciadas no projeto de extensão intitulado "VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA". O trabalho foi desenvolvido pela docente orientadora e alunos do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco – campus Petrolina. Trata-se de um projeto voltado para profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF), bem como agentes comunitários de saúde e recepcionistas, além dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tendo em vista que a subnotificação dos casos de violência representa um problema significativo para a saúde num contexto geral, faz-se necessário a implementação de ações que estimulem os profissionais a identificar adequadamente as formas de violência as quais estão submetidas a população, sobretudo os grupos vulneráveis, bem como a sua notificação permitindo dar visibilidade aos casos e, assim, propiciar o desencadeamento de medidas cabíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Sistemas de

Informação; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT: The Violence and Accidents Surveillance System (VIVA) was implemented in 2006 with the objective of collecting data and generating information on violence and accidents to subsidize public health policies aimed at these diseases, seeking to prevent them. For purposes of notification, “intentional use of physical force or power, whether real or threatening, against itself, against another person, or against a group or community resulting possibility of injury, death, psychological damage, developmental disability or deprivation.” The objective was to report the activities experienced in the extension project entitled “VISIBILITY OF THE VIOLENCE OF VULNERABLE GROUPS IN PRIMARY ATTENTION TO HEALTH WITH EMPHASIS IN THE OLDER PERSON”. The work was developed by the orienting doctor and students of the nursing course of the University of Pernambuco - Petrolina campus. It is a project aimed at professionals who make up the Family Health Team (ESF), as well as community health agents and receptionists, as well as professionals from the Family Health Support Center (NASF). Given that underreporting of violence represents a significant problem for health in a general context, it is necessary to implement actions that encourage professionals to adequately identify the forms of violence that are subjected to the population, especially groups vulnerability, as well as their notification, allowing the visibility of cases and thus triggering appropriate measures.
KEYWORDS: Violence; Information systems; Primary Health Care; Community Health Nursing.

1 I INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado em 2006 com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a estes agravos, buscando preveni-los (BRASIL, 2013).

O VIVA possui dois componentes: 1) Viva/Sinan, que é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e 2) Viva Inquérito, sob a modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados (BRASIL, 2013).

Considera-se como violência, para fins de notificação, “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2003). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial (BRASIL, 2011).

Dentre os grupos citados encontram-se presentes os tipos de violência que são objetos de notificação, são elas: violência doméstica; violência sexual; violência autoprovocada; tráfico de pessoas; intervenção por agente legal público; violência financeira, econômica ou patrimonial; negligência/abandono; violência contra a criança; violência contra o adolescente; violência contra a mulher; violência contra a pessoa idosa; trabalho infantil; dentre outras (BRASIL, 2011).

Os idosos, por problemas de saúde ou pela falta de autonomia, se submetem ao isolamento, dificultando o diagnóstico de maus-tratos por cuidadores, vizinhos ou outras pessoas de sua relação. Os próprios idosos em geral se sentem culpados em denunciar o agressor, por este ser muitas vezes um parente próximo e com isso, contribuem para que essa violência não venha à tona. O julgamento de culpabilidade ou apuração de responsabilidade não compete à equipe de saúde. Seu papel é facilitar o diálogo, agindo com tato e diplomacia na busca da orientação ou encaminhamento mais adequado a cada caso e observar cuidadosamente os sinais e sintomas, levando em conta todas as dificuldades que existem entre o cuidador e o idoso, principalmente naquelas famílias que já tenham um contexto de risco para violência (BRASIL, 2011).

Acredita-se que o convívio em sociedade de forma estressante e a aglomeração de fatores ambientais, sociais e culturais acarretam para o agravamento de situações de saúde que implicam em uma relação de desajuste quando se trata do binômio saúde da população x violência. Com base no que foi exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar as atividades vivenciadas no projeto de extensão intitulado "VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA".

2 I METODOLOGIA

O trabalho está sendo desenvolvido pela docente orientadora e alunos do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco – Campus Petrolina.

Trata-se de um projeto voltado para profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF), bem como agentes comunitários de saúde e recepcionistas, além dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As ações serão estruturadas da seguinte forma: a) no primeiro momento será realizado o contato com a unidade de saúde para informar sobre o projeto a ser desenvolvido, bem como saber o interesse dos profissionais em participar do presente projeto; b) no segundo momento serão realizadas capacitações com os alunos extensionistas visando à preparação dos alunos e a construção do material didático-pedagógico; c) no terceiro momento serão realizadas diversas oficinas com os profissionais da ESF, explanando as diversas formas de violência contra grupos vulneráveis e apresentando a ficha de notificação (Ficha de notificação/investigação individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências). Esse momento

permitirá uma discussão em torno da importância da notificação dos casos de violência; d) o quarto momento será direcionado à um grupo de idosos e cuidadores utilizando como metodologia a roda de conversa cujo objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos como um encontro, uma interação entre quem cuida e quem são cuidados.

Será elaborado um questionário semiestruturado para ser aplicado aos profissionais como forma de avaliação, antes e após a promoção das ações do projeto. As ações operacionalizadas terão datas pré-marcadas, na unidade de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME), com carga horária semanal de 4 horas.

O projeto foi submetido e aprovado pelo edital nº 01/2017 do Programa Institucional de Apoio à Extensão – PIAEXT, e receberá recurso para o desenvolvimento das atividades.

3 I RESULTADOS/DISCUSSÃO

A primeira atividade desenvolvida foi o contato com a AME, onde procurou-se identificar o interesse das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em participar das atividades do referido projeto. Esse contato foi feito com a AME – Dr. Manoel Possídio, localizada no bairro Areia Branca no município de Petrolina – PE, ainda em fase de pactuação.

A segunda atividade desenvolvida foi uma reunião com os alunos selecionados para o projeto e a docente orientadora. O projeto foi apresentado aos discentes para que os mesmos pudessem ter um maior entendimento sobre a temática do projeto, a aprovação do mesmo pelo edital PIAEXT, a metodologia do projeto, definição de horário para desenvolvimento de atividades – conforme disponibilidade dos alunos, o objetivo geral e os específicos, além do direcionamento referente ao material para leitura que deverá ser utilizado nas próximas etapas.

A terceira atividade tratou-se da capacitação dos alunos, onde foram apresentadas aulas expositivas e roda de conversa acerca dos seguintes temas: tipos de violência; sobre o que trata o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); apresentação da ficha de notificação de violências, bem como o seu correto preenchimento; situação da violência no Brasil, no estado de Pernambuco e no município de Petrolina; além de outros assuntos pertinentes à elaboração de material para ser trabalhado com os profissionais da unidade básica de saúde.

4 I CONCLUSÃO

Tendo em vista que a subnotificação dos casos de violência representa um problema significativo para a saúde num contexto geral, faz-se necessário a

implementação de ações que estimulem os profissionais a identificar adequadamente as formas de violência as quais estão submetidas a população, sobretudo os grupos vulneráveis, bem como a sua notificação, permitindo dar visibilidade aos casos e, assim, propiciar o desencadeamento de medidas cabíveis.

A equipe de saúde, desde os funcionários da recepção até os profissionais que estão diretamente relacionados com a assistência prestada aos indivíduos de tal área de abrangência, precisa estar preparada para identificar os casos de violência, orientando e realizando os encaminhamentos de forma coerente e de forma que estes possam: saber lidar com as informações que chegam até a unidade; saber referenciar para os serviços de competência para acompanhamento dos casos; saber acolher as vítimas que sofrem as várias formas de violência para que esses indivíduos possam sentir-se seguros e também receber as informações que necessitam para o enfrentamento desse problema. Além disso, esse trabalho precisa estar intimamente integrado com as atividades desenvolvidas na comunidade, para que todos possam ser capazes de lidar com a violência impedindo que ela se transforme em um problema mais grave.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAPÍTULO 29

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA

Allana Cândida Costa Corrêa
Enfermeira, Faculdade Estácio/FCAT
Castanhal – PA
allanaccorrea.09@gmail com

Deborah Shari Toth Modesto
Enfermeira, Estácio/FCAT
Castanhal - PA

Denille Silva de Oliveira
Acadêmica de Enfermagem, Estácio/FCAT
Castanhal - PA

Raelyn Amorim Gama
Enfermeira, Faculdade Estácio/FCAT
Castanhal - PA

Rafael dos Santos Borges
Enfermeiro, Faculdade Estácio/FCAT
Castanhal - PA

INTRODUÇÃO

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ/AB, corresponde a uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para incentivar os gestores a melhorar a qualidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Criado em 2011, o programa tem seu funcionamento baseado na qualificação dos profissionais, no acompanhamento, e na avaliação do trabalho desenvolvido pela equipe. Organizado em quatro fases (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa, e recontratualização), o PMAQ permite que os municípios que atingirem melhora recebam incentivo financeiro do governo federal destinado ao investimento na própria unidade, que pode atingir até R$ 11 mil reais a mais por mês. Esta melhora é indicada por meio de uma nota final da avaliação, composta por três partes – 10% da nota advém da avaliação que a própria equipe faz do seu trabalho (AMAQ), 20% do desempenho nos resultados dos indicadores de saúde estabelecidos no momento da entrada da equipe no Programa, e 70% da avaliação externa. A avaliação externa consiste em ações variadas, que contam com o apoio de instituições de ensino e pesquisa de todo o Brasil, cuja finalidade é levantar informações que permitam averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios participantes do PMAQ, buscando valorizar e dar reconhecimento às equipes e gestores municipais que se esforçam e alcançam os resultados para a qualificação da Atenção Básica (AB). Incluída na avaliação externa, está a avaliação da satisfação do usuário, que representa uma ferramenta indispensável para o levantamento de dados reais, diminuindo as chances das informações colhidas serem mascaradas pelas equipes nas unidades. Porém, neste contexto devem ser considerados alguns fatores de

exclusão da pesquisa como, se o usuário frequenta a unidade a menos de 12 meses, ou se ele já tiver sido atendido por médico ou enfermeiro no dia da entrevista. O 1º ciclo de avaliação iniciou-se em maio de 2012, e atualmente, em 2016, encontra-se no 3º ciclo, iniciado com adesão de 95,6% dos municípios brasileiros, sendo 38.865 (93,9%) equipes de AB, das quais 25.090 (95,9%) com equipes de Saúde Bucal e 4.110 (91,2%) de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Objetivos:** Avaliar os resultados nacionais das avaliações realizadas por instituições de ensino e pesquisa nas UBS contratualizadas com o PMAQ, destacando os pontos positivos em relação à melhoria do acesso e da qualidade da assistência. **Métodos:** Trata-se de um trabalho de análise integrativa de literatura e análise quantitativa, baseado em informações colhidas no portal do Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde. Dentre as informações disponíveis no portal, os resultados analisados foram referentes ao acesso da comunidade aos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, a qualidade do atendimento, e a satisfação do usuário. Para cada um dos aspectos avaliados, serão utilizados nesta pesquisa, o maior e o menor dos resultados, respectivamente. **Resultados e Discussão:** Os resultados investigados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com um profissional de cada equipe e 60.000 usuários. Na totalidade, participaram 15.095 equipes contratualizadas com o PMAQ, atuantes em 16.164 UBS localizadas em 5.347 municípios do país. Em relação ao acesso aos serviços oferecidos na UBS, 84% dos cidadãos consideram muito boa e boa a forma como são acolhidos e recebidos, e 67% relatam serem ouvidos pelos profissionais mesmo sem consulta agendada. Tais dados revelam, que a conjunção do PMAQ com os serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e UBS, que por si só trazem consigo o objetivo de aumentar a participação comunitária, permite o acolhimento e o acesso às informações e procedimentos de forma mais clara, igualitária e facilitada, visto que as equipes contratualizadas com o Programa encontram-se periodicamente em processos de capacitações, que qualificam e preparam os profissionais para a assistência às diferentes necessidades da população de forma humanizada, holística e cientificamente eficaz, assim como para realizar os exames e demais procedimentos que cada programa de saúde que integra a unidade requer. Quanto à qualidade da assistência, 91% informa respeito por parte das equipes no que se refere aos hábitos, crenças e cultura, e 69% são orientados quando ocorrem sinais de melhora ou piora quando adoecem. Segundo Campos *et al*, **a** promoção da saúde é um campo teórico-prático-político, que deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos, objetivando, portanto, colocar os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo. A partir disso e das porcentagens relacionadas à qualidade assistencial, temos um modelo que entende e potencializa essa participação e respeito às diversidades e ao direito que todo cidadão detém de ter conhecimento das técnicas e atualizações referentes ao seu diagnóstico, acompanhamento, tratamento e evolução clínica. Em

se tratando da satisfação dos usuários, 86% recomendariam a UBS a um amigo ou familiar, e 79% avaliaram como bom ou muito bom o cuidado que recebem da equipe. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde – OMS introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de "responsividade" dos sistemas de saúde, em contraposição ao de "satisfação", utilizado desde a década de 60. Enquanto as pesquisas de "satisfação" focavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, o termo responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não-médicos do cuidado. Apesar do aspecto investigado se tratar da satisfação dos usuários dos serviços de saúde, muito integradas estão as questões não-médicas na formação da opinião pública dos cuidados, visto que ao se visitar um serviço, as relações interpessoais entre os próprios usuários, a localização da unidade, entre outros fatores, são cruciais na classificação do atendimento como bom ou ruim. Baseado nisso, pode-se afirmar que em sua maioria, as unidades associadas ao PMAQ apresentam um alto índice de satisfação e qualidade do ponto de vista da comunidade, o que representa um ganho à saúde pública brasileira, que desta maneira caminha para um desenvolvimento acelerado, principalmente em âmbito social. **Conclusão**: A partir deste estudo, esperamos contribuir para o fortalecimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, incentivando os gestores municipais e as equipes das Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família a aderirem ao programa, bem como às suas metas e princípios de funcionamento. Visto que em pouco tempo de execução, o PMAQ já trouxe ganhos à saúde pública do Brasil tanto do ponto de vista popular – em relação ao atendimento humanizado e o aprimoramento científico por meio das constantes ações de educação continuada com a equipe de saúde, cujo reflexo se dá em uma comunidade com um alto grau de participação nos mais variados tipos de programas de saúde inseridos no contexto da atenção básica, e na satisfação da população em ser coberta por um serviço como este – quanto dos próprios profissionais, que por meio disto compreendem a importância das atualizações de suas práticas, dos procedimentos livres de negligências, dos registros e notificações constantes, e sobretudo, da sensibilidade no cuidado ao paciente. Deve-se buscar constantemente o aprimoramento do Programa, pois ele representa um dos meios mais eficazes de se estabelecer no Brasil uma política de saúde capaz de alcançar a todos – profissionais e usuários – de forma atualizada, habilitada, humanizada, e com os recursos sendo destinados especialmente à estes meios. Como prova disso, temos em 2016, mais da metade dos municípios do país aderidos ao Programa (95,6%), que indica maior interesse dos gestores destes municípios em ampliar o seu número de equipes contratualizadas, uma vez que como consequência disto, se amplia não apenas o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica, como também os incentivos financeiros de cunho federal destinados às unidades.

Descritores: Atenção básica, Satisfação do usuário, Educação continuada.

REFERÊNCIAS

Departamento de Atenção Básica. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2012 – [acesso em 21 set 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php.

Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso, Superintendência de Atenção à Saúde, Coordenadoria de Atenção Primária. **Cartilha PMAQ - Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica.** 2012; versão preliminar: 8.

CAMPOS GW, BARROS RB, CASTRO, AM. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde.** 2004;9(3):746.

VAITSMAN J, ANDRADE GRB. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** 2005;10(3): 600.

SOBRE A ORGANIZADORA

Elisa Miranda Costa: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Fez mestrado no curso de Pós-graduação em saúde coletiva, foi bolsista pela FAPEMA, na categoria BATI II. Foi bolsista de iniciação científica no Projeto "Anemia Ferropriva e cárie dentária em gestantes: uma coorte prospectiva, no período de 2012 a 2013 e no projeto "Níveis de hemoglobina e ferro sérico em gestantes em uma maternidade de São Luís, Maranhão, no período de 2013 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, participando inicialmente de treinamento e posteriormente de análises utilizando a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA (proc. FAPESP nº 2008/53593-0). Atualmente, é doutoranda em saúde coletiva pela UFMA. (Texto informado pelo autor)

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3