

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO

Volume 2

PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE

Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Marta Quintanilha Gomes
Patty Fidelis de Almeida

ORGANIZADORAS

Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Marta Quintanilha Gomes
Patty Fidelis de Almeida
ORGANIZADORAS

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO

PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE

Volume 2

1ª Edição
Porto Alegre
2020

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Èrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Este livro é uma parceria do **PROFSAÚDE** e **Rede Unida**. Os artigos publicados nesta edição são dos alunos da primeira e da segunda turma do PROFSAÚDE e foram avaliados por pareceristas convidados.

Pareceristas:

Adriana Maria de Figueiredo – UFOP;
Aisllan Diego de Assis – UFOP;
Aline Corrêa de Souza – UFCSPA;
Amábela de Avelar Cordeiro – UFRJ;
Ana Lucia Moreno Amor – UFRB;
Ana Tereza Guerrero – FIOCRUZ/MS;
Andréia Aparecida de Miranda Ramos – UFJF;
Ana Flávia Pontes Aguiar – FIOCRUZ/DF;
Bruno Leandro Alves de Andrade – FIOCRUZ/DF;
Cláudia Regina dos Santos Ribeiro – UFF;
Daniel Canavese de Oliveira – UFRGS;
Deivisson Vianna Dantas dos Santos – UFPR;
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo – FIOCRUZ;
Divanise Suruagy Correia – UFAL;
Elen Rose Castanheira – UNESP;
Elaine Tomasi – UFPEL;
Elisete Casotti – UFF;
Elizabeth Teixeira – UEA;
Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF;
Fábio Solon Tajra – UFPI;
Helena Moraes Cortes – UFRB;
Helena de Oliveira – UFJF;
Helia Kawa – UFF;
Jorge Luís de Souza Riscado – UFAL;
Karla Santa Cruz Coelho – UFRJ;
Kellen Cristina da Silva Gasque – FIOCRUZ/DF;
Leonardo Caçado Monteiro Savini – UFOP;
Marcos Paulo Fonseca Corvino – UFF;
Maria Alice Amorim Garcia – UNESP;
Maria da Graças M Mello Taveira – UFAL;
Maria Cristina Pereira Lima – UNESP;
Mariana Hasse – UFU;
Maurício Polidoro – UFRGS;
Olivia Maria de Paula Alves Bezerra – UFOP;
Paula Hayasi Pinho – UFRB;
Regina Fernandes Flauzino – UFF;
Rosilda Mendes – UNIFESP;
Rozangela Wyszomirska – UFAL;
Sabrina Stefanello – UFPR;
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira – FIOCRUZ/MS;
Stela Meneghel – UFRGS;
Swedenberger do Nascimento Barbosa – FIOCRUZ/DE.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Danielle Cristine Alves

Foto Capa

Araquém de Alcântara

(Acervo Casa de Oswaldo Cruz)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

T266a Teixeira, Carla Pacheco (org.) et al.

Atenção, Educação e Gestão: Produções da Rede Profsaúde – Volume 2 / Organizadores: Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Marta Quintanilha Gomes e Patty Fidelis de Almeida; Prefácio de Gulnar Azevedo e Silva Archives e José Ivo dos Santos Pedrosa. – 1. ed. – Porto Alegre : Rede Unida, 2020.

252 p. – (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde)
E-book: 3.19 Mb; PDF

ISBN: 978-65-87180-22-9

DOI: 10.18310/9786587180229

1. Atenção em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Práticas Interprofissionais. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180017

CDD 610.362.8

CDU 61.044.22

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

Prefácio	9
----------------	---

Gulnar Azevedo e Silva Archives, José Ivo dos Santos Pedrosa

Apresentação	13
--------------------	----

Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Marta Quintanilha Gomes, Patty Fidelis de Almeida

Refletindo sobre acessibilidade e capacidade resolutiva local na Atenção Básica	18
---	----

Aluísio Gomes da Silva Junior, Regina Fernandes Flauzino

Desenvolvimento de competências e produção de conhecimentos aplicados: expectativas de mestrandos do PROFSAÚDE.....	27
---	----

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, Inara Pereira da Cunha, Vicente Sarubbi Júnior

PARTE I - EIXO DE ATENÇÃO	44
---------------------------------	----

Cuidado compartilhado em casa: competências relacionais e atenção domiciliar segundo profissionais de saúde.....	45
--	----

Spártaco Galvão Fogaça de Almeida, Juliana Azevedo Fernandes

Sobre a medicina popular: o que pensam os médicos da Atenção Básica?	57
--	----

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso, Eduardo Alves Melo, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica do usuário no município de Colombo-PR	69
---	----

Hernando Alves Pereira, Júlia Schlichting Azevedo, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Solena Ziemer Kusma, Giovana Daniela Pecharki

Adesão ao tratamento em usuários hipertensos em um município nordestino do Brasil	81
---	----

Renata Hellen Silva Andrade, Jorge Luís de Souza Riscado, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Perfil clínico e sociodemográfico de usuários diabéticos das unidades básicas de saúde de Coari, Amazonas (Brasil)	93
--	----

Nathalie Matos Gama, Paulo Cesar Basta

Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói/RJ.....	105
--	-----

Beatriz Rodrigues Silva Selles, Andrea Felizardo Ahmad, Aiarlen dos Santos Meneses, Fabiana Albino Braga, Adriana Lemos, Claudia Regina Ribeiro

PARTE II - EIXO DE EDUCAÇÃO.....	117
----------------------------------	-----

Integração ensino-serviço nas unidades saúde da família em um município do sul do Brasil	118
--	-----

Júlia Nunes Mallmann, Carmen Vera Giacobbo Daudt, Marta Quintanilha Gomes, Bruna Becker

Atenção Primária como cenário de prática de escola médica no Brasil: avaliação da integração ensino-serviço	130
---	-----

Aldicléya Lima Luz, Willian Silva Lopes, Gabriella Silva dos Santos, Silmar Custódio Gonçalves, Luciane Maria Oliveira Brito, Maria Raimunda Santos Garcia, Márcio Moysés de Oliveira, Maria do Carmo Lacerda Barbosa

A medicina na floresta: desafios da implantação do curso de medicina em área remota da Amazônia.....	142
--	-----

Ricardo dos Santos Faria, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Movimentos populares do campo e das águas: percepções do acesso à Estratégia Saúde da Família.....	154
--	-----

Leandro Araújo da Costa, Vanira Matos Pessoa, Fernando Ferreira Carneiro, Francisco Wagner Pereira Menezes, Luis Lopes Sombra Neto

Grupo de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: repercussões a partir de pesquisa-ação.....	167
---	-----

Marciele Guimarães Fagundes, Solena Ziemer Kusma, Milene Zanoni da Silva

Rodas de conversa: proposta metodológica de construção de espaços comunitários na Atenção Primária à Saúde	180
--	-----

Enyo Arruda Santos, Emanuelle Almeida Silva Viana, Sara Barbosa Rodrigues, Vandressa Lopes da Silva, Laura Regia Oliveira Cordeiro, Lina Faria

PARTE III - EIXO DE GESTÃO.....	191
---------------------------------	-----

A participação do médico especialista na expansão da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal	192
---	-----

Fernanda Vieira de Souza Canuto, José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, Armando Martinho Bardou Raggio



Hipertensão arterial e *diabetes mellitus*: avaliação de serviços de Atenção Primária no interior paulista..... **203**

Mario Amaral Puglisi, Adriano Dias, Walter Vitti Junior, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Patricia Rodrigues Sanine

Percepção de profissionais da saúde sobre segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde..... **216**

Celso Marcos da Silva, Divanise Suruagy Correia, Maria das Graças Monte Mello Taveira, Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho, Leonardo Feitosa da Silva, Carlos Dornels Freire de Souza

Autoavaliação da Atenção Primária à Saúde em um município de pequeno porte do sul do Brasil **229**

Antonio Marcos de Almeida, Aline Corrêa de Souza

SOBRE OS AUTORES..... **240**

PREFÁCIO

Gulnar Azevedo e Silva Archives
José Ivo dos Santos Pedrosa

Na maioria das vezes o prefácio de uma coletânea traz informações sobre a obra realizada, seu contexto, seus autores e um convite à leitura. Para a obra aqui apresentada na forma de um e-book, acreditamos que o prefácio deva inicialmente informar e convidar os leitores a uma reflexão sobre a intencionalidade de sua produção, pois o contexto, os manuscritos e seus autores mostram-se como efeitos ou produtos (se quisermos uma linguagem mais objetiva) de um movimento do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) no sentido de registrar a percepção, o olhar e a compreensão de docentes, discentes, profissionais e usuários sobre a dinâmica dos territórios de Atenção Primária/Atenção Básica de Saúde que o PROFSAÚDE, como um dispositivo de enunciação vai revelando em sua trajetória.

Não é por acaso que a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) — entidade científica e política que agrega as áreas que constituem o campo da Saúde Coletiva no país — é a entidade proponente de um curso com objetivo de “oferecer aos profissionais atuantes na Atenção Básica em Saúde (ABS) formação articulada com sua prática, fortalecendo conhecimentos relacionados à atenção, educação e gestão de forma a prepará-los para que atuem como docentes nas graduações e pós-graduações da área de saúde, bem como preceptores na ESF e nas residências multiprofissionais e médicas, com ênfase naquelas da área de saúde coletiva”.

A proposição do PROFSAÚDE revela o pensamento que a saúde coletiva não pode prescindir de profissionais ativos, críticos, criativos e resolutivos que reflitam sobre sua prática, superando limites disciplinares, corporativos e institucionais na perspectiva de construir interfaces que possibilitem a compreensão da amplitude das relações entre saúde, doença e cuidado.

É intencional ter uma rede de 22 instituições de ensino liderada pela FIOCRUZ, em que cada ponto dessa rede contribui com suas singularidades e potências para que o PROFSAÚDE seja desenvolvido como uma rede dinâmica em que emergem, a cada

edição, novos problemas, conhecimentos e intervenções, aguçando a curiosidade epistemológica, aprimorando tecnologias e construindo compromissos com a responsabilidade social dos sujeitos envolvidos nos processos de formação em saúde, das instituições formadoras e da gestão da rede de serviços.

Para integrar teoria e prática, os territórios de ABS são considerados espaços de produção e circulação de saberes, práticas e afetos. Partindo daí, as equipes de saúde da família atuam como autores de suas ações, de sua história e de modo crítico e criando alternativas compartilhadas para superar os desafios que encontram a cada dia.

Considerando-se o PROFSAÚDE uma intervenção pedagógica no sentido de contribuir para a superação do caráter prescritivo que circunda a relação entre o usuário, a Unidade de Saúde e os profissionais, é imprescindível que se registrem as invenções, inovações e tecnologias em diálogo a fim de que tal encontro se transforme em momento acolhedor, de troca de saberes. O registro dessa trajetória é a essência do e-book.

Dessa forma a articulação ensino/pesquisa/serviço deixa de ser algo abstrato e distante e se torna visível nas “Rodas de Conversa” — proposta metodológica de construção de espaços comunitários na atenção primária à saúde — e nos encontros com os movimentos populares do campo e das águas — percepções do acesso à estratégia saúde da família. Processos que ultrapassam as definições normativas presentes nas organizações de saúde e buscam a viabilidade de políticas indutoras de mudanças na formação refletindo sobre a integração ensino-serviço nas unidades saúde da família em um município do sul do Brasil e identificando fortalezas e desafios ao considerar a atenção primária como cenário de prática de escola médica no Brasil — avaliação da integração ensino-serviço.

Outra intencionalidade que o PROFSAÚDE assume é ter como egresso “um profissional comprometido com a aprendizagem ao longo da vida, que incorporará criticamente as políticas públicas de saúde como referenciais em sua atuação, com competência para produzir conhecimento a partir da prática no serviço e utilizá-lo para transformar a realidade”.

Considerando a ação dos determinantes sociais sobre os processos de adoecimento e sofrimento da população e o sentido ampliado de saúde é imperativo que as necessidades e a voz dos usuários sejam ouvidas e reconhecidas

como problemas que demandam respostas institucionais. Escuta que pode ser advinda desde os sistemas de informação em saúde — a qualidade da informação na gestão das equipes de saúde à compreensão das Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói/RJ.

A ABS como espaço de produção do cuidado tem nos profissionais de saúde sujeitos que protagonizam as práticas de saúde que são constantemente modificadas e traduzidas ao contexto de sua realização. Para diminuir a distância entre a ação protocolar normatizada e sua materialização existe a vivência e a experiência do profissional que orienta o ato de cuidar.

Movimentando-se em território dinâmico, articulado, de entrelaces de saberes é importante indagar. Sobre a medicina popular: o que pensam os médicos da atenção básica? E, como protagonistas do fazer, ressalta-se a participação do médico especialista na expansão da atenção primária à saúde no Distrito Federal e problematizar a segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária.

O cuidado é uma ação humana que acontece entre sujeitos mediados por conhecimento, culturas, tecnologias e diálogo, mas também compreende uma ação que se fundamenta no conhecimento sobre o problema, se materializa por meio de tecnologias e se efetiva no diálogo e na interação com o outro, ampliando espaços para além dos muros da unidade de saúde até o cuidado compartilhado em casa. Competências relacionais e atenção domiciliar segundo profissionais de saúde e repensando novas técnicas relacionadas à assistência aos usuários portadores de diabetes de unidades básicas de saúde em Coari, Amazonas (Brasil) e no papel da rede de Atenção Básica no Sistema único de Saúde ao se debruçar sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus: avaliação de serviços de atenção primária no interior paulista.

Finalmente a coletânea ainda nos traz experiências inovadoras ao sistematizar e analisar o trabalho em um grupo de promoção da saúde na atenção primária à saúde: repercussões a partir de pesquisa-ação, levantando questões atualizadas e pertinentes sobre a direcionalidade da formação médica, contextualizando a medicina no meio da floresta amazônica (desafios da implantação do curso médico em Coari, Amazonas) e nos instiga a reatualizar as características da avaliação apontando possibilidades que as práticas avaliativas



sejam incorporadas e compreendidas como processos de emancipação e empoderamento na autoavaliação da atenção primária à saúde em um município de pequeno porte do sul do Brasil atos de saúde.

Eis a obra! O registro compartilhado do movimento de sujeitos que transitam nos espaços da formação, da pesquisa e dos serviços com seus acúmulos, suas potencialidades, seus saberes e afetos. Vamos percorrer esta trilha!

APRESENTAÇÃO

Esta obra é constituída por trabalhos produzidos no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), proposta de formação que ocorre em uma rede nacional composta por 22 instituições de Ensino Superior das cinco regiões do país, coordenada pela FIOCRUZ. Trata-se de uma estratégia importante de qualificação dos processos de trabalho, gestão e atenção vinculados à Atenção Primária à Saúde, em consonância com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, é uma proposta formativa para profissionais e gestores da saúde que a partir de suas produções com a realização do mestrado, propõem reflexões, intervenções e propostas de qualificação do trabalho no SUS.

Trata-se do segundo volume de manuscritos organizados nos três eixos temáticos – Atenção, Educação e Gestão – alinhados à proposta pedagógica do curso que traz, ainda, como princípio da formação dos profissionais da saúde, a estreita articulação entre ensino e serviço. Importante salientar que esses eixos estão interligados e isto fica evidenciado nos artigos deste e-book.

Antecedendo esses trabalhos, a obra traz dois textos que contribuem para a contextualização das produções. Um deles nos convida a refletir sobre a acessibilidade e a capacidade resolutiva na Atenção Básica destacando iniciativas inovadoras, principalmente no âmbito do Estado do Rio de Janeiro (RJ), e outro analisa as expectativas educacionais, profissionais e o perfil dos alunos da segunda turma do PROFSAÚDE.

A primeira parte do e-book apresenta seis trabalhos relacionados ao eixo “Atenção”, que dialoga diretamente com a dimensão do cuidado em saúde, na perspectiva de redes de atenção à saúde que, sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), possam acolher as demandas e necessidades da população. As produções dialogam com a percepção de profissionais, itinerários terapêuticos e experiências de usuários em sua busca de acesso aos serviços de saúde.

Um dos trabalhos analisa as competências relacionais envolvidas no atendimento domiciliar em seus componentes de conhecimento, habilidades e atitudes na perspectiva de recursos necessários à aproximação entre profissionais,

usuários e cuidadores familiares. Uma vez que são escassas as produções teóricas sobre o desenvolvimento de competências relacionais para o trabalho em atendimento domiciliar, o artigo aporta importante contribuição. Além disso, a apropriação das competências relacionais proporciona maior segurança aos profissionais e amplia suas potências na construção de relações dialógicas com os usuários, essenciais tanto para o contato inicial quanto para a continuidade do trabalho no domicílio.

Outro capítulo traz a percepção dos médicos da atenção básica sobre a medicina popular, dialogando com outras perspectivas de compreensão dos sistemas ou subsistemas de saúde, uma vez que os componentes formal, informal e popular, de maneira imbricada, compõem a teia de cuidados tecida pelos usuários. O subsistema popular com seus especialistas de cura não formais, agentes seculares ou religiosos, não certificados legalmente, mas com expressivo reconhecimento pela sociedade, representa uma dimensão por vezes pouco abordada nos estudos acadêmicos, porém com expressiva potência para compreensão das práticas de saúde e alcance de cuidados integrais.

As experiências, percepções e itinerários terapêuticos na perspectiva dos usuários são o foco de quatro trabalhos que se relacionam ao eixo “Atenção”. As avaliações a partir da perspectiva do usuário são ferramentas valiosas para compreender se a atenção ofertada atende às expectativas, escolhas e decisões de quem necessita do cuidado. O protagonismo e a voz dos usuários podem fornecer elementos importantes para compreensão da efetividade e a qualidade da atenção nos serviços de saúde. Um dos trabalhos apresenta resultados decorrentes da aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), instrumento amplamente utilizado, em diversos países, para avaliação dos atributos essenciais e derivados da APS, cujos resultados permitem comparações com outros cenários e também aportam contribuições importantes a gestores e profissionais com vistas a fortalecer o acesso, integralidade, coordenação, continuidade dos cuidados, além das competências familiar e comunitária da APS.

A hipertensão arterial sistêmica está entre as primeiras causas de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. Frente à magnitude deste quadro epidemiológico, desde 2001, há um plano nacional para a organização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus com o objetivo de qualificar as ações de

promoção e prevenção desses agravos na APS. Logo, os dois agravos pela elevada prevalência e reconhecida importância da Atenção Primária à Saúde nas atividades promocionais, preventivas e assistenciais, foram foco de dois estudos. Um deles busca identificar fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de usuários de uma unidade básica de saúde, indicando que os planos terapêuticos devem considerar a subjetividade de cada indivíduo, a partir de suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, que imprimem à experiência do adoecer um caráter singular. Outro capítulo apresenta o perfil clínico e sociodemográfico de usuários com diabetes acompanhados em unidades básicas de saúde em município da região amazônica, que também trata de agravo crônico que representa um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, e faz parte de uma das condições crônicas mais sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Por fim, uma das produções explora as potencialidades dos itinerários terapêuticos como metodologia afeita à integralidade. O estudo identifica e analisa uma série de barreiras que são interpostas à população trans para a utilização dos serviços de saúde, embora nosso sistema garanta o direito universal. Especialmente nos serviços de urgência e emergência foram identificados, entre outros aspectos, o desrespeito ao nome social, o despreparo profissional e a ausência de fluxos definidos na rede para realização da terapia hormonal. Neste cenário, ativismo social e político foram recursos para ressignificar a vivência trans, além de arena de luta e resistência.

Os seis manuscritos apresentados no eixo “Educação” tratam da formação dos trabalhadores da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na integração ensino-serviço, bem como, experiências com a utilização de estratégias promotoras de saúde no contexto do serviço.

Dois trabalhos tratam da integração ensino-serviço, sendo que um aborda a integração ensino-serviço nas unidades de saúde da família em um município do Sul do Brasil, sob a perspectiva do ensino, do serviço e da gestão e, o outro realizou uma análise da integração ensino-serviço nos cenários da prática de Atenção Primária à Saúde de um curso de Medicina para o desenvolvimento das atividades docentes.

Outro trabalho aborda os desafios institucionais para a implantação do curso de medicina, partindo da análise do projeto pedagógico e da percepção da comunidade acadêmica sobre o processo de implantação do referido curso.

Um estudo apresenta os movimentos populares do campo com foco para a percepção em relação ao acesso a Estratégia Saúde da Família nos territórios do campo e das águas no Estado do Ceará.

Há ainda um manuscrito que trata das repercussões, na perspectiva dos participantes, de um grupo de promoção da saúde em uma unidade de saúde que usou a pesquisa-ação como metodologia para sua realização.

E, por fim, tem-se um estudo que trata da relevância da roda de conversa como estratégia metodológica transformadora da educação e do cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde.

O eixo da “gestão” traz quatro manuscritos que ajudam a refletir sobre diferentes questões que convergem para o desafio de continuar qualificando a organização dos processos no âmbito do SUS.

Neste eixo, há investigação sobre a organização da Atenção Primária à Saúde que buscou alinhamento do trabalho de médicos especialistas inicialmente não vinculados à Medicina de Família e Comunidade, e que passam por processo formativo para o desenvolvimento de ações na Estratégia de Saúde da Família. O trabalho analisa a adaptação dos médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos na nova função de médico de família e comunidade, durante processo de reestruturação da assistência.

Outro trabalho apresenta pesquisa que buscou compreender se os arranjos organizacionais operacionalizados nos serviços da Atenção Primária à Saúde respondem às necessidades assistenciais dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*. Através da pesquisa são constatadas importantes relações dos processos de gestão aos princípios do SUS — universalidade, integralidade e equidade — que garantem o bom funcionamento e alta resolutividade dos serviços da APS.

Trazendo um foco importante para a garantia da qualidade dos serviços prestados no SUS, há um artigo que analisa a percepção de profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde sobre práticas de segurança do paciente. O trabalho reflete que a implementação de ações de Segurança do Paciente pode qualificar a rede de saúde na medida em que minimiza riscos de danos para usuários, melhorando a assistência e gerando economia de recursos.

Ainda na perspectiva da gestão, há um artigo que aborda a autoavaliação realizada pela equipe de saúde, pela gestão municipal e pela coordenação

da Atenção Primária à Saúde, executada em um município rural através da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB). O resultado alerta para a necessária articulação entre gestão, equipe de saúde e comunidade para avanços nos processos de trabalho na direção de um modelo de atenção à saúde baseado nos atributos da APS.

A obra tem como objetivo fortalecer a divulgação do conhecimento produzida pela Rede PROFSAÚDE e contribuir para mudanças nas práticas profissionais e de gestão da Atenção Primária à Saúde no SUS. Tais produções desenvolvidas no Mestrado Profissional em Saúde da Família possibilitaram a sistematização, a análise crítica e a construção de conhecimentos sobre a prática em saúde. Esperamos que a divulgação dessas experiências de pesquisa e intervenção possa inspirar outros profissionais e pesquisadores comprometidos com a defesa da Atenção Primária à Saúde pública, universal e comprometida com os preceitos democráticos do SUS.

Agradecemos a todo o corpo docente, ao corpo discente, aos coordenadores das Instituições de Ensino Superior (IES) Associadas, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESU) / Ministério da Educação e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Desejamos uma boa leitura!

As Organizadoras

Carla Pacheco Teixeira (FIOCRUZ)

Maria Cristina Rodrigues Guilam (FIOCRUZ)

Maria de Fátima Antero Sousa Machado (FIOCRUZ CE)

Marta Quintanilha Gomes (UFCSPA)

Patty Fidelis de Almeida (UFF)

REFLETINDO SOBRE ACESSIBILIDADE E CAPACIDADE RESOLUTIVA LOCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Aluísio Gomes da Silva Junior
Regina Fernandes Flauzino

Introdução

Entre 2006 e 2016 assistimos a um processo de priorização da política pública em torno da expansão e do fortalecimento da Atenção Básica (AB) como estruturante e promovedor de mudança no modelo tecnoassistencial no Brasil.

Nesse processo, uma série de iniciativas municipais inovadoras na assistência à saúde ganhou espaço de debate e realizações. Embora os anos seguintes tenham sido de crise e retrocessos, um legado importante de aprendizado institucional merece reflexão e serve de base para enfrentamento das crises e construção de resiliência. O objetivo deste texto é destacar algumas dessas iniciativas inovadoras, principalmente no âmbito do Estado do Rio de Janeiro (RJ), e discuti-las em seu potencial de mudança do modelo biomédico hegemônico na direção do ideário do Sistema único de Saúde (SUS) — ou, por outro lado, alertar sobre os perigos de fortalecimento de velhas lógicas travestidas de “inovação”.

Abordagem metodológica

Utilizamos um recorte da pesquisa “Efeitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa Mais Médicos (PMM)”, realizada entre 2016 e 2017 em municípios do Estado do Rio de Janeiro (Silva Junior *et al.*, 2017). Foram estudados casos em 17 municípios do RJ distribuídos pelas 9 regiões do estado (o maior e o menor município de cada região). Foram entrevistados gestores, profissionais e usuários, e as entrevistas foram sistematizadas pela análise de conteúdo temático e cotejadas com a análise de dados de estrutura e produção nos bancos de dados do PMAQ-AB (1º e 2º. Ciclos). Buscamos dar destaque aos aspectos ligados aos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Contexto institucional do SUS

Ainda temos um sistema fragmentado de atenção à saúde que opera de forma e episódica, principalmente para situações agudas ou de agudização de situações crônicas (Mendes, 2019). Entretanto, desde 2006, com a primeira edição da PNAB — Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde —, vínhamos experimentando uma importante expansão da ESF. Diversas políticas de fortalecimento se sucederam, como o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) entre 2002 e 2009, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o PMAQ-AB, ambos em 2011, no bojo da PNAB renovada daquele ano. E, por último, em 2013, o PMM, visando a provisão de médicos. Essas políticas atingiram em 2016 a cobertura de 63,7% da população brasileira, com consideráveis êxitos, como demonstram alguns estudos (Aquino *et al.*, 2009; Macinko *et al.*, 2011; Facchini *et al.*, 2015).

Retrocessos e ameaças à democracia e às conquistas históricas do povo brasileiro marcam a conjuntura atual desde a crise que levou ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. O SUS está sob forte ameaça com o aprofundamento do desfinanciamento, o congelamento de gastos públicos e as propostas de fortalecimento do setor privado em detrimento dos serviços públicos (ABRASCO, 2018).

As inovações que podem fazer diferenças

Gostaríamos de retomar a discussão do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na mudança do modelo tecnoassistencial da saúde. É complexa e exige muitos esforços em sua realização a noção de uma APS abrangente (Giovanella *et al.*, 2009) que oriente a construção de um sistema articulado em redes, com foco nos usuários e que responda às necessidades da população, promova a integração do sistema (coordenação do cuidado, acesso aos recursos tecnológicos; referência e contrarreferência; regulação) com a atuação intersetorial sobre determinantes sociais numa perspectiva de promoção da saúde.

Primeiro, devemos evitar as simplificações e os pragmatismos com forte viés econômico sugeridos por organismos internacionais como o Banco Mundial, que acentuam o papel de *gatekeeper* numa porta de entrada obrigatória, buscando um controle do acesso às possibilidades de tecnologias

em saúde de maior custo e estimulando maior “produtividade” de cobertura por procedimentos (World Bank, 2018).

Não podemos ignorar também a construção histórica de nossos serviços de saúde que valorizaram as estruturas hospitalares e simplificaram as estruturas ambulatoriais de atenção primária. A construção de novos papéis exige da gestão e dos profissionais esforços no campo ideológico, das práticas e estímulos para mudanças.

Pensamos que dois aspectos mereçam destaques: a ampliação do acesso e a capacidade resolutiva do nível local.

O acesso — ou, melhor definindo, a acessibilidade, como propõem Rocha *et al.* (2016) — trata não apenas da entrada do indivíduo no sistema de saúde ou da disponibilidade do serviço e de recursos em determinado tempo/espaço, mas também da adequação entre as necessidades da população e os serviços. A expansão da AB obviamente aumentou o acesso da população, ainda que alguns estudos apontem desempenho medíocre na promoção do acesso de qualidade (Harzheim *et al.*, 2016; Gomide *et al.*, 2017).

A noção complexa de acolhimento (Silva Junior e Mascarenhas, 2004) estimulada pelo PMAQ-AB assume papel estratégico no conhecimento da demanda por meio de escuta qualificada e reorientação dos processos de trabalho, ampliando a acessibilidade e adequando a oferta às necessidades. Em muitos municípios, o acolhimento é confundido com recepção simpática e/ou lugar de espera por atendimento, perdendo assim sua potência. Tesser e Norman (2014) problematizaram a noção de acesso utilizada nos normativos do SUS, chamando atenção para sua dubiedade e possibilidade de captura por lógicas simplificadoras ou medicalizantes.

Algumas experiências, por outro lado, vêm introduzindo novas formas de promover acessibilidade e, entre elas, tem se destacado o dispositivo de Acesso Avançado (AA) (Murray & Berwick, 2003).

O AA é um método de organização do agendamento que permite que os pacientes busquem e recebam cuidados de seu profissional ou equipe de saúde de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia. Assim, permite a abordagem de condições crônicas, problemas agudos, demandas administrativas, procedimentos preventivos e coordenação do cuidado dos pacientes, tudo por meio do mesmo método de agendamento, sem as segmentações tradicionais de grupos de acompanhamento como gestantes, diabéticos, hipertensos e outros priorizados

no agendamento. A agenda é construída conforme a demanda e a avaliação da equipe sobre a urgência de atendimento, gerenciando os horários e os turnos da equipe em comum acordo com os pacientes. Em uma unidade municipal do Rio de Janeiro, o acesso avançado reduziu filas e tempo de espera para o atendimento: 65% da agenda para atendimento do dia, taxa de absenteísmo muito menor do que em modelos anteriores, 5% de encaminhamentos, 83% das consultas com o médico da área de abrangência e 88% dos usuários satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço oferecido (SMS Curitiba, 2014). A incorporação desse dispositivo ao processo de trabalho da equipe tem demonstrado seu potencial de aumentar a acessibilidade em várias experiências nacionais (CIRINO *et al.*, 2019; Lima & Correia, 2019).

Entretanto, sua efetividade é condicionada a uma dimensão realista da demanda e da oferta no território, sendo pensadas inclusive contingências que alteram o cotidiano da atenção à população adscrita. Quando este dimensionamento não é bem realizado, pode haver gargalos e precarização do atendimento num modelo de “clínica degradada”, como alertava Campos (2003).

Tanto a possibilidade de desenvolver processos de acolhimento instrumentalizados por dispositivos como o AA, quanto a ampliação dos horários de atendimento representam avanços na busca de expansão do acesso e melhor relação com a população do território — desde que façam uma oferta equilibrada de abordagens individualizadas e coletivas como alertam Norman e Tesser (2015).

A escuta qualificada é fortalecida com abordagens que permitem ampliar a capacidade clínica na formação dos profissionais, como as da Medicina baseada na Pessoa, da Clínica Ampliada e outras que ajudam a compreender as demandas para além da esfera biomédica estrita e, conseqüentemente, a ofertar respostas mais abrangentes dos problemas (Berdikow & Campos, 2011). O segundo destaque é a *capacidade resolutiva local*, ou seja, a capacidade da equipe de dar respostas adequadas às demandas no próprio local ou por uma ação articulada com a rede de serviços. Alguns fatores influenciam esta capacidade:

- a) a existência de equipe multiprofissional qualificada. O desenho da ESF oferece equipes formadas por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os municípios que investiram em recrutamento e/ou formação de profissionais especializados em SF ou em processos de Educação Permanente

tiveram ganhos qualitativos na atuação das equipes. A articulação desta captação de profissionais com Programas de Residência (Médica, Uni ou Multiprofissional) e de Internato (das graduações em saúde) em SF que são oferecidos pelas próprias secretarias municipais ou por universidades da região em cooperação técnica tem criado sinergias nas ações e potencializado os resultados (Justino *et al.*, 2016; Silva, 2019).

As Diretrizes Curriculares das Profissões de Saúde têm sido um vetor importante na reforma dos currículos de graduação e sua aproximação com as redes de serviços, principalmente a ESF. Mas nem todos os municípios conseguem esses profissionais e, há certa dependência da figura do médico na articulação dos trabalhos. O Programa Mais Médicos, com sua oferta de Médicos estrangeiros (em especial os cubanos), fez grande diferença nos trabalhos das equipes e na percepção do cuidado oferecido pela população (Silva Junior *et al.*, 2017). Infelizmente, a descontinuidade do PMM em 2018 deixou muitas localidades sem médicos até hoje.

b) a construção de ações compartilhadas e planejadas em conjunto ainda é uma dificuldade para as equipes, havendo sempre o risco de ações fragmentadas. A introdução dos NASF — Núcleos de Apoio à Saúde da Família — ou dispositivos semelhantes de apoio matricial, aumentou a capacidade de compreensão dos problemas pelas equipes, qualificou as respostas com suporte especializado e facilitou os encaminhamentos às unidades especializadas. O desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares — PTS introduziu mecanismos de cuidado compartilhado e complexo para solução de problemas complexos. Salta aos olhos, por exemplo, a articulação com a Rede de Saúde Mental (Silva Junior *et al.*, 2017). Já havia sido observada Chaves *et al.* (2018) já haviam observado a importância do apoio matricial e o compartilhamento do cuidado em outras experiências. Contudo, mais de 60% das experiências com NASF no RJ assumiram práticas clássicas de ambulatório de especialidades, fragmentando a atenção (Patrocínio, 2012). A mesma potência e problemática podemos atribuir à chamada “telemedicina”, que usaria recursos comunicacionais e de informática para articular apoio especializado às equipes em áreas remotas (Piropo & Amaral, 2015).

c) a disponibilidade de coleta de exames laboratoriais e o aporte de tecnologias como eletrocautério, ECG, nitrogênio líquido, materiais cirúrgicos para procedimentos dermatológicos, pequenas suturas, drenagem de abscessos, remoção de cerúmen e outras, promovida pela experiência do município do Rio de Janeiro, aumentou a oferta de serviços diferenciados à população, diminuindo os encaminhamentos às outras unidades (Harzheim *et al.*, 2013).

Este aporte tecnológico na APS, embora vantajoso, deve ser feito com parcimônia, pois pode estimular a tecnicização da atuação dos médicos, muitas vezes, em detrimento de ações com a equipe nos territórios.

d) a coordenação de cuidados, definida pela revisão de Aleluia *et al.* (2017:1846) como “um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos”, é um dos principais fatores para a desfragmentação no cuidado e tem encontrado ainda vários obstáculos para sua realização. Poucos municípios dispõem de estruturas de informatização que se distribuem por todas as unidades da rede que permitam sistematizar informações como prontuários eletrônicos e articulações com o sistema informatizado de regulação (SISREG). No RJ os municípios que conseguiram dotar suas unidades de aparato informatizado ainda se ressentem de falta de integração com os sistemas de regulação. O SISREG, embora implantado, ainda não dispõe da oferta de todas as vagas das unidades de referência, permanecendo estas vagas sob controle interno daquelas unidades.

A implementação do E-SUS-AB parece lançar uma luz no fim deste túnel, enquanto proposta de integração nacional de sistemas, começando pela informatização da AB. A efetiva operacionalização depende da governança regional em articular a gestão das vagas e das filas, indo ao encontro das demandas da AB, elaborando protocolos de atenção em diálogo com as

equipes da ESF e especialistas, definindo fluxos e responsabilizações e atenuando desigualdades regionais como discutem Almeida *et al.* (2018).

Considerações finais

Este trabalho não pretende esgotar os temas e nem a reflexão aprofundada sobre acessibilidade. A capacidade resolutiva local é essencial e se revela estratégica para a consolidação da AB como ordenadora do SUS e reorientadora de seu modelo tecnoassistencial. Nestes tempos de crise e pandemia de Covid-19, precisamos mais do que nunca do SUS forte e responsivo.

Referências

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO. (2018). **Ameaça de poliomielite é efeito das políticas desde o golpe**. Recuperado em 24 de agosto de 2018 de: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/ameaca-de-poliomielite-e-efeito-das-politicas-desde-o-golpe/34955/>
- Alaleuia, I. R. S., Medina, M. G., Almeida, P. F. & Vilasbôas, A. L. Q. (2017). Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6), 1845-1856. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
- Almeida, P. F., Medina, M. G., Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Bousquat, A. & Mendonça, M. H. M. (2018). Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, 42 (spe1), 244-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
- Aquino, R., Oliveira, N. F. de & Barreto, M. L. (2009). Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **The American Journal of Public Health**, 99(1):87-93. Recuperado em 24 de agosto de 2018 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>
- Bedrikow, R. & Campos, G. W. de S. (2011). Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 57(6), 610-613. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>
- Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S. **Saúde Paidéia** (p.55). São Paulo: Hucitec.
- Chaves, L. A., Jorge, A. O., Cherchiglia, M. L., Reis, I. A., Santos, M. A. C., Santos, A. F., Machado, A. T. G. M. & Andrade, E. I. G. (2018). Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(2), e00201515. Epub February 19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00201515>
- Cirino, F. M. S. B., Schneider Filho, D. A., Nichiata, L. Y. I. & Fraccolli, L. A. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2020;15(42):2111. Disponível em [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmf15(2)2111)
- Facchini, L. A., Thumé, E, Nunes, B. P., et al. (2015). Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In Reich, M., Takemi, K. (Orgs.). **Governing Health Systems**, (vol. 1, pp. 203-236. 1 Ed.). MA, USA: Brookline.
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R., Delgado, M. M., Andrade, C. L. T., Cunha, M. S., Martins, M. I. C. & Teixeira, C. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3), 783-794. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
- Gomide, M. F. S., Pinto, I. C., Zacharias, F. C. M. & Ferro, D. (2017). Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças. **Medicina (Ribeirão Preto, Online)**, 50(1):29-38. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50n1/AO4-Acesso-e-acolhimento-entre-usuarios-do-PMAQ-e-do-Pronto-Atendimento.pdf>
- Rocha, S. A., Bocchi, S. C. M. & Godoy, M. F. (2016). Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 26(1), 87-111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>
- Harzheim, E., Pinto, L. F., Hauser, L. & Soranz, D. (2016). Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5), 1399-1408. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
- Harzheim, E., Lima, K. M. & Hauser, L. (2013). Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. Porto Alegre, RS: OPAS. Disponível em: <https://apsredes.org/reforma-da-atencao-primaria-a-saude-na-cidade-do-rio-de-janeiro-avaliacao-dos-primeiros-tres-anos-de-clinicas-da-familia/>
- Lima, R. S, Correia, I. B. (2019). Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 14 (41):2021. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)2021](https://doi.org/10.5712/rbmf14(41)2021)
- Macinko, J., de Oliveira V. B., Turci, M. A., Guanais, F. C., Bonolo, P. F., & Lima-Costa, M. F. (2011). The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **The American Journal of Public Health**, 101(10):1963-1970. doi:10.2105/AJPH.2010.198887
- Mendes, E. V. (2019). **Os Desafios do SUS**. Brasília, DF, CONASS. Recuperado em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>
- Murray, M. & Berwick, D. (2003). Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, 289. 1035-40. 10.1001/JAMA.289.8.1035.
- Norman, A. H & Tesser, C. D. (2015). Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, 24(1), 165-179. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
- Patrocínio, S. S. S. M. (2012). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado**, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP-FIOCRUZ. Rio de Janeiro. RJ, Brasil.
- Piropo, T. G. N, Amaral, H. O. S. (2015). Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde em Debate**, 39(104), 279-287. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040413>



- Silva, A. F. L. (2019). Residência em Enfermagem em Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro: gênese e trajetória. **Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense**, Niterói, RJ, Brasil.
- Silva-Junior, A. G., et al., (2017). Efeitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa Mais Médicos (PMM) em municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Relatório de pesquisa**, 2017, Niterói, RJ.
- Silva-Junior, A. G. & Mascarenhas, M. T. (2004). Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: R. Pinheiro. & R. A, Mattos. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade** (pp. 241-257) Rio de Janeiro: IMS-UERJ — CEPESC – ABRASCO, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. (2014). **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba. Recuperado em: <https://acmfccapixaba.wordpress.com/2014/06/16/novas-possibilidades-de-organizar-o-acesso-e-a-agenda-na-atencao-primaria-a-saude-sms-curitiba/>
- Justino, A. L. A., Oliver, L. L. & Melo, T. P. (2016). Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5), 1471-1480. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>
- Tesser, C. D. & Norman, A. H. (2014). Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, 23(3), 869-883. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-1290201400030001>
- World Bank. (2018). **Propostas de Reformas do SUS**. Recuperado em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS APLICADOS: EXPECTATIVAS DE MESTRANDOS DO PROFSAUDE

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira
Inara Pereira da Cunha
Vicente Sarubbi Júnior

Introdução

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) foi criado fundamentado no Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu papel ordenador da formação dos profissionais da área da saúde. O programa está pautado na necessidade de aprimorar os processos formativos dos profissionais médicos para o exercício da preceptoria e docência no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, assim como na necessidade de fortalecer e qualificar o acesso e o cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

Apesar dos inúmeros avanços, a formação dos profissionais da saúde com perfil generalista e capaz de atuar considerando a família, o território, os determinantes sociais de saúde e o trabalho em equipe se mantém como um problema a ser enfrentado, assim como a transformação das práticas que perpetuam modelos conservadores, especializados e com foco em sistemas orgânicos e tecnologias duras, que advém de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico para a tomada de decisão em saúde (SILVEIRA, *et al.*, 2020).

A incorporação tecnológica desenfreada não garantiu acesso equitativo e coibiu a medicina baseada na escuta, na relação médico-paciente e na indissociabilidade entre corpo e mente (Amoretti, 2005), contudo, faz-se necessário destacar que este perfil profissional vem sendo delineado em decorrência das exigências da sociedade, mas na contramão dos atributos da APS, especialmente da integralidade.

A articulação entre teoria e prática e a integração ensino-serviço-comunidade fundamentam o PROFSAÚDE e vem oportunizando o desenvolvimento de competências profissionais para a articulação da rede de serviços no âmbito do SUS, além de transformações nos processos de trabalho, no cuidado e na educação na saúde, na perspectiva da aprendizagem significativa.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo analisar as expectativas educacionais, profissionais e o perfil dos alunos da segunda turma do PROFSAÚDE.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa-qualitativa. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2019, por meio de um questionário eletrônico autoaplicável enviado aos estudantes por e-mail e contou com a participação de 189 mestrandos.

O questionário continha questões relativas à formação, atuação profissional, expectativas em relação ao mestrado e competências técnicas para o desenvolvimento de ações na atenção, gestão e educação. Os participantes estavam no momento de familiarização com o curso e ambiente virtual de aprendizagem, na etapa inicial da oferta das disciplinas do 1º semestre.

Para o processamento dos dados, o banco de dados em Excel proveniente das respostas do questionário online, foi importado para o software NVIVO Release. O banco foi tratado por meio de análises qualitativa e quantitativa.

A análise qualitativa foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temático-categorial concernente às expectativas dos profissionais sobre o PROFSAÚDE. Respeitou-se a pertinência e a caracterização do grupo social frente ao objetivo desse estudo, bem como a homogeneidade dos dados tratados, o que possibilitou obter resultados de análise de todo o *corpus* temático, assim como análise das aproximações e distanciamentos ao relacionar os resultados entre si (Bardin, 2011; Minayo 2010).

Para o emergir das temáticas descritas foram realizadas análises em duas etapas. A primeira etapa consistiu na organização hierárquica das categorias empíricas, criadas a *posteriori* (Bardin, 2011; Minayo 2010). Nesta etapa foi realizada a leitura flutuante centrada nos registros das respostas (palavras e

expressões-chave analisadas no contexto dos relatos), atribuindo a elas núcleos de sentidos daquilo que os sujeitos comunicam. Na segunda etapa foi realizada uma análise lexical que gerou uma nuvem de palavras e uma tabela por ocorrências. Esta forma de investigação auxiliou na exaustividade do conteúdo buscado relacionado a contribuição dos sujeitos em cada categoria (Bardin, 2011).

Com a validação por pares, a matriz das categorias temáticas foi analisada posteriormente em uma terceira etapa para a interpretação dos dados, por meio da investigação centrada em dois níveis de análise das mensagens: no primeiro nível buscou-se a compreensão das temáticas relacionadas ao perfil dos sujeitos e, na segunda, centrada nas inferências dos pesquisadores, buscou-se com o devido cotejamento teórico a compreensão daqueles que comunicam por meio de seu contexto, do seu lugar em que produz sua subjetividade e com qual intenção (Franco, 2008; Guerra, 2008).

A análise quantitativa foi realizada por meio de estatísticas descritivas gerando matrizes de ocorrências de frequências absolutas e relativas (nuvem de palavras por ocorrência, tabela de perfil dos profissionais e escalas atitudinais tipo *likert*, com quatro posições) relacionando competências técnicas e de gestão em saúde a área de atuação profissional e a área de especialização em que realizou a residência. Também foram cruzados os atributos dos profissionais (sexo, tempo de formado e a área de especialização em que realizou a residência) com as categorias temáticas para a caracterização das expectativas sobre o mestrado profissional frente ao perfil do grupo estudado.

Os pós-graduandos foram convidados a participar do estudo e manifestaram concordância expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram observados e a pesquisa foi aprovada sob o parecer 1.989.975.

Resultados e discussão

O perfil do grupo estudado apresentou maior prevalência de mulheres (60,84%). A graduação do(a)s profissionais em medicina ocorreu em sua maioria em instituições públicas (71,42%), com no máximo 10 anos de formação (65,60%). Quanto a frequência das especialidades, em grande parte o grupo estudado

apresentou profissionais com residência médica (61,90%) e em saúde da família e comunidade (40,74%).

Quanto ao exercício profissional, grande parte atua como médico(a) de saúde da família e outras especialidades (69,00%) comparada as outras categorias apresentadas, docentes e gestores em saúde (23,00%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.

Variáveis sociodemográficas	N= 189 (%)
Sexo	
Feminino	115 (60,84)
Masculino	74 (39,15)
Total	189 (100)
Tempo de formado(a)	
1 a 10 anos	124 (65,60)
11 a 20 anos	48(25,39)
> 20 anos	16 (8,46)
Missing	1 (0,52)
Total	189 (100)
Graduação e Especialidade (Abreviação)**	
Graduação em Instituição Pública (GradPub)	135 (71,42)
Graduação em Instituição Privada (GradPriv)	54 (28,57)
Total	189 (100)
Médicos com Residência (Res)	117 (61,90)
Médicos sem Residência (SemRes)	72 (38,09)
Total	189 (100)
Residência em Medicina de Família e Comunidade	77 (40,74)
Residência em Outra Especialidade Médica	35 (18,51)
Sem Especialização	71 (37,56)
Missing	6 (3,92)
Total	189 (100)
Atuação Profissional (Abreviação)**	
Médico(a) de Saúde da Família (MedSF)	116 (61,37)
Médico(a) de Outra Especialidade (MedOutEspec)	39 (20,63)

Docentes (Doc)	19 (10,5)
Gestores (Ges)	6 (3,17)
Missing	9 (4,76)
Total	189 (100)

Fonte: do(a)s autore(a)s.

Ainda, quanto ao perfil dos profissionais que possuem residência médica em medicina de família e comunidade, boa parte atua como médico de Saúde da Família (71,42%), com um percentual bastante diminuto na gestão em saúde (3,90%). Entre os profissionais que possuem residência em outras especialidades houve maior proporção daqueles que exercem a docência (22,85%). Dentre os mestrandos com residência em outras especialidades médicas, a distribuição percentual foi menor entre aqueles que atuam como médicos de família (28,57%) ou outras especialidades (40,00%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas a especialização e a atuação profissional dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.

Variáveis	N (%)
Médico(a)s residência em Medicina em Saúde da Família e Comunidade	
Profissionais que atuam como Médico de Saúde da Família	55 (71,42)
Profissionais que atuam em Outras Especialidades Médicas	6 (7,79)
Atuam como Gestores (N=3) ou Docentes (N=7)	10 (12,98)
Missing	5 (6,49)
Total	77 (100)
Médico(a)s residência em Outra Especialidade	
Profissionais que atuam como Médico de Saúde da Família	10 (28,57)
Profissionais que atuam em Outras Especialidades Médicas	14 (40,00)
Atuam como Gestores (N=0) ou Docentes (N=8)	8 (22,85)
Missing	3 (8,57)
Total	35 (100)

Fonte: do(a)s autore(a)s.

O perfil, expectativas educacionais e profissionais dos alunos recém ingressos no PROFSAÚDE também foram alvos de investigação no ano de 2017. Naquele ano, o programa contou com a participação de 182 mestrandos, os quais, 116 responderam a um questionário eletrônico autoaplicável disponibilizado no sistema virtual. Foi observado, que esta primeira turma de mestrandos, era constituída em sua maioria por mulheres (54,3%), e por estudantes com formação média de 11,4 anos na área médica. Em se tratando da formação de pós-graduação *lato sensu*, a maioria eram egressos dos programas de residência em medicina de família e comunidade (62,4%) (Nascimento, *et al.*, 2020).

É possível assim considerar que há semelhanças entre os perfis de alunos da primeira e a segunda turma do PROFSAÚDE, com notória contribuição dos programas de residência em medicina de família e comunidade como possível fator estimulante para o provimento e progressão da carreira médica no SUS.

Um estudo sobre o perfil e trajetória profissional dos egressos dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, identificou que entre 129 residentes investigados, a maioria continuou com a formação acadêmica após a residência (99,2%), destes 31,8% realizaram pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado), além de um número elevado de médicos exercendo atividades docentes (48,1%) (Rodrigues *et al.*, 2017). Para estes autores, há uma tendência de médicos de família e comunidade em se especializarem em áreas relacionadas à gestão em saúde, e saúde pública, ou áreas que consideram o aprofundamento do cuidado em saúde na perspectiva dos princípios do SUS, o que pode justificar a prevalência deste público no PROFSAÚDE.

Foi identificado pela análise de conteúdo temático-categorial do *corpus* textual as respostas sobre as expectativas em relação ao PROFSAÚDE, o que gerou uma matriz temática com sete categorias (quadro 1). Com grande destaque, as categorias temáticas que apresentaram maior ocorrência foram relacionadas às expectativas em desenvolver competências na área acadêmica (48,14%) e na produção de conhecimento aplicado na assistência a população (34,92%) (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias temáticas sobre as expectativas dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.

Expectativas sobre o PROFSAÚDE	N=189 (100%)
Desenvolver competências para o ensino, a pesquisa e a extensão	91 (48,14%)
Produzir conhecimento aplicado para a melhoria do serviço e assistência a população	66 (34,92%)
Capacitação para o ensino na prática da preceptoria	18 (9,52%)
Ampliar rede de contatos e partilhar experiências com colegas	17 (8,94%)
Ampliar a bagagem teórica e a compreensão sobre Saúde Pública, APS, ESF e SUS	15 (7,93%)
Ampliar os repertórios sobre Políticas e Gestão em Saúde Pública	5 (2,64%)
Credibilidade do curso e chancela institucional	5 (2,64%)

Fonte: do(a)s autore(a)s.

*Distribuição por frequência absoluta e relativa. A somatória se refere ao número de sujeitos que contribuíram para a formação da categoria.

A intenção de contribuir com o ensino médico, desenvolver pesquisa e extensão e construir conhecimentos aplicados na assistência à população também foi um achado da investigação realizada com alunos da turma 1. Foi observado nos discursos dos alunos, o anseio em contribuir com mudanças no processo de trabalho da APS, por meio da investigação científica e publicação de relatos. Além disso, na análise dos temas de dissertação propostos pelos mestrandos, observou-se que a maioria das escolhas estavam embasadas na vivência do cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família com ênfase em ciclos de vida e grupos vulneráveis (Nascimento, *et al.*, 2020).

De fato, a literatura aponta a ausência de conhecimento e habilidade em pesquisa na prática dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Em uma investigação com 112 profissionais da APS, apenas 36,6% reportaram ter desenvolvido alguma pesquisa na unidade de saúde como levantamento de dados, diagnóstico comunitário, pesquisa de campo, entre outros, durante os últimos três anos de atuação (Schneider *et al.*, 2018). O incentivo a pesquisa e produção científica emanada pelas necessidades do território são desafios na APS (Moraes *et*

al., 2018), e nesse sentido, o PROFSAÚDE pode ser uma ferramenta pragmática de aproximação entre pesquisa-ensino-serviço.

Quanto a expectativa pela produção de conhecimentos aplicáveis a melhoria dos serviços e a assistência a população, cabe levantar a hipótese de que este é um desejo pautado no compromisso social da profissão médica (Rodrigues et al., 2020). Este compromisso social, advém de motivações intrínsecas, mas também pode ser inspirada pela trajetória acadêmica dos participantes, iniciado na graduação. Reforça-se, portanto, que o desejo pela apropriação destes conhecimentos, advém de maior afinidade com a saúde coletiva que pode ser inspirada durante o percurso de aprendizagem na área da saúde, e é fortemente exercida durante os programas de residência.

De forma geral, a expectativa dos mestrandos recém ingressos no programa corresponde a aquisição de conhecimentos. Isto foi observado pela análise do léxico (vocabulário) formado a partir das respostas sobre as expectativas, e gerada no software Nvivo uma nuvem de palavras e um quadro de ocorrências. Do total de palavras, 30 tiveram maior frequência, contabilizadas pela inclusão (automatizada) das palavras derivadas que tratam do mesmo contexto semântico — a palavra conhecimentos e similares, apareceu mais de 40 vezes no discurso dos participantes (Figura 1).

Figura 1. Nuvem de palavras das expectativas sobre o PROFSAÚDE, pelos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.



Fonte: do(a)s autore(a)s. Nota: frequência absoluta.

O estudo analisou as expectativas para o desenvolvimento de competências técnicas profissionais por meio do PROFSAÚDE, de acordo com a variável sexo. Nesse sentido, foi possível observar semelhança na variabilidade ocorrida em grande parte das categorias temáticas que expressam expectativas sobre o desenvolvimento de competências. A dissemelhança ficou ressaltada na maior expectativa de ampliar rede de contato e partilhar experiências pelo sexo feminino (12,00%) (Figura 2).

Figura 2. Expectativas sobre o PROFSAÚDE relacionadas a variável sexo, dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.



Fonte: do(a)s autore(a)s.

A análise do perfil de respostas de acordo com o tempo de formação, destacou que as expectativas do desenvolvimento de competências para o ensino, a pesquisa e a extensão, bem como a produção de conhecimento aplicado, permeiam a todos os profissionais. Quanto a capacitação para o ensino ligado a prática da preceptoria e ganho dos demais repertórios teóricos, a frequência foi abaixo de 10%. Menos de 2% dos médicos com maior tempo de formação (> 20 anos), expressaram expectativas sobre a ampliação de repertórios sobre políticas e gestão em saúde (Figura 3).

Historicamente os projetos políticos-pedagógicos dos cursos de graduação em medicina não propiciavam a formação para atuação no Sistema Único de Saúde (Bitencourt et al., 2007). Foi com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 que os currículos baseados no modelo flexneriano (fragmentado,

hospitalocêntrico, especializado e cientificista) passaram a incorporar orientações para a formação generalista, com ênfase no papel social e na articulação do ensino superior com os serviços de saúde por meio da promoção de vivências na prática do SUS (Dias *et al.*, 2013). Tal fato, pode justificar a diferença de expectativas entre os alunos de menor e maior tempo de formação na área médica, pois as diferentes trajetórias formativas e experiências com a APS, podem influenciar em diferentes desejos de aprendizagem neste cenário.

Figura 3. Expectativas sobre o PROFSAÚDE relacionadas a variável tempo de formação dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.



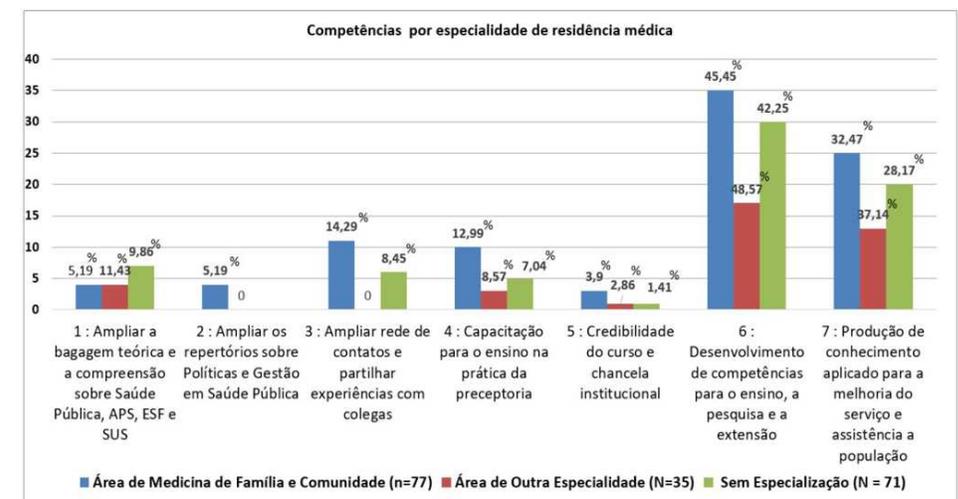
Fonte: do(a)s autore(a)s.

As categorias temáticas relacionadas ao ganho de conhecimento, partilhas profissionais, sua aplicação na prática acadêmica e na assistência à população, mostram-se relevantes a todas as categorias médicas. Cabe destacar que os médicos com residência em outras especialidades não trouxeram contribuições para as temáticas que se referem as expectativas na ampliação de redes de contato, partilhas profissionais e de ganhos de repertórios sobre a política e gestão em saúde pública (Figura 4).

São compreensíveis as diferenças encontradas entre as expectativas de construção de competências técnicas entre os mestrandos, egressos de programas de medicina da família e comunidade e demais alunos. Os médicos de família

e comunidade são formados na lógica da clínica integradora, continuada, com experiências de trabalho em equipes multidisciplinares, voltados para o exercício da cidadania. Ademais, possuem conhecimentos e habilidades em prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos comuns à APS, sendo inspirados a buscar resolutividade nos problemas sociais e de saúde identificados na comunidade adjacente (Trindade *et al.*, 2016). Portanto, essa vivência formativa pode trazer desdobramentos tanto nas expectativas encontradas, como no futuro desempenho dos alunos no PROFSAÚDE.

Figura 4. Distribuição de frequência das expectativas relacionadas a variável especialidade do profissional pela residência em medicina, segunda turma, 2019.



Fonte: do(a)s autore(a)s.

Para que o PROFSAÚDE contemple os objetivos de desenvolver entre os alunos competências pautadas nos três eixos pedagógicos da atenção à saúde, educação e gestão, faz-se necessário elucidar o conhecimento basilar dos participantes, assim como identificar quais são as lacunas de saberes que irão exigir maior atenção dos docentes durante o processo ensino-aprendizagem.

Para isto, as análises descritivas das escalas atitudinais, tipo *likert* de quatro posições, contribuíram para esclarecer as atuais competências técnicas e/ou de gestão pertinentes às categorias profissionais investigadas e respectivas lacunas.

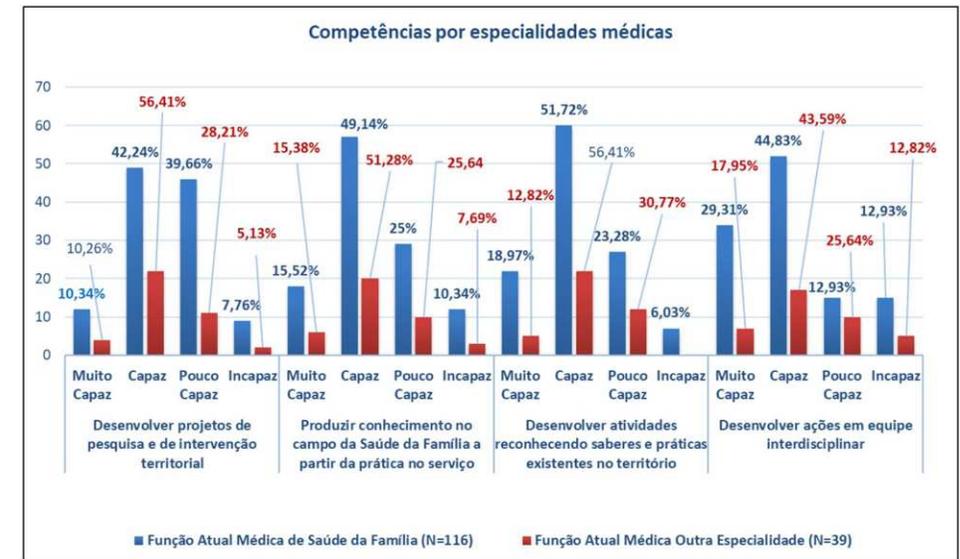
No concernente às competências técnicas abordadas nas escalas, houve um quantitativo alternado quanto aos posicionamentos favoráveis dos profissionais atuantes como médico(a) em saúde da família ou atuantes em outras especialidades médicas (capaz e muito capaz). Nas competências relacionadas ao desenvolvimento de projetos de pesquisa, produção de conhecimentos aplicados e atividades com reconhecimento contextualizado do território em que trabalham, as respostas foram superiores a 40% (ser capaz) quanto ao posicionamento dos profissionais que atuam em outras especialidades médicas.

Quanto aos distanciamentos sobre os posicionamentos muito capaz e pouco capaz entre as categorias de atuação, os profissionais que atuam como médicos em saúde da família se posicionaram como mais capazes quanto a competência técnica em desenvolver ações em equipe interdisciplinar. Não obstante, foi a única categoria a ter um pequeno, mas presente percentual de médicos que se posicionaram como incapazes de desenvolver atividades reconhecendo saber e práticas próprias do território (6%) (Figura 5).

A construção compartilhada e o trabalho integrado constituem um dos pontos fortes dos programas de residência de medicina da família e comunidade, porém há desafios que ainda precisam ser superados, dentre eles o exercício de atividades de educação popular (Carreiro *et al.*, 2019). Os mesmos autores também apontam para a pressão dos residentes em se dedicarem a prestação de serviços assistenciais no consultório, com dificuldades em ocupar outros espaços sociais como prática médica.

Sabe-se que a produção do cuidado em saúde por parte dos profissionais inseridos na APS exige a apreensão e leitura do mundo e suas diferentes camadas populares. Faz-se necessário o reconhecimento das crenças, religiosidades, valores, culturas, vivências, condições de vida da comunidade que possam impactar e/ou fortalecer a autonomia dos sujeitos (Brasil, 2012). Esse é um exercício que pode ser desenvolvido por meio da educação popular, o qual é fomentado nos debates e atividades previstas no PROFSAÚDE.

Figura 5. Distribuição de frequência das competências técnicas relacionadas a variável especialidade de atuação médica dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.



Fonte: do(a)s autore(a)s.

No tocante às competências técnicas relacionadas ao ensino, a pesquisa e a extensão, os profissionais que atuam como docentes privilegiaram o posicionamento de serem capazes de exercer essas atividades. Quanto a serem muito capazes, aproximadamente 22,00% realizariam atividades de coordenação de docência e preceptoria (ensino), aproximadamente 5,00% seriam muito capazes de desenvolver projetos de pesquisa e intervenção territorial (pesquisa) e consensualmente incapazes de desenvolver atividades com reconhecimento de saberes e práticas existentes no território (extensão) (Figura 6).

Figura 6. Distribuição de frequência das competências técnicas relacionadas a atuação do profissional como docente na área de saúde dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.



Fonte: do(a)s autore(a)s.

Sendo a gestão, a categoria com o menor número de profissionais, apenas seis (3,17%) dos 189 participantes da pesquisa. Os posicionamentos dessa categoria profissional prevaleceram entre capaz e pouco capaz, sendo a incorporação das políticas públicas como referência para gestão a que prevaleceu como menos capazes. Destaca-se que a opção muito capaz de exercer quaisquer das cinco atividades relacionadas às competências de gestão em saúde foram abaixo de 20% (um participante em cada atividade (17%) e houve a presença de três gestores nessa posição referente às cinco atividades) (Figura 7).

A participação da categoria médica na gestão em saúde parece ser um número pouco expressivo. Para exemplificar, foi observado que entre 497 municípios no sul do país, apenas 5 municípios (1,9%) apresentaram gestores em saúde formados em medicina (Arcari *et al.*, 2020). A gestão do SUS demanda capacidade de gerenciamento na perspectiva da resolutividade e eficácia dos serviços, para isto, o gestor deve articular um conjunto de saberes técnicos e funções instrumentais que demandam conhecimento específicos, e alinhados com os princípios do arcabouço legal do sistema de saúde. A qualificação dos gestores vem sendo apontado como um desafio

importante para o enfrentamento de problemas advindos da complexidade do trabalho em saúde (Pinafo *et al.*, 2016).

Figura 7. Distribuição de frequência das competências técnicas relacionadas a variável de atuação profissional na gestão em saúde dos estudantes do mestrado profissional em saúde da família, segunda turma, 2019.



Fonte: do(a)s autore(a)s.

Aparentemente, o perfil dos mestrandos, suas expectativas e competências técnicas a serem estimuladas durante a formação ofertada pelo PROFSAÚDE, demandam disponibilizar aos alunos vivências que afetam os diferentes campos do sentido. Para Abrahão e Merhy (2014), a formação em saúde requer que a produção do conhecimento seja centrada na problematização do sujeito e na articulação de diferentes saberes, aprendizados, e territórios vivos que transpassam a ciência puramente aplicada, e que torna invisível as reais necessidades dos usuários.

Perante as informações levantadas, se faz necessário explorar a potência pedagógica da formação em saúde da família, que pode ser especialmente trabalhada pelos conceitos-ferramentas (formação como movimento de produzir-se; formação como território vivo; formação como experimentação e formação como invenção/criação) os quais possibilitam a interação dos atores envolvidos na micropolítica do ensino e do cuidado (Abrahão, Merhy 2014).

Cabe por fim considerar que este estudo faz parte de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação dos profissionais ingressos e egressos do mestrado profissional em saúde família, o qual contribui(irá) para reflexões dos efeitos potentes desta formação que opera na tríade imprescindível para a qualificação da APS – atenção à saúde, educação e gestão.

Considerações finais

O estudo demonstrou que o perfil de alunos da segunda turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAÚDE era majoritariamente feminino e de egressos de residências de Medicina em Saúde da Família e Comunidade. Foi possível compreender que há fortes expectativas entre os alunos em ampliar o conhecimento, agregar competências na área acadêmica e na produção de conhecimento aplicado na assistência a população, aumentar a rede de contato e partilhar experiências.

Com relação às competências técnicas para atuação na APS/ESF, observou-se a necessidade de construir com os alunos a capacidade de reconhecer as práticas e saberes do território, bem como desenvolver com os médicos, especialmente entre aqueles atuantes na área de gestão em saúde, todas as dimensões que envolvem esta temática.

Espera-se que estes achados possam contribuir com reflexões e implementações nos processos formativos no contexto da Atenção Primária à Saúde, assim como no incremento das políticas de educação na saúde e desenvolvimento de novos modelos de integração ensino-serviço-comunidade e, conseqüentemente, numa atuação profissional mais eficaz, eficiente e efetiva, com foco na qualidade da atenção à saúde no âmbito do SUS.

Referências

- Abrahão, A. L., & Merhy, E. E. (2014). Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, v. 18, n. 49, p. 313-24. DOI: 10.1590/1807-57622013.0166.
- Amoretti, Rogério. (2005). A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 136-146, ago. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022005000200136&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 nov. 2020. Epub 22-Abr-2020. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-020>.
- Arcari, J. M. *et al.* (2020). Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 407-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 08 nov. 2020.
- Bardin, L. (2011). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

- Bitencourt, A. G. V., Neves, N. M. B. C., Neves, F. B. C. S., Brasil, I. S. P. S., & Santos, L. S. C. (2007). Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 223-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília.
- Carreiro, B. O., & Cruz, P. J. S. C. (2019). Reflexões sobre possibilidades e desafios da educação popular como referencial para o trabalho de residentes em Medicina de Família e Comunidade. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 2, p. 209-28.
- Dias, H. S., Lima, L. D., & Teixeira, M. (2013). A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p. 1613-24.
- Franco, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: LiberLivro, 2008.
- Guerra, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo**. Cascais: Principia, 2008.
- Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- Morais, J. B., Jorge, M. S. B., Bezerra, I. C., Paula, M. L., & Brilhante, A. P. C. R. Avaliação das pesquisas nos cenários de atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 783-79, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018180211.
- Nascimento, D. D. G., Pinto, A. L. M., Teixeira, C. P., Guilam, M. C. R., & Oliveira, S. M. V. O. (2020). Mestrado profissional em saúde da família: perfil e expectativas educacionais e profissionais dos estudantes. In: Teixeira, C. P. (org.) *et al.* **Atenção, educação e gestão: produções da Rede PROFSAÚDE**. – 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida.
- Pinafo, E., Carvalho, B. G., Almeida, E. D. F. P., Domingos, C. M., & Bonfim, M. C. B. (2016). O gestor do sus em município de pequeno porte: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista Saúde Pública Paraná**, v. 17, n. 1, p. 130-7.
- Rodrigues, E. T. *et al.* (2017). Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 604-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400604&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2020.
- Rodrigues, L. H. G., Duque, T. B., & Silva, R. M. (2020). Fatores associados à escolha da especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, e078, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000300209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2020.
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., (2020). Ferraz, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420181180>. Acesso em: 08 nov. 2020.
- Silveira, J. L. G. C., Kremer, M. M., Silveira, M. E. U. C., & Schneider, A. C. T. C. (2020). Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface** (Botucatu). 24: e190499 <https://doi.org/10.1590/Interface.190499>
- Trindade, T. G., Batista, S. R. (2016). Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, p. 2667-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>. Acesso em: 08 nov. 2020.



PARTE I
EIXO DE ATENÇÃO

CUIDADO COMPARTILHADO EM CASA: COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E ATENÇÃO DOMICILIAR SEGUNDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Spártaco Galvão Fogaça de Almeida
Juliana Azevedo Fernandes

Introdução

O cuidado de pessoas doentes no domicílio, tanto por familiares quanto por profissionais ou curadores leigos, é prática antiga em todas as culturas. A Atenção Domiciliar (AD) diz respeito a uma parte das práticas de cuidado domiciliar: as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (Feuerwerker & Merhy, 2008).

Serviços de saúde de AD foram documentados inicialmente em 1947, nos Estados Unidos, e em 1967, no Brasil, no Hospital do Servidor Público Estadual em São Paulo-SP. Tinham por objetivo descongestionar o hospital e oferecer ao usuário um ambiente social e psicologicamente mais favorável. A expansão da AD, estruturada a partir de hospitais, redes municipais de saúde e empresas privadas tem sido registrada desde então (Braga *et al.*, 2016; Ramallo & Tamayo, 1998; Rehem & Trad, 2005).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a AD é atribuição tradicional da Atenção Primária em Saúde, enquanto ação integrante da responsabilidade pelo território da área de abrangência. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, e consequente aumento da cobertura das ações, a AD e demais ações no território foram incrementadas (Ministério da Saúde, 2012; Rajão & Martins, 2020).

Foi em 2006, entretanto, que a AD ganhou contornos de política de saúde pública no Brasil, por meio de Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que regulamentou o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e de portaria do Ministério da Saúde (MS), que instituiu esta modalidade assistencial no SUS, estabelecendo critérios para financiamento. Em 2011, o MS lançou o Programa “Melhor em Casa”, ainda vigente, de forma a consolidar e estimular o funcionamento de Serviços de AD em todo o país (Ministério da Saúde, 2012; Ministério da Saúde, 2016; Rajão & Martins, 2020).

A Atenção Domiciliar pode ser definida como o cuidado oferecido na moradia do usuário caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação (Ministério da Saúde, 2012). Os SAD acompanham usuários com necessidade de múltiplos cuidados diários, que são planejados e coordenados pela família e pela equipe multiprofissional. Intervenções medicamentosas, curativos, acompanhamento nutricional, manejo de dispositivos invasivos e ações de reabilitação fono e fisioterápicas delimitam esse contexto de convivência do adoecimento.

Em Campinas-SP, o SAD existe desde 1993. Começou como projeto piloto com uma equipe de AD atuando na região sul do município. A avaliação positiva por parte da população atendida, profissionais e gestores envolvidos gerou a diretriz de expansão da cobertura. Atualmente, essa cobertura é realizada por quatro SADs, sendo que dois são serviços próprios da Prefeitura e dois funcionam por meio de convênios (www.campinas.sp.gov.br/saude, recuperado em 24, março, 2019).

Os serviços de AD têm se mostrado eficazes enquanto recurso para abreviar ou evitar a hospitalização, diminuindo risco de complicações, reduzindo custos e, principalmente, humanizando o cuidado. Hospitais têm ampliado a percepção sobre as situações clínicas elegíveis para AD, determinando expansão tanto de serviços quanto de pessoas sendo acompanhadas e de condições clínicas que constituem sua indicação. Assim, ampliou-se a incorporação de tecnologia, o caráter multiprofissional das equipes e a complexidade clínica dos usuários (Ministério da Saúde, 2012; Andrade, Brito, Randow, Montenegro & Silva, 2013; Freedman & Spillman, 2014; Rajão & Martins, 2020).

Se, por um lado, os princípios de responsabilidade e as diretrizes para boa prática profissional são os mesmos dos demais serviços de saúde; por outro, é exclusividade da AD a condição de trabalho determinada por uma dupla dependência: dos limites e potências do cuidador e das condições físicas e sanitárias do domicílio. São essas as duas lides incontornáveis para o profissional, e invariáveis objetos de suas primeiras impressões.

Uma tensão, então, decorre desse desafio que instiga o profissional, fazendo com que nele operem como oponentes, desde o primeiro momento, em processo mutante e dinâmico, duas responsabilidades: o conjunto de intervenções terapêuticas aplicáveis ao caso versus as condições materiais para sua implementação. Ao exercer

sua atividade nesse ambiente não controlado por ele, o profissional de AD precisa gerir, para cada usuário, sua inserção na dinâmica familiar, inerente ao trabalho que, sendo intervenção, é ao mesmo tempo resultante, modificado e remodelado por essa mesma dinâmica familiar (Püschel, Ide & Chaves, 2005; Andrade *et al.*, 2013; Silva, Sena, Seixas, Feuerwerker, & Merhy, 2010; Braga *et al.*, 2016).

É no encontro entre o profissional de saúde e o usuário que o conjunto de fatores presentes nessas relações se atualiza: a perspectiva do cuidado integral e multiprofissional e a lida com contextos familiares diversos, que exigirão criatividade e flexibilidade no plano terapêutico. Para tanto, esses profissionais aliam sua formação técnica a um conjunto de competências, principalmente relacionais, forjadas na prática dessa clínica ampliada domiciliar (Braga *et al.*, 2016; Andrade *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2010, Kleinman & Benson, 2006).

O entendimento do termo competência é empregado neste estudo aplicado à prática do profissional de AD, no instante em que se ocupa do relacionamento com o usuário. Competência relacional, nessa perspectiva, é a combinação dos componentes: conhecimento, habilidade e atitude, enquanto recursos para a necessária aproximação entre o profissional e o usuário e a construção conjunta do plano terapêutico (Phaneuf, 2005; Kleinman & Benson, 2006).

O objetivo deste trabalho foi identificar, descrever e analisar as Competências Relacionais (CR) empregadas por profissionais de saúde da Atenção Domiciliar a partir de dados obtidos de sua percepção sobre o tema.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa, e faz, a partir de análise descritiva de conteúdo (Bardin, 1977), uma investigação, por meio de depoimentos de profissionais que trabalham em Serviços de Atenção Domiciliar do município de Campinas-SP, sobre suas percepções acerca das CR envolvidas em sua atuação profissional.

Foi utilizada, dentro do repertório oferecido pela análise de conteúdo, a perspectiva de, sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 1977, p. 31), orientar a identificação e interpretação dos significados presentes nas falas dos entrevistados.

Participaram do estudo, trabalhadores de AD de dois SAD do município de Campinas/SP. Os dois serviços tinham, à época da coleta de dados, 40 profissionais de saúde em atividade (www.campinas.sp.gov.br/saude, recuperado em 24, março, 2019).

Foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro, com os profissionais que manifestaram disposição de participar do estudo. A amostra utilizada foi por conveniência e incluiu um SAD próprio municipal e outro conveniado, além de cinco categorias profissionais entre as 11 atuantes nos dois SADs, visando reunir olhares de diferentes núcleos de atuação profissional: assistente social, fonoaudiólogo, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2018 e março de 2019.

Iniciava-se a entrevista pela identificação resumida do participante e habilitação profissional. A primeira descrição solicitada foi sobre a trajetória pessoal até a escolha da profissão. Em seguida, era questionado sobre o percurso profissional até a inserção no SAD e se havia realizado alguma preparação profissional, como curso ou capacitação, para atuação específica em AD. Como estratégia de aproximação do tema da pesquisa foi proposta uma vivência simples, que consistiu em rememorar alguns casos atendidos no trabalho em AD, e que foram significativos em termos de exigência de competências relacionais.

A técnica de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro, foi eficaz no sentido de proporcionar ao profissional a vivência de entrar em contato com seu percurso de atuação na AD e, assim, ativar suas memórias e impressões. O exame dessa trajetória, nas perspectivas pessoal e profissional, motivou as pessoas, produzindo relatos multifacetados e reveladores.

Como o conceito de “competência relacional” não é utilizado no cotidiano dos serviços, o roteiro de entrevista estabeleceu um eixo condutor para as conversas, de modo a construir uma aproximação com o tema, a partir da vivência prática dos profissionais. Em seguida, e a partir dessa vivência de lembrança dos casos, perguntava-se quais as competências identificadas pelo entrevistado em sua atuação, para construção do plano terapêutico com o usuário e sua família.

Ao longo da conversa, solicitava-se o detalhamento das competências, explicitando os saberes envolvidos, bem como sua tradução em habilidades e atitudes. Questionava-se, ainda, as considerações do entrevistado sobre quais as

CRs mais importantes, qual sua relevância para a implementação das medidas terapêuticas, quais conferiam maior segurança ao profissional, como foram aprendidas e quais ainda gostaria de adquirir ou aprimorar.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital, e foram transcritos os trechos de interesse. Cinco categorias analíticas orientaram a análise do conteúdo das entrevistas: CRs identificadas pelos entrevistados, CRs consideradas mais importantes por eles, Processo de aquisição das CRs, CRs que desejam adquirir ou aprimorar e CR enquanto intervenção terapêutica.

Esta pesquisa atendeu às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho sob parecer nº 2.810.560/18.

Resultados e discussão

As “competências relacionais” foram compreendidas e definidas pelos entrevistados como sendo aquelas que, no curso da atuação profissional, conferiam condição para gerar, conforme expressão deles: “vínculo”, “empatia”, “confiança”. Esses são os indicadores da aceitação, por parte dos usuários, da presença dos profissionais no domicílio, estabelecendo permissão e cumplicidade para a atuação.

Os entrevistados eram das categorias: assistente social, fonoaudiólogo, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem; com idade entre 33 e 50 anos e tempo médio aproximado de atuação em AD de cinco anos, com exceção de dois profissionais que, nos extremos da amostra, estavam há seis meses e 20 anos trabalhando na área.

O estudo considerou cinco categorias analíticas e verificou, a partir da primeira delas (competências relacionais identificadas), cinco competências cotidianamente exigidas e utilizadas no trabalho:

a. Saber usar conhecimento técnico

A premissa que define isso como competência relacional é, na perspectiva dos entrevistados, a de que demonstrar preparo técnico e apresentar os recursos do serviço com segurança tem potência para gerar confiança por parte do usuário e família atendida. Para tanto, são valorizados o saber clínico e o conhecimento

sobre os recursos humanos e materiais do SAD e da rede SUS; bem como a capacidade de reunir e transmitir esses saberes na forma de oferta de serviço:

A primeira coisa que a gente tem que ter é conhecimento: você tem que saber exatamente o que tem o usuário, qual que é o prognóstico [...].

Ainda que se trate de uma referência ao saber mais ligado às habilidades procedimentais em saúde, o “saber usar conhecimento técnico” foi identificado como CR pelos entrevistados com a mesma justificativa, a de que transmitem segurança ao usuário, conferindo ao profissional a confiabilidade e a possibilidade do vínculo terapêutico. A confiança do usuário costuma ser muito valorizada pelos profissionais de AD (Andrade *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2010).

b. Saber se comunicar

A eficácia do profissional em estabelecer comunicação com o usuário e família de modo horizontal, a partir da capacidade de reconhecer os obstáculos de comunicação e acionar recursos para superá-los, é a expressão desta CR. Ela foi uma das mais priorizadas pelos profissionais, em termos de riqueza de explicações e exemplos, demonstrando experiências vivenciais marcantes em torno dessa questão. Foram relatadas situações e atitudes que tipificam barreiras de comunicação como diferenças culturais, de linguagem, desigualdade social, bem como a importância de terem sido reconhecidas pelo profissional, o que permitiu a superação destes obstáculos.

A frequência de relatos sobre esse reconhecimento das barreiras evidencia a importância desta competência relacional para a AD, denotando a percepção vivida por profissionais atuantes de que é imperativo para que a comunicação seja efetiva, a horizontalidade, o fazer-se entender, a troca de questões e compromissos, a confiança mútua, o objetivo comum.

A comunicação prescritiva e orientativa de pouco ou nada se aplica à AD, em razão da já citada dependência que tem o profissional em relação ao cuidador, e os depoimentos confirmam isso (Püschel *et al.*, 2005; Andrade *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2010).

Sobre este aspecto, observa-se também a presença de referências ao compromisso profissional com a rejeição a preconceitos, frequentemente associada

a certa neutralidade. Ainda sobre a capacidade de comunicação, são valorizadas as habilidades para realizar escuta qualificada; o saber conversar reconhecendo o universo do outro, e intervir de forma pedagógica e didática, usando termos simples:

*Respeitar as diferenças, respeitar a casa do jeito que ela é, e não querer impor o seu jeito na casa, saber ouvir[...].
[...] tentar numa linguagem em que ele veja que você está entendendo o que está acontecendo.*

c. Desenvolver atitude empática

Segundo Falcone *et al.* (2013), empatia pode ser definida como uma habilidade de comunicação que, operando nas esferas cognitiva, afetiva e comportamental, em relação aos sentimentos, resulta, no campo das relações, na vivência compartilhada desses sentimentos.

Profissionais entrevistados relatam a vivência de buscar em sua experiência pessoal algum registro do sentimento expresso pelo usuário e demonstrar isso em atitude. São relatos diversificados, expondo múltiplas interpretações dos profissionais quanto ao universo emocional e afetivo dos usuários: resgate da identidade, desejo de igualdade, de compartilhar emoções.

As falas que caracterizam esta CR se referem tanto a atitudes internas ao profissional, como respeito, cordialidade e compaixão, quanto à demonstração do reconhecimento da condição de dignidade e cidadania dos usuários:

*[...] o paciente quer o calor humano, quer se sentir acolhido... e às vezes a gente partilha que a gente também é um ser humano como ele.
Escutar o cuidador, se preocupar com ele também, mostrar que se importa.*

Os profissionais entrevistados destacaram a importância de saber se colocar no lugar do outro e de demonstrar interesse e dedicação no contexto de corresponder a uma expectativa e a um desejo afetivo do outro. A empatia é essencial para o vínculo e implantação do plano de cuidados, e isso esteve presente em todos os relatos (Andrade *et al.*, 2013; Silva *et al.* 2010; Sampaio, Camino & Roazzi, 2009).

[...] a questão da habilidade de se colocar no lugar do outro, de ele sentir que você está ali para ajudar, que você não está ali pra crítica, mas para uma força a mais, um amparo.

As poucas declarações verbalizadas sobre origem e desenvolvimento desta competência relacional se remetem ao universo pessoal do profissional, geralmente familiar e religioso. Não houve menção a experiências ou a possibilidades de treinamento em empatia como aprendizado profissional (Andrade *et al.*, 2013; Sampaio *et al.*, 2009, Falcone *et al.*, 2013).

d. Saber fazer gestão do cuidado

A capacidade, tanto individual quanto em equipe, de reconhecer o caráter contínuo e processual do vínculo terapêutico e, conseqüentemente, de empreender ações de gestão do cuidado, está presente no conteúdo dos depoimentos enquanto competência relacional.

Tento envolver ele na avaliação e ir construindo na prática assim com ele essa coisa, para o cuidador ter mais segurança.

As referências dos profissionais são às habilidades para gerir o plano terapêutico para o usuário e família, evitando interrupções no vínculo e nos cuidados. Para tanto, são valorizados o trabalho sintonizado da equipe, o conhecimento do contexto e de seus atores, a realização das intervenções de forma processual e participativa (Silva *et al.*, 2010).

e. Promover aumento de autonomia dos usuários e dos cuidadores.

Saber reconhecer a autoridade do usuário e do cuidador, respeitando suas singularidades e subjetividades, investindo em sua autonomia, é um condicionante da atuação em AD, e a assimilação disso por parte do profissional tende a ser intuitiva, automática. Assim, o desenvolvimento dessa capacidade e sua consequente aplicação ao plano terapêutico são reconhecidos pelos entrevistados como competência relacional.

Eu não dou a comida, faço o cuidador dar, pra ele ter segurança de dar o alimento junto comigo, observar o que acontece, porque depois é ele que vai fazer.

Eu tento fazer com que enxerguem a minha avaliação junto comigo, tento envolver ele na avaliação e ir construindo na prática com ele, para o cuidador ter mais segurança.

Estão presentes nas falas dos entrevistados, na perspectiva de atenção integral e de promoção de autonomia do usuário, o reconhecimento das subjetividades e a interação com a dinâmica do domicílio enquanto fator que demonstra esse processo continuado de desenvolvimento das competências relacionais (Onocko-Campos & Campos, 2007; Soares & Camargo Júnior, 2007).

Os conteúdos de fala relacionados ao uso desta competência descrevem o fortalecimento do vínculo por meio dos momentos de compartilhamento e transmissão de saberes e práticas; e também as intervenções que resultaram em incremento da capacidade do cuidador e de sua autoestima.

A segunda categoria de análise do material das entrevistas permitiu identificar as CR de maior importância para os profissionais de AD: desenvolver atitude empática tem importância diferenciada. O componente mais valorizado foi a atitude profissional: precisa ser cordial, respeitosa e compassiva.

A terceira categoria, processo de aquisição das CR por parte dos profissionais, revelou aspectos importantes da trajetória profissional e da relação com o trabalho. O aprendizado por meio da inserção no SAD, pelo contato com os colegas e com a atividade assistencial em si foi relatado por todos os entrevistados como preponderante e principal; seguido diretamente pela formação pessoal em termos de educação familiar, valores religiosos e culturais. Outras fontes de conhecimento, tais como cursos teóricos, foram citadas apenas pontualmente.

Assim, o estabelecimento do vínculo terapêutico, essencial para elaboração e execução do plano de cuidados, se daria a partir do uso de competências relacionais que não foram ensinadas aos profissionais ao longo de sua formação. O itinerário desse aprendizado foi lembrado por eles com sofrimento, caracterizado principalmente pelo contato direto com a atividade que consiste em assistir usuários graves, em ambiente diverso à sua formação profissional, atenuado pela solidariedade dos colegas (Püschel *et al.*, 2005; Andrade *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2010).

As descrições das trajetórias pessoais para aquisição das CR são reveladoras de lacunas significativas no funcionamento de instituições responsáveis pela

formação de profissionais de saúde, e pela elaboração e execução de políticas públicas de saúde (Andrade *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2010).

A quarta categoria analítica, CR que objetiva adquirir ou aprimorar, evidenciou que a capacidade para acolher e manejar sofrimento psíquico foi bastante requisitada, seguida do interesse por curso de cuidados paliativos. Note-se que o enfoque técnico durante a formação e insuficiência de instâncias de educação permanente não têm possibilitado a qualificação dos profissionais para analisarem a complexidade dos sujeitos e operarem na abordagem da dimensão subjetiva que toda prática em saúde supõe (Figueiredo & Campos, 2014).

Por fim, na última categoria analítica, processo de estabelecer vínculo terapêutico enquanto intervenção no domicílio, parte dos entrevistados conferiu alto valor a essa dimensão do atendimento, conforme verificado em estudos relatados por Andrade *et al.* (2013), Silva *et al.* (2010) e Onocko-Campos & Campos (2007).

O primeiro contato da equipe do SAD com a casa já é suficiente para diminuir a sensação de solidão ou abandono à qual frequentemente está submetido o usuário restrito ao leito. Esse caráter terapêutico da abordagem acaba por fortalecer o vínculo, assumindo dimensão relevante no aspecto relacional (Onocko-Campos & Campos, 2007; Soares & Camargo Júnior, 2007).

Neste estudo, os entrevistados relataram esse resultado quando de ações relacionais voltadas ao vínculo terapêutico, tais como a escuta qualificada, a conversa voltada ao reconhecimento da realidade do outro, o contato pessoal e físico.

As CR são descritas como dispositivos de integração com a dinâmica familiar para produção de conforto, alívio do sofrimento, melhoria da condição de vida; sendo adequado afirmar que o desenvolvimento dessas competências, ao longo da atuação em AD, está relacionado a um comprometimento do profissional com uma concepção de modelo de atenção integral à saúde que se institui ou se amplia a partir da inserção em SAD.

Considerações finais

O estudo de competências relacionais em AD, ao examinar fatores envolvidos no encontro que acontece nas casas de pessoas acamadas entre profissionais de saúde e usuários com seus familiares, expõe traços ainda pouco explorados dessa relação,

como ausência de controle do ambiente do domicílio, necessidade permanente de vínculo, gestão continuada do cuidado, trabalho em equipe.

As cinco competências relacionais identificadas pelos profissionais de AD, a partir da própria atuação, guardam relação direta com diretrizes assistenciais da área. O conteúdo das entrevistas mostra o desenvolvimento de sensibilidades por parte dos profissionais em relação às necessidades dos usuários.

É nesse sentido que o modo de agir nos encontros com os usuários e colegas de trabalho determina a intervenção a ser realizada, a depender da consideração que se faz sobre o outro, como objeto ou como um sujeito de desejo, com conhecimento relevante a ser considerado, numa relação dialógica. As equipes de AD precisam de preparo para essas dimensões do trabalho em saúde, essenciais para o contato inicial e permanente com o domicílio.

A vivência de apropriação das competências relacionais proporciona segurança profissional e amplia a identificação com o trabalho. Isso contribui para a valorização dessa modalidade assistencial, aspecto constantemente presente nas falas dos entrevistados. A escuta, a companhia, o vínculo, o toque afetivo, enfim, a chegada da equipe do SAD ao domicílio, tudo isso é o reconhecimento da condição de cidadania e do direito à saúde.

Destaca-se a escassa produção teórica sobre o desenvolvimento de competências relacionais para o trabalho em AD, sendo esta uma recomendação para futuros estudos.

Referências

- Andrade, A. M., Brito, M. J., Randow, R. M., Montenegro, L. C. & Silva, K. L. (2013). Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde [versão eletrônica]. *Revista de Pesquisa*, 5 (1): 3383-3393.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Braga, P. P., Sena, R. R., Seixas, C. T., Castro, E. A. B., Andrade, A. M. & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde [versão eletrônica]. *Ciênc. saúde coletiva* 21 (3), 903-912.
- Falcone, E. M. O., Pinho, V. D., Ferreira, M. C., Fernandes, C. S., D'Augustin, J. F., Krieger, S., Plácido, M. G., Vianna, K. O., Electo, L. C. T. & Pinheiro, L. C. (2013). Validade convergente do Inventário de Empatia (IE). *Psico-USF*, 18(2), 203-209.
- Feuerwerker, L. C. & Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas [versão eletrônica]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3) 180-188.



- Figueiredo, M. D. & Campos, G. W. S. (2014). O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface*, 18(Suppl. 1), 931-943.
- Freedman, V. A. & Spillman, B. C. (2014). Disability and care needs among older Americans [electronic version]. *The Milbank quarterly*, 92(3), 509-541.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med.* 3(10): e294.
- Ministério da Saúde. (2012). **Caderno de Atenção Domiciliar (Volume 1)**. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. (2016). **Portaria GM/MS 825**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 02 de agosto de 2020 de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
- Onocko-Campos, R. T. & Campos, G. W. S. (2007). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M., (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. (pp. 669-688). São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz.
- Phaneuf, M. (2005). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência.
- Püschel, V. A. A., Ide, C. A. C. & Chaves, E. C. (2005). Competências psicossociais para a assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm*, 58 (4): 466-470.
- Rajão, F. L., & Martins, M. (2020). Assistência Domiciliar no Brasil: um estudo exploratório sobre o processo de construção e utilização de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (5), 1863-1877.
- Ramallo, V. J. G., & Tamayo, M. I. P. (1998). Historia de la hospitalización a domicilio. In: Glez, M. D. D. (Org.). **Hospitalización a domicilio**, 13-22. Espanha: Hoechst Marion Roussel.
- Rehem, T. C. M. S. B., & Trad, L. A. B. (2005). Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*, 10(supl.): 231-242.
- Sampaio, L. R., Camino, C. P. S. & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(2): 212-227.
- Silva, K. L., Sena, R. R., Seixas, C. T., Feuerwerker, L. C. M. & Merhy, E. E. (2010). Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*, 1 (44): 166-176.
- Soares, J. C. R. S. & Camargo Júnior, K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface*, 11 (21): 65-78.

SOBRE A MEDICINA POPULAR: O QUE PENSAM OS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA?

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso
Eduardo Alves Melo
Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido alvo de importantes esforços no SUS, combinando referenciais internacionais (colocando-a como base dos sistemas e redes de atenção à saúde a partir de determinados atributos essenciais e derivados) com ênfases nacionais (como a territorialização e o trabalho em equipe multiprofissional), ambas caminhando em direção à integralidade. Um dos desafios enfrentados na APS brasileira diz respeito aos médicos, desde a sua presença nos serviços até à sua formação e prática. Nesse cenário, a conformação territorial da nossa APS amplia o potencial de interação entre os saberes e práticas dos médicos com outros saberes, dentre os quais os saberes populares. Este estudo tematiza a interface entre os médicos da APS e a medicina popular.

Referencial teórico

Atenção Primária à Saúde

A APS é a parte do sistema de saúde que busca garantir o cuidado à saúde, com foco na pessoa, de forma acessível e continuada, responsabilizando-se por populações definidas. É um espaço privilegiado de coordenação do cuidado de usuários que necessitam transitar entre diferentes serviços (Starfield, 2002).

Também são atributos da APS a orientação familiar (considerando o contexto familiar diante de problemas e necessidades de saúde, bem como sua participação no cuidado), a orientação para a comunidade além da competência cultural, referida especialmente às características étnicas, raciais ou outras características culturais de determinados grupos (Starfield, 2002). Sobre este último atributo, mais diretamente ligado ao foco deste artigo, ponderamos que a cultura é uma produção, que diferentes formações culturais

podem coexistir num dado espaço, e que a interação com tais dimensões não se reduz a uma abordagem técnica.

A APS representa um complexo de conhecimentos e práticas em que se recomenda a utilização de saberes de várias origens para que seja possível cuidar mais, requerendo também adaptação da equipe de saúde às características culturais específicas da comunidade (Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

No Brasil, a APS passou a ter mais destaque após a criação do Sistema Único da Saúde (SUS) em 1988, com a implantação, na década de 1990, do Programa de Saúde da Família (PSF), reordenado posteriormente para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituindo-se na principal forma de organização da APS no país (Melo, Mendonça, Oliveira, & Andrade, 2018).

A grande capilaridade da ESF, com mais de 43 mil equipes de saúde da família (EqSF) que cobrem em torno de 60% da população brasileira, faz dela um espaço estratégico de acesso e de cuidado nas redes de atenção à saúde, apostando-se na sua capacidade de enfrentar o modelo médico hegemônico, biomédico e hospitalocêntrico no sentido de um modelo de atenção orientado pelas necessidades das pessoas (Mendonça, Matta, Gondim, *et al.*, 2018).

Biomedicina e Medicina de Família e Comunidade

O modelo biomédico da medicina propõe que a doença seja caracterizada como uma desordem orgânica, uma relação de causa e efeito. O indivíduo é tido como uma máquina, reduzido a um conjunto de peças, perdendo a visão do todo e a interdependência entre as partes, apesar de consideráveis avanços por esta medicina (Okay, 2005).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) lida com o indivíduo, a família e a comunidade, considerando aspectos clínicos, biológicos, psicológicos e culturais das pessoas, em ambos os sexos e diferentes faixas etárias, com práticas que vão da prevenção à cura (Lopes, 2012). Espera-se que os médicos de família possam resolver situações clínicas mais comuns, usando abordagem centrada na pessoa e visão holística.

No Brasil, a maioria dos médicos das EqSF tem formação generalista (da graduação), sendo a minoria deles especialistas em medicina de família e comunidade (por meio de residência médica e/ou prova de título de especialista). Em outras palavras, como diria Bonet (2014), eles “se tornam” médicos de família

ao atuarem como tal, e não a partir de “tal certificação”.

No contexto da APS, o contato com outras dimensões do processo de saúde e doença pode, em tese, favorecer a ampliação da clínica dos médicos para além da dimensão orgânica, colocando-os em interação com saberes científicos e populares de diferentes tipos. Para Bonet (2014), o contato da MFC com saberes como os da Medicina Popular (MP) possibilita a abertura para essas formas de cuidado à saúde. Percebe-se, então, que potencialmente transitam na MFC diferentes saberes, postos em permanente negociação.

Medicina popular

Utilizaremos aqui o termo “medicina popular”, porém atentando ao risco de que essa denominação pode, apesar de reconhecê-la, homogeneizá-la ou limitá-la a uma condição de menor legitimidade.

Na APS, a MP torna-se mais evidente e significativa, por se encontrar no mesmo sítio de ação. A compreensão das possíveis conexões da Medicina Popular (MP) com a prática médica na APS requer entendimento da medicina científica, visualizando suas distinções e pontos de contato, tendo como pano de fundo os “sistemas” formais e informais de cuidado.

A MP, às vezes chamada de medicina tradicional, é considerada patrimônio cultural da população, com diferentes conhecimentos e práticas. Os agentes dessa medicina são: os raizeiros, os curandeiros, as rezadeiras, os sacerdotes de religião, dentre outros (Metcalf, Beger & De Negri, 2004). Na MP, há um corpo próprio de saberes, que pode se alterar ao longo do tempo (Metcalf, Beger & De Negri, 2004).

Dessa forma, a prática de cuidados com a saúde e de prevenção de doenças é, sobretudo, expressão da cultura de um povo, principalmente na MP, pela maneira como se constroem esses saberes e práticas e da forma como ela é transmitida para as gerações (Metcalf, Beger & De Negri, 2004).

É importante ressaltar, entretanto, que, em muitas situações, o saber popular não é reconhecido e, até mesmo, é desencorajado pelas equipes de saúde. Isso poderá interferir na adesão do tratamento e no vínculo do paciente (Oliveira, 1985).

Segundo Loyola (1984a), os agentes da MP compartilham a linguagem, a visão de mundo e o pertencimento social da comunidade, conhecendo seus

problemas e utilizando técnicas que podem despertar a capacidade de autocura. Eles têm a habilidade de aproximar e fortalecer as relações sociais entre as pessoas, já que desenvolvem, em seu trabalho, ajuda e solidariedade, constituindo redes nos meios rural e urbano (Loyola, 1984b). A MP representa, portanto, uma sabedoria popular para enfrentar seus problemas com autonomia (Vasconcelos, 1987).

Os recursos terapêuticos básicos utilizados pela MP são, entre outros, o toque, as rezas, o resguardo, a água, o barro, as plantas medicinais, sempre orientando-se por determinadas concepções do processo saúde-doença (Rocha, 1987).

Para Loyola (1984a), a confiança na medicina popular não leva à reprovação da medicina científica exercida pelo médico. Sendo assim, não há necessariamente uma visão antagonista entre essas duas medicinas, podendo mesmo haver sinergia.

A alta presença territorial da APS brasileira, a grande proximidade física que ela tem com a MP e a potencial atuação dos médicos da APS numa perspectiva integral estão na base deste artigo, que tem como objeto a visão de médicos da APS brasileira sobre a MP.

Metodologia

Este é um estudo de abordagem qualitativa. Campana (2001) afirma que a pesquisa qualitativa é própria para estudos de aspectos particulares, desenvolvidos em grupos específicos de pessoas, com abordagem ampla e procurando conhecer como estas pensam, sentem e atuam.

A pesquisa foi realizada na cidade de Maceió (Alagoas). Segundo o Plano Municipal de Saúde (2018), a população da cidade é atendida por 86 (oitenta e seis) EqSF distribuídas em 8 (oito) Distritos Sanitários, o que corresponde a uma cobertura da APS de aproximadamente 25,7% da população.

Os participantes da pesquisa foram 8 (oito) profissionais médicos, atuantes em 8 (oito) diferentes Unidades Básicas de Saúde da Família, todas pertencentes aos Distritos Sanitários de Saúde de Maceió. Os critérios de inclusão adotados foram ter pós-graduação em Saúde da Família, Medicina de Família, Saúde Coletiva ou áreas afins e ter, no mínimo, 2 (dois) anos de atuação na ESF.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com duração média de 50 (cinquenta) minutos, abordando dimensões como: conhecimento sobre a MP, interação com a MP— no campo profissional e familiar — e opiniões sobre a possibilidade da relação

do médico com os agentes da MP. As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos médicos entre junho e agosto de 2018 após aceite e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, e tendo sido gravadas, transcritas e submetidas a procedimentos de análise de conteúdo na sua modalidade temática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob parecer nº 2.857.862.

Resultados e discussão

Organizamos a análise e discussão dos resultados obtidos em quatro categorias: perfil dos entrevistados; experiência pessoal dos médicos com a MP; interação dos médicos com a MP e seus agentes no território de atuação; sinergias e desencontros entre médicos e agentes da MP.

Perfil dos Entrevistados

O quadro 1 apresenta o perfil dos médicos que participaram da pesquisa.

Quadro 1. perfil dos profissionais participantes da pesquisa

LOCAL DE TRABALHO	FAIXA ETÁRIA /ANOS	SEXO	ESPECIALIDADES	TEMPO NA APS EM ANOS
UBS 1	35 a 44	M	Gestão do Cuidado na saúde da família	3
UBS 2	55 a 60 ou mais	F	Dermatologia, Clínica Médica e Título de Especialista em Saúde da Família	19
UBS 3	45 a 54	F	Pediatria e Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade.	16
UBS 4	55 a 60 ou mais	M	Saúde Pública	18
UBS 5	45 a 54	F	Clínica Médica e Título de Especialista em Medicina de Família e comunidade	15
UBS 6	45 a 54	M	Saúde da Família	18
UBS 7	25 a 34	M	Gestão do Cuidado de Saúde na Família	02
UBS 8	45 a 54	F	Anestesiologista e Saúde da Família	15

Fonte: Autores, 2019.

Como apresenta o quadro 1, a maioria dos entrevistados não possui formação específica na área de MFC. Eles “se tornaram” médicos da família e comunidade por passarem a trabalhar na ESF.

A residência médica é frequentemente descrita como o “padrão-ouro” para a formação dos médicos de família. No Brasil, a grande maioria dos médicos atuantes na ESF não tem formação específica (via residência) em medicina de família e comunidade. Nesse sentido, houve semelhança do perfil de formação dos entrevistados com o perfil geral que predomina na APS do Brasil, em que pese o fato de todos terem pós-graduação em áreas afins, bem como 2 (dois) terem título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (obtidos por meio de prova de título).

Experiência Pessoal dos Médicos com a MP

Sobre experiências com a MP nas suas vidas pessoais e familiares, quase todos os entrevistados relataram casos em que eles ou a família utilizaram cuidados de agentes da MP. Por vezes, referiram ser prática deles o uso de chás ou procurar ajuda de curandeiros e benzedeadas.

[...]sobretudo na família [...] especificamente do meu pai, que tem por hábito, usar uma planta, M1.

[...] minha mãe me levava ao curandeiro [...] com aquele galhinho de planta, M6.

Embora os relatos não sejam homogêneos quanto às lembranças a respeito de experiências vivenciadas, a MP parece incorporada ao dia a dia da maior parte desses profissionais de saúde. Isso aponta que a MP está presente no passado e, por vezes, no cotidiano dos médicos entrevistados como pessoas, independentemente da sua atuação profissional. Embora possa facilitar, isso não significa que os médicos necessariamente se utilizem bem dessa familiaridade com a MP na sua prática, mesmo na APS.

Interação dos Médicos com a MP e seus Agentes no Território de Atuação

Quase todos os médicos entrevistados consideram que o trabalho na APS produz aproximação da medicina oficial com a MP. Eles percebem que esta é realizada

por diferentes atores populares de cura, assim como por pessoas como o próprio paciente e seus familiares. Reconhecem como agentes da MP: curandeiros, parteiras leigas, mães, xamãs, balconista da farmácia, líderes comunitários, segmentos religiosos de matriz africana e o próprio paciente, quando este se refere ao autocuidado.

Essa grande amplitude do que eles entendem como MP reflete a diversidade das práticas de cuidado nas comunidades brasileiras. Como aponta Oliveira (1985), isso também acontece em diferentes circunstâncias e espaços, como farmácias e comunidades específicas, como as religiões de matriz africana.

Dos 8 (oito) entrevistados, a maioria reconhece ser importante a interação com os agentes da MP. E a maioria deles também relata que a interação comunitária facilita a resolução dos problemas de saúde e que esta não seria possível apenas com a intervenção da EqSF.

Sim, como a gente trabalha sempre com comunidade, a gente tem que conhecer e criar vínculos M1.

[...] a gente precisa dessa interação, para poder dar segmento a todas as dificuldades e ao anseio da sociedade, [...] M7.

Metcalfe, Beger & De Negri (2004) afirmam que, nos territórios onde está a APS, a MP tem presença muito evidente e, por vezes, vem substituir ou complementar a Medicina Formal.

Entre os entrevistados, há aqueles como M6 e M8 que sabem quem são os Agentes da MP, admitem a possibilidade da presença deles em seu território de atuação, mas não interagem.

Não. Nunca interagi com a medicina popular M6.

Ah! Não nunca tive, contato com a medicina popular M8.

Alguns dos médicos valorizam a construção de uma relação de respeito, mas pouco expõem sobre o desenvolvimento de uma interação efetiva com a MP. É possível afirmar que buscam considerar a cultura do paciente em relação a tratamentos informais, tentando adaptar o conhecimento que o paciente traz consigo e o da medicina convencional.

Já outros médicos vão mais adiante e afirmam que a complexidade do trabalho na APS obriga os profissionais de saúde a ampliar seu olhar para além da lógica da biomedicina e falam da importância de abrir maior espaço para a integração com a MP. Mas, mesmo nestes casos, não há relatos de práticas compartilhadas.

Embora todos os entrevistados estejam atuando em Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas na periferia da cidade (área urbana predominante), um deles menciona que esses agentes são mais encontrados no interior do Estado (e na zona rural).

[...] estou trabalhando na Capital do Estado, a gente tem, eu, particularmente, tenho menos exemplos dessas pessoas que trabalham com a Medicina Popular. M1.

Vários são os recursos da MP citados pelos médicos entrevistados. Em consonância com os estudos de Rocha (1987), que aponta alimentação, plantas medicinais e rezas como os mais utilizados, os entrevistados identificam como forma de cuidado com a saúde pela MP: lambedor caseiro, ervas medicinais, chás de folhas e vegetais. Mencionam também intervenções de cura feitas por curandeiros, mães, avós e líderes religiosos.

eu soube, em uma das palestras educativas, com o grupo dos hipertensos e diabéticos, que o chá da folha da cana era bom para o diabetes[...].M1.

[...] hoje em dia, muita gente, né, com problema psíquico, né, muita gente depressiva; [...] acho, realmente, que as igrejas ajudam. M6.

Sinergias e Desencontros entre Médicos e Agentes da MP

A maioria dos médicos sinaliza positivamente para a integração das dimensões formal e informal do cuidado em saúde. Os principais modos de parceria mencionados pelos médicos foram: intercâmbio, parceria para conciliar, fortalecer, respeitar o outro, estreitar relações, ter relação de paridade e trocar ideias.

[...] Como eles têm uma penetração na comunidade [...] poderia passar algumas medidas preventivas, para eles lá nas suas palestras, nos seus cultos, transmitirem para população, acho que dentro dessa forma, eles ajudariam bastante.M6.

Uma relação de paridade, uma relação de igualdade [...] o médico é apenas um dos tantos outros sistemas e tanto outros pares que forma esse sistema. M7.

Nenhum dos entrevistados menciona a possibilidade da participação, pelos agentes da MP, em ações comunitárias, como colaboração para o diagnóstico de saúde do território, entre outras, ou seja, não parecem considerar importante a participação destes no planejamento das atividades relacionadas à saúde.

Chama a atenção o fato de que ora essa articulação aparece em tom de parceria, com alguma igualdade entre a MP e Medicina da ESF, ora com certa utilização “instrumental” da MP pela Medicina da ESF.

Parte dos entrevistados menciona que utiliza e incentiva o uso de ervas e de tratamentos da MP, principalmente para crianças com quadros virais.

[...] as crianças, porque elas gripam muito, não é necessário antibiótico, não é pneumonia, é gripe, são quadros virais e eles poderiam ensinar o lambedor, ensina para mãe fazer o lambedor, o chá. M2.

Não fica claro, no entanto, como os médicos consideram a posologia e formas de preparo ou como orientam os pacientes nesse sentido, ou mesmo se atentam a modos de prescrição que vêm da tradição (Metcalf, Beger & De Negri, 2004).

O conhecimento da MP é um conhecimento cultural e empírico – baseado na experiência e na observação. Vem sendo construído há vários séculos. Dessa forma, pode ser necessário distinguir e conhecer as “condutas” da MP, para evitar possíveis efeitos que possam se alterar devido ao desconhecimento do uso de plantas ou outras substâncias (Metcalf, Beger & De Negri, 2004).

Vale notar que alguns dos entrevistados, ao citarem o uso de fitoterápicos, não abrem mão de seus modelos científicos.

Os entrevistados indicam a necessidade de se estabelecer certo controle sobre as práticas da MP, fazendo orientações, conciliando os conhecimentos entre a Medicina da ESF e da MP.

[...] dando algumas orientações, assim, para que serve isso, pra que serve aquilo, assim porque tem paciente que usa alguma coisa assim. M8.

Alguns médicos entrevistados acreditam que a fé na MP é importante para a cura, em especial nas queixas psicológicas. O tratamento dessas doenças é o que apresenta melhores resultados, justamente onde, por vezes, a medicina formal não consegue ter resultados com seus tratamentos (Metcalf, Begeer, & De Negri, 2004).

E, eu acho que o ser humano por ser um ser complexo, não é somente um ser espiritual, têm muitas enfermidades, têm muitas doenças que vêm da psique do ser humano, e com esse tipo de prática, às vezes a gente não consegue resolver com remédios, e com esse tipo de prática [...] o paciente tem uma resposta positiva [...] M5.

O Agente da MP veicula uma visão de saúde e de doença próxima da visão da população que ele atende, além de “falar sua língua” (Rocha, 1987). Isso é muito importante, porque, em geral, a comunicação entre a pessoa e o terapeuta é atravessada, dentre outras questões, pelo modo como cada um compreende a saúde e a doença.

Alguns médicos se dizem céticos em relação aos efeitos da MP, mas admitem os resultados positivos nos tratamentos por essa medicina.

Eu tava um pouco cético [...] mas depois de meia hora a dor sumiu, eu não sei se foi um efeito placebo, não se foi realmente um efeito que funcionou a planta. M5.

Importante destacar que o efeito placebo, como se pôde ver na fala anterior, foi cogitado, buscando uma analogia entre o pensamento científico e o pensamento mítico. Neste sentido, lembramo-nos de quando Minayo (2016), afirma que:

Todos dependem da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico em que é exercida (Minayo, 2016, p. 194).

A procura de cuidados se relaciona tanto às atitudes, aos valores e à ideologia quanto ao tipo de doença, acesso econômico e à disponibilidade de tecnologia (Gerhardt, 2006). É importante reconhecer que há, nas comunidades, crenças em outras formas de cuidado à saúde, oriundas de cada cultura.

Em diferentes racionalidades médicas, os recursos terapêuticos se associam com a concepção que se tenha a respeito do processo saúde-doença. As substâncias, ervas e procedimentos utilizados por agentes informais também se dão dessa maneira, alicerçadas em construções socioculturais singulares. Nesse sentido, as não há vezes, compreensão do profissional médico sobre a utilização dos recursos empregados por tais agentes, pois essas ações implementadas por eles estão relacionadas com o modo de ver, sentir de uma cultura que influencia o que é compreendido e considerado confiável pela população. Parte dos médicos parece ver a MP mais como crença (ou até credence) do que como saber.

Além disso, é possível perceber também, em alguns momentos, a imposição do conhecimento científico sobre o popular, como se manifesta na seguinte fala:

No treinamento de prevenção à diarreia [...] a instrutora médica não deixava as curandeiras fazer as curas delas, mas ensinava fazer o soro, esse tipo de orientação. M6.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo compreender a visão de médicos da APS, notadamente da Estratégia da Saúde da Família, a respeito da MP e seus agentes.

Os resultados deste estudo mostram que os médicos entrevistados da ESF reconhecem a existência das práticas e os agentes da MP, mas não estabelecem parceria com eles nessa mesma proporção.

A maioria dos entrevistados, apesar de concordarem com a possibilidade de estabelecer uma interação com os agentes da MP, sinalizaram que os médicos da ESF devem exercer controle sobre os agentes da MP, nas parcerias.

Esses resultados indicam a necessidade de maior investimento na formação e na educação permanente dos médicos que atuam na ESF, particularmente no atributo da competência cultural.



ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR

Hernando Alves Pereira

Júlia Schlichting Azevedo

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Solena Ziemer Kusma

Giovana Daniela Pecharki

Por se tratar de um assunto ainda pouco pesquisado, são necessários mais estudos que possam acrescentar mais conhecimentos sobre o tema.

Referências

- Bonet, O. (2014) **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina da família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Campana, A. O. *et al.* (Col.) (2001). **Investigação Científica na Área Médica**. São Paulo: Manole.
- Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (1978). Alma Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1976. **Relatório Conjunto do Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde e do Diretor executivo do fundo das Nações Unidas para a Infância**.
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários Terapêuticos em Situações de Pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (11): 2449-2463; nov.
- Lopes, J. M. C. (2012). **Princípios da Medicina de Família e Comunidade**. In: Gusso, G; Lopes, J. M. C (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. (p. 1-11), v. 1, Porto Alegre: Artmed.
- Loyola, M. A. (1984a). A medicina popular: In: **Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate**. (p. 225-240). 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Loyola, M. A. (1984b). **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL.
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M, Oliveira, J. R. & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n 1, p. 38-51. Rio de Janeiro.
- Mendonça, M. H. M., Matta, G. C. & Gondim, R. (2018). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Metcalf, E. B; Beger, C,B & De Negri, A. A. F. (2004). A Medicina Tradicional, Alternativa e Complementar. In: Ducan, B.B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. (p. 160-165). 3 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Minayo, M. C. S. (2016). Contribuições da antropologia social para pensar saúde In: Campos, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- Okay, Y. (2005). Atenção Integral à Saúde do Ser Humano. In: Grisi, S. *et al.* (Cord.). **Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI**. (p. 3-18). São Paulo: Organização Panamericana de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, E. R. (1985). O que é medicina popular. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense. Plano Municipal de Saúde, 2018/2021. (2018). Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br>> Acesso em: 18 set.
- Rocha, J. M. (1987). **Como se faz medicina popular**. 2 ed. Petrópolis: Vozes.
- Starfield, B. (2002). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.
- Vasconcelos, E. M. (1987). **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec.

Introdução

Os inúmeros avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro ocorridos nas últimas duas décadas convivem, paradoxalmente, com desafios sob diferentes aspectos. Se por um lado, apontam-se progressos na descentralização e regionalização da atenção em saúde, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho podem esgarçar as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários.

Embora a consolidação do SUS fundamenta-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada e com centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), verifica-se uma conjuntura de desafios enfrentados pelos sistemas de saúde municipais em diferentes aspectos (Oliveira & Pereira, 2013). A persistência da lacuna que se observa sobre a adesão aos atributos da APS torna imprescindível a discussão sobre a busca de melhores alternativas para que haja garantias de que as práticas atendam aos desafios necessários para a implementação de uma APS de qualidade (Oliveira e Silva *et al.*, 2014).

Uma das chaves para a superação desses desafios está no fortalecimento APS, considerada um dos eixos estruturantes do SUS, pois oferece entrada no sistema para as necessidades em saúde, tendo como principal foco do cuidado a pessoa e não uma enfermidade específica (Starfield, 2002). Destaca-se na literatura que a APS é o papel central do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade, tendo-se evidências da associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação

dos usuários, promoção da equidade e da integralidade e eficiência tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Starfield, 2002).

Na busca por avaliações da APS, a opinião e o envolvimento dos usuários são fundamentais. A literatura destaca que os processos de avaliação sob percepção de usuários contribuem para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços, além de se constituir em uma ferramenta para a participação popular (Oliveira e Silva *et al.*, 2014).

Considerando esta perspectiva, este estudo tem como objetivo avaliar os atributos da APS na ótica dos usuários das Unidades de Saúde (US) com Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Colombo-PR.

Referencial teórico

Segundo Oliveira e Pereira (2013), a organização dos serviços de saúde da APS por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços estruturados com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.

Uma das sistematizações do conceito de APS é utilizada por Starfield (2002) por meio de atributos denominados essenciais: acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde e coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Além desses, são definidos três atributos derivados: orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; orientação comunitária, que procede do reconhecimento das necessidades sociais; e competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais.

Quanto aos instrumentos de avaliação da APS, a literatura destaca que, para avaliar a Saúde da Família brasileira, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) é o que mais se aproxima da proposta da ESF (Fracolli *et al.*, 2014).

O PCATool é um instrumento de avaliação da APS criado por Starfield, Xu e Shi (2001), tendo como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

No mesmo sentido, Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS.

O PCATool avalia a presença e a extensão de quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e outros dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde. O instrumento, validado pelo Ministério da Saúde para o contexto brasileiro (Brasil, 2020), é utilizado tanto em pesquisas internacionais (Wang *et al.*, 2014; Tourigny *et al.*, 2010) como em pesquisas nacionais (Chomatás, 2011; Facchini *et al.*, 2006) para avaliação da APS.

Método

Trata-se de um estudo com caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizada em Unidades de Saúde com ESF do Município de Colombo-PR. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o protocolo nº 2.300.594.

Colombo é um município da Região Metropolitana de Curitiba, Estado do Paraná. Sua população estimada (237.402 habitantes) corresponde a 6,60% da população total da 2ª Regional de Saúde e 2,05% da população estadual, com predomínio da população urbana (COLOMBO, 2017). A cobertura populacional

estimada pela Atenção Básica é de 100% e a cobertura populacional estimada pela ESF é de 79,27% em (Brasil, 2020). Entre os equipamentos de saúde, o Município conta com 25 Unidades de Saúde, sendo 19 com ESF e 6 sem ESF.

O cálculo amostral foi realizado tendo como base uma população finita, conforme modelo proposto por Oliveira e colaboradores (2014), chegando-se a uma amostra de 150 participantes, com partilha proporcional conforme a população adscrita a cada US.

Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2018 através de aplicação de questionário por meio de entrevistas aos usuários das US com ESF na época do estudo. Participaram usuários moradores da área de abrangência das suas respectivas US, com idade entre 18 e 59 anos, que frequentavam sua US de referência há pelo menos um ano e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas por quatro pesquisadores treinados e duraram em média 15 minutos.

Foram excluídas do estudo gestantes, pessoas fora da faixa etária preconizada (crianças, adolescentes e idosos), que não frequentaram previamente sua US de referência ou que a frequentavam há menos de um ano.

Após sua aprovação pelo CEP, o projeto foi apresentado em reunião técnica na Secretaria Municipal de Saúde de Colombo com as coordenações das US, descrevendo-se seus objetivos e esclarecendo que a participação dos usuários só ocorreria mediante a assinatura do TCLE. Em momento posterior, realizou-se contato individual com cada coordenador das US para agendamento de data para realização da pesquisa. Em sala de espera, foi realizado o convite aos usuários que estavam presentes em cada US no momento da coleta de dados. Aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE, em conformidade com a legislação vigente, foram conduzidos a um local em separado na própria US, para garantir a privacidade dos participantes.

As informações coletadas incluíram o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade e tempo de frequência na unidade de saúde), bem como as questões da versão reduzida do PCATool para usuários adultos, validada por Oliveira e colaboradores (2013) para aplicação no cenário brasileiro. A avaliação de reprodutibilidade da escala na versão reduzida revelou que o instrumento pode seguramente ser utilizado para avaliar os serviços de APS (Oliveira *et al.*, 2013). Esse instrumento mede a presença e extensão dos atributos da APS por meio de

escala Likert, com cinco opções de resposta: 'com certeza sim', 'provavelmente sim', 'provavelmente não', 'com certeza não' e 'não sei/não lembro', possibilitando calcular escores para cada atributo ou seu componente separadamente (Brasil, 2010).

Os dados foram digitados em planilha eletrônica e posteriormente importados para o programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

Em seguida, foram calculados escores referentes a cada um dos componentes relacionados com os atributos da APS presentes no PCATool reduzido. Os escores apontados na escala de Likert original foram ajustados a uma escala entre zero e dez para cada atributo avaliado, estabelecendo-se como ponto de corte para definição de orientação forte para APS os valores de escore iguais ou maiores a 6,6 pontos na escala ajustada (Brasil, 2010).

Além disso, foram também obtidos os escores Essencial e Geral da APS, sendo o escore essencial calculado pela média do Grau de Afiliação e dos escores relativos aos atributos essenciais e o escore Geral, pela média do Grau de Afiliação e dos escores relativos aos atributos essenciais e derivados. Ressalta-se que o Grau de Afiliação não é considerado um atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores Essencial e Geral, e visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados de saúde do entrevistado (Brasil, 2010).

A análise estatística foi realizada por meio de descrição das variáveis apresentando médias, intervalos de confiança, frequências e percentuais. Utilizou-se o teste estatístico não paramétrico de correlação de Spearman e averiguou-se a correlação entre o grau de afiliação e as variáveis escolaridade, tempo de frequência na US e os escores essencial e geral. Para a classificação do grau de correlação, foram empregados os parâmetros descritos por Callegari-Jaques (2003), sendo consideradas correlações com significância estatística as que apresentaram $p \leq 0,05$ e grau de correlação moderado, forte ou muito forte.

Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos entrevistados, identificou-se que a maioria é do sexo feminino (75,3%), idade média 38,6 anos, tempo médio de escolaridade 8,1 anos e média de 12,0 anos o tempo de frequência na US.

A tabela 1 mostra as proporções de respostas positivas às perguntas de afiliação, sendo as respostas positivas direcionadas a um profissional de saúde em específico ou ao serviço da US em geral.

Tabela 1 – Respostas positivas às perguntas de afiliação (n = 150)

Pergunta	Profissional		Serviço	
	n	%	n	%
A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?	33	22,0	89	59,3
A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?	24	16,0	17	11,3
A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?	35	23,3	36	24,0

Fonte: Os autores

A maior proporção de respostas positivas às perguntas de afiliação se deu na pergunta A1, com respostas dirigidas ao serviço da US em geral. Nas três perguntas de afiliação, foram baixas as proporções de respostas positivas indicando-se profissionais de saúde.

A tabela 2 apresenta as médias de escore do Grau de Afiliação e dos atributos avaliados. Nela, identificou-se que dois atributos (primeiro contato/utilização e coordenação/integração de cuidados) atingiram escore superior a 6,6, sendo bem avaliados. O Grau de Afiliação e demais componentes obtiveram escores inferiores a 6,6. Quanto aos escores Essencial e Geral, ambos alcançaram valores inferiores a 6,6.

Tabela 2 – Escores médios do Grau de Afiliação e dos Atributos da APS (n = 150)

	Escore médio	IC 95%
Grau de Afiliação	4,4	3,9 – 4,8
Atributos da APS		
Primeiro Contato (Utilização)	7,6	7,1 – 8,2
Primeiro Contato (Acesso)	5,2	4,6 – 5,8
Longitudinalidade	6,2	5,9 – 6,6
Coordenação (Integração de cuidados)	7,0	6,3 – 7,6
Coordenação (Sistema de informações)	5,7	5,1 – 6,2
Integralidade (Serviços disponíveis)	5,0	4,4 – 5,5
Integralidade (Serviços prestados)	5,5	4,9 – 6,0
Orientação familiar	5,1	4,5 – 5,7
Orientação comunitária	3,7	3,0 – 4,4
Escore Essencial APS	5,8	5,5 – 6,0
Escore Geral APS	5,5	5,2 – 5,8

Fonte: Os autores

Na discussão a respeito dos atributos da APS, é necessário considerar a avaliação do Grau de Afiliação, que representa a força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde (Brasil, 2010). Na presente pesquisa, destaca-se a baixa afiliação da população estudada tanto pelo baixo escore médio alcançado quanto pelas baixas porcentagens de respostas positivas às perguntas de afiliação, notadamente as proporções de respostas positivas indicando-se os profissionais de saúde.

A correlação de Spearman entre o Grau de Afiliação e o Escore Essencial foi positiva, demonstrando uma concordância significativa ($r = 0,409$; $p < 0,001$) e entre o Grau de Afiliação e o Escore Geral também foi positiva, demonstrando uma concordância significativa ($r = 0,357$; $p < 0,001$). Não se verificou correlação significativa entre o Grau de Afiliação e a escolaridade ($r = -0,090$; $p = 0,28$) ou o tempo de frequência na US ($r = 0,030$; $p = 0,710$).

Na avaliação dos atributos da APS, a presença de altos escores indica uma orientação forte para a APS, cujas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são desenvolvidas de forma resolutiva, universal e distribuídas com equidade.

Sobre o acesso de primeiro contato nos atributos de utilização e acesso, a atual pesquisa demonstrou que o atributo utilização obteve o maior escore entre todos os atributos avaliados, enquanto o atributo acesso obteve baixo escore. Demonstra-se que o processo de trabalho das equipes em relação ao primeiro contato é bem avaliado enquanto a estrutura disponibilizada apresenta deficiências, comprometendo, dessa forma, o alcance pleno desse atributo.

Destaca-se, também a possibilidade da Unidade de Saúde da APS não ser a porta de entrada preferencial para alguns grupos de usuários. Murray e Tantau (2000) referem que as agendas focadas somente em ações programáticas dificultam o acesso para o mesmo dia. Uma pessoa que não consegue atendimento na US quando precisa, pode se sentir desmotivada ou com pouca confiança nessa equipe, o que leva a fragilizar o vínculo e a repensar a sua escolha numa nova situação de necessidade de saúde.

Por outro lado, Baratieri e colaboradores (2017) referem a população pode estar habituada ao modelo tradicional de atenção (centrado na doença e na sua resolução imediata), não havendo perspectiva de prevenção e promoção da saúde.

Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) também destacam a questão sociocultural de como o indivíduo entende o processo saúde-doença entre os fatores que contribuem para um excesso de busca pelo serviço de urgência para

o atendimento da atenção primária. Segundo esses autores, o usuário busca o seu atendimento no local onde satisfaz suas necessidades sem levar em consideração a localização geográfica do serviço.

O fato de o acesso ter apresentado baixo escore no presente estudo constitui-se em um importante desafio na busca da integralidade da atenção à saúde. Os usuários percebem o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado. Diante das dificuldades, os usuários tendem a buscar outras formas de conseguir atendimento a demandas que poderiam ser solucionadas na APS, sobrecarregando assim outros serviços (Campos *et al.*, 2014)

O atendimento pleno do acesso de primeiro contato pode contribuir para a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, de encaminhamentos desnecessários a especialistas e de custos globais, traduzindo-se na atenção apropriada às necessidades e em melhores indicadores em saúde.

De acordo com essa perspectiva, Paula e colaboradores (2015) destacam que a adoção de ferramentas apropriadas de trabalho, como horário de funcionamento, oferta de contato telefônico, abordagem multidisciplinar, planejamento das ações, equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada, organização horizontal do trabalho e compartilhamento do processo decisório podem contribuir para oferecer a atenção plena ao acesso de primeiro contato.

O atributo coordenação/integração de cuidados obteve forte orientação para a APS na ótica dos usuários. Esse atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, em que pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional e do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços, seja pela integração desse cuidado no cuidado global do paciente (Fracolli *et al.*, 2014). Nessa perspectiva, Araújo e colaboradores (2014) ressaltam que, sem a coordenação, a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a função de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa.

O atributo longitudinalidade apresentou baixo escore. A literatura descreve que, nos locais onde este atributo apresenta fraca orientação para APS, denota-se que os usuários desconhecem as unidades de saúde como fonte regular de cuidados, significando para a população a ausência desses serviços como referência habitual para as suas necessidades de saúde (Araújo *et al.*, 2014).

Deve-se considerar como fator comprometedor desse atributo a alta rotatividade de profissionais na ESF, particularmente de enfermeiros e médicos. Segundo dados do Portal da Transparência do Município, foram contabilizadas 70 exonerações de profissionais médicos no período compreendido entre setembro/2019 e agosto/2020. Este número corresponde a cerca de 50% do total de 136 profissionais médicos atuantes no município em agosto/2020. Nessa perspectiva, Medeiros e colaboradores (2010) ressaltam que o sucesso na ESF depende da fixação de profissionais para que possam conhecer a comunidade com a qual atuam, imergindo na sua história e organização político-social e econômica, maximizando, desta forma, as estratégias de educação em saúde.

Nessa perspectiva, observa-se que o atendimento pleno do atributo longitudinalidade é possível se for uma prioridade da gestão, envolvendo as tecnologias de acolhimento, a oferta adequada de serviços, a fixação do profissional na unidade de saúde e, conseqüentemente, estabelecimento do vínculo e formação continuada (Fracolli *et al.*, 2014).

Com relação à integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), o baixo escore deste atributo sugere a não abrangência do contexto do usuário e a descontinuidade assistencial. Oliveira e Pereira (2013) pontuam que a atenção à saúde ainda se encontra centrada na doença, e como no sistema de saúde brasileiro coexistem os serviços públicos e privados, evidencia-se confronto entre interesses e necessidades quando o usuário prioriza a busca de serviços com uma concentração tecnológica maior do que os da APS.

Deve-se ressaltar que o propósito da integralidade imprime aos profissionais de saúde a tarefa de perceberem o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere, possibilitando a construção de planos de cuidado centrado na pessoa e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados (CONASS, 2015).

No presente estudo, os atributos orientação familiar e orientação comunitária obtiveram baixos escores, o que pode revelar o não reconhecimento, por parte do serviço, da realidade de vida das pessoas e suas famílias, da ausência de contato direto com a população adscrita, assim como a falta de continuidade de uma atenção ainda pautada no modelo individual e curativo. Deve-se

também considerar a baixa afiliação da população para com a APS como fator comprometedor deste atributo.

Demonstra-se pela pesquisa uma fraca APS em geral na população estudada, excetuando-se atributos como primeiro contato/utilização e coordenação/integração de cuidados. O baixo valor do escore essencial pode ser atribuído principalmente aos baixos escores da Afiliação, primeiro contato/acesso e longitudinalidade. Já o baixo valor do escore geral pode ser atribuído também aos baixos escores dos atributos derivados que alcançaram baixos valores. Resultados semelhantes foram descritos em outros estudos (Fracolli *et al.*, 2014; Araújo *et al.*, 2014), demonstrando-se que a prática dos serviços não está plenamente orientada por meio dos atributos da APS.

Há limitações nessa pesquisa que devem ser mencionadas, como a ausência de avaliação sob a ótica dos trabalhadores dos serviços participantes e a coleta de dados realizada nas dependências das próprias US, não contemplando outras localidades, como os domicílios e demais equipamentos de saúde do Município. Entretanto, ressalta-se que esse é o primeiro estudo utilizando PCATool no local e a intenção principal era observar Unidades com ESF, porque simbolizam a essência dos atributos da APS, além de representarem a maioria das US do município. E pela necessidade de analisar usuários que utilizam realmente o sistema público de saúde municipal, optou-se por realizar as entrevistas com pessoas que estavam presentes diretamente no serviço.

A despeito das limitações deste estudo, cabe mencionar que o instrumento PCATool versão reduzida é de fácil aplicação e manuseio. Sugere-se a sua utilização para uso rotineiro e contínuo no local avaliado e em outros municípios também, a fim de avaliar a qualidade e orientação a APS, sob a percepção dos usuários.

Considerações finais

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para garantir seus resultados e a qualidade da assistência prestada à população, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais, colaborando para a reflexão acerca das práticas em saúde, promovendo a participação social e servindo como ferramenta de orientação às políticas de saúde e aos avanços no sistema local de saúde.

A presente pesquisa mostrou uma fraca APS em geral no município estudado, excetuando-se atributos como primeiro contato/utilização e coordenação/integração de cuidados. Também se destaca a fraca afiliação da população para com a APS do município. A maioria dos atributos essenciais e derivados da APS necessita de um olhar mais atento por parte dos gestores, profissionais e da população.

Destaca-se a necessidade de atenção maior acerca da orientação familiar e comunitária, da qualificação do acesso, aquisição de confiança mútua e duradoura entre os usuários e os profissionais de saúde, além de maior sensibilização acerca da participação popular e do controle social.

Demonstra-se com a presente pesquisa um importante desafio na busca do fortalecimento da APS, partindo-se do aprimoramento do vínculo da população com a APS, seguida de correspondente melhora na integralidade da atenção à saúde e da necessidade de orientar as práticas de acordo com as necessidades da população e de dados epidemiológicos, por meio da construção do diagnóstico local, planejamento de ações, elaboração e reformulação das políticas e programas, além da articulação da APS com os demais níveis assistenciais.

Referências

- Araújo, L. U. A., *et al.* (2014). Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3521-3532.
- Baratieri, T., *et al.* (2017). Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública do Paraná*, 18(1):54-63.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde** Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2020). **E-Gestor: Atenção Básica**. Recuperado em 16 julho, 2020, de: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios>.
- Callegari-Jaques, S. M (2003). **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre, Artmed
- Campbell, S. M. *et al.* (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, England, (11):1611-1625.
- Campos R.T.O. *et al.* (2014). Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, 38 (esp) 252-264.
- Chomatas, E. (2011). **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba no ano de 2008**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2015). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à**



ADESÃO AO TRATAMENTO EM USUÁRIOS HIPERTENSOS EM UM MUNICÍPIO NORDESTINO DO BRASIL

Renata Hellen Silva Andrade
Jorge Luís de Souza Riscado
Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

- Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4): 691-729.
- Facchini, L., *et al.* (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):669-681.
- Fracolli L. A., *et al.* (2014). Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4851-4860
- Gomide, M. F. S, Pinto, I. & Figueiredo L. A. (2012). Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, 25 (Spe. 2):19-25.
- Medeiros, C. R. G., *et al.* (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1):1521-1531.
- Murray M. & Tantau C. (2000) Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*, 7(8):45-50.
- Oliveira M. A. C. & Pereira I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, 66(esp):158-64.
- Oliveira M. M. C, *et al.* (2013). PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 8(29):256-63.
- Oliveira e Silva C. S., *et al.* (2014). Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4407-4415.
- Paula F. A., *et al.* (2015). Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde em Debate*, 39(106):802-814.
- Prefeitura Municipal de Colombo (2020). **Portal da transparência**. Recuperado em 21 setembro, 2020, de: <https://colombo.atende.net/?pg=transparencia>
- Secretaria Municipal de Saúde de Colombo (2017). **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Colombo, Paraná.
- Starfield, B., Xu, J. & Shi, L. (2001). Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, 50(2):161-175.
- Starfield, B. (2002). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Tourigny A., *et al.* (2010). *Patients' Perceptions of the Quality of Care After Primary Care Reform: Family Medicine Groups in Quebec*. *Can Fam Physician*, 56(7):273-282.
- Wang H. H. X, *et al.* (2014). Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. *QJM*, 108(7):549-560

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença com elevada prevalência na população adulta e idosa, apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (Zangirolani, Assumpção, Medeiros & Barros, 2018; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

As características e condições que aumentam o risco de ocorrência de HAS são bem conhecidas e podem ser classificadas como: fatores de risco constitucionais, dentre os quais podemos citar a idade, raça, sexo e história familiar, e os fatores de risco associados ao estilo de vida adotado, como obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e ingestão excessiva de sódio (Malachias *et al.*, 2016).

Corrigir os erros alimentares, a inatividade física e o consumo excessivo de álcool que causam a PA elevada é uma abordagem fundamentalmente importante para a prevenção e o manejo da HAS, seja por conta própria ou em combinação com a terapia farmacológica. A prevenção e o tratamento da hipertensão são abordagens complementares para reduzir o risco de doença cardiovascular (DCV) na população, mas a prevenção da hipertensão fornece os meios ideais para reduzir o risco e evitar as consequências indesejáveis (Whelton *et al.*, 2018).

Há a necessidade de trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS. O descontrole pressórico e a baixa adesão ao tratamento são problemas que devem ser enfrentados conjuntamente pelos pacientes hipertensos, pela família, pela comunidade, pelas instituições e pela equipe de saúde (Zangirolani, Assumpção, Medeiros & Barros, 2018).

A prática regular de exercícios pode reduzir significativamente o risco de mortalidade cardiovascular em até 60%. No entanto, a prescrição deve levar em conta a avaliação do risco cardiovascular global, as condições sociais e interesses do

paciente a fim de promover a boa aderência às mudanças no estilo de vida (Hortencio, Silva, Zonta, Melo & França, 2018). A atividade física pode ser utilizada como forma de controle da pressão arterial, não só pela redução dos riscos cardiovasculares, mas também porque já foi demonstrado que pacientes com hipertensão que são fisicamente ativos apresentam-se melhores do ponto de vista físico e mental (Duarte et al., 2014; Bündchen, Schenkel, Santos & Carvalho, 2013).

Com o intuito de minimizar as consequências danosas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (DM). Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (**HiperDia**). Por meio desse sistema tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados (Brasil, 2001; 2013).

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2001) associa o conceito de adesão terapêutica ao grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. Há particularidades que interferem na adesão terapêutica relacionadas à doença, como a cronicidade da patologia, ausência de sintomas e as consequências tardias do não tratamento (Pierin, Nobre, & Mion, 2001), dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (Ribeiro *et al.*, 2012). As comorbidades físicas aumentam a complexidade dos esquemas de tratamento e contribuem no aumento de esforços necessários ao autocuidado (Schulman-Green, Jaser, Park, & Whittemore, 2016).

Os fatores econômicos são demonstrados como fator diretamente ligado a não adesão. Quanto menor o nível social, menor será a adesão ao tratamento, pois o acesso à educação é escasso, consequentemente, há pouca informação sobre a doença e é mais difícil o acesso ao serviço de saúde. Estudo mostra que as maiores prevalências de baixa adesão ao tratamento foram encontradas nos indivíduos que tiveram que pagar parte do seu tratamento em relação aos que tiveram o acesso gratuito a todos os medicamentos que necessitavam para tratar as doenças crônicas referidas (Tavares *et al.*, 2016).

Além do custo das medicações, a terapêutica influencia na adesão ao tratamento através de efeitos indesejáveis, esquemas medicamentosos complicados e recomendação para mudança de estilo de vida (Pierin, Nobre, & Mion, 2001).

A experiência do paciente no momento do atendimento em um serviço de saúde tem sido fortemente relacionada com adesão ou não ao cuidado proposto pelo profissional de saúde (Atinga, Yarney & Gayu, 2018).

O sistema de saúde também influencia na adesão ao tratamento. As políticas de saúde, acesso ao serviço de saúde, distância da instituição ou unidade de saúde, tempo de espera pela consulta, tempo de atendimento, envolvimento da equipe de saúde com o usuário e relacionamento inadequado são fatores que colaboram ou dificultam a adesão (Pierin, Nobre & Mion, 2001).

O locus de controle pessoal de saúde é um constructo que diz respeito às percepções do indivíduo, que se constituem como um fator determinante das atitudes relacionadas à saúde, permitindo assim procurar informações, efetuar escolhas, tomar decisões e promover comportamentos de saúde (Sousa, 2003).

Objetivou-se analisar os fatores contributivos para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de usuários em uma unidade básica de saúde.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objeto de estudo a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em usuários no município de Estância-SE. A amostra do estudo é não probabilística por conveniência com 12 usuários. Selecionou-se usuários hipertensos, habitantes da área 12, atendidos na unidade básica de saúde (UBS) Leonor Barreto Franco, localizada no bairro Cidade Nova, no município de Estância, Sergipe. A coleta de dados foi encerrada após saturação de respostas. Os participantes foram informados sobre a pesquisa através de contato pessoal com a entrevistadora, foram explicados os objetivos e a metodologia utilizada. A seguir, foram convidados para participar de forma voluntária do estudo, no qual os mesmos, após leitura e concordância, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram produzidos a partir de entrevistas, utilizando-se um roteiro semiestruturado que possibilitou a expansão e a liberdade da condução e construção do conhecimento. O roteiro de entrevista contendo sete perguntas explorou a experiência e impacto do diagnóstico e das mudanças no estilo de vida trazidas pela hipertensão arterial, a variação do padrão de adesão no início

do diagnóstico para os dias atuais, as dificuldades de adesão ao tratamento, as estratégias para levar a vida seguindo as recomendações médicas, as recomendações a outros usuários na mesma condição e as sugestões fornecidas ao serviço de saúde visando melhorar a adesão ao tratamento.

Foram coletadas informações referentes à identificação, aos dados socioeconômicos e clínicos do entrevistado como nome, sexo, idade, raça, religião, situação conjugal, escolaridade, presença de renda própria e comorbidades.

Foi utilizado codinome iniciado pela letra “R”, em respeito aos sujeitos e à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador, assim como a gravação e transcrição das mesmas em sua totalidade e, seu conteúdo, interpretado na perspectiva da análise de conteúdo (Campos, 2004) na modalidade temática para promover imersão nas mesmas. Por meio de incursões nos discursos, foi possível apreender os motivos que levam a não adesão dos usuários deste estudo.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob a CAAE 96876618.0.0000.5013.

Resultados e discussão

No quadro 1 destacamos o perfil dos usuários em relação ao nome, sexo, idade, raça, religião, situação conjugal, escolaridade, presença de renda própria e comorbidades.

Quadro 1. Caracterização do perfil dos usuários hipertensos entrevistados.

Nome	Sexo	Idade	Raça	Religião	Situação Conjugal	Escolaridade	Fonte de renda	Comorbidades
Raimunda	F	66	Negra	Evangélica	Casada	Analfabeta	Aposentadoria	Artrose em joelhos, osteoporose
Ritinha	F	49	Negra	Evangélica	Casada	1ª série do ensino fundamental	Desempregada	Depressão
Roberto	M	58	Pardo	Evangélico	Casado	1ª série do ensino fundamental	Aposentadoria-acidente de trabalho	Impotência sexual, hérnia de disco lombar
Risoneide	F	60	Parda	Evangélica	Casada	3ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Fibromialgia, osteoporose, artrose, hipotireoidismo

Roberval	M	65	Pardo	Católico	Casado	5ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Problema de coluna
Rosalvo	M	73	Negro	Católico	Viúvo	Analfabeto	Aposentadoria	Nega
Ronalda	F	45	Negra	Católica	Casada	2º grau completo	Comerciante	Dislipidemia
Rosa	F	69	Negra	Católica	Solteira	3ª série do ensino fundamental	Pensão	Diabetes, depressão
Rosalina	F	66	Parda	Católica	Viúva	Analfabeta	Aposentadoria	Nega
Rosidete	F	66	Negra	Católica	Viúva	Analfabeta	Aposentadoria	Acidente Vascular Encefálico
Rosilda	F	69	Parda	Católica	Divorciada	1ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Depressão
Rosita	F	68	Branca	Católica	Casada	3ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Artrose

Fonte: Autores.

O escoimar das falas dos usuários permitiu a visualização de algumas categorias que se referiam à influência de determinados fatores na adesão ao tratamento do indivíduo hipertenso: I. Influência da família e comunidade; II. Influência do serviço de saúde; III. Influência da doença.

I. Influência da família e comunidade

A participação ativa de todos os membros da família parece ser uma maneira importante de mudar os fatores de risco do estilo de vida e aumentar a adesão ao tratamento. No período a seguir, observa-se o apoio do cônjuge e das filhas ao tratamento na forma de cobrança ao cumprimento das recomendações profissionais para o controle pressórico.

Meu marido e minhas filhas lembram. Eles falam: Já tomou o remédio? Lembram da dieta e exercício físico, como eu to fazendo tratamento para pressão, ela lembra o dia de ir na médica. (Raimunda, 66 anos)

A assistência à adesão ao tratamento pode ser seletiva a um aspecto; seja ao tratamento farmacológico, seja ao não farmacológico; ou geral, como na frase

anterior. No período seguinte, tem-se clara seletividade ao apoio familiar focado no tratamento não farmacológico.

Meu filho sabe que eu tenho pressão, mas não pega no meu pé. Ele pega mais com relação ao exercício. Se ele viu eu tomando um pouquinho de refrigerante, ele já reclama [...] Se eu to com coxinha ou um negócio, ele reclama (Ronalda, 45 anos).

A cumplicidade e o cuidado recíproco entre os familiares, no caso cônjuges, é notório no relato a seguir. Agravado pela experiência de evento cardiovascular prévio em um dos cônjuges, a relação de cuidado e vigilância torna-se mais intensa.

Ai o X [nome do cônjuge] faz assim: Vai tomar o remédio! Então eu fico nervosa, aí às vezes eu passei do horário, aí eu tomo. Ele me lembra de tomar [...] Eu ajudo ele, ele me ajuda. Eu tenho medo porque ele já enfartou. Foi uma experiência muito ruim (Rosita, 45 anos).

A presença do conflito familiar preexistente pode agravar-se com a vivência de uma patologia; pode haver fragilização do suporte dos cuidadores e de responsabilidade perante o manejo da doença, influenciando negativamente na adesão ao tratamento (Hermes *et al.*, 2018).

A relação familiar saudável proporciona segurança ao paciente e facilita sua adaptação à doença; assim, ele obtém maior colaboração nas atividades de cuidado exigidas (Hermes *et al.*, 2018). Estudos relatam que pacientes que recebem apoio social mantêm uma dieta saudável e tomam seus medicamentos regularmente são capazes de reconhecer os sintomas da exacerbação da doença (Jankowska-Polańska *et al.*, 2017).

Outro ponto que emergiu durante as entrevistas foi a influência da comunidade, vizinhos e amigos. Mello (2012) afirma que a liberdade de autorrealização não depende somente do próprio sujeito, mas sim da ajuda de seus parceiros de interação. Inclui também o padrão de reconhecimento de uma solidariedade social, que só pode nascer das finalidades partilhadas em comum (Brasil, 2001). A relação de apoio no momento de socorro na qual a falta de adesão mostra suas consequências, a ajuda prestada pela comunidade foi valorizada em relatos.

Aí teve um dia que eu tava bem ruim mesmo e quem me levou ao hospital foi o marido da minha agente de saúde, Y [nome da agente comunitária de saúde] [...] (Ritinha, 49 anos).

Foi aquela agonia, chega, chega, aí toda a vizinhança chegou. Ela [esposa] fez um alarme aí juntou a vizinhança toda e me levaram para o hospital (Roberto, 58 anos).

No decorrer do tratamento da HAS, a comunidade também tem sua importância citada na adesão ao tratamento não medicamentoso:

Às vezes as moças [vizinhas/amigas] passavam e chamavam [para fazer atividade física/caminhar, mas eu fico com preguiça (Roberval, 65 anos).

Os relatos de Rosidete e Raimunda, respectivamente, também evidenciam a ajuda dos vizinhos para a adesão ao tratamento medicamentoso. “A vizinha lembra de tomar o remédio. Eu moro sozinha” e “quando falta a medicação, eu pego emprestado da vizinha”.

A inclusão de relatos que citam a influência da família e da comunidade na adesão ao tratamento foi a mais prevalente, aparecendo em todas as entrevistas. Outro ponto bastante importante contido na teoria do comportamento planejado (TCP) (OGDEN, 2004) são as normas subjetivas que são exercidas, com maior potencial por pessoas com maior influência e maior convívio, em geral, familiares, amigos e vizinhos.

A efetividade da família e comunidade na adesão ao tratamento é classificada como estímulo desencadeador externo, onde alguns estímulos que provocam o processo de tomada de decisão podem ser oriundos da influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação etc. (Hermes *et al.*, 2018).

II. Influência do serviço de saúde

A satisfação do paciente foi associada à interação médico-paciente, especificamente a confiança do paciente, a percepção das habilidades de comunicação do médico e a percepção do fornecimento de informações. Enquanto isso, a intenção de adesão estava relacionada à confiança do paciente e à percepção da prestação de informações pelo médico (Norhayati, Masseni, & Azlina, 2017; Abioye *et al.*, 2010). Relatos de satisfação com o trabalho dos profissionais de saúde apareceram nas entrevistas.

Agora tem uma médica excelente que nem a senhora, atenciosa, educada, é uma abençoada do Senhor. Eu acho que é presente de Deus para a vida da gente [...] A minha médica é um anjo (Ritinha, 49 anos).

Y [agente comunitário de saúde] chama muito para ir para a consulta. A doutora está te chamando (Roberval, 65 anos).

É muito fácil pegar uma consulta pois toda hora o rapaz tá lá na porta, seu Y [agente comunitário de saúde]. De manhã, à tarde, de manhã a tarde. Olhe! Dra. H [médica de família] quer lhe ver viu?! (Rosalvo, 73 anos).

A satisfação com a interação paciente-médico por parte do paciente não significa que o paciente irá aderir a um medicamento; o contrário também é verdadeiro. Pacientes satisfeitos (63,3%) foram mais propensos a aderir ao conselho de médicos (94,2%), mas 56,6% dos pacientes insatisfeitos (36,7%) também pretendiam seguir o conselho (Abioye *et al.*, 2010).

Foi relatada grande associação positiva entre ter um médico de rotina ou local para tratamento de HAS e a presença de conscientização, controle e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Esse achado é consistente com uma recente revisão sistemática do efeito de uma fonte habitual de cuidado, demonstrando a associação entre melhores serviços preventivos e controle de doenças crônicas (Maimaris *et al.*, 2013).

Aí sabe cuidar dos pacientes, mas antes não era assim. Antes para eu vir para médico aqui era a maior dificuldade do mundo. Não tinha esse cuidado que a senhora tem de toda quinta, tem aqueles cuidados com a gente que somos hipertensos, que toma remédio controlado. Não existia isso. Então sofria (Ritinha, 49 anos).

III. Influência da doença

A HAS é uma patologia assintomática por longo período até que, se não tratada adequadamente, as complicações decorrentes da doença surjam (Manfroi, & Oliveira, 2006). Usuários informaram que “não se sentem nada”, por mais que tenham de tomar os medicamentos de forma continuada. Em estudo realizado em três países subdesenvolvidos (Legido-Quigley *et al.*, 2019), os pacientes relataram não apresentar nenhum sintoma antes de serem diagnosticados. Relatos foram coerentes com a literatura vigente e demonstraram ausência de sintomas ou de incômodos após o diagnóstico.

Sinto quando a minha pressão, ela tá 16,17 até aí eu não to sentindo nada (Ritinha, 49 anos).

Minha pressão não me atrapalha em nada (Rosita, 68 anos).

Há, por outro lado, os casos em que os pacientes se sentem doentes justamente depois de iniciado o tratamento anti-hipertensivo.

Eu deixei, pois, passaram os comprimidos aqui, da derradeira vez que eu tomava. Aí eu comecei a tomar aí o estômago ficava alto, doendo [...] Aí eu parei e desde então não tomo os comprimidos. Nunca mais medi a pressão (Rosidete, 66 anos).

Isso se explica pelo fato de que, antes de se descobrirem hipertensos, esses pacientes tinham suas vidas livres de cuidados e do uso de medicamentos. Ao se fazer referência a tratamentos de uso contínuo, não se pode esquecer a questão dos efeitos adversos dos medicamentos como um motivo importante para o abandono do tratamento. A má adesão é encontrada em pacientes que acreditam que a medicação anti-hipertensiva tem efeitos adversos (Norhayati, Masseni, & Azlina, 2017). O entrevistado acima relatou que abandonou o tratamento devido a efeitos indesejáveis provocados pelos fármacos.

Devido à ausência de sintomas, vários pacientes entrevistados afirmaram ter abandonado o tratamento. Há narrativas de retomada após uma crise hipertensiva, alguma complicação decorrente da HAS ou devido a outro problema de saúde em que o monitoramento da pressão se fez presente.

[...] eu passei um tempo sem tomar o remédio. Eu deixei mesmo, deu disse eu não vou ficar minha vida inteira tomando medicação. Mas aí foi quando eu tive o pré enfarte. Eu já tive duas vezes.” (Rosa, 69 anos).

Outros informantes, mesmo assintomáticos e sem apresentar nenhuma complicação decorrente da HAS, acreditam ser importante manter o tratamento adequado, principalmente como prevenção de complicações a longo prazo.

De noite, na hora antes do café, tomo meu remédio. [...] É assim! Todo mundo sabe que pressão alta não é brincadeira, mas também não é um bicho de 7 cabeças que não possa se cuidar né? (Ritinha, 49 anos).

A presença de sintomas na HAS é possível quando nos deparamos com níveis pressóricos mais altos ou quando há complicações ou eventos cardiovasculares. Quando relatados, os sintomas foram atribuídos ou não à hipertensão. Eles incluíam dor de cabeça, tontura, ânsia de vômito, parestesias, sensação de embriaguez, sonolência, falta de ar, palpitações, fadiga.

Só sinto dor de cabeça quando estou com pressão alta. Dá tonticha e dor de cabeça e com a medicação melhora. Nunca piorou com o remédio. Só melhora. (Raimunda, 66 anos).

Quando eu to sentindo ânsia de vômito, a cabeça inchando, aquela comichão no rosto e tonta. Fico que nem to beba mesmo. Aí eu sei que ela já tá muito alta. (Ritinha, 49 anos).

Os sintomas atuam como um estímulo desencadeador interno, uma pista para que o indivíduo venha a adotar o comportamento acertado. Entretanto, a presença do sintoma não é fator determinante para a adesão, e, sim, fator contribuinte. Há necessidade da adição de preocupação para com a saúde e confiança em sua capacidade de executar a ação recomendada (Ogden, 2004).

À guisa de considerações

As índoles familiares, a comunidade, o serviço de saúde e a própria doença em si são movimentos que contribuem para a adesão ou não ao tratamento, como se pode ser observado nas narrativas dos interlocutores deste estudo.

Observa-se que os usuários não aderentes apresentam motivos relacionais para o comportamento que se instala. Dentre eles, os fatores socioeconômicos são os mais prevalentes entre os entrevistados, sendo que a disfunção familiar foi a mais mencionada entre os fatores que dificultam a adesão.

De qualquer forma, ao falar de adesão é preciso levar em consideração a subjetividade que faz com que cada indivíduo, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, tenha um comportamento muito próprio em relação ao significado da palavra adoecer. Isso se reflete na forma como esse indivíduo se manifesta quando são abordadas essas questões.

Aprofundar na investigação particular de cada caso de usuário não aderente pode revelar-se uma importante contribuição para a melhora dos resultados clínicos dos tratamentos instituídos. Reaplicar o estudo ao longo do tempo na mesma ou em outra amostra seria também de grande utilidade, uma vez que possibilitaria verificar algumas mudanças nas representações.

Referências

- Abioye, K. E., Bello, I., Olaleye, T., Ayeni, I. & Amedi, M. (2010). Determinants of patient satisfaction with physician interaction: across-sectional survey at the Obafemi Awolowo University Health Centre, Ile-Ife, Nigeria. **S A Fam Pract.**; 52:557–562.
- Atinga, R. A., Yarney, L. & Gayu, N. M. (2018). Factors influencing long-term medication non-adherence among diabetes and hypertensive patients in Ghana: A qualitative investigation. **PLoS ONE**. 13(3): e0193995.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília.
- Bündchen, D. C., Schenkel, I. C., Santos, R. Z., & Carvalho, T. (2013). Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Rev Bras Med Esporte** [Internet]. [citado 18 Out 2020]; 19(2), p.91-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000200003&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922013000200003>.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.** [Internet]. [citado 18 out 2020]; 57(5): 611-614. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.
- Duarte, O. O., Faria, W. R. C., Pinto, F. M., Silva, V. Y. N. E. & Kashiwabara, T, G. B. (2014). Tratamento Ambulatorial Da Hipertensão Arterial Sistêmica – Revisão De Literatura. **Uningá Review**. 17(2), p.22-29.
- Hermes, T. S. V., Vieira, C. S., Rodrigues, R. M., Toso, B. R. G. O & Fonseca, L. M. M. (2018). Criança diabética do tipo 1 e o convívio familiar: repercussões no manejo da doença. **Saúde Debate**. 42(119).
- Hortencio, M. N. S., Silva, J. K. S, Zonta, M. A., Melo, C. P. A & França, C. N. (2018). Efeitos De Exercícios Físicos Sobre Fatores De Risco Cardiovascular Em Idosos Hipertensos. **Rev Bras Promoç Saúde**. 31(2): 1-9.
- Jankowska-Polańska, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Dudek, K. & Mazur, G. (2017). **Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. Patient Preference and Adherence**. 11 363–371.
- Legido-Quigley, H., Naheed, A., de Silva, H.A., Jehan, I., Haldane, V., Cobb, B., *et al.* (2019). Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study. **PLoS ONE**. 14(1): e0211100.
- Maimaris, W., Paty, J., Perel, P., Legido- Quigley, H., Balabanova, D., Nieuwlaat, R. & Mckee, M. (2013). The Influence of Health Systems on Hypertension Awareness, Treatment, and Control: A Systematic Literature Review. **PLoS Med**. 10(7): e1001490.



PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE COARI, AMAZONAS (BRASIL)

Nathalie Matos Gama
Paulo Cesar Basta

- Malachias, M. V. B., Plavnik, F. L., Machado, C. A., Malta, D., Scala, L. C. N. & Fuchs, S. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 — Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. [citado 18 out 2020]; 107(3 Suppl 3), p.1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160151>.
- Manfroi, A. & Oliveira, F. A. (2006). Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2006; 2(7): 165-176.
- Mello, C. H. M. S. (2012). A valorização dos aspectos culturais da população como estratégia para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. *Aurora*, 5, p.9-24.
- Norhayati, M. N., Masseni, A. A. & Azlina, I. (2017). **Patient satisfaction with doctor-patient interaction and its association with modifiable cardiovascular risk factors among moderately-high risk patients in primary health care.** *Peerj*5. e2983; DOI10.7717/peerj.2983.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2a ed. Lisboa: Climepsi Editores..
- Organização Mundial de Saúde. (2003). **Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action.** Geneva: World Health Organization.
- Pierin, A., Nobre, F. & Mion Jr., D. (2001). **Adesão ao Tratamento: O Grande Desafio da Hipertensão.** São Paulo: Lemos Editorial. p.23-33.
- Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., Da Silva, L. S., Ribeiro, S. M. R., Dias, C. M. G. C., Mitre, S. M. & Nogueira-Martins, M. C. F. (2012). Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Rev. Nutr.* 25(2):271-282.
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C. & Whittemore, R. A. (2016). Metasynthesis of Factors Affecting Self-Management of Chronic Illness. *J Adv Nurs.* 72(7): 1469–1489. doi:10.1111/jan.12902.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 107(3 Suppl. 3):1-83.
- Sousa, M. R. M. G.C. (2003). **Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associadas à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2** [dissertação de mestrado não publicada]. Braga: Universidade do Minho.
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue S. S., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., Oliveira MA, *et al.* (2016). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 50 (supl 2):10s.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D. *et al.* (2018). High Blood Pressure Clinical Practice Guideline. *J Am Coll Cardiol.*; 71: e127-e248.
- Zangirolani, L. T. O., Assumpção, D., Medeiros, M. A. T. & Barros, M. B. A. (2018) Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva.*; 23(4):1221-1232.

Introdução

O aumento na expectativa de vida do brasileiro e o envelhecimento populacional nas últimas décadas resultaram no incremento significativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais o Diabetes Mellitus (DM).

O estado do Amazonas tem se destacado no cenário nacional devido à importância econômica da Zona Franca de Manaus e, mais recentemente, pela construção do gasoduto Urucu-Coari-Manaus (Menezes, 2012). Tais projetos de desenvolvimento e infraestrutura na região Amazônica têm suscitado discussões a respeito dos impactos socioambientais decorrentes do aumento do fluxo migratório, da comercialização de alimentos industrializados e da demanda por serviços de saúde para as populações que vivem nas proximidades destes empreendimentos (Oliveira, 2013; Queiroz, 2012).

Em uma recente revisão de bases bibliográficas indexadas, constatou-se que existem poucos estudos que se dedicam à diabetes na região Amazônica, sobretudo em Coari, que é o 5º município mais populoso do estado do Amazonas, com densidade populacional de 1,3 habitantes por km². Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) a população de Coari somava 75.965 habitantes em 2010, passando a 84.962 em 2017.

Conhecer as características clínicas e sociodemográficas da população Amazônica tem o potencial de contribuir para aperfeiçoar os programas da atenção básica, assim como otimizar os recursos disponíveis, a fim de ofertar uma assistência mais qualificada, evitando assim complicações e sequelas decorrentes das doenças mais prevalentes.

Diante da complexidade presente na Atenção Primária à Saúde (APS), o objetivo desta pesquisa foi estudar o perfil clínico e sociodemográfico de diabéticos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde de Coari-Amazonas.

Referencial teórico

O DM é considerado um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, e é classificado como uma das condições crônicas mais sensíveis à APS. Estimativas informam que cerca de 60 a 80% dos casos são passíveis de controle e assistência neste nível de atenção. Em 2014, no mundo, o custo com despesas de saúde em indivíduos com DM foi de aproximadamente 612 milhões de dólares (International Diabetes Federation, 2014).

Estimativas mais atuais sobre a prevalência de DM no Brasil tem se baseado no sistema de vigilância de fatores de risco por meio de inquéritos telefônicos (VIGITEL), implantado a partir de 2006, em 27 capitais. Foi apontado que a prevalência de diabetes no Brasil cresceu 61,8% nos últimos 10 anos, passando de 5,5% da população em 2006 para 8,9% em 2016. As mulheres concentram a maioria dos diagnósticos da doença, sendo que a prevalência saltou de 6,3% para 9,9% no período, contra índices de 4,6% e 7,8% registrados entre os homens (Brasil, 2016).

Os tipos mais frequentes de DM são o tipo 1 e o tipo 2. O tipo 1 representa cerca de 5 a 10,0% dos casos e é de origem autoimune, resultando da destruição imunomediada de células betapancreáticas, ocasionando deficiência na produção de insulina. Geralmente apresenta-se de maneira abrupta, principalmente em crianças e adolescentes. O tipo 2, por sua vez, é de início insidioso e apresenta sintomas brandos, sendo responsável por aproximadamente 90,0% dos casos (International Diabetes Federation, 2013).

De acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) municípios com hipertensão e diabetes devem ser acompanhados no contexto das ações do Programa **HiperDia** nas Unidades de Saúde de seu território de abrangência. Este programa destina-se ao cadastramento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus no SUS, e permite gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (Lima; Gaia; Ferreira, 2014).

Método

Realizou-se um estudo descritivo de caráter transversal com abordagem quantitativa com os portadores de DM, maiores de 18 anos, acompanhados nas

Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Coari, localizado no estado do Amazonas, AM.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), por meio de levantamento realizado em novembro de 2015, haviam cadastrados 593 portadores de DM em Coari. Após busca ativa no **HiperDia**, em cada UBS, foram identificados ao todo 795 portadores de DM em acompanhamento no ano de 2018.

Após o levantamento preliminar, foram realizadas visitas domiciliares entre outubro e novembro de 2018, nas quais foram incluídos dados complementares referentes aos atendimentos realizados entre 2017 e 2018. Dentre os 795 pacientes cadastrados, 250 mudaram de endereço, 52 haviam falecido, 210 não foram encontrados em suas residências após 3 tentativas de visita e 160 não aceitaram participar da pesquisa. Desta forma, somente 123 pacientes estiveram disponíveis para as entrevistas. Portanto, trata-se de uma amostra de conveniência e sendo assim não foram realizados procedimentos probabilísticos para seleção dos participantes.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores e composto por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda, profissão, estado civil, condições de saneamento, tipo de moradia, número de pessoas que convivem na residência) e clínicas (IMC, pressão arterial, tipo de DM, tempo com a doença, história familiar de DM, tipo de tratamento e adesão ao mesmo, complicações, doenças associadas, acompanhamento na UBS, consultas com especialista e nutricionista).

A distribuição percentual das variáveis foi comparada de acordo com os tipos de DM utilizando o teste Quiquadrado de Pearson. Foi realizado também o cálculo das estimativas de prevalência:

$$P = \frac{\text{Número de casos com DM}}{\text{População em risco}} \times 100$$

Para a descrição do perfil clínico foram utilizados alguns parâmetros adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), sobretudo na classificação dos níveis de pressão arterial e do IMC.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Amazonas, tendo sido registrada sob parecer nº 2.909.688 em 17/08/2018. As entrevistas só foram realizadas após os participantes darem sua anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

No ano de 2018, havia 795 pacientes cadastrados no Programa **HiperDia** revelando uma prevalência de DM em Coari-AM de 0,94%. Dentre este total, foi possível entrevistar 123 diabéticos, sendo 19 portadores de DM1, 62 de DM2 e 42 que não souberam informar o tipo de DM.

A seguir será dada ênfase às características clínicas dos entrevistados.

Tabela 1. Características clínicas dos portadores de DM, segundo forma clínica, Coari- AM, 2018.

Variáveis Clínicas*	DM tipo 1 (%)	DM tipo 2 (%)	DM indeterminado (NS) (%)	Total de pessoas/DM	Quiquadrado
IMC					
< 18	0,83	0,00	0,00	1/ 0/ 0	
18-25	4,96	14,88	14,05	6/ 18 / 17	6,99
>25	9,92	35,54	19,83	12/ 43/ 24	
PA					
< 120x80	6,74	15,73	10,11	6/ 14/ 9	
130x80-160x90	5,62	29,21	24,72	5/ 26/ 22	7,31
>170x80	3,37	1,12	3,37	3/ 1/ 3	
Tempo de doença (em anos)					
<10	10,57	31,71	12,20	13/ 39/ 15	
NS	3,25	4,07	13,01	04/ 05/ 16	17,32
>10	1,63	14,63	8,94	2/ 18/ 11	
História Familiar de DM					
N	4,42	10,62	22,12	5/ 12/ 25	8,28
S	12,39	35,40	15,04	14/ 40/ 17	

Conhecimento sobre DM					
N	3,25	16,26	20,33	4/ 20/ 25	
Pouco	7,32	16,26	9,76	9/ 20/ 12	13,47
S	4,88	17,89	4,07	6/ 22/ 5	
Obtenção Remédio					
Compra/Governo	4,88	14,63	7,32	6/ 18/ 9	
Compra	1,63	6,50	1,63	2/ 8/ 2	3,53
Governo	8,94	29,27	25,20	11/ 36/ 31	
Tipo de tratamento					
Dieta	0,00	4,07	2,44	0/ 5/ 3	
Glibenclamida	1,63	10,57	9,76	2/ 13/ 12	
Insulinoterapia	11,38	1,63	2,44	14/ 2/ 3	
Metformina	1,63	10,57	11,38	2/ 13/ 14	68,95
Metformina/Gliben	0,81	17,07	5,69	1/ 21/ 7	
Metformina/ Insulina	0,00	0,81	0,00	0/ 1/ 0	
Nenhum	0,00	3,25	0,00	0/ 4/ 0	
Outros fármacos	0,00	2,44	2,44	0/ 3/ 3	
Outros tratamentos					
N	12,20	33,33	21,95	15/ 41/ 27	1,39
S (Chás)	3,25	17,07	12,20	4/ 21/ 15	
Doenças Associadas					
HAS	3,25	25,20	26,02	4/ 31/ 32	
HAS/AVC	0,00	2,44	2,44	0/ 3/ 3	
NÃO	12,20	21,14	5,69	15/ 26/ 7	24,3
OUTRAS	0,00	1,63	0,00	0/ 2/ 0	
Complicações DM					
Cardiopatia	0,00	0,00	1,63	0/ 0/ 2	
Membros amputados	0,00	0,81	2,44	0/ 1/ 3	
Sem complicações	11,38	42,28	24,39	14/ 52/ 30	
Nefropatia	1,63	0,00	0,00	2/ 0/ 0	26,63
Neuropatia	0,00	0,00	0,81	0/ 0/ 1	
Pé diabético	0,00	1,63	3,25	0/ 2/ 4	

Retinopatia	1,63	4,88	1,63	2/ 6/ 2	
Outras	0,81	0,81	0,00	1/ 1/ 0	
Acompanhamento UBS					
N	4,88	10,57	3,25	6/ 13/ 4	4,61
S	10,57	39,84	30,89	13/ 49/ 38	
Emergência Hospitalar por conta do DM					
N	12,20	30,89	24,39	15/ 38/ 30	2,52
S	3,25	19,51	9,76	4/ 24/ 12	
Acompanhamento com Especialista					
N	12,20	41,46	31,71	15/ 51/ 39	2,99
S	3,25	8,94	2,44	4/ 11/ 3	
Acompanhamento com Nutricionista					
N	13,01	39,02	28,46	16/ 48/ 35	0,76
S	2,44	11,38	5,69	3/ 14/ 7	
Glicosímetro em casa					
N	13,01	37,40	30,08	16/ 46/ 37	3,28
S	2,44	13,01	4,07	3/ 16/ 5	
Bem acolhido na UBS					
N	0,00	3,25	0,00	0/ 4/ 0	4,07
S	15,45	47,15	34,15	19/ 58/ 42	

Fonte: Dados produzidos pelos autores (2018) com base nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014; *Somatórias percentuais (100,0%) por variáveis clínicas

A maioria dos portadores de DM apresentou IMC acima de 25 kg/m² (65,3%), sinalizando para emergência de sobrepeso e obesidade na população em estudo. Em outras regiões, Ferreira e Ferreira (2009) e Peixoto, Benício e Jardim (2007) revelaram a presença de 53,7% e 33,0%, respectivamente, de pacientes diabéticos com obesidade. Esse achado sugere que a população portadora de DM em Coari está sob maior risco para desenvolver doença cardiovascular em comparação a outras populações.

Dentre as análises realizadas, chamou atenção a variável tipo de tratamento, por meio da qual foi possível perceber que se concentraram no uso de insulina e nos hipoglicemiantes orais, com diferenças expressivas entre os diferentes tipos de DM (Quiquadrado=68,95). Por outro lado, a ausência de acompanhamento com nutricionistas ficou evidente, não havendo diferenças significativas entre os tipos de DM (Quiquadrado=0,76).

Os níveis tensionais encontravam-se ligeiramente elevados entre os participantes com a pressão arterial (PA) variando 130x80 e 160x90 mmHg (59,6%) (Tabela 1). Mais da metade dos portadores de DM (58,53%) referiu comorbidades associadas, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Acidente Vascular Encefálico (AVE). A HAS, pode ser considerada fator de risco para o desenvolvimento do DM, mas o inverso também pode ocorrer uma vez que a elevação dos níveis glicêmicos tende a provocar enduração arterial, trazendo consequências sistêmicas, sobretudo ao sistema cardiovascular (National Kidney Foundation, 2007).

As complicações mais frequentemente relatadas foram pé diabético (4,3%) e amputação (3,3%), com taxas relativamente altas quando comparadas aos estudos de Palmeira e Pinto (2015), que relataram que 2,5% de seus pacientes apresentaram pé diabético, e destes 1,3% submeteram-se à amputação. Os autores informaram ainda que 8,1% dos pacientes apresentou retinopatia diabética. As complicações foram semelhantes às reportadas nesta pesquisa para todos os tipos de DM, sendo que a maior parte das complicações ocorreram entre os pacientes com DM tipo 2.

Embora tenham sido acompanhamento nas UBS, os pacientes que apresentaram pé diabético relataram que não seguiam de forma adequada as recomendações de autocuidado. Isto ficou claro uma vez que 38,0% dos pacientes informou que não examinava ou não tinha cuidados semanais com os pés. Essas falhas ganham relevância ainda maior quando o tratamento precoce não é administrado oportunamente, resultando em diversas complicações, sendo uma das mais graves a amputação.

Neste estudo, o DM tipo 2 foi responsável por mais da metade dos casos notificados, representado por 50,4% dos pacientes avaliados. Computando os demais pacientes que não souberam informar o tipo de DM, o DM tipo 2 pode

atingir 65,8% das notificações. De modo análogo Macedo, Oliveira, Pereira, Reis e Assunção (2019) relataram que o DM tipo 2 foi a forma mais frequente (72,9%) na população da região Nordeste.

Observou-se também predomínio de mulheres (64,2%), cifra similar à reportada por Dickow (2015), que ao avaliar prontuários de 248 diabéticos constatou que 66,5% eram do sexo feminino. Grillo e Gorini (2007) argumentam que a maior frequência de mulheres entre os pacientes com DM é decorrente do fato de as mulheres se preocuparem mais com a saúde e conseqüentemente, terem mais acesso ao diagnóstico e ao tratamento do DM e de outras doenças.

De modo semelhante ao descrito por outros autores, em outros contextos (Ferreira & Ferreira, 2009; Trindade, Antunes, Souza, Menezes & Cruz, 2013) a idade da maioria de nossos entrevistados variou entre 51 e 70 anos (42,3%).

Em relação à renda, mais de dois terços (69,9%) de nossos pacientes referiram ter renda mensal inferior a um salário-mínimo, principalmente entre os indivíduos com DM tipo 2 (53,5%). Ademais, 43,1% dos casos referiram estar aposentados.

Considerando o estado civil, 50,4% dos entrevistados relatou ser casado. Em relação às questões do microambiente domiciliar, observou-se que 69,1% relatou falta de saneamento e consumo de água proveniente de poço artesiano. Pouco mais da metade dos entrevistados (52,8%), relatou conviver com até cinco pessoas na mesma residência. Precárias condições sanitárias e ausência de água potável para o consumo estão associados a piores resultados em saúde e ao aumento na incidência de algumas doenças, principalmente às infecciosas e parasitárias de veiculação hídrica.

Em relação à instrução, 33,3% dos indivíduos não tinham escolaridade e 42,3% dos entrevistados tinha apenas o nível fundamental. Esta condição pode impactar negativamente nas práticas de autocuidado e no conhecimento sobre a doença (Malta & Merhy, 2010).

Cerca de ¼ dos entrevistados informou que era portador da doença há mais de 10 anos, e mais da metade deles afirmaram ter história familiar de DM, sendo que 40,0% alegaram não ter conhecimento sobre a doença.

O presente estudo revelou também um número expressivo (79,7%) de pessoas com diagnóstico de diabetes há mais de cinco anos. A evolução do DM ao longo dos anos sugere que as complicações são consequência do tempo de evolução da doença.

Considerando a distribuição de fármacos, 63,4% dos entrevistados afirmaram ter acesso aos medicamentos (metformina e glibenclamida isoladamente ou em associação e insulina) por intermédio dos serviços públicos (Tabela 1). Todavia, esses insumos não foram suficientes para o mês todo, uma vez que cerca 47,0% dos pacientes informaram não ter condições de comprar as medicações. Esse achado indica problemas na adesão ao tratamento.

Revelou-se ainda que 80,0% dos pacientes não fazem ou nunca fizeram acompanhamento com especialistas, neste caso considerado o médico endocrinologista e o nutricionista.

Aproximadamente 73,0% dos entrevistados desconhece ou tem pouco conhecimento sobre o DM e suas conseqüências, e 96,0% não faz controle mensal dos níveis glicêmicos por não terem acesso ao glicosímetro em casa. Isto resulta em prejuízos na compreensão acerca da doença e do tratamento, além de ampliar o risco de complicações.

Em relação à dieta, mais de 70,0% dos entrevistados, considerando todos os tipos de DM, não seguiu corretamente ou não tinha informações acerca de alimentação saudável, que incluem a utilização de pouco açúcar e o consumo de frutas e vegetais regularmente.

Sedentarismo e excesso de peso também foram um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DM, pois 43,9% dos entrevistados alegou não fazer qualquer tipo de atividade física. Analogamente, Lima, Gaia e Ferreira (2012) demonstraram que o sedentarismo e o excesso de peso atingem 65,1% e 41,2%, respectivamente, dos 702 universitários de diversas áreas em Serra Talhada-PE.

Segundo Mendes *et al.* (2013), a prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diagnóstico de DM, pois é consenso na literatura que esta atividade contribui com o controle metabólico, diminui a necessidade de hipoglicemiantes orais, auxilia no controle de peso dos pacientes obesos, diminuindo o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Além do sedentarismo, um número elevado de entrevistados (83,0%) era tabagista. Também é consenso na literatura que o cigarro amplia os riscos de complicações e morte súbita por doenças cardiovasculares. Muitos entrevistados associaram ainda o tabagismo a transtornos de ansiedade e depressão.

Nossos achados indicam que mais de 38,0% dos portadores de DM, não examina os pés ou não cuida deles de forma alguma. Segundo depoimentos colhidos, os entrevistados não têm informação sobre a doença ou não têm condições de aderir às orientações prestadas por profissionais de saúde por questões financeiras e sociais. De modo semelhante ao relatado por Cubas *et al.* (2017), não ter condições financeiras para fazer uma dieta saudável, não realizar tratamento regular e não praticar autocuidado com os pés foram as principais razões de não adesão às orientações.

Em tese, o acompanhamento dos casos de DM na Atenção Básica deve contemplar ações de cuidado integral, que incluem: Mudança no Estilo de Vida (MEV), controle metabólico e prevenção das complicações. De acordo com as diretrizes do programa HiperDia, as UBS têm como meta atuar de forma integrada, mantendo consenso e colaboração para otimizar os resultados dos tratamentos. Em linhas gerais, as ESF devem ser capazes de identificar fatores de risco nos portadores de DM, evitar esforços para os pacientes aderirem ao tratamento, e evitar o surgimento de possíveis intercorrências, além de encaminhar o paciente ao médico quando necessário (Malachias, 2010).

Por sua vez, o médico, além de recolher a história clínica, realizar exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, aferição de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e cálculo do IMC, deve avaliar a presença de fatores de risco, realizar estratificação do risco cardiovascular e orientar o usuário sobre MEV. Pode ainda solicitar exames laboratoriais para elucidar o diagnóstico a fim de aperfeiçoar a conduta terapêutica e/ou preventiva (Brasil, 2018).

Considerações finais

Nesta investigação, foi possível notar que a maioria dos portadores de DM em Coari-AM tem características clínicas e sociodemográficas semelhantes aos diabéticos de outras regiões, com destaque para maior concentração de casos entre mulheres e entre pessoas sem escolaridade, bem como a falta de conhecimento referente à doença e as falhas no autocuidado.

Comparadas às outras regiões (como o Nordeste), a prevalência de DM em Coari-AM foi relativamente baixa. Todavia, neste município a doença se apresenta com uma DCNT emergente, com elevado potencial de desenvolvimento de

complicações clínicas severas, sobretudo quando se apresenta em associação com conhecidos fatores de risco como sobrepeso/obesidade, tabagismo, sedentarismo e baixo nível de escolaridade.

Apesar de algumas limitações que contemplam a não inclusão de todos os portadores de DM cadastrados no HiperDia e as dificuldades em obter informações precisas devido à baixa escolaridade dos usuários, por meio deste estudo, revelou-se como principais problemas no atendimento: falta de acesso a avaliações com especialistas (endocrinologista e nutricionista); falhas no autocuidado e problemas no abastecimento regular de medicamentos na rede pública. Por outro lado, mesmo que limitada, a participação de cada profissional das UBS foi fundamental para aprimorar o atendimento aos portadores de DM, assim como para garantir um atendimento humanizado e centrado na pessoa.

Observou-se ainda que os casos de DM concentraram-se em pessoas com idade mais avançada, sugerindo que as UBS devem esforçar-se para desenvolver estratégias de monitoramento desses casos, incluindo melhor qualidade nos registros, ações de educação em saúde por parte das equipes, busca de casos durante visitas domiciliares e incentivo às práticas de autocuidado.

Por fim, o conhecimento atualizado acerca do perfil epidemiológico desta população tem o potencial de auxiliar os profissionais de saúde a desenvolver ações custo-efetivas visando a redução da morbimortalidade e o melhor controle do DM na Atenção Primária à Saúde, reduzindo desta forma impactos sociais e econômicos associados à doença.

Referências

- Cubas, M. R., dos Santos, O. M., Retzlaff, E. M. A., Telma, H. L. C., de Andrade, I. P. S., de Lima Moser, A. D. & Erzingler, A. R. (2017). Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. *Fisioterapia em movimento*, 26(3), 647-655.
- Brasil. (2018). **HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, V. (2016). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde.
- Dickow, L. (2015). Perfil epidemiológico de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 residentes do município de Agudo, RS. *Cinergis*, 16(4): 261-266.
- Ferreira, C. L. R. A. & Ferreira, M. G. (2009). Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros**



BUSCAS PELO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ

Beatriz Rodrigues Silva Selles
Andrea Felizardo Ahmad
Aiarlen dos Santos Meneses
Fabiana Albino Braga
Adriana Lemos
Claudia Regina Ribeiro

- de **Endocrinologia & Metabologia**, 53(1), 80-86.
- Grillo, M. D. F. F. & Gorini, M. I. P. C. (2007). Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(1), 49- 54.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro.
- International Diabetes Federation**. (2014). Diabetes Atlas: 6th ed. Brussels.
- Queiroz, A. R. S. D. & Motta-Veiga, M. (2012). Análise dos impactos sociais e à saúde de grandes empreendimentos hidrelétricos: lições para uma gestão energética sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(6):1387-1398.
- Lima, A. C. S., Araújo, M. F. M., Freitas, R. W. J. F., Zanetti, M. L., Almeida, P. C. & Damasceno, M. M. C. (2014). Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em universitários: associação com variáveis sociodemográficas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 22(3), 484-490.
- Macedo, J. & Oliveira, A. & Pereira, I. & Reis, E. & Assunção, M. (2019). Perfil epidemiológico do diabetes mellitus na região nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, 8(3): e2883826.
- Malachias, M. V. (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. **Revista Brasileira de Hipertensão** (Rio de Janeiro), 17(1), 2-3.
- Malta, D. C. & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, 14(34), 593-606. Epub September 17, 2010.
- Mendes, G., Rodrigues, G., Nogueira, J., Meiners, M., Lins, T. & Dullius, J. (2013). Evidências sobre efeitos da atividade física no controle glicêmico: importância da adesão a programas de atenção em diabetes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 18(4), 412-412.
- Menezes, A. L. (2012). **Gasoduto Urucu-Coari-Manaus: impacto ambiental e socioeconômico na cidade de Manacapuru-AM [tese]**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo.
- National Kidney Foundation. (2007). **Diabetes e insuficiência renal crônica**. Disponível em: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-10-1203_kai_patbro_diabetesckd_1-4_pharmanet_portuguese_nov08_lr.pdf
- Oliveira, B. F. A., Mourão, D. de S., Gomes, N., Costa, J. M. C., Souza, A. V. de, Bastos, W. R., Fonseca, M. de F., Mariani, C. F., Abbad, G. & Hacon, S. S. (2013). Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, 29(8), 1617-1630.
- Palmeira, C. S. & Pinto, S. R. (2015). Perfil epidemiológico de pacientes com diabetes mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012). **Revista Baiana de Enfermagem**, 29(3): p. 240-249.
- Peixoto, M. D. R. G., Benício, M. H. D. A. & Jardim, P. C. B. V. (2007). The relationship between body mass index and lifestyle in a Brazilian adult population: a cross-sectional survey. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(11), 2694-2740.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2014). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. São Paulo.
- Trindade, F., Antunes, H., Souza, N., Menezes, T. & Cruz, C. (2013). Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 15(2), 496-505.
- Lima, S., Gaia, M. S. E. & Ferreira, A. M. (2012). 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**, 2(1), 30-29.

Introdução

Embora saúde seja um direito fundamental do ser humano, uma série de barreiras são interpostas à população trans para a utilização dos serviços de saúde. Desrespeito ao nome social, ausência de exame físico e desconhecimento das especificidades do corpo trans por parte dos profissionais, a ótica binária dos programas de saúde e *generificação* do próprio sistema são realidades que expressam a transfobia institucionalizada nos serviços (Rocon *et al.*, 2016; Rogers *et al.* 2016; Sousa & Iriart, 2018; Rocon *et al.*, 2018; Gomes *et al.*, 2018; Pereira & Chazam, 2019).

A exclusão social e a invisibilidade marcam as histórias de vida da população transexual. As pessoas trans estão mais sujeitas a violência, conflitos familiares, interrupção precoce dos estudos e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, tornando a transexualidade reconhecidamente um dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2011).

Na busca por modos para incluir essa população no sistema de saúde, propomos identificar como transexuais do município de Niterói elaboram os caminhos dos seus cuidados e constroem seus itinerários terapêuticos (IT). Dessa forma, podemos compreender as lacunas e potencialidades dos serviços de saúde no que se refere à assistência dessa população, utilizando os itinerários para dar centralidade, voz e visibilidade a este grupo na compreensão dos seus processos de saúde e adoecimento.

Referencial teórico-conceitual

Os conceitos de gênero e identidade de gênero são fundamentais, pois é a partir desta discussão que se categorizam e (des)humanizam a população contemplada nesse trabalho. Com relação ao gênero, tomaremos a definição de Butler (2003), que apresenta gênero numa perspectiva performática, por nomeação e comportamentos, sendo as identidades de gênero fluidas, transitórias, desvinculadas do sexo biológico e desatreladas da heterocisnormatividade compulsória. A filósofa dialoga com a produção de Scott (1990) ao questionar a suposição de concordância entre gênero, sexo biológico, desejo e práticas sexuais, embora aprofunde a ruptura com o binarismo e desconstrói a ideia de complementaridade das relações de poder entre homens e mulheres.

Entendemos a transexualidade como um termo guarda-chuva que reúne diversas identidades não normativas. Segundo Bento (2008), transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero, que quebra a causalidade entre sexo/gênero/desejo e desnuda os limites de um sistema binário, rompendo com a ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade aos corpos.

Esta compreensão da transexualidade vem de encontro às publicações de Harry Benjamin que, na década de 60, elaborou critérios diagnósticos para uma pessoa ser definida como “transexual verdadeira”. Desta forma, a pessoa trans pode receber assistência médica e ser inserida em processos terapêuticos formais e procedimentos normatizados, como o Processo Transexualizador (Portaria n. 457, 2008; Portaria n. 803, 2013; Arán & Murta, 2009; Borba, 2016).

Compreendemos que a integralidade do cuidado da pessoa transexual se dá em múltiplas dimensões e que o Processo Transexualizador, como linha de cuidado, ao mesmo tempo em que possibilita o acesso às tecnologias para modificações corporais, se mostra restritivo ao não pensar a saúde da pessoa trans sob uma ótica ampliada. Ele limita os cuidados à adequação do corpo para produzir congruência entre a identidade de gênero vivenciada e o gênero atribuído no nascimento, se mostrando incapaz de oferecer todos os cuidados que as pessoas trans necessitam (Lionço, 2009). No que concerne ao Itinerário Terapêutico, ele descreve e analisa de forma etnográfica os caminhos percorridos pelos indivíduos na produção do seu cuidado, evidenciando como as pessoas

utilizam os serviços oferecidos, a compreensão dos seus processos de saúde, as relações sociais estabelecidas e os arranjos organizativos das suas experiências (Mangia e Muramoto, 2008; Cabral *et al.*, 2011; Alves, 2015).

Método

Este estudo é uma pesquisa exploratória qualitativa, sendo um recorte da pesquisa *Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro*, aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CAAE-10003219.6.0000.5243).¹

A pesquisa se desenvolveu no Ambulatório de Saúde Integral da População Trans João W. Nery, de uma policlínica do município de Niterói (RJ), que atende pessoas trans com demandas de hormonização. O critério de inclusão das/os participantes foi a autodeclaração como transexual, ser morador/a do município e estar em acompanhamento no ambulatório.

Em maio de 2019 foram realizadas três entrevistas para testar o roteiro e, após ajustes, entre junho de 2019 e fevereiro de 2020 foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com doze homens e oito mulheres transexuais, que chegaram a nós através de convites feitos na sala de espera. As entrevistas, que aconteceram em uma sala do ambulatório que permitia a privacidade das pessoas entrevistadas, foram gravadas em áudio e transcritas pela equipe, e tiveram duração aproximada de quarenta minutos. Elas foram realizadas em dupla por nós, seguindo um roteiro geral que continha questões referentes a cada pesquisa específica. Todas as pessoas participantes leram e assinaram o TCLE, e foram identificadas pela letra H — os homens — e M — as mulheres. Paralelamente, foram realizadas observações participantes durante os atendimentos e na sala de espera. As impressões registradas compõem o conjunto dos dados trazidos na análise.

No roteiro, as questões específicas sobre o tema desse trabalho abordaram o acesso e a utilização dos serviços, percepções sobre saúde e cuidado, a mobilização de redes de apoio e a produção de projetos de vida e felicidade. Optamos por utilizar o itinerário terapêutico para compreender a existência de diferentes

¹ As/o pesquisadoras/or realizaram todas as perguntas do roteiro geral da pesquisa matriz, mas para as suas pesquisas individuais se atheram na seção construída especificamente para o seu tema.

concepções sobre saúde e doença, valorizando as redes sociais constituídas na busca pelo cuidado (Alves, 2015).

Realizamos a sistematização dos dados a partir da proposta de Análise de Conteúdo Temático-Categorial (Oliveira, 2008). Foram identificadas 262 Unidades de Registros, 56 Unidades de Significação que se inserem nas 3 categorias que compõem as dimensões do IT identificadas nas entrevistas: a rede formal de assistência, que é a institucionalizada nos serviços de saúde; a rede informal de cuidados, que são movimentos das/dos usuárias/os que atravessam os fluxos e serviços instituídos; e a rede social de apoio, que compreende os espaços de acolhimento, reconhecimento e empoderamento.

Resultados e Discussão

A criação do Ambulatório de Saúde Integral da População Trans João W. Nery ocorreu num contexto particular da cidade, que tem um expressivo e ativo movimento LGBT, que impulsiona este debate e reivindica direitos desta população.

Alguns recortes merecem destaque na caracterização das/os participantes: onze são universitárias/os, enquanto seis cursaram até o ensino médio, dois até o ensino fundamental e um não forneceu essa informação. Este dado contrasta com a realidade da maior parte da população trans, cuja evasão escolar é um marco das trajetórias (Winter *et al.*, 2016). Em relação à idade, dois participantes tinham menos de 20 anos; treze tinham entre 20 e 30 anos e cinco eram maiores de 30 anos. Dentre as/os participantes, oito se declararam brancas/os, onze identificaram-se como negras/os e pardas/os e uma pessoa não quis se classificar. Somente quatro usuárias/os apresentaram renda familiar menor do que um salário-mínimo.

Redes Formais

Reconhecendo a fragilidade da assistência à população trans na Atenção Primária a Saúde (APS), o ambulatório realiza o acolhimento sem a necessidade de referência das Unidades de Saúde da Família. Sendo assim, a maioria das pessoas entrevistadas relatou a chegada ao serviço a partir da indicação dos movimentos sociais LGBT, em oposição ao que está estabelecido na política e evidenciando a centralidade da sociedade civil no cuidado da população trans.

Corroborando com a literatura (Rocon *et al.*, 2016; Rogers *et al.*, 2016; Sousa & Iriart, 2018; Gomes *et al.*, 2018; Pereira & Chazam, 2019), as/os usuárias/os relataram o medo de sofrer preconceito nos serviços de saúde como um dos motivos para não buscar assistência médica, como relatado a seguir:

Quando eu tenho algum problema de saúde, eu não vou em lugar nenhum. Eu fico em casa até passar. Eu fico com medo (M1)

Em relação à APS, as/os usuárias/os informaram, em sua maioria, o uso pontual dos serviços para a aplicação de hormônio, realização de teste rápido para HIV/ISTs e exames laboratoriais, além da busca por preservativos. Dentre as pessoas entrevistadas, onze utilizavam a rede privada através de planos de saúde. Já em relação às pessoas que utilizam prioritariamente os serviços públicos, encontramos experiências antagônicas. Alguns relatos mostraram uma face violenta, desinformada e transfóbica dos serviços:

Eu já tinha o nome social nos meus documentos e pedi para colocar também no cartão SUS. Não deixaram, disseram que isso não existia, sendo que eu sabia que existia. (...) No clínico geral, ele nem fez o favor de olhar na minha cara! Eu falando pra ele qual era a minha demanda e ele coloca na minha ficha sexo masculino. Aí eu falei: você tá ouvindo o que eu estou falando? (M6)

Outras experiências com a utilização da APS foram positivas, mostrando como o vínculo, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado são potencialidades para o cuidado da pessoa trans:

Não, nunca senti constrangimento. Geralmente as pessoas que estão lá conhecem a minha família... Me conhecem também e todo mundo me trata bem. (H3)

Me sinto muito bem, o atendimento é excelente, as meninas trabalham super profissionais. As ACS, por morar no local, ter esse contato, elas falaram... Eu pedi orientação, elas me orientaram a vir aqui, que aqui tava tendo esse atendimento a essa população trans. (M3)

Ainda que para a maioria dos participantes a APS seja utilizada de forma específica, ela deveria ser o espaço privilegiado para produção de cuidado na perspectiva da integralidade, reconhecendo as necessidades de saúde e assumindo seu papel como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017). Tomando o debate levantado por Butler (2009) ao questionar os efeitos da patologização e da psiquiatrização dos diagnósticos de Transtorno de Identidade de Gênero, acreditamos que retirar a centralidade dos psiquiatras na assistência de pessoas trans e transferi-la para o clínico seria uma estratégia de produção de cuidado numa perspectiva integral, humanizada, individualizada e produtora de autonomia.

Com relação ao ambulatório, o mesmo respeita a autodeclaração identitária, aspecto muito relevante, sobretudo para quem já passou por outros serviços que tinham como pré-requisito o diagnóstico psiquiátrico de transexualidade. Os relatos revelam que a não obrigatoriedade do diagnóstico é um passo importante para a inclusão dessa população nos serviços de saúde por respeitar as vivências e experiências identitárias de cada um/a e por não condicionar a oferta do cuidado a padrões normatizadores da transexualidade.

O ambulatório atende parcialmente às necessidades de saúde de transexuais, uma vez que amplia a oferta de hormonização para a população trans, orienta as/os usuárias/os sobre seus direitos sociais e oferece suporte psicológico para as pessoas que necessitem. Apesar disso, apresenta uma assistência voltada somente às especificidades da transexualidade, não sendo capaz de construir abordagens comunitárias e familiares, nem atender outras demandas de saúde, como a realização de exames citopatológicos e assistência ao pré-natal de homens trans, tratamento de doenças crônicas e atendimentos de urgência de resolução ambulatorial.

Redes Informais

A produção da rede informal de cuidados apresenta íntima relação com o gênero das pessoas entrevistadas. Enquanto as mulheres trans relataram a produção de caminhos diversos fora da rede formal na busca pelas mudanças corporais, os homens trans se apresentaram mais cautelosos em relação à auto-prescrição de hormônios. Outro dado importante com relação à variável gênero, é a presença maior de homens do que de mulheres no serviço: em fevereiro de

2020, eram 68 mulheres e 123 homens. Sobre esses dados, podemos apontar três aspectos: o estigma sofrido pelas travestis, o acesso facilitado aos hormônios femininos e a restrição às testosteronas, que no mercado formal é vendida somente com receita médica.

A escassez de profissionais nas redes pública e privada capazes de oferecer a hormonização é a principal queixa e motivo para se produzir redes informais de cuidado, como mostra os trechos abaixo:

Ele é o melhor médico de Niterói. E se o melhor médico não sabe de nada, quem é que vai saber de alguma coisa? Aí foi quando eu me desesperei, ninguém sabe de nada, eu vou morrer. (H2)

Já passei por dois endócrinos que me deram o mesmo encaminhamento: “Não posso te encaminhar pro IEDE, você vai ter que entrar com um processo judicial”, e me deu um endereço pra eu poder ir. Aí fui lá, e nisso, eu só juntando pape. (M5)

Neste contexto, as mídias sociais e as/os *youtubers* se tornaram referências para a orientação do uso de hormônios, mesmo sabendo dos riscos inerentes à auto-prescrição de medicamentos. No caso dos homens trans, a obtenção da testosterona é dificultada pelo receituário especial controlado. Mas para as mulheres, cujos hormônios não dependem de receituário para a compra, a medicação sem prescrição médica tornou-se prática comum e as mídias, as orientadoras:

Busquei em grupos no Facebook, porque hoje em dia tem muitos grupos de transição hormonal, mais pra meninas. Algumas que já fazem tratamento há mais tempo, outras que estão começando agora e pedem umas dicas. (...) E fui no YouTube pra poder aprender a autoaplicação de Perlutan e comecei a me autoaplicar em casa. (M5).

Como dito anteriormente, as condutas médicas na abordagem da transexualidade foram validadas a partir de uma categorização que identificava “transexuais verdadeiros”, permitindo assim as intervenções médicas aos que se adequem aos critérios diagnósticos estabelecidos (Arán & Murta, 2009; Bento & Pelucio, 2012; Borba, 2016). Ocorre que o gênero, enquanto identidade fluida,

pode apresentar manifestações diversas que fogem da perspectiva binária dos estereótipos de feminilidade e masculinidade. Cada expressão de gênero e cada forma de se perceber trans é única e os protocolos médicos não englobam a diversidade encontrada na população trans. Sendo assim, a necessidade de diagnósticos e laudos para iniciar a hormonização se coloca como uma barreira significativa para o cuidado e mais um motivo da construção de redes informais:

Eu estava pensando em começar a hormonização por conta própria. Eu tinha acesso ao médico, mas o ambiente era muito ruim. Era muito padronizante pra mim, eu adoeci muito. (...) Com a psiquiatra eu comecei a tomar antidepressivo, Rivotril. Eu não tinha que tomar antidepressivo. A minha ansiedade era porque eu tava naquele ambiente. Parecia que estavam me prendendo ali pra que eu seguisse uma agenda delas até eu ficar: “Pronto, estou apto pra mudar de sexo, sou um homem”. (H2).

Eu falei: “você pede laudo psiquiátrico”? Ela (a médica) falou: “Sim”. Aí eu falei: “Tudo bem...” Aí ela falou: “Você sabe quantas pessoas se arrependem do processo?” Eu falei: “Não faço ideia, mas obrigado”. Fui embora e nunca mais voltei. (H7).

Eu não ia por não me sentir à vontade. Eu tinha medo de chegar lá e acontecer o que acontece com vários meninos, o maluco falar que não trabalha com isso ou “ah, não vou te hormonizar”, “ah, tem que trazer um laudo psicológico”, enfim, eu não estava a fim de passar por isso. (H8).

Esta exigência de laudo e diagnóstico psiquiátrico para o início da hormonização produz uma falsa ideia de que a vivência trans é homogênea e obriga as pessoas trans a produzirem uma narrativa que se adeque à expectativa do “transexual verdadeiro” ao invés de narrem suas próprias experiências identitárias, tal como afirma Borba (2016). Diante dessa situação, a população trans vem produzindo, na rede informal, conhecimentos sobre como acessar a rede formal e os seus direitos à terapia hormonal, numa articulação velada, mas bem conhecida, entre as duas redes.

Redes Sociais de Apoio

Foi possível identificar três grandes modalidades de redes de apoio nos relatos das/os participantes: dos movimentos sociais, estudantil e familiar. O

movimento social LGBT, especialmente o GDN, foi citado em oito entrevistas. E o pré-vestibular para pessoas trans PreparaNem, organizado pelo Grupo, em outras duas. Pôde-se perceber que o GDN exerce algum nível de “controle social” do ambulatório, identificando e atuando em situações que desrespeitem a população nesse serviço, mostrando que o movimento social atuante é capaz de transformar os ambientes institucionais.

Com relação aos grupos de estudos e coletivos de acadêmicos LGBT, estes produzem atividades que visam garantir o direito dessa população nas universidades e ações de combate à transfobia. O apoio religioso e familiar foram os menos citados: sete participantes relataram ter contado com a família e dois relataram o candomblé como local de cuidado. E revelam que estes apoios foram transformados em empoderamento para enfrentar as barreiras da exclusão social. Os demais relataram conflitos e brigas familiares graves e a religião como barreira para o suporte familiar.

As redes de apoio construídas foram promotoras de autonomia e empoderamento, auxiliando na produção de novas formas de expressões de gênero; na legitimação de vivências trans e desconstrução dos padrões binários a que se referenciavam anteriormente, no processo de assumir uma nova compreensão de si e exibi-la socialmente, como apresentado nestes relatos:

Já estava na militância, essas coisas todas... E aí, a partir de um momento eu comecei a questionar o que são as identidades e fugir dos estereótipos, porque eu poderia ser uma mulher e não demonstrar feminilidade, mas não era o que tava acontecendo. Então eu sou trans. (...) Mas depois que eu comecei a me hormonizar, aconteceu um negócio muito curioso, por que eu comecei a ficar mais feminino do que antes da transição. (H9).

Meu esposo viu que eu era muito travada, aí ele falou assim: “olha, eu acho que você tem que se aceitar antes de qualquer pessoa. Você não tem que ter vergonha do seu corpo. O corpo é seu e você tem que se amar”. Hoje em dia eu não ligo mais de me chamarem de travesti, mas até então eu morria de medo das pessoas me verem, delas olharem pra mim e dizerem: “ela não nasceu mulher” (...) Então eu acabei pensando que a cirurgia era pra realização de outras pessoas, porque a mim não incomodava em nada. (M5).

As redes de apoio deram suporte para a produção de novos projetos de vida, como a busca por emprego, a continuidade dos estudos e o desejo pela carreira acadêmica, inclusive voltada para o estudo da transexualidade.

Considerações Finais

Nos últimos anos houve um aumento das políticas de saúde para a população trans, mas ainda encontramos limitações na sua implantação, mesmo com as iniciativas do governo municipal e dos movimentos sociais da cidade.

Pudemos identificar em algumas unidades o desrespeito ao nome social, especialmente nos serviços de urgência e emergência; escassez e despreparo de profissionais de saúde; ausência de um fluxo definido para realização da terapia hormonal e o medo do preconceito nessas unidades. Por outro lado, a instituição do ambulatório especializado em saúde trans com uma abordagem não psiquiatrizante foi um aspecto identificados positivamente pelas/os participantes.

Encontramos experiências diferentes da população transexual nos serviços de APS: a maioria utiliza pontualmente, mas também foram relatados o vínculo e o acompanhamento longitudinal das equipes como potencialidade. A APS deve assumir seu protagonismo no cuidado das pessoas trans, utilizando as ferramentas e habilidades do escopo do seu trabalho, observando que o cuidado centrado na pessoa trans compreende também as abordagens familiares e comunitárias, além da competência cultural para o atendimento à população trans, que são fundamentais para reduzir a exclusão social de transexuais e travestis.

O ativismo social e a participação em movimentos políticos LGBT foram recursos encontrados para ressignificar a vivência trans, produzindo uma rede cuidadora para a pessoa e transformadora dos espaços institucionais, além de fomentar a produção de novos projetos de vida. A família foi vista como potência para algumas pessoas trans, mas principalmente como barreira para a maioria das/os participantes, sendo necessária a criação de espaços acolhedores e a intervenção dos serviços que pensem saúde sob uma ótica ampliada.

Neste estudo, foram reveladas a construção de múltiplos itinerários, nos quais se nota a interseção das categorias de gênero e classe nos relatos das/os usuárias/os do ambulatório para produção dos itinerários terapêuticos. Já em

relação à raça, não houve mobilização de novos espaços ou atores nas entrevistas realizadas, mas sim a necessidade de um reposicionamento dos homens trans negros em uma nova realidade, mais violenta e preconceituosa.

Mas ainda que estes recortes sejam significativos na elaboração de projetos terapêuticos singulares produtores de autonomia e que compreendam saúde em seu conceito ampliado, é imprescindível reconhecer as especificidades da população trans e a multiplicidade de expressões da transexualidade. Desta forma, podemos traduzir as políticas de saúde trans em um cuidado trans específico.

Referências

- Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**. n. 42, jan./jun. pp. 29-43.
- Arán, M., Murta, D. (2009). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro) 19(1): 15-41.
- Bento, B. A. M. (2008). **O que é transexualidade**. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Bento, B., Pelúcio, L. (2012). Despatologização do Gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas** (Florianópolis) 20(2): 256, maio-agosto.
- Borba, R. (2016). **O (Des)aprendizado de si: transexualidade, interação e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF.
- Butler, J. (2003). **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Cap. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2009). Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19 [1]: 95-126.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hamárez, A., Andrade, E. I. G.; Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11): 4433-4442.
- Gomes, R., Murta, D., Facchini, R., Meneguel, S. N. (2018). Direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1997-2005.
- Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis - Revista de Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro) v. 19, n. 1, p. 43-63.
- Mangia, E. F., Muramoto, M. T. (2008). Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** (São Paulo) v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez.
- Monteiro, S., Brigeiro, M. (2019). Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cad. Saúde Pública**. 35 (4): e00111318.

- Oliveira, D. C. (2008). Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 16(4) 569-76 out/dez.
- Pereira, L. B. C., & Chazan, A. C. S. (2019). O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** (Rio de Janeiro). Jan-Dez; 14(41): 1795.
- Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. (2008). Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de agosto de 2008.
- Portaria n. 2.803, de novembro de 2013. (2013). Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF.
- Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., Pedrini, M.D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(8):2571-2525.
- Rocon, P., Sodré, F., Zamboni, J., Rodrigues, A., Roseiro, M. C. F. B. (2018). What trans people expect of the Brazilian National Health System? **Interface** (Botucatu), 22(64):43-53.
- Rogers, J., Tesser-Júnior, Z. C., Moretti-Pires, R. O., Kovalski, D. F. (2016). Pessoas trans na atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Saúde & Transformação Social**. (Florianópolis/Brasil), v. 7, n. 3, p. 49-58.
- Scott, J. W. G. (1990). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade** (Porto Alegre) vol. 16, no 2, jul./dez.
- Silva Jr., A. G., Pinheiro, R. Alves, M. G. M., Lima, R. H. P., & Silva, V. M. N. (2016). Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: Gerhardt, T. et al. (Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO.
- Sousa, D., Iriart, J. (2018). "Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil **Cad. Saúde Pública**. 34(10): e00036318.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). **Transgender people: health at the margins of society**. *Lancet* (London, England), 388(10042), 390-400.



PARTE II

EIXO DE EDUCAÇÃO

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Júlia Nunes Mallmann
Carmen Vera Giacobbo Daudt
Marta Quintanilha Gomes
Bruna Becker

Introdução

A integração ensino-serviço (IES) é entendida como:

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos da área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os seus gestores, visando à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva da comunidade, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços (Albuquerque *et al.*, 2008).

Com essa definição, entende-se que a IES é uma nova maneira de pensar a formação em saúde. Não seria estender os hospitais e clínicas para além dos cursos, mas construir novos espaços de aprendizagem em cenários reais. Assim, docentes fariam parte dos serviços e os profissionais seriam corresponsáveis pela formação acadêmica. Porém, para que isso ocorra, são necessárias transformações no processo organizativo dos serviços e nos processos formativos, modificando tanto as práticas de saúde quanto as pedagógicas (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Observa-se, contudo, a inserção tardia e superficial dos alunos na Atenção Primária à Saúde (APS), dificultando esse processo de integração.

Na Constituição Federal (1988) e na Lei n 8.080 (1990), está definido que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde, além de definir que os serviços públicos do SUS são campo de prática para a formação.

Desde 2001, o Ministério da Saúde (MS) instituiu várias políticas com o objetivo de elaborar ações com enfoque na gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e na regulação profissional da área da saúde, tais como a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e programas como o Pró-Saúde (2005), e o Pet-Saúde (2008). Esses programas objetivavam a reorientação da formação profissional, pressupondo ampliar a IES, visando assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença e tendo como campo de práticas a APS. Buscavam também promover mudanças nos processos de geração de conhecimento e qualificação da assistência à população (Albiero, 2016). Ainda como proposta de elaboração de políticas indutoras, foi instituído em 2013 o Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo um dos objetivos a expansão da graduação e da residência médica, modificando o modelo de formação vigente até então (Lei n. 12.871, 2013).

Já no ano de 2015, o MS instituiu, por meio da Portaria Interministerial n 1.127 (2015), os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), com o objetivo de fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, buscando firmar um compromisso ainda mais sólido entre os envolvidos nas relações de IES no Brasil.

Como se observa, muitas foram as estratégias de estímulo à IES conduzidas pelo MS, porém, ainda não existem regulamentações com critérios e/ou parâmetros para avaliar sua qualidade. São encontrados relatos e experiências de instituições de ensino e de municípios isoladamente, além de alguns modelos de instrumento de avaliação, tais como o “Modelo de avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica” e a Proposta de Instrumento de auto avaliação da integração ensino-serviço (Albiero & Freitas, 2017; Maeyama *et al.*, 2016).

Este trabalho aborda questões relacionadas à IES em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, cuja população é de 83.173 habitantes (IBGE, 2018) e conta com 15 Unidades de Saúde da Família (USF). No município tem sede uma instituição comunitária de ensino superior, da qual os alunos de graduação dos cursos da área da saúde participam de estágios realizados nas unidades de saúde. O objetivo da pesquisa foi conhecer a realidade da IES e o perfil dos envolvidos no contexto das Unidades de Saúde da Família (USF) existentes sob a perspectiva do ensino, do serviço e da gestão.

Métodos

A pesquisa foi observacional, quantitativa, transversal, com a aplicação de questionários estruturados elaborados pelas autoras, com base no instrumento denominado “Modelo de avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica” e na “Proposta de Instrumento de auto avaliação da integração ensino-serviço (Albiero & Freitas, 2017; Maeyama *et al.*, 2016). O instrumento elaborado é composto por cinco questionários estruturados, todos auto aplicáveis, destinados a cada um dos perfis a seguir relatados.

Foram pesquisados nas USF que recebem estágios de graduação dos cursos da área da saúde da instituição comunitária de ensino superior do município há pelo menos um ano: todos os profissionais de nível superior trabalhando na equipe investigada há mais de um ano, todos os docentes supervisionando alunos nos estágios realizados nas USF há mais de um ano, todos os discentes realizando estágio nas USF há mais de 40 dias, os coordenadores de curso da instituição cujos alunos realizavam estágios nas USF e os profissionais da gestão municipal de saúde envolvidos no processo de IES. Foram excluídos aqueles sujeitos que não estavam atuando nas equipes no momento da pesquisa e aqueles que optaram pela não participação no estudo.

Foi realizada a análise descritiva dos dados coletados. Os resultados foram apresentados pela distribuição de frequência absoluta (n) e frequência relativa percentual (%), em se tratando das variáveis categóricas. Para variáveis quantitativas, mostrou-se a média seguida do desvio-padrão.

Para avaliar a associação entre características em estudo e o escore de IES, foram realizadas análises bivariadas utilizando o teste t de Student para a comparação de duas amostras independentes e o teste Quiquadrado para comparação de proporções. Para essas análises, considerou-se escore de IES categorizado pela sua mediana, conforme distribuição das estimativas para a amostra em estudo: profissionais de saúde, docentes e discentes. Da mesma forma, considerou-se a média para categorizar o escore de percepção da motivação para o trabalho pelos profissionais. Para análise, foi utilizado o SPSS versão 20.

A análise fatorial com extração via componentes principais foi efetuada para identificar a contribuição dos itens que constituem o instrumento da IES na

estimativa do escore de integração. Utilizou-se extração de um único fator, sendo apresentada a carga fatorial para cada item.

Resultados

De uma população total de 202 pessoas, foram coletados 171 questionários nos meses de maio e junho de 2018. Dos critérios de inclusão, 14 profissionais da saúde não contemplaram o tempo mínimo de um ano nas unidades, não tendo sido investigados, e 17 participantes optaram por não responder à pesquisa (10 profissionais da saúde e 7 discentes). Responderam ao questionário 42 profissionais de saúde (24,57%), 36 docentes (21,06%), 85 discentes (49,70%), 5 coordenadores de curso (2,92%) e 3 gestores (1,75%). Da população total esperada para cada categoria, foi atingida a totalidade da população de docentes, de coordenadores de curso e de gestores. Para profissionais de saúde, foi atingida 80,77% da população esperada e para discentes, 92,4%. Dentre os indivíduos investigados, 31,9% eram da área da enfermagem, 13,5% da farmácia, 17,2% da fisioterapia, 6,1% da medicina, 21,5% da nutrição, 4,9% da odontologia e 4,9% de outros cursos, dentre eles, serviço social e psicologia. Do total da população, 98,40% eram mulheres. A média das idades foi de 42,6 anos (DP 9,1) para os profissionais de saúde, 45,4 (DP 8,0) para os docentes e 23,7 (DP 4,8) para os discentes. (Tabela 1)

Tabela 1. Características dos participantes da pesquisa: Gênero, Idade e Curso/Profissão dos Profissionais de Saúde, Docentes e Discentes, 2018.

	Profissionais	Docentes	Discentes	TOTAL
Características	n (%)	n (%)	n (%)	
Gênero				
Feminino	36 (85,7)	36 (100,0)	79 (92,9)	151
Masculino	6 (14,3)	-	6 (7,1)	12
Idade*	42,6 (9,1)	45,4 (8,0)	23,7 (4,8)	
Curso/Profissão				
Enfermagem	9 (21,4)	22 (61,1)	21 (24,7)	52

Farmácia	1 (2,4)	6 (16,6)	15 (17,6)	22
Fisioterapia	2 (4,8)	2 (5,6)	24 (28,3)	28
Medicina	10 (23,8)	-	-	10
Nutrição	9 (21,5)	4 (11,1)	22 (25,9)	35
Odontologia	8 (19,0)			8
Outro	3 (7,1)	2 (5,6)	3 (3,5)	8

* Tempo em anos. Média (Desvio Padrão)

Em relação ao ensino, quase a totalidade dos discentes (98,8%) já havia participado de disciplina ou atividade relacionada a APS antes do estágio e 71,8% realizava atividades com alunos de outros cursos. Desses investigados, no entanto, 43,5% relatou não ter contato com a rede municipal de saúde desde o início do curso. Sobre os docentes, eles supervisionam estágios na atenção básica do município há 10,1 anos em média (DP 8,3) e todos realizaram cursos para atuarem como professores na área da saúde (especialização ou pós-graduação). Sobre o grau de formação, o mestrado foi a maior graduação (de 63,7% dos docentes), seguido pelo doutorado (33,3%); assim, 97,2% concluíram pós-graduação *Stricto Sensu*. A maior graduação dos profissionais de saúde foi a especialização (pós-graduação *Lato Sensu*) para 76,2% deles, e a segunda maior foi o ensino superior (14,3%), sendo que apenas 7,1% deles concluíram o mestrado e 2,4%, o doutorado. Dos profissionais da saúde, 24,4% realizaram curso para docência e 61,9% deles fizeram algum curso de pós-graduação após iniciar trabalho na atenção básica do município.

Sobre os estágios, 42,9% dos profissionais já tiveram alunos da sua profissão na unidade de saúde e 92,8% dos profissionais sabia quais os cursos estavam realizando estágio no momento da pesquisa. Dentre os discentes, 89,2% relataram haver discutido algum caso com os profissionais de saúde da unidade, enquanto apenas 59,5% dos profissionais relatou discussão de algum caso com os discentes.

Sentir-se motivado ou muito motivado para o trabalho realizado foi observado em 86,6% das respostas dos profissionais de saúde. Como principal fator de motivação, 57,1% consideraram o reconhecimento e a boa parceria com a equipe. Por outro lado, os maiores fatores de desmotivação foram a falta de

incentivo da gestão municipal para qualificação profissional (37,5%) e a falta de tempo com sobrecarga de trabalho (31,2%). Dos profissionais investigados, 65% consideraram que a unidade de saúde realizava atividades de Educação Permanente em Saúde.

Da relação entre a gestão municipal e a instituição de ensino superior, dos oito coordenadores e gestores, cinco consideraram que existe IES no município e metade deles relatou que não há uma agenda permanente de discussão entre a instituição e a gestão municipal. Dos oito investigados, três estavam no cargo quando foi realizada a pactuação entre a universidade e a gestão municipal. Quase a totalidade (seis) relatou que existe contrapartida da instituição para o serviço de saúde. Todos os coordenadores de curso relataram que houve mudanças curriculares nos últimos cinco anos com ampliação de disciplinas e/ou cargas horárias relativas ao SUS e à APS e três deles relataram existir liga, núcleo ou programa de extensão relacionados ao SUS ou à APS no seu curso.

Quanto à estrutura física das unidades de saúde, 43,9% dos profissionais de saúde, 84% dos docentes e 78,8% dos discentes a considerou adequada para receber estagiários.

Para realização da análise da IES, foi utilizada a mediana da escala Likert aplicada na população estudada pelo instrumento utilizado pelas autoras. Para docentes e discentes, ela foi considerada positiva com escores maiores que 4 pontos e para profissionais de saúde, com escores maiores que 3,76 pontos. Neste estudo foi calculada a carga fatorial de cada item investigado no questionário modelo Likert de IES. Sob o ponto de vista estatístico, dos nove itens investigados, os dois que menos contribuíram no escore foram os alunos participarem das reuniões de equipe e os alunos e estágios serem avaliados pelos professores e pelas equipes.

A partir desta análise, observou-se que a idade dos discentes é maior para avaliações mais elevadas de IES ($p 0,038$). Houve também associação entre o curso dos discentes, sendo enfermagem e nutrição positivamente associadas com escores mais elevados e farmácia com escores menos elevados ($p < 0,001$). Tal associação não foi significativa para os docentes nem para os profissionais de saúde. Também foi possível associar a melhor estrutura física das unidades de saúde ($p < 0,001$) com os melhores escores de IES realizados pelos discentes. A possibilidade de discussão dos casos entre os alunos e as equipes foi associada positivamente com

o escore tanto para discentes (p 0,035) quanto para profissionais de saúde (p 0,028) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada entre o escore de integração ensino-serviço para Profissionais de Saúde, Docentes e Discentes e as variáveis Gênero, Idade, Curso/Profissão, Discussão de casos e Estrutura Física das unidades, 2018

	Profissionais			Docentes			Discentes		
	Não (n)	Sim (n)	p	Não (n)	Sim (n)	p	Não (n)	Sim (n)	p
Integração ensino-serviço?									
Gênero			>0,05			>0,05			>0,05
Feminino	18	18		19	17		44	35	
Masculino	3	3		-	-		4	2	
Idade	21	21	>0,05	19	17	>0,05	48	37	0,038
Curso/Profissão			>0,05			>0,05			<0,001
Enfermagem	1	8		8	14		7	14	
Farmácia	-	1		6	-		15	-	
Fisioterapia	2	-		1	1		17	7	
Medicina	6	4		-	-		-	-	
Nutrição	6	3		3	1		8	14	
Odontologia	3	5		-	-		-	-	
Outro	3	-		1	1		1	2	
Discussão de algum caso (aluno x profissional da unidade de saúde)?									
			0,028						0,035
Não	12	5		-	-		8	1	
Sim	9	16		-	-		39	36	
A unidade de saúde tem estrutura física adequada para realizar atividades acadêmicas?									

			>0,05			>0,05			<0,001
Não	16	7		2	2		17	1	
Sim	5	13		13	8		31	36	

Fonte: Autores.

Não foram significativos os indicadores investigados na categoria docente na análise bivariada realizada. Em razão do pequeno tamanho da população estudada, a análise multivariada possivelmente tenha modelos com baixo poder de inferência estatística, por este motivo, ela não foi realizada neste estudo.

Discussão

A IES estimula mudanças nas práticas profissionais e formadoras, propiciando práticas multi e interprofissionais, humanizadas e compartilhadas entre os envolvidos (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007).

Na literatura, alguns estudos sugerem que a IES seja uma potencial indutora para as mudanças curriculares, sendo a aprendizagem em serviço importante para o desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos cursos, aproximando as instituições e potencializando o diálogo entre universidade, serviço e gestão (Albuquerque *et al.*, 2008; Albiero, 2016; Souza & Carcereri, 2011). Foi possível observar que os cursos investigados tiveram mudanças curriculares nos últimos cinco anos relacionadas à APS, fato que vai ao encontro desses achados. Quase metade dos discentes, porém, relatou não ter tido contato com a rede municipal de saúde desde o início do curso, o que fala contra a descrição de Souza e Carcereri (2011) e de Marin *et al* (2014), na qual a inserção precoce dos acadêmicos no processo de trabalho, com a associação de teoria e prática, qualifica a IES. A formação se dá, assim, de forma progressiva e mais próxima da realidade dos futuros profissionais.

Os cursos que demonstraram melhor integração (enfermagem e nutrição) são aqueles que possuem profissionais dessas áreas atuando nas equipes estudadas. Já para a farmácia, este profissional não faz parte das equipes de USF do município,

estando centralizado. Esse fato sugere que a presença do profissional de referência como preceptor nos estágios, além do docente (supervisor), interfira na qualidade da IES, como relatado por Lima e Rozendo (2015). A falta de receptividade dos alunos nos espaços de formação, o relato de não saber quais os cursos estavam estagiando no momento da pesquisa, bem como um despreparo pedagógico dos profissionais de saúde, além da sobrecarga de trabalho e demanda excessiva, possivelmente também dificultem a IES, gerando entraves na construção de conhecimento nesses espaços de ensino-aprendizagem (Lima & Rozendo, 2015; Baldoíno & Veras, 2016; Pinto *et al.*, 2013).

Discutir casos entre os alunos e os profissionais de saúde demonstrou ter relação com escores mais elevados de IES, ratificando o referencial teórico utilizado, que a define como um trabalho pactuado e integrado entre os envolvidos nesse processo (Albuquerque *et al.*, 2008).

Pelo relato dos coordenadores de curso investigados, existe contrapartida da instituição comunitária de ensino superior para o município, porém, ela é oferecida na maioria das vezes por meio de materiais didáticos. Além desse modelo, seria também importante o estímulo proveniente da universidade para a formação pedagógica dos preceptores, pois o fato de estar em contato com a comunidade universitária tende a fomentar nos profissionais a busca por aprimoramento (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Albiero, 2016; Pizzinato *et al.*, 2012). Na população estudada, 24,4% dos profissionais das USF havia realizado curso de docência e 61,9% deles realizou algum curso (especialização ou pós-graduação) após iniciar o trabalho no município. Isso pode sugerir um incentivo por parte da gestão municipal para a formação e qualificação dos seus trabalhadores.

Considerando Albiero (2016), quando a IES é efetiva, ela contribui para a transformação e qualificação acadêmica e dos serviços. Com essa integração, é possível aproximar o ensino e o serviço, promovendo o intercâmbio de conhecimentos e a motivação dos envolvidos em vivenciar o trabalho em equipe e perceber in loco as repercussões e parcerias com a comunidade, melhorando a EPS. Entretanto, pouco mais da metade dos profissionais de saúde considerou a existência de ações de EPS em suas unidades, o que pode demonstrar a incipiente IES no serviço.

Os resultados encontrados sugerem que uma boa estrutura física das unidades de saúde favoreça a IES. Existem relatos na literatura de que a estrutura

física adequada seja fundamental para o aprendizado em serviço e para a qualidade da assistência prestada. Alunos e professores necessitam espaço e recursos para realizarem atividades de ensino nas unidades, além disso, profissionais dependem desses recursos para garantir um atendimento adequado aos usuários (Albiero & Freitas, 2017; Lima & Rozendo, 2015).

Foi observada uma mudança nos profissionais da gestão municipal envolvidos com a IES, sendo de 2,9 anos o tempo médio atuando como gestor. Essas mudanças frequentes interferem na continuidade de ações, geram atribuição de novos valores e pioram a motivação profissional, dificultando a IES (Marin *et al.*, 2014; Emmi, Silva & Barroso, 2018). Apesar de os coordenadores de curso e os gestores observarem que há pactuação entre a universidade e a gestão, esta pode ser uma das dificuldades encontradas pela rotatividade dos gestores. Foi possível observar que a falta de tempo dos profissionais de saúde, gerando sobrecarga de atividades, foi um dos principais motivos para a desmotivação ao trabalho, conforme já descrito por Souza e Carcereri (2011). Essa grande demanda pode interferir no tempo disponível pelos profissionais para discussão com os alunos, participação de reuniões de planejamento e avaliações dos estágios, interferindo negativamente na IES (Pizzinato *et al.*, 2012).

Foi observada a maioria da população feminina (98,40% dos investigados). Tal fato corrobora o encontrado na literatura, demonstrando uma feminilização dos trabalhadores da área da saúde como uma tendência, observada inclusive desde a graduação. Segundo Costa *et al.* (2013), a elevação dos níveis de escolaridade e instrução, a redução da taxa de fecundidade e as mudanças econômicas ocorridas no Brasil, impulsionam as mulheres à formação e, conseqüentemente, levam a sua inserção no mercado de trabalho (Pinto, Menezes, & Villa, 2010).

Conclusão

Considerando o porte do município estudado, a principal limitação encontrada neste estudo foi o tamanho da população, ainda assim, foi pesquisada 90,95% da população esperada. Os profissionais de saúde e os alunos que não responderam o questionário não foram questionados sobre o motivo de sua recusa. Outra limitação observada nesta pesquisa foi o fato de a investigação ser baseada

em um questionário quantitativo, possivelmente limitando algumas respostas. Nesse sentido, novos estudos qualitativos podem auxiliar para o aprofundamento de algumas questões.

Observou-se com este estudo que a IES no município pode estar relacionada à idade dos discentes durante a realização dos estágios, sendo a maior idade relacionada com melhores escores de integração. Também foi encontrada associação positiva entre a estrutura física adequada das unidades e os cursos de enfermagem e nutrição e associação com escores mais baixos para a farmácia na análise realizada nos discentes. Além desses indicadores, a discussão de casos com os profissionais das equipes, avaliada pelos discentes e pelos profissionais de saúde, foi associada a melhores escores de IES, sugerindo que, para que ocorra uma boa integração, seja necessário o trabalho articulado e pactuado entre os envolvidos.

Espera-se que novos estudos possam utilizar o instrumento elaborado e proposto nesta pesquisa, objetivando validá-lo para investigar a IES em outras realidades e com populações diferentes da estudada.

Referências

- Albiero, J. F. G. & Freitas, S. F. T. (2017). Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde em Debate* 41(114), pp. 753-767.
- Albiero, J. F. G. (2016). **Avaliação da integração ensino-serviço na atenção básica do sistema único de saúde**. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Albuquerque, V. S., Gomes, A. P., Rezende, C. H. A., Sampaio, M. X., Dias, O. V. & Lugarinho, R. M. (2008). A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista brasileira de educação médica*, 2(32), pp. 356-362.
- Baldoíno, A. S. & Veras, R. M. (2016). Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da universidade Federal da Bahia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (n. esp), pp. 017-024.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 41-65.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. (2001). [Coleção Saraiva de Legislação]. (21ª. ed.). São Paulo: Saraiva.
- Costa, S. M., Prado, M. C. M., Andrade, T. N., Araújo, E. P. P., Junior, W. S. S., Filho, Z. C. G. & Rodrigues, C. A. Q. (2013). Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(27), pp. 90-6.
- Emmi, D. T., Silva, D. M. & Barroso, R. F. F. (2018). Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia. *Interface*, 22(64), pp. 223-36.
- Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. (2013). Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Lima, P. A. B. & Rozendo, C. A. (2015). Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface*, 19(supl.1), pp. 779-791.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS — uma revisão conceitual. *Ciência e saúde coletiva*, 12(2), pp. 335-342.
- Maeyama, M. A., Machado, C., Cutolo, L. R. A., Ceretta, L. B., Mattos, D. B. & Bevilacqua, L. L. (2016). Integração Ensino-Serviço na Atenção Básica: uma proposta de instrumento de avaliação. *Revista Inova Saúde*; 5(1).
- Marin, M. J. S., Oliveira, M. A. C., Otani, M. A. P., Cardoso, C. P., Moravcik, M. Y. A. D., Conterno, L. O., Braccialli, L. A. D., Nunes, C. R. R. & Junior, A. C. S. (2014). A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(3), pp. 967-974.
- Pinto, A. C. M., Oliveira, I. V., Santos, A. L. S., Silva, L. E. S., Izidoro, G. S. L., Mendonça, R. D. & Lopes, A. C. S. (2013). Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(8), pp. 2201-2210.
- Pinto, E. S. G., Menezes, R. M. P. & Villa, T. C. S. (2010) Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 657-64.
- Pizzinato, A., Gustavo, A.S., Santos, B. R. L., Ojeda, B. S., Ferreira, E., Thiesen, F. V., Creutzberg, M., Altamirano, M., Paniz, O. & Corbellini, V. L. (2012). A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. *Revista brasileira de educação médica*, 36(Supl 2), pp. 170-177.
- Portaria Interministerial n. 1.127 MEC/MS, de 04 de agosto de 2015. (2015). Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF
- Souza, A. L. & Carcereri, D. L. (2011). Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. *Interface*, 15(39), pp. 1071-1084.

ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA DE ESCOLA MÉDICA NO BRASIL: AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Aldicléya Lima Luz
Willian Silva Lopes
Gabriella Silva dos Santos
Silmar Custódio Gonçalves
Luciane Maria Oliveira Brito
Maria Raimunda Santos Garcia
Márcio Moysés de Oliveira
Maria do Carmo Lacerda Barbosa

Introdução

A integração ensino-serviço consiste no trabalho coletivo, pactuado, articulado e integrado, de docentes e acadêmicos de cursos de formação da área da saúde com gestores e equipes que compõem as unidades de saúde, com o objetivo de otimizar a atenção individual e coletiva, reorientar o processo educativo e o desenvolvimento profissional na área da saúde, possibilitando a produção de práticas de cuidado, que contemplem e busquem a integralidade e humanização das ações (Pizzinato, 2012).

O atendimento na área da saúde, atualmente, requer habilidades, competências e posturas profissionais adequadas para suprir às exigências do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a integração ensino-serviço adquire importância determinante neste processo, visto que possibilita a reflexão e o aprimoramento de condutas, a aquisição de estratégias diferenciadas de resolubilidade, aquisição de habilidades para o trabalho individual e em equipe, procedimentos mais seguros e, conseqüentemente, satisfação dos usuários (Pizzinato, 2012).

Este trabalho buscou realizar uma análise da integração ensino-serviço, nos cenários de prática de atenção primária à saúde, do curso de Medicina, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), do Campus Imperatriz, para o desenvolvimento das atividades docentes.

Referencial Teórico

A integração ensino-serviço favorece a diminuição da distância entre a formação acadêmica, a realidade local e as exigências do SUS, permitindo o desenvolvimento de estratégias, ações e projetos que aproximem objetivos pedagógicos das prioridades locais, criando condições favoráveis às práticas educacionais de universidades, docentes, preceptores e acadêmicos, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (Albiero & Freitas, 2017).

Em relação aos cenários de práticas acadêmicas, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem ser classificadas em diferentes tipos de Unidades Docentes Assistenciais (UDA), levando em consideração dois pontos importantes: a. A caracterização do acompanhamento acadêmico por supervisão docente ou preceptoria e b. A forma como o processo de trabalho é realizado, se por agenda compartilhada, inserida na rotina da equipe ou agenda própria com o grupo da universidade (Albiero & Freitas, 2017).

Assim sendo, é possível quatro possíveis tipologias de UDA: as que utilizam a supervisão e agenda compartilhada; UDA com supervisão e agenda própria; UDA com atividades de preceptoria e agenda compartilhada e; por fim, UDA com preceptoria e agenda própria (Albiero & Freitas, 2017).

A cidade de Imperatriz ocupa o segundo lugar, em população, no Estado do Maranhão, com 247.505 habitantes, e possui 33 UBS, além de uma rede especializada de serviços médico-hospitalares (IBGE, 2015; Relatório – Secretaria Municipal de saúde de Imperatriz, 2018).

Há, na cidade, três cursos de graduação em Medicina, um oferecido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e outros dois, em instituições privadas.

A UFMA aderiu às Políticas de Educação e Formação para o SUS, do Ministério da Saúde, reformulando os currículos dos cursos de Medicina, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), primando pelo fortalecimento da APS, quando passou a inserir os acadêmicos no campo de prática das UBS, desde o início do curso, aderindo, ainda, à expansão de vagas e à interiorização dos cursos de Medicina (Projeto Pedagógico/UFMA, 2014; Brasil, 2004).

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, realizada por meio de seis fontes distintas: a. Consulta aos dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica; b. Questionário aplicado aos envolvidos na integração ensino-serviço; c. Questionário aplicado aos integrantes das equipes; d. Questionário aos representantes do Conselho local e/ou líderes da comunidade, com uma questão aberta; e. Questionário autopreenchido, aplicado aos acadêmicos e um docente, com atividades práticas na unidade; e f. Entrevista com um representante da coordenação do curso de Medicina.

Para a amostra foram selecionadas oito unidades de saúde, dentre as doze que serviam como cenário de prática para o curso de Medicina. Os participantes do estudo foram selecionados, aleatoriamente, de forma a manter a seguinte composição, em cada unidade: 5 integrantes da Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF); 3 representantes do conselho local e/ou líderes da comunidade; um docente e 3 acadêmicos do curso de medicina, que estejam em estágio curricular obrigatório na unidade, perfazendo um total de 96 envolvidos.

A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro e julho de 2019.

Os critérios de inclusão das UBS na pesquisa foram: a existência de ações ensino-serviço, no mínimo, nos últimos três anos e possuir equipes de saúde compostas por profissionais que, em sua maioria, tenham experiência no convívio com Instituições de Ensino Superior (IES).

Foram critérios de não inclusão: a não autorização da realização da pesquisa, pela coordenação da UBS e os relatórios respondidos de forma incompleta.

Como critério de exclusão, tem-se a inexistência de relação formal com o ensino.

Os dez indicadores da matriz avaliativa foram distribuídos em quatro dimensões: a. Gestão (contemplando a ampliação do acesso e resolubilidade da Atenção Básica); b. Comunidade (satisfação do usuário e fortalecimento do controle social); c. Ensino (ampliação do conceito de saúde, ampliação do conceito SUS e atualização e reformulação dos currículos); d. Serviço (motivação para o trabalho, aperfeiçoamento profissional e frequência aos grupos e atividades coletivas) (Albiero & Freitas, 2017).

O indicador ampliação do acesso foi avaliado pela razão entre o número de consultas e procedimentos individuais e coletivos realizados na unidade, em meses letivos e não letivos, pelo número de usuários cadastrados, conforme proposto por Albiero e Freitas (2017).

A avaliação da resolubilidade da atenção foi avaliada por meio da razão entre o número de encaminhamentos da unidade liberados e recebidos, em meses letivos e não letivos.

A dimensão Ensino foi avaliada por intermédio de entrevista realizada com um representante do curso e a adequação do atual currículo acadêmico do curso, frente às necessidades de saúde da população.

A dimensão Comunidade considerou as respostas aos questionários apresentados aos usuários e a dimensão Serviço avaliou os ganhos, advindos da presença da universidade dentro dos serviços de saúde, tais como o desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento, capacitação das equipes de saúde, promovidos por acadêmicos e docentes, além da presença de projetos, visando à otimização da saúde da população.

As questões subjetivas, respondidas pelos usuários e pelo representante do curso de Medicina, foram transcritas na íntegra. Os entrevistados foram identificados pelas letras “A”, “B” e “C”, e o representante do curso como “R”.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em pesquisa – CEP, da UFMA, CAAE: Nº: 08075319.1.0000.5086, respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Os resultados da pesquisa foram analisados com base nos dez indicadores da Matriz avaliativa de Albiero (2017), utilizada para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço.

O indicador Ampliação do acesso, primeiro indicador da matriz, não pôde ser avaliado, visto que os pacientes atendidos pelos acadêmicos não eram contabilizados no registro total do número de atendimentos realizados na unidade em determinado período, de modo que não foi possível verificar se houve ampliação do acesso no período letivo, em relação ao não letivo. Junta-se a

isso o fato de a UBS trabalhar com agenda própria e os pacientes atendidos pelos acadêmicos serem aleatórios e de outras unidades.

Segundo Albiero (2017), em UDA com processos de trabalho e agendas compartilhados, entre universidade e equipes de saúde, embora, também sejam identificadas dificuldades com elevadas demandas de atendimentos e a necessidade do cumprimento dos objetivos pedagógicos propostos, facilmente se identifica a construção de vínculos e a realização de trabalho integrado. As UDA que realizam o agendamento dos atendimentos de forma compartilhada com a universidade favorecem mais a integração ensino-serviço, em relação às UDA que trabalham com agenda própria.

Embora essa correlação seja conhecida na literatura, os resultados da pesquisa não permitiram concluir com relação ao tipo de UDA que mais favorece a integração ensino-serviço, dentre as UBS que participaram da pesquisa, uma vez que todas se enquadraram no mesmo tipo: quanto ao manejo das agendas, por agendamento próprio e quanto à orientação, com predomínio de supervisão docente.

Uma das maneiras de tentar contornar essa situação poderia ser por meio de realização de agendamentos comuns, dos pacientes a serem atendidos pela equipe de saúde, com os pacientes que seriam atendidos pelos acadêmicos, associando-se a isso, a incorporação da preceptoria nas práticas acadêmicas, já que se tem conhecimento de que práticas conduzidas apenas pelo supervisor docente da universidade possibilitam maior isolamento de ambos os grupos, com o desenvolvimento de atividades, sem integração com o serviço (Albiero, 2017).

A Resolutividade da Atenção Básica consiste na capacidade da APS em solucionar os problemas de saúde, apresentados pelos usuários, norteada pelos atributos: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (Reis *et al.*, 2016). O indicador “Resolubilidade da atenção” teve sua avaliação limitada em nosso estudo, visto que a anotação dos encaminhamentos trazidos e liberados aos pacientes não é rotina das unidades.

Como possíveis causas da baixa resolutividade da rede básica de serviços pontuam-se: uma gestão do cuidado pouco qualificada; a realização de uma clínica fragilizada; baixa capacidade de construção de vínculo; e a falta de autonomia dos usuários. Isso tem resultado em encaminhamentos desnecessários e excessivos, aumento das filas de espera em todos os serviços de média e alta complexidade

na fragmentação dos cuidados prestados, na repetição desnecessária de meios diagnósticos, terapêuticos e complementares, e numa perigosa poliprescrição medicamentosa. Leva ainda ao descontentamento e desacreditação dos usuários em relação aos serviços de saúde e, inclusive à perda de motivação para o trabalho pelos profissionais da rede básica de atenção (Reis *et al.*, 2016).

Notou-se, ainda, baixo índice de preocupação dos integrantes das equipes das UBSs, em relação à resolutividade da demanda dos usuários, restringindo-se os atendimentos apenas à marcação ou alteração de consultas.

Observou-se, também, a falta da classificação de risco pelas equipes de acolhimento das unidades, tendo sido registrada, em apenas equipes de acolhimento com classificação de risco nas unidades, tendo sido registrada, em apenas uma UBS, a preocupação de estudantes e uma docente em sensibilizar os profissionais sobre a importância da implementação desse serviço.

É importante que profissionais se envolvam nas atividades da instituição, para se sentirem parte do grupo e, dessa forma, mais motivados (Maia, 2015). O que aparentemente não seria motivo de preocupação na população desse estudo, uma vez que, em relação à motivação para o desenvolvimento do trabalho em equipe, a maioria dos profissionais (80,5%) afirma ter certo grau das mesmas, os quais, foram subdivididos em: motivados (22,6%), muito motivados (12,9%) e totalmente motivados (45%).

Entretanto, dentre os entrevistados, 26% consideraram o cansaço, como principal fator de desmotivação para o desempenho das atividades nas unidades de saúde, 19,3% acreditam que isso seja devido ao “ambiente de trabalho”, e 9,6% apontam o “reconhecimento e parceria da equipe” para este fator.

Essa desmotivação pode ser facilmente revertida, visto que a construção das relações humanas, o incentivo à realização de reuniões, com todos os envolvidos dos serviços das UBS e na integração ensino-serviço, proporcionam um ambiente satisfatório aos profissionais, acadêmicos, docentes e usuários, bem como possibilita um melhor enfrentamento dos problemas identificados na rotina de trabalho dos serviços de saúde (Pizzinato, 2012).

No entanto, apesar dessa certeza, nem todas as UBS pesquisadas realizam com frequência estas reuniões, e nas que ocorrem, as experiências e sugestões dos profissionais que integram as equipes nem sempre são ouvidas.

Sobre o questionamento em relação à impressão causada pela presença de acadêmicos e professores na unidade de saúde, os entrevistados apresentaram as seguintes respostas:

Não tenho muito conhecimento sobre isso. Mas, considero que seja importante, tanto para eles, como para nós, usuários. Porém, como a unidade de saúde é nova e teve mudança do local de funcionamento, ainda não observei a presença desses acadêmicos, nesta nova unidade (Usuário A).

Importante para o aprendizado deles é adquirir embasamento na forma de tratar as pessoas da comunidade, para não repetirem os erros dos profissionais atuais (Usuário C).

Nesses comentários, observa-se que a própria sociedade reconhece, de certa forma, a importância da presença dos acadêmicos nos serviços.

Acho muito importante os alunos estarem sempre muito empolgados em atender e aprender com seus tutores, e também, acredito que agilizam o atendimento. Seria importante fazer mais mutirões com os alunos, nos bairros; reforçar campanhas de vacinação e outros (Usuário A).

É importante, pois é necessário aprender de forma concreta. Assim, é fundamental a relação teoria e prática (Usuário B).

A presença deles faz com que se melhore e agilizem os atendimentos básicos da unidade de saúde, também servindo para contribuir na formação dos alunos (Usuário C).

Isso mostra o quanto a presença dos acadêmicos é vista como algo positivo, pela população, apesar disso, o tipo de UDA mais frequente, foi aquela com agenda própria, mostrando que as atividades acadêmicas ainda não estão inclusas no planejamento e cronograma das unidades.

A dimensão Ensino envolve a ampliação do conceito de saúde, a ampliação do conhecimento do SUS e as adequações curriculares (Albiero, 2017). Ampliar o conceito de saúde e doença é passar a considerá-los como algo mais complexo e relacionado a fatores políticos, econômicos, ideológicos e de representação social.

Neste processo de debates e discussões, os docentes formadores de opiniões em saúde devem fazer parte da construção de novos referenciais que possibilitem um conceito ampliado de saúde apreendido enquanto um fenômeno integral, integrador e potencializador (Reis, 2016). Ao fazer isso, a saúde deixa de ser compreendida a partir de uma perspectiva médica curativa e passa a ser concebida como um processo que envolve promoção e prevenção (Sordi, 2015).

O Ministério da Saúde tem enfatizado a importância de os profissionais de saúde adquirirem conhecimento aprofundado do território de atuação de seus serviços, como elemento fundamental para o desenvolvimento de um processo de trabalho efetivo na APS. Entretanto, para promover saúde, é preciso intervir, também, nos contextos sociais, econômicos e políticos que levam às desigualdades, que geram pobreza, más condições de trabalho e de saúde (Ferla, 2013).

No entanto, apesar de a maioria dos docentes e acadêmicos terem afirmado de forma positiva em relação ao conhecimento e vivência do conceito ampliado de saúde (80%), nenhum deles soube definir o que realmente o que isso significava, mesmo observando que os profissionais de saúde vivenciam e conhecem os princípios e diretrizes do SUS. Fato este muito importante, pois são com estes profissionais que os acadêmicos convivem durante as práticas nas UBS, o que interfere diretamente na oferta e produção de conhecimento.

Contudo, os processos de produção de conhecimento ganharam maior centralidade, nos últimos anos, na área da saúde, o que levou a um aprofundamento dessas metodologias de formação, atenção e gestão do cotidiano dos próprios serviços de saúde, ficando evidente por meio da combinação de quatro aspectos: ampliação da necessidade de aquisição de conhecimentos práticos, desde cedo, na trajetória formativa do acadêmico; importância da educação permanente dos profissionais de saúde; crescente número de cursos e de vagas, tanto em graduação, quanto em pós-graduação, na área da saúde; incentivo do Ministério da Saúde para promover a integração ensino-serviço e a criação de programas voltados à reorientação da formação profissional (Ferla, 2013).

Esses aspectos combinados significam um importante avanço na efetivação do SUS, como ordenador da formação e qualificação dos recursos humanos para a área da saúde. Isso tem sido um desafio às instituições de ensino e aos serviços de saúde, pelo fato da maioria dos profissionais que atualmente trabalham nas unidades

de saúde, em sua grande maioria, terem formação, predominantemente, baseada em técnicas e procedimentos, sem o entendimento de Saúde como uma combinação de vários fatores, como se enseja que os atuais acadêmicos, assim, a veja (Ferla, 2013).

Dentre as habilidades específicas ao egresso do curso de Medicina, destaca-se a visão e disposição para atividades de política e planejamento em saúde. Porém, se desde cedo, o acadêmico não estiver inserido, participando das reuniões de planejamento da unidade de saúde, não conseguirá desenvolver, de forma adequada, essa competência (Brasil, 2014).

Diante disso, observou-se que nas unidades de saúde do estudo, não houve a participação das instituições de ensino no planejamento e em reuniões decisórias, muito menos, da participação comunidade.

Em relação à adequação dos processos de formação dos profissionais para o SUS, é importante que seja citada a portaria Interministerial nº 1.124, lançada pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, de 04 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Essa portaria visa contribuir com o fortalecimento da integração ensino-serviço e comunidade, tendo como objetivo formar profissionais de saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e possuindo como base norteadora a abordagem integral do indivíduo, no processo saúde-doença. O COAPES representa um compromisso entre os gestores e universidades, de modo a garantir e possibilitar que os estudantes tenham, na rede de serviços do SUS, um campo de aprendizagem necessário e adequado à formação, com profissionais treinados (Brasil, 2015).

O COAPES é importante neste processo, visto que o Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso de Medicina da UFMA foi elaborado de forma a possibilitar a inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde e na comunidade desde o primeiro semestre do curso. Diante disso, é essencial se discutir os desafios e as possibilidades advindos de práticas que integram o ensino e o serviço, problematizando a realidade e criando vínculos com a comunidade (PPC – Medicina/UFMA, 2016; Schott, 2018). Embora haja um acordo informal, entre o município e a universidade, de modo que as instituições públicas municipais possam funcionar como cenário de prática aos acadêmicos dos diversos períodos do curso, até o presente momento, nesta cidade, o COAPES não foi implementado.

O currículo do curso está organizado em ambientes de aprendizagem baseados em conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença, contemplando as dimensões prático-cognitiva, ético-humanista e científica, em consonância às DCN, do curso de medicina (Brasil, 2014). Onde se destacam, como pontos fortes da integração ensino-serviço, a aquisição de novos conhecimentos, a possibilidade de uma assistência de qualidade e a inserção do acadêmico no real contexto de prática dos serviços:

Quando se tem a universidade inclusa no serviço, tem-se a possibilidade de questionar, discutir e pensar nas soluções dos problemas e acaba que a comunidade ganha com isso, porque é um aprimoramento do serviço e ao mesmo tempo, a universidade ganha, porque insere o aluno em um contexto real, que ele vai estar submetido, quando for graduado (Rep. A).

Quando questionado sobre os indicadores considerados importantes para identificar a efetividade da integração ensino-serviço, o representante da coordenação do curso destaca que esse é um processo difícil a ser construído, que possui inúmeras barreiras, e que ele acredita que a comunidade deva ser o principal ponto de avaliação dessa integração.

A nível local, a integração ensino-serviço tem várias barreiras, dentre elas, barreiras culturais, de aceitação do curso de Medicina dentro da cidade, barreiras de gestão, barreiras dentro da própria universidade, sobre qual a melhor metodologia a ser utilizada. Acho que a comunidade é que deve ser o principal ponto de avaliação, ou seja, o principal indicador deve envolver a comunidade, porque tudo é para a comunidade (Representante R).

De forma a contemplar a efetivação da integração ensino-serviço, tem-se que as DCN para o curso de Medicina destacam que o curso de graduação deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence (Brasil, 2014). Cabe, portanto, à universidade demonstrar (para a gestão de saúde, as UBS e a comunidade) a importância como agente transformador para o desenvolvimento e melhoria da saúde, baseado na sua tríade indissociável de ensino-pesquisa-extensão.

Considerações finais

Diante de tudo, este estudo apresentou fortalezas e fragilidades que demonstraram haver necessidade de fortalecimento das Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS, e em especial no que se refere à Educação Permanente para a formação em Saúde da Família, quer seja através dos Programas de Residências, especializações ou mestrados profissionais.

Espera-se que haja uma maior reflexão e discussão sobre a inserção dos acadêmicos nas UBS, com maior disponibilização de cursos preparatórios (como especialização ou cursos de aperfeiçoamento) para os profissionais que desenvolvem atividades de preceptoria, que podem ser desenvolvidos até mesmo pelos próprios docentes do curso; qualificação de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde; adoção de agendas compartilhadas entre as atividades da universidade e as ações das unidades de saúde, e incentivos às mudanças curriculares dos cursos de graduação em Medicina.

Referências

- Albiero, J. F. G, Freitas, S. F. T. (jul-set/2017). Modelo para avaliação da Integração ensino-serviço em Unidades Docentes — assistenciais, na Atenção básica. **Saúde E Debate**. Rio de Janeiro, v. (41), N. 114, p. 753-767.
- Almeida, F. C. M. *et al.*, (2012). Avaliação da Inserção do Estudante na Unidade Básica de Saúde: Visão do Usuário. **Rev. Bras. Educação Médica**. Vol. 36 (1, Supl. 1): p. 33-39.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES [Recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Educação. (2014). **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução N°3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares Nacionais de Graduação em Medicina.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde,
- Cavalcanti, T. T., *et al.*, 2017. **A importância da Unidade Básica de Saúde na formação do estudante de medicina: Relato de experiência dos ligantes da liga de saúde coletiva de Campina Grande-PB**. Anais do II Congresso Brasileiro de Ciência da Saúde. Campinas Grande-PB.
- Ferla. A. A.; Famer, C. M.; & Santos, L. M. (Org.). (2013). **Integração ensino-serviço: caminhos possíveis?** Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Maia, J. L. B; & Holanda, V. P. S. B. C. (2015). **Capacitação de Recursos Humanos**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA — São Luís.
- Pizzinato, A. *et al.* (2012). A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. bras. educ. med.** vol. 36, n.1, Suppl. 2, pp.170-177. ISSN 0100 — 5502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025>. Acesso em: 21 maio 2019.
- Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFMA de Pinheiro;
- Reis, D. O; Araújo, E. C.; Cecílio, L. C. O. (2016). **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos, pela Saúde**. Especialização em saúde da família: módulo político gestor.
- Schott, M. (2018). **Integração ensino-serviço-comunidade na educação em saúde: desafios e Potencialidades**. Editora Convibra.
- Sordi, M. R. L. *et al.* (2015). O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 731-742.

A MEDICINA NA FLORESTA: DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA EM ÁREA REMOTA DA AMAZÔNIA

Ricardo dos Santos Faria
Júlio Cesar Schweickardt
Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Introdução

Os novos cursos de medicina no escopo das diretrizes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), desde 2013, foram implementados pelo Ministério da Saúde (MS) (Ministério da Saúde, 2015) e apoiados pelo Ministério da Educação (MEC) (Resolução nº3, 2014). Tal medida representou uma ação governamental para enfrentar problemáticas como: a fixação e provimento de profissionais médicos; descentralização e interiorização da formação de médicos; reformulação de currículos dos cursos de medicina; e democratização do acesso ao ensino médico com novas vagas em localidades estratégicas (Ministério da Saúde, 2015; Vieira, Pierantoni, Magnago, Ney & Miranda, 2018).

A carência de médicos nas regiões de periferia das grandes cidades e nas localidades de difícil acesso nas diferentes regiões do Brasil é um problema que pode ser traduzido pelas desigualdades regionais. Em 1965, o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, o que resultava em uma relação de um (01) médico para 1.963 habitantes, quase a metade do que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de um (01) médico para cada 1.000 habitantes² (Organização Mundial da Saúde, 2012). A implantação de novos cursos de medicina, no âmbito do PMMB, busca responder à necessidade de formação de médicos para atender as necessidades locais e promover a descentralização de profissionais (Oliveira *et al.*, 2019).

A democratização do ensino superior e a formação médica visam o enfrentamento da problemática de atrair e fixar médicos em contextos remotos como a Amazônia. O curso de medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade

² O indicador usado mede a disponibilidade de profissionais de saúde por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Usado para apoiar políticas de incentivo à interiorização de profissionais de saúde e analisar sua inserção no mercado de trabalho.

Federal do Amazonas (UFAM), Campus de Coari, foi autorizado pelo MEC, em 2016, para iniciar as atividades acadêmicas. A implantação de um novo curso de medicina em uma área remota da Amazônia representou um grande desafio para a instituição de ensino, aos docentes e alunos, assim como para as instituições de saúde locais.

O presente trabalho foi desenvolvido no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e teve como objetivo conhecer os desafios institucionais para a implantação do curso de medicina na Universidade Federal do Amazonas, no município de Coari, Amazonas, partindo da análise do projeto pedagógico e da percepção da comunidade acadêmica sobre o processo de implantação do curso médico.

O debate sobre provimento de médicos

A região norte possui os piores indicadores na relação de médico por habitante. As capitais desses estados possuem a menor proporção médico/habitante. A região tem uma demanda por profissionais médicos devido às situações de vulnerabilidade social da população, localidades remotas que dificultam o acesso aos serviços de saúde e, além disso, há a necessidade de cuidados diferenciados para as populações da floresta. Não podemos ignorar que a Amazônia Legal representa 60% do território brasileiro, tendo uma parte significativa da população que vive nas áreas rurais, ribeirinhas, em reservas de preservação ambiental e em territórios indígenas (Brasil, 2013; Oliveira, 2008).

A desigualdade na distribuição de médicos ainda é maior entre interior e capitais dos estados da região Norte, tendo somente 26,9% médicos registrados no interior. O estado do Amazonas apresenta o menor percentual (6,9%) de médicos fixados no interior (Silveira & Pinheiro, 2014). Em alguns municípios, a proporção chega a ser de 0,2 médicos por 1.000 habitantes, ou 1/5000. A diferença entre Manaus e interior é uma das maiores do Brasil, pois há seis vezes mais médicos por habitantes na capital em relação ao interior. No entanto, algumas capitais da região chegam a ter níveis maiores que a média dos países de renda alta (2,86/1.000 habitantes), como no caso de Belém e Palmas (Silveira & Pinheiro, 2014; Scheffer, 2015, 2018). Por isso, é importante que o Estado apresente políticas públicas equitativas e específicas que respondam às necessidades locais (Schweickardt, Lima, Simões, Freitas & Marques, 2016).

Os dados demonstram a necessidade de políticas que promovam a distribuição, provimento e fixação de profissionais de saúde, além de uma formação descentralizada que contribua com a diminuição das desigualdades intrarregionais. Assim, sabemos que há especificidades de cada estado da região amazônica, pois o contexto histórico-cultural, a dinâmica socioeconômica mostra que temos não somente uma Amazônia, mas várias “Amazônias” (Schweickardt, Kadri & Lima, 2019; Silveira & Pinheiro, 2014).

O adequado provimento de serviços de saúde às regiões remotas, empobrecidas e periféricas é um problema para diferentes regiões do planeta. Situações de carência e má distribuição geográfica de provedores de serviços, especialmente médicos, têm sido apontadas como um desafio que tem resistido às mais variadas estratégias governamentais de vários países e regiões (Dolzane & Schweickardt, 2020).

Alguns estudos mostram que variáveis como qualidade de vida, oferta de lazer, distância até as áreas centrais das cidades, renda e existência de um hospital, dentre outras, são significativas para explicar a dificuldade na fixação e provimento do profissional médico em localidades de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades (Oliveira, 2018). Vários países têm adotado medidas combinadas para incidir, desde a formação inicial do médico, passando por recrutamento, fixação e manutenção no local do trabalho (Maciel Filho & Pierantoni, 2004), oferta de vagas nos cursos de graduação para alunos que vivem no interior (Clark *et al.*, 2013; Dolzane & Schweickardt, 2020).

No Brasil, tivemos a política do Programa Mais Médicos, regulamentado pela Medida Provisória nº. 621, de julho de 2013 e, posteriormente, convertido na Lei nº. 12.871 promulgada em 2013. O Programa congregou três frentes: a primeira foi investir na melhoria da infraestrutura da rede de saúde; a segunda foi ampliar a oferta de cursos de graduação em medicina e ampliar as residências médicas no país; e, por último, a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (Brasil, 2015).

Metodologia

O estudo foi realizado no Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, localizado na Cidade de Coari, Amazonas,

distante 421 Km de Manaus, por via fluvial. A cidade possui uma população de 84.272 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020) e está localizada na região de saúde do Rio Negro e Solimões. Geograficamente, o município está situado na mesorregião conhecida por Médio Rio Solimões, no centro do Estado do Amazonas.

Trata-se de um estudo de caso, de caráter qualitativo, sobre o processo de implantação do curso de medicina em Coari-AM por meio de entrevistas abertas, análise de documentos técnicos, análise do Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso de medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB).

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias, durante a investigação. Utilizamos os referenciais de Bardin (2004) para realizar a análise das entrevistas.

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por professores, diretores e coordenadores que participaram e ou participam da condução do curso de medicina. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter sido ou estar em atividade no curso; ser docente que exerceu cargos de direção, coordenação e comissão de implantação do curso; docentes que atuaram há mais de 6 meses no curso de Medicina. Os critérios de exclusão foram: docente com carga horária inferior a 10 horas no curso de medicina; docentes recém-contratados que não lecionaram por um período do calendário acadêmico; docentes em situação de férias e liberados das atividades docentes por razões administrativas e de direito. A pesquisa teve o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com o CAAE nº 96172218.0.0000.5020.

Análise crítico-reflexiva do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de graduação de medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB)

Em relação ao PPC, o curso adotou regime de créditos em períodos letivos, tendo duração mínima de 12 e máxima de 18 períodos letivos. O aluno precisa integralizar 8.115 horas-aula, equivalentes a 312 créditos. O projeto propõe a formação do graduado em medicina organizada em três áreas de

competências ou eixos de formação: a. Atenção à Saúde; b. Gestão em Saúde; c. Educação em Saúde. Assim, aos acadêmicos que cumprirem toda a carga horária será conferido o grau de Bacharel em Medicina (Universidade Federal do Amazonas, 2015).

O PPC vem atendendo às novas diretrizes curriculares, em que 30% das aulas são desenvolvidas com atividades voltadas para Atenção Primária em Saúde (APS). Do total de 8.115 horas do curso, 1.555 horas estão destinadas à disciplina de Família e Comunidade, do primeiro ao oitavo período (Universidade Federal do Amazonas, 2015), seguindo as novas diretrizes curriculares do curso de medicina (Resolução nº 3, 2014).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais propõem equilibrar o foco de formação médica para superar o modelo “hospitalocêntrico”, aproximando os estudantes das práticas no território, especialmente da APS (Vargas, Vargas, Campos, & Caetano, 2019). O PPC do ISB vem atendendo à tendência nacional de reformulação dos currículos médicos que se baseia em uma APS robusta. No entanto, tem enfrentado dificuldades como a formação de profissionais de saúde e de preceptores para atuar no acompanhamento dos estudantes. A APS, enquanto estratégia coordenadora e ordenadora do cuidado no SUS, necessita de profissionais com uma formação que os habilite a atuar no trabalho na equipe interprofissional e pela perspectiva da integralidade do cuidado (Almeida-Filho *et al.*, 2015; Oliveira, 2018).

Nos currículos novos, diferentemente dos tradicionais, os estudantes participam do cuidado de pessoas e famílias ao longo do tempo, corresponsabilizando-se pelo seu acompanhamento no período mínimo de um semestre. Desse modo, podem vivenciar, intensamente, a responsabilização pelo cuidado com as pessoas e elaborar uma representação mais significativa sobre esse tema (Oliveira, 2018, p. 105).

Segundo Vieira, Pierantoni, Magnago, Ney, & Miranda (2018) há heterogeneidade quanto à abordagem de conteúdos referentes à APS na estrutura curricular dos cursos de medicina. As novas diretrizes apontam orientações voltadas para o desenvolvimento de competências

interprofissionais colaborativas e enfatizam que o graduando em medicina deverá aprender a partir da troca de saberes com alunos e profissionais das diversas categorias da área da saúde. Além disso, a inserção dos alunos na APS pode contribuir com a qualidade da atenção aos usuários e incentivar a integração com a comunidade.

Embora a educação interprofissional seja inovadora nos modelos de ensino-aprendizagem, foi observado que a formação especializada ainda é um paradigma a ser enfrentado pelos docentes médicos. Alguns entrevistados expressaram que: “*Não, não houve nenhum treinamento pedagógico, a gente teve uma aula inicial (...). Acho que foram dois dias talvez, mas em aspectos burocráticos administrativos*” (Entrevistado 1). A ênfase do PPC é propor uma reflexão, através de metodologias ativas, que leve os estudantes a desenvolver uma compreensão da realidade amazônica.

Por fim, importante destacar que as mudanças das DCN tiveram como objetivo promover uma formação médica com características mais humanística e crítica, desenvolvendo habilidades nos formandos para atuar em diferentes contextos e níveis da atenção. A proposta é desenvolver nos formandos a responsabilidade com a defesa da cidadania e vida digna para toda a população (Vargas, Vargas, Campos, & Caetano, 2019). Assim, a mudança curricular não objetiva mudar somente questões pedagógicas, mas especialmente induzir uma política comprometida com a transformação e superação das iniquidades presentes nas diversas regiões do país.

Processo de captação de docentes

Constatamos no estudo a dificuldade de atração e interiorização de docentes médicos para o curso. Desde a abertura, em 2016, a UFAM lançou três editais para preenchimento de vagas para docência do curso de medicina de Coari/AM. O primeiro edital ocorreu no mês de dezembro de 2015. As primeiras vagas oferecidas estão relacionadas nas tabelas a seguir.

Tabela 1. Distribuição de vagas para ciclo básico do curso de medicina — ISB/UFAM 2015.

Área de Atuação	Vagas Ofertadas	Vagas preenchidas
Anatomia	02	02
Genética	01	01
Bioquímica	01	01
Biofísica	01	01
Citologia/Histologia	01	01
Farmacologia	01	01
Enfermagem	01	01
Fisiologia	01	01
Comunicação	01	01
Saúde da Família	01	01

Fonte: Autores.

Tabela 2. Distribuição de vagas para ciclo clínico do curso de medicina — ISB/UFAM 2015.

Área de Atuação	Vagas Oferecidas	Vagas Preenchidas
Saúde da Família	09	01
Infectologia	01	01
Cardiologia	01	00
Diagnóstico por Imagem	01	00
Cirurgia Geral	02	00
Ortopedia	01	01
Patologia	01	00
Neurologia	01	00
Endocrinologia	01	00
Gastroenterologia	01	01
Ginecologia e Obstetrícia	01	00
Pediatria	01	00

Fonte: Autores.

Houve uma grande diferença no preenchimento dessas vagas. Observando as tabelas 1 e 2 comparativamente, as vagas oferecidas para disciplinas de áreas clínicas, com 40 horas semanais e com dedicação exclusiva para docentes médicos, tiveram apenas 21% de preenchimento, diferentemente do quadro de docentes para o ciclo

básico que obteve 100% das vagas preenchidas. Isso aconteceu pois o perfil de docentes do ciclo básico exige apenas formação na área da saúde, sem necessariamente, ter a formação médica. Quanto à titulação, foi observado que 54% das vagas do ciclo básico foram preenchidas por professores com titulação de Doutorado, enquanto no ciclo clínico, 100% tinham algum tipo de especialização (Pós-Graduação ou Residência Médica). Significa dizer que nenhum médico admitido possuía titulação acadêmica do tipo *stricto sensu*, ou seja, em nível de mestrado e/ou doutorado.

No segundo Edital nº 47 de 2017, foram ofertadas dezoito vagas para as diversas especialidades médicas com o preenchimento de três vagas, representando 16% das vagas. Nos dois concursos públicos, do total inicial de dezenove vagas ofertadas apenas sete foram preenchidas, dificultando sobremaneira a condução da formação médica contexto social da Amazônia.

Nas entrevistas realizadas com os docentes do curso de Medicina, algumas falas confirmam os dados analisados dos relatórios internos do curso de medicina do ISB/UFAM:

Eu acho que o maior desafio da implantação do curso aqui, todas as questões estruturais e tudo. Eu acho que a gente consegue resolver, mas formar um corpo docente aqui tem sido extremamente difícil (...). Porque a estratégia, quando se pensou na contratação e o tipo de profissional que a gente pensou, talvez não fosse a mais adequada para o tipo de aluno que a gente quer formar. Ou seja, a gente tem uma ideia mais generalista; uma ideia mais voltada para a atenção primária; e a gente ao tentar recrutar os profissionais, a gente pensou na forma mais tradicional possível, que são os grandes especialistas e as especialidades. Então, esse foi um primeiro ponto: a dificuldade de você contar com especialista no interior (Docente entrevistado).

A fala dos docentes médicos traz a discussão de alguns pontos para a reflexão sobre o modelo formador, levando em consideração as especialidades médicas, que representa o norteador da atual formação médica no Brasil.

Olha.... Se não fossem os professores voluntários que estão ajudando a ministrar as aulas, nós teríamos graves problemas de conseguir professores médicos para o curso de medicina de Coari... eu acho que a captação desses profissionais não foi falta de concurso, abriram várias vezes aí concursos e as vagas não foram preenchidas (Entrevistado 2).

Para não médicos a realidade é diferente, porque eu acho que a questão é uma realidade de mercado. Então, nós temos profissionais em outras áreas em busca de concursos públicos. Então, a gente não tem tanta dificuldade. A dificuldade é outra. Uma vez contratados, como é que a gente integra esses profissionais não médicos dentro da perspectiva do curso de medicina? Aí, precisa de integração e essa é uma das dificuldades, porque a gente precisa de um corpo docente médico que converse ou que passe a interagir com os professores não médicos. A gente não tem ainda. Então, a gente corre o risco de ter um grupo de professores, onde a maioria não são médicos, muito dissociado da realidade médica. Então, não tem como garantir que nossos estudantes de medicina (Entrevistado 4).

Quando analisamos os editais do concurso, observamos que as vagas, na sua grande maioria, foram destinadas a médicos especialistas como: Cardiologista, Neurologista, Diagnóstico por Imagem, Ortopedista, Endocrinologia, Ginecologia, Pediatria, Patologia, Medicina de Família e Comunidade. Estas especialidades médicas atenderiam, em tese, várias disciplinas do curso de Medicina, como Propedêutica, Multidisciplinar I e II, Anatomia, Família e Comunidade.

A frustração no provimento desses profissionais médicos para a docência do curso de Medicina do ISB/UFAM pode ser explicada pelo fato de o município de Coari estar distante da capital do Amazonas cerca de 360 km em linha reta (via aérea) e 421 km, via fluvial. Para percorrer o itinerário Manaus-Coari existe transporte regular e diário realizado por via fluvial, através de barco tipo “recreio”, com tempo médio de duração de 24 horas (Manaus-Coari), e 18 horas (Coari-Manaus); barco “expresso”, com tempo médio de viagem de 9 horas. Também há dois (02) voos regulares semanais. A distância e a dificuldade logística do município poderiam justificar a dificuldade na atração dos médicos que residem na capital do estado do Amazonas.

A realidade da Amazônia gera maiores dificuldades para o provimento e fixação de profissionais de saúde em localidades do interior (Campos, Machado & Girardi, 2009). Os municípios, muitas vezes, sofrem com os altos valores para a contratação de médicos, aumentando os custos do sistema de saúde. A “bolsa de profissional” é uma estratégia de gestores municipais para atrair os profissionais, mas nem sempre conseguem realizar o pagamento regular, principalmente os de pequeno porte (Maciel Filho & Pierantoni, 2004; Silveira & Pinheiro, 2014).

Importante destacar ainda que a formação de médicos em contexto da Amazônia precisa levar em consideração as populações tradicionais. Dentre as “várias Amazônias” se destaca a Amazônia das águas e das pessoas, constituído pelo indígena, pelo ribeirinho, pelo quilombola, pelo urbano e rural, que flutuam nesse território. O profissional médico precisa compreender a realidade, incluindo na natureza de sua função médica, o aspecto social e cultural na constituição da identidade dos ribeirinhos e analisando temporalidade bem como suas peculiaridades de tradição e o movimento com a natureza (Schweickardt, Kadri, Lima, 2019).

A descentralização de cursos de medicina, proposta pelo PMM, traz como principal contribuição a formação de profissionais mais próximos da realidade regional, mas também respondendo às necessidades do sistema de saúde. Desse modo, o estado assume o ordenamento do processo formativo no campo da saúde (Kemper, Mendonça & Sousa, 2016).

Considerações Finais

A interiorização do ensino médico no Brasil deve levar em consideração a complexidade de regiões de difícil acesso e suas necessidades sociais. O curso médico em Coari no Amazonas tende a contribuir com a distribuição equitativa dos profissionais médicos para regiões de difícil acesso. No entanto, o planejamento dos novos cursos de medicina deve responder às necessidades locais e as especificidades dos territórios e as suas gentes.

A implantação de uma política de formação descentralizada, como foi o caso em Coari, teve diversos fatores que influenciam na fixação de médicos especialistas e docentes: a localização da cidade no interior da Amazônia, cercada por rios e floresta; estruturação dos serviços de saúde da Atenção Básica e da Média Complexidade; oferta de políticas de complementação salarial; questões de transporte; fatores sociais e econômicos locais e regionais.

O curso de medicina em Coari apresenta uma identidade formadora médica eminentemente amazônica, representando uma estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde na região. Compreendemos que o fortalecimento do sistema local de saúde contribui para uma formação integral dos estudantes que tem uma perspectiva metodológica de dialogar com as características do território.

Por fim, entendemos que políticas públicas como a do Programa Mais Médicos contribuem significativamente com o fortalecimento da formação e do sistema de saúde, mas, principalmente, promovem a inclusão das populações que historicamente ficaram excluídas de uma atenção qualificada. O estudo mostrou que a política de formação médica precisa considerar características amazônicas cuja formação de médicos compreenda a realidade e as necessidades dos indígenas, quilombolas e ribeirinhos que vivem da floresta.

Referências

- Almeida Filho, N., Lopes, A. A., Santana, L. A. A., Santos, V. P., Coutinho, D., Cardoso, A. J. C. & Loureiro, S. (2015). Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), 123-134.
- Bardin, Laurence. (2004). *Análise do conteúdo* (5ª. ed.). São Paulo: Edições 70.
- Brasil. Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Brasil. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. (2014). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, F. E., Machado, M. H. & Girardi, S. N. (2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, 44(maio), 13–24.
- Clark, T. R., Freedman, S. B., Croft, A. J., Dalton, H. E., Luscombe, G. M., Brown, A. M., Frommer, M. S. (2013). Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *The Medical Journal of Australia*, 199(11), 779–782.
- Dolzane, R. S. & Schweickardt, J. C. 2020. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE. (2020). **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, Censo Demográfico.
- Kemper, E. S., Mendonça, A. V. M. & Sousa, M. F. de. (2016). The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2785–2796.
- Maciel Filho, R. & Pierantoni, C. R. (2004). O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: Barros, A. F. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise** (v.2, pp.139-162). Brasília: Ministério da Saúde.
- Minayo, M. C. S. (2008). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (10ª. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, P. T. R. (2008). **Desigualdade Regional e o Território da saúde na Amazônia** (1ª. ed.). Belém: EDUFPA.
- Oliveira, F. P. (2018). **As Mudanças na Formação Médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. Brasília. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). **Estatísticas Sanitárias Mundiais, 2012**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Oliveira, F. P., Pinto, H. A., Figueiredo, A. M., Cyrino, E. G., Oliveira Neto, A. V. & Rocha, V. X. M. (2019). Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 23(Suppl. 1), e170949.
- Scheffer, M. (2015). **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: USP.
- Scheffer, M. (2018). **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: USP.
- Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Simões, A. L., Freitas, C. M. & Marques, V. P. 2016. Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. In **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede** (1ª. ed. v. 1, pp. 101–131).
- Schweickardt, J.C.; Kadri, M.R. & Lima, R. T. S. (2019). Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. In: **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS** (1ª. ed., v.1, pp.08-14).
- Silveira, R. P. & Pinheiro, R. (2014). Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia — Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(4), 451-459.
- Universidade Federal do Amazonas. (2015). **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina Campus Médio Solimões**. Coari: UFAM.
- Universidade Federal do Amazonas. (2018). **Proposta de Adequações ao Curso de Medicina de Coari**. Manaus: UFAM.
- Vargas, A. F. M., Vargas, D. S., Campos, M. M. & Caetano, R. C. (2019). Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 23(Suppl. 1), e170903.
- Vieira, S. P., Pierantoni, C. R., Magnago, C., Ney, M. S. & Miranda, R. G. (2018). A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v.42, pp.189–207.

MOVIMENTOS POPULARES DO CAMPO E DAS ÁGUAS: PERCEPÇÕES DO ACESSO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Leandro Araújo da Costa
Vanira Matos Pessoa
Fernando Ferreira Carneiro
Francisco Wagner Pereira Menezes
Luis Lopes Sombra Neto

Introdução

Aproximadamente quinze por cento da população brasileira vive em territórios rurais. A população rural é calculada com base na definição legal de ruralidade, surgida no Estado Novo, em 1938, determinando a sede do município como cidade, definindo o perímetro urbano e a zona rural sendo o que se exclui do urbano (Targa, 2019).

Há populações rurais que não consideram esta terminologia adequada, intitulado-se População do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), ampliando a compreensão das dimensões destes territórios, considerando a natureza como bem comum e as populações como diversas, heterogêneas e singulares, e não um grupo homogêneo agrupado no termo rural (Portaria nº 2.311, 2014; Pessoa, *et al.*, 2018).

Um desafio que persiste no SUS é a consolidação das políticas de promoção da equidade em saúde (PPES), no sentido de superar/minorar as iniquidades (Silva *et al.*, 2014). A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) foi institucionalizada como uma PPES, edificada a partir do reconhecimento da dívida histórica do Estado brasileiro para com a saúde dessas populações (Portaria nº 2.311, 2014; Pessoa *et al.*, 2018; Rückert *et al.*, 2018).

A PNSIPCFA visa promover ações e iniciativas que reconheçam suas especificidades, reafirmando a universalidade, buscando soluções para os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho, reconhecendo os desafios como o acesso aos serviços de saúde (Pessoa *et al.*, 2018). Destaca-se que o acesso aos serviços de saúde e a redução de riscos/agravs decorrentes dos

processos de trabalho e das tecnologias agrícolas são essenciais para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida (Carneiro, *et al.*, 2014).

Nesse sentido, os movimentos populares oriundos do confronto e das contradições do sistema capitalista empreendem lutas por garantia de direitos (Scherer-Warren, 2006), e ousaram ampliar tal terminologia, sendo uma luta contra a invisibilidade e a negação dos direitos sociais das PCFA (Portaria nº 2.311, 2014; Pessoa *et al.*, 2018).

O movimento popular é um sujeito coletivo, um movimento não institucionalizado e formado pelas camadas pobres da população. O movimento popular não é um sujeito histórico fruto da estrutura econômica, mas das condições subjetivas dessa estrutura que luta por garantia de direitos, os quais podem ser efetivados em políticas públicas permanentes e de uso coletivo. A questão central do movimento popular é basicamente construir um novo formato de atuação das organizações da sociedade civil organizada, que lute por melhorias e condições de vida da população e contra o controle ideológico das classes dominantes (Scherer-Warren, 2006).

Desse modo, a participação da sociedade não se restringe somente aos espaços institucionais, já garantidos na forma da lei pelo SUS, como as Conferências e Conselhos de Saúde, mas se apresenta, também, em diversas formas, em um determinado território, onde a população de forma organizada, contribua de forma contínua e permanente, em diálogo com a implantação, consolidação e fortalecimento do SUS, apontando de forma organizada a reorientação do serviço de saúde, para atender às necessidades de saúde e de cuidados das comunidades e dos territórios.

Nesse contexto, o conceito de acesso leva em consideração as seguintes dimensões: disponibilidade, a relação entre o tipo e a quantidade de serviços ofertados diante das necessidades reconhecidas pela população; capacidade financeira, a relação entre custo e oferta dos serviços disponibilizados; acessibilidade, a relação entre disposição e distância dos serviços implantados e os locais de moradia dos usuários; aceitabilidade, o reconhecimento (ou não) dos usuários das ações ofertadas, refletindo no interesse e adesão a elas (Giovannella & Fleury, 1995; Garnelo, *et al.*, 2018).

No SUS o acesso se constitui de forma multidimensional: a dimensão política, refere-se ao desenvolvimento da consciência sanitária e organização popular, as pactuações entre as esferas do poder político, participação popular, de

prestadores de serviços e instituições formadoras de recursos humanos em saúde; a dimensão econômico-social, refere-se à relação da oferta versus demanda, considerando os investimentos por cada esfera de poder (municipal, estadual e federal) e os níveis de complexidade (baixa, média e alta); a dimensão organizacional, capacidade de responder às necessidades pautadas pelos usuários considerando porta de entrada, fluxo de atendimento para questões epidemiológicas, sanitária e social, as barreiras geográficas, regulação, referência e contrarreferência; a dimensão técnica, responsabilização dos trabalhadores, gestores e prestadores públicos ou privados, sendo importante à planificação e organização da rede de serviços com integralidade, acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário; por fim, a dimensão simbólica refere-se aos valores, a compreensão do processo saúde-doença, culturas, crenças e subjetividades (Assis & Jesus, 2012).

Além disso, a Atenção Primária à Saúde (APS), como um dos principais eixos estruturantes do SUS, tem atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, sendo orientada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que está diretamente relacionada a garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente dos grupos de maior vulnerabilidade (Oliveira & Pereira, 2013; Sampaio, *et al.*, 2012; Harzheim & Mendonça, 2013). Um exemplo dessa vulnerabilidade ocorre com a PFCFA, pois mesmo que metade da população mundial viva em territórios rurais, somente 23% dos trabalhadores da saúde estão nestas áreas e 63% dessa população não tem acesso aos serviços de saúde, consequência de financiamento insuficiente direcionado aos espaços rurais, enquanto a população urbana é afetada somente em 33% (Sven, 2015).

A partir do exposto, em relação ao acesso ao SUS e da prioridade deste tema na PNSIPCFA, indaga-se: como os movimentos populares percebem o acesso a ESF nos territórios do campo e das águas no Ceará?

Metodologia

Este manuscrito é resultante da dissertação de mestrado “Análise das práticas da estratégia saúde da família na visão dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará” vinculada ao projeto de pesquisa amplo, que

visa avaliar o processo de implementação da PNSIPCFA em distintos cenários do território nacional. Buscou-se compreender as percepções dos movimentos populares dos campos e águas acerca das múltiplas dimensões do acesso à ESF no Ceará, Nordeste do Brasil.

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, que considera a história, as relações, o mundo dos significados, motivações, valores e atitudes dos sujeitos (Minayo, 2013). Adotou-se a entrevista para a coleta de dados. A entrevista, segundo Gil (2002), constitui excelente técnica nas investigações, apresentando vantagens como: flexibilidade, percepção de expressões corporais e verbais dos sujeitos, tornando-se, uma técnica de fácil aplicação. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado. Foram gravadas e posteriormente transcritas. As questões abordaram situações relacionadas à caracterização dos movimentos populares dos campos e águas do Ceará e o modo de assistir destas populações pela ESF.

A entrevista semiestruturada permite aprofundar pontos relevantes para o pesquisador. Esse tipo de entrevista facilitou a adesão dos participantes ao estudo, pois os mesmos residiam em distintos municípios do Ceará e pertenciam a movimentos populares distintos e com trajetórias diversificadas, em especial no tema da saúde. A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2018.

Os participantes integravam os movimentos populares com atuação no Ceará. Foram definidos considerando dois aspectos centrais: ser integrante de movimentos populares que contribuiu na elaboração da PNSIPCFA e com atuação estadual junto a PCFA. Desse modo, identificaram-se os seguintes movimentos, constituindo os participantes da pesquisa: Comissão Pastoral da Terra (CPT), Comissão Estadual de Quilombolas Rurais do Estado do Ceará (CEQUIRCE), ligada à Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado do Ceará (FETRAECE), ligada à Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultor/as Familiares (CONTAG), Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimentos dos Pequenos Agricultores (MPA), Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE) e o Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais (MPP). Foi incluído o Conselho Pastoral dos

Pescadores (CPP) nesta pesquisa pela relevância desse movimento em suas ações junto ao MPP no Ceará.

Foram entrevistadas três pessoas de cada movimento popular, considerando os seguintes critérios: uma liderança que atua no âmbito estadual (LE); uma liderança que atua no âmbito regional no Ceará (LR); e um liderança local (LL), residente em um território organizado pelo movimento. Um dos sujeitos entrevistados fazia parte de dois dos movimentos pesquisados, sendo os pesquisadores autorizados a utilizarem seu discurso como representativo de ambos os MPs, totalizando-se, assim, 26 participantes da pesquisa, membros de 9 MPs distintos.

Adotou-se a análise do discurso, que auxilia na compreensão de como as pessoas pensam e agem no cotidiano em que estão inseridas, no caso, o território do campo e das águas. Partiu-se dos ensinamentos de Orlandi (2000), onde a análise do discurso consiste na extração dos sentidos dos textos, considerando que a linguagem, enquanto trabalho simbólico não é transparente, mas parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

Durante a realização da análise do discurso dos entrevistados, foram emergindo de forma espontânea as categorias de análise de acordo com o que foi sendo relatado a partir da entrevista realizada. Foram elencadas as seguintes categorias: aspectos/características das principais dimensões do modo de viver das populações do campo e das águas; práticas populares de saúde que se subdividiram em subcategorias, sendo práticas promotoras de saúde e práticas curativas; percepção do SUS com as subcategorias: modo de atuar da ESF e acesso aos serviços de saúde; transformações territoriais com impacto no modo de vida tradicional na saúde e a participação popular.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo-lhes garantidos todos os direitos versados nas resoluções 466 de dezembro de 2012 e 510 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo parecer nº 636.427/2014, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

Resultados e discussão

O conceito de acesso traz consigo a ideia de não o restringir à entrada nos serviços de saúde (Oliveira & Pereira, 2013). Considerar o acesso, é

fundamental para entender como a população que vive em territórios com barreiras de deslocamento pode acessar os serviços de saúde, como elas percebem o funcionamento do mesmo.

Nesse sentido, existem diversos fatores que determinam o acesso aos serviços de saúde nos territórios rurais, sendo categorizados nas dimensões políticas, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica (Strasser & Neusy, 2010). Nessa perspectiva, afirma-se: “[...] o pessoal do campo tem uma vida bastante difícil, o acesso a saúde é complicado porque não tem atendimento estruturado em todas as comunidades no interior, no caso de urgência é difícil atender as pessoas” (LL FETRAECE/CONTAG).

Já a LR do MPA diz:

É um acesso muito dificultoso, [...] não é próximo onde a gente mora [...] existe a dificuldade de acesso até esse local (Posto de Saúde), sem contar que é precário também, às vezes, você chega, não tem o médico, o médico não foi, ou, às vezes, para receber um medicamento não tem, [...] é injusto com a vida das pessoas (LR MPA).

A PFCFA permanece com relevante dificuldade de acesso a diversas políticas públicas (Harzheim, 2013). Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde é considerado elemento essencial e o primeiro passo na assistência no SUS, por isso, a PNSIPCFCA tem descrito a prioridade do acesso destas populações à atenção integral à saúde (Brasil, 2013).

Ressaltam-se barreiras que dificultam o acesso, sendo consequência da determinação social da saúde, como o caso das barreiras geográficas, relevantes neste cenário.

Uma comunidade não ter estrada, isso também é uma forma de impedir uma comunidade em ter acesso a saúde, porque muitas vezes os carros não podem passar, às vezes os lugares são meio distantes, a pessoa precisa de um atendimento de urgência, então, o carro às vezes não vai buscar [...] (LE MPA).

Ademais podemos considerar o seguinte: “É distante o atendimento, é difícil o acesso, as condições geográficas são dificultadas, são comunidades que

não tem nem acesso de carro, estradas não são boas para circulação dos carros” [...] (LR CPP).

Em regiões litorâneas, onde vive a população das águas, o acesso ao serviço de saúde apresenta particularidades, como dunas de areia, rios e os movimentos da maré, o que dificulta a chegada até os SS:

Não é muito viável, não é bom, você tem que ter dinheiro, às vezes ambulância não está aqui, aí a pessoa aluga o carro, vai fiado, para chegar onde tem uma pessoa doente, se for longe tem que vir de bugre, às vezes, o carro não vai até lá (LL MONAPE).

Pessoa *et al.* (2018) afirmam que o acesso à saúde nos territórios dos campos e águas está vinculado às condicionalidades, tais como: distância das localidades rurais ao serviço de saúde; más condições das estradas de acesso nas áreas rurais; presença de barreiras geográficas; escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde aos territórios rurais; falta de transporte público para a PCFA e de acesso a meios de comunicação; ausência de ponto de apoio adequado para o atendimento nas localidades; recepção pouco qualificada, com falta de acolhimento ao usuário no SS; e interrupção frequente da longitudinalidade, por alta rotatividade de profissionais da saúde, especialmente o médico.

A informação e a comunicação são elementos importantes para a garantia do acesso, estando essas dimensões prejudicadas nos territórios rurais, contribuindo para a maior dificuldade de acesso aos dispositivos de saúde:

[...] nas cidades é mais fácil (o acesso) por duas questões, porque a informação e a comunicação são mais fáceis de chegar e estão (as pessoas) mais próximos do serviço de saúde, ou seja, todo dia tem profissional no hospital ou na cidade. (LE FETRAECE/CONTAG).

Ademais, a ausência de infraestrutura adequada colaboram na dificuldade do acesso na área rural, como o caso da inexistência de rede elétrica, ou nem sempre existe rede de transmissão de energia que permita uso de determinados equipamentos, sobretudo no caso dos equipamentos utilizados na consulta odontológica: “[...] tem um aparelho de fazer o tratamento dentário no posto, mas a energia não é adequada para suportar aquilo, então, é mesmo que não ter, não

tem a utilização, daí a gente se torna prejudicado [...]” (LL CEQUIRCE/CONAQ).

Outro elemento relatado, que se associa com a dificuldade do acesso, é a limitação no número de consultas: “Você chegar lá (Posto de Saúde), muitas vezes não é atendido, aí fica um posto para várias comunidades, tem que se organizar e tudo precisando chegar muito cedo para poder ser atendido [...]” (LE MST).

Em algumas situações não é garantido o transporte para os profissionais se deslocarem até a ZR, algo que em alguns territórios apresenta-se de forma recorrente: “[...] de vez em quando a gente sabe que a equipe não foi porque o médico não veio, porque não tinha gasolina ou porque o carro quebrou, então, essas situações, elas são assim constantes [...]” (LE FETRAECE/CONTAG).

Ademais, quando se consegue acesso à APS e há necessidade de encaminhamento ao serviço secundário ou realização de exames complementares, esta população enfrenta mais uma barreira:

[...] o pessoal tem que ir marcar na secretaria de saúde, às vezes, o dia ela tem que ir muito cedo para poder pegar a ficha, então, tem umas limitações e dificuldades para quem mora no campo fica mais difícil. Ter que chegar cedo, às vezes quando chega as filas já estão enormes, então, eu vejo um pouco mais dificuldade para essa questão do acesso, a questão das especialidades (LE MPA).

As barreiras organizacionais são situações que obstaculizam a capacidade das pessoas na utilização dos serviços de saúde, incluindo o tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais e continuidade do tratamento (Oliveira & Pereira, 2013).

Assim, o acesso aos serviços de saúde obedece a uma forma de organização realizada pela ESF, que permite alguns grupos prioritários serem priorizados, como explicado abaixo:

Acho que acompanhamento das gestantes, desde que a criança nasce já tem o acompanhamento do seu nascimento, posterior desde a pesagem, a vacinação, o acompanhamento aos hipertensos, diabéticos, as visitas acamadas, os acamados, principalmente, que não conseguem se deslocar, não consegue ir a unidade de saúde [...] (LE MST).

Ainda que apresentando numerosas dificuldades por essas populações, foram constatadas afirmações de experiências da melhoria do acesso à ESF na atualidade, destacando-se o agendamento das consultas e o atendimento na unidade:

Está sendo (acesso à ESF) bem mais fácil. Era mais difícil, [...] as pessoas estão achando legal, o posto agora está bonito, o atendimento está ótimo. A gente trabalha com agendamento, faz todo um agendamento para médico, enfermeiro, odontologia, estão sentindo assim, não estão precisando passar horas e horas ou ficar esperando bem cedinho, tentar conseguir uma ficha, o nosso posto, uma unidade laboratório (LR MAB).

Nesse sentido, tal discurso difere dos anteriores, o que demonstra a diversidade de modos de funcionamento das equipes da ESF nos territórios. A expansão da ESF possibilitou diversas experiências exitosas na APS, como é o caso das iniciativas impulsionadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que teve como objetivo reorientar o processo de trabalho e organizar o funcionamento das unidades de saúde (Oliveira & Pereira, 2013).

A ESF cumpre papel fundamental no acesso aos serviços de saúde nos territórios dos campos e das águas:

[...] a equipe de saúde da família para nós dos territórios, ela é de extrema importância. Primeiro que antes disso era bem mais difícil, que mesmo com toda a dificuldade de acesso, a gente consegue a consulta, mesmo que demore algumas informações, mesmo que fragmentada [...]. (LR CEQUIRCE/CONAQ).

Percebe-se uma compreensão no avanço na ESF, enquanto modelo assistencial. Identifica-se a fragmentação, mas é reforçada a importância do modelo na garantia do acesso.

Há presença de profissionais da equipe mínima da ESF: “Tem agente comunitário, enfermeiro, médico, dentista, técnico de saúde bucal” (LE CPP). E destacam a atuação do agente comunitário de saúde: “[...] tem agente de saúde, nossa agente de saúde trabalha muito bem, ela já sabe o que tem o pessoal, o cuidado, ela tem até o medicamento que seja para febre, dor de cabeça [...]” (LE MAB). O acesso a profissionais de saúde bem treinados

e motivados contribui para alcançar cuidados em saúde de qualidade às populações rurais (Strasser & Neusy, 2010).

Além do atendimento de profissionais da equipe da ESF, é possível constatar a existência de acesso no TCA a outros profissionais de saúde, apontando para a mudança do modelo de atenção:

[...] até certo tempo, o atendimento ficava muito centrado no médico, no enfermeiro e no dentista, recentemente, não tão recentemente, a gente já vê, por exemplo, um nutricionista, tem também, psicólogo, então, por exemplo, são acessos que ficavam centrados muito na cidade, mas já tem algumas agendas que ele vai até o postinho. (LE FETRAECE/ CONTAG).

Desse modo, percebem a presença de um atendimento multidisciplinar, configurado na atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), mostrando a percepção da ampliação das possibilidades do cuidado.

O NASF-AB foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o intuito de apoiar a consolidação da APS no Brasil por meio de ações de promoção e atenção à saúde para contribuir com as ações da ESF. A presença do NASF-AB, apesar do seu recente descredenciamento, é um avanço no acesso a outros profissionais de saúde na ESF, representando relevante mudança do modelo assistencial (Sales *et al.*, 2019).

Ainda assim, quando não se faz possível no acesso ao serviço localmente, é possível garantir o transporte que leva os usuários até outro local de atendimento: “[...] na medida do possível a gente tem nos nossos interiores, as ambulâncias que fazem o socorro [...]” (LL MST). Abaixo corroboram:

[...] tem comunidades que ficam numa cidade e acaba indo fazer, por exemplo, a fisioterapia em outra, que precisa do carro nas comunidades pequenas. O município/secretaria de saúde, ela tem o carro que leva as pessoas, da sede para outra sede (LR MST).

O discurso acima denota uma compreensão do apoio logístico, garantido pelo SUS, mostrando que há um sistema de saúde que busca garantir o acesso.

O acesso à saúde das PCA também foi fortalecido com o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Este trouxe provimento de médicos para a APS,

melhoria na infraestrutura nos serviços de saúde e a reorganização curricular da formação médica (Miranda, Mendes, Silva & Santos, 2017).

[...] queria destacar uma das coisas que eu diria mais importante, de impacto enorme na saúde pública, o Programa Mais Médicos, porque ele foi implantado não só para suprir a carência de médicos brasileiros, mas implementar uma ação na atenção básica (LE FETRAECE/CONTAG).

O PMMB apresentou-se como estratégia de fortalecimento da APS, tendo como uma de suas iniciativas levar profissionais médicos para regiões onde havia escassez, preconizando investimentos na construção, reforma e ampliação das unidades básicas de saúde e instituindo mecanismos de qualificação da formação médica. Alguns autores destacam a ampliação do acesso, alcançando cobertura de quase 100% da população nos municípios de pequeno porte do país, incidindo sobre os problemas de carência de quantidade e distribuição de profissionais médicos no território nacional (Miranda *et al.*, 2017).

A experiência brasileira do PMMB, com a vinda de profissionais de outros países, atuantes sob outro paradigma de saúde, provocou mudança na concepção de acesso aos serviços de saúde, com outra perspectiva na relação com a comunidade:

[...] uma das ações que eu acho que fez um certo avanço, foi o Programa Mais Médicos, na nossa região tem um médico cubano, ele é o cara, um profissional daquele ali precisa ser valorizado [...]. Eu ando muito no interior e, às vezes, encontro com ele, ele fazendo visita às pessoas, de forma tão humilde, fico admirada [...] (LR FETRAECE/CONTAG).

Um fator agravante da situação é a desigualdade distributiva dos médicos, profissional de maior dificuldade de fixação, reflexo da preferência destes em fixar-se em cidades de maior porte populacional, localizadas em regiões economicamente mais desenvolvidas. Permanece, desta forma, como um desafio, o avanço do acesso à saúde para a população do campo, pela reduzida quantidade de profissionais disponíveis para ocupar os postos de trabalho existentes. Em muitos municípios, identifica-se a redução da carga horária de trabalho para os médicos, associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na APS (Stralen *et al.*, 2017; Miranda *et al.*, 2017).

Considerações finais

O marco de trinta anos de existência do SUS e a implantação da ESF demonstram alguns dos avanços no acesso à saúde das populações rurais no Ceará. Ressalta-se que a PNSIPCFA elaborada conjuntamente com os movimentos populares representou passo relevante na direção de qualificar o acesso. Entretanto, assim como apontado neste estudo, a efetivação do acesso à ESF persiste como desafio que precisa ser destacado nas agendas dos movimentos populares e nos incentivos para realização de estudos nesta área do conhecimento, na medida em que ainda existem diversos desafios a serem superados, como barreiras geográficas, dificuldades estruturais, comunicação insatisfatória, pouca integralidade da RAS, dificuldade na fixação profissional, dentre outros.

Portanto, é fundamental o diálogo das equipes de saúde com esses movimentos sociais na construção de um modelo de atenção que considere as diversidades das populações rurais no processo saúde-doença. Neste sentido, também é necessário que a ESF considere a construção histórica e coletiva dos movimentos populares dos campos e das águas na luta contra todas as formas de opressão e dominação, bem como possibilite a promoção do diálogo junto aos movimentos populares pela edificação de um modelo de atenção à saúde que possibilite o rompimento das diversas barreiras e crie “pontes” que dimensionem o acesso aos serviços de saúde em seu conceito ampliado.

Referências

- Assis, M. M. A., Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, 17(11), 2865-2875.
- Bitoun, J. & Miranda, L. I. B. (2015). A tipologia regional das ruralidades brasileiras como referência estratégica para a política de desenvolvimento rural. **Raízes**, 35(1), 137-142.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Carneiro, F. F., Rigotto, R. M. & Augusto, L. G. S. (2014). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde** (pp. 107-116). São Paulo: Expressão Popular.
- Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C. & Herkrath, F. J. (2018). Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, 42(11), 81-99.
- Gil, A. C. (2002). **Como elaborar projetos de pesquisa** (4a ed.). São Paulo: Atlas.



GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REPERCUSSÕES A PARTIR DE PESQUISA-AÇÃO

Marciele Guimarães Fagundes
Solena Ziemer Kusma
Milene Zanoni da Silva

- Giovanella, L., Fleury, S. (1995). Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In Eibenschutz, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado** (pp. 177-198). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Harzheim, E. & Mendonça, C. S (2013). Estratégia saúde da família. In Duncan, B. B. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências** (pp. 77-83). Porto Alegre: Artmed.
- Minayo, M. C. S (2013). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (14ª. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Miranda, G. M. D, Mendes, A. C. G., Silva, A. L. A & Santos P. M., Neto (2017). **A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros**. *Trab. Educ. Saúde*, 15(1), 131-145.
- Oliveira, M. A. C. & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.*, 66(12), 158-64.
- Orlandi, E. P. (2000). **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes.
- Pessoa, V. M., Almeida, M. M. & Carneiro, F. F. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. *Rev. Saúde Debate*, 42(1), 302-314.
- Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília-DF.
- Rückert, B., Cunha, D. M. & Modena C. M. (2018). Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Rev. Interface comunicação, saúde e educação*, 22(66), 903-14.
- Sales, J. C. S., Branco C. O. C., Reis, J. F., Mendes, P. N., Silva Junior, F. J. G. & Valle A. R. M. C. (2019). **Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros**. *Escola Anna Nery*, 24 (1), 1-8.
- Sampaio, L. F. R., Mendonça C. S. & Turci, M. A. (2012). Atenção primária à saúde no Brasil. In Gusso, G. & Lopes, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade** (pp. 52-69). Porto Alegre: Artmed.
- Scherer-Warren, I. (2006). **Das mobilizações às redes de movimentos sociais**. *Sociedade e Estad.*, 21(1), 109-130.
- Silva, F. C. C. M., Gonçalves, J. W. S., Santorum, J. A., Souto, K. M. B., Souza, M. S. & Pessoa, V. M. (2014). **Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas** (pp. 13-26) Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha.
- Stralen, A. C. S. V., Massote A. W., Carvalho C. L., Carvalho, C. L. & Girardi S. N. (2017). Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis*. 27(1), 12-27.
- Strasser, R. & Neusy, A. J. (2010). Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bull World Health Organ*, 88(10), 777-782.
- Sven, T. (2015). Rural health inequities: data and decisions. *The Lancet*, 385(998), 1803-1812.
- Targa, L. V. (2019). Área rural. In: Gusso G. & Lopes J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade** (pp. 431-442). Porto Alegre: Artmed.

Introdução

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), cuja porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde (APS), considera o processo saúde-doença de forma complexa, integral e sistêmica e seu foco de ações visa à promoção da saúde da população. Grupos de Promoção da Saúde (GPS) podem auxiliar os serviços pautados em promoção da saúde, protagonismo social e participação cidadã.

Contudo, são raras pesquisas acerca de repercussões de GPS (são mais comuns os de prevenção) em funcionamento que caracterizem intervenções, a fim de compreender as potências e os desafios desses grupos. A fundamentação teórica para formação de grupos tem base em promoção da saúde e educação popular em saúde, como propagou Freire. Logo, o objetivo deste trabalho, realizado durante pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), foi compreender as repercussões de um GPS que ocorre numa Unidade de Saúde (US) de Curitiba e descrever sua fundação e atuação, pela perspectiva dos participantes do grupo. Para tanto, utilizou-se a pesquisa-ação como metodologia deste estudo.

Revisão de Literatura

A Promoção da Saúde (PS) tem como princípio-chave participação social ativa e cidadã, com empoderamento como pressuposto, que permite mudanças nos determinantes sociais da saúde (DSS). Articulando-se com outras redes de proteção social, a PS visa equidade, qualidade de vida, redução de vulnerabilidades e riscos à saúde gerados pelos DSS, convocando indivíduos e comunidades a assumirem o controle sobre os fatores que afetam sua vida e bem-estar (Sicoli & Nascimento, 2003; Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Em interface com a PS, encontra-se a Educação Popular em Saúde (EPS), de produção de novos saberes que possibilita autonomia (Prado, Falleiro, & Mano, 2011), buscando ampliar participação popular nos serviços de saúde. (Brasil, 2007; Vendruscolo, Ferraz, Prado, Kleba & Reibnitz, 2016).

Paulo Freire não foi o autor da Educação Popular, mas o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência do movimento do trabalho intelectual a serviço das iniciativas populares de enfrentamento de problemas e de solidariedade. Esse autor difundiu a Educação Popular por meio de seu livro “Pedagogia do Oprimido” e descreveu cinco princípios que considerava fundamentais aos educadores: saber ouvir, desmontar a visão mágica, aprender/estar com o outro, assumir a ingenuidade dos educandos(as) e viver pacientemente impaciente. Sua pedagogia sugere uma educação emancipadora (Brasil, 2007).

A EPS tem como princípios: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e construção de projeto democrático e popular. Para implementá-la, faz-se necessário fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, com mobilização pelo direito à saúde e qualificação de políticas públicas (Brasil, 2013).

Estratégias para operacionalizar PS e EPS são os Grupos de Promoção à Saúde (GPS), pautados na construção de relações colaborativas, estimulando autonomia e PS. Valorizam saberes populares e culturais e permitem ampliar capacidades e habilidades diante da vida, reconhecendo-se sujeito na produção de saúde (Santos, Ros, Crepaldi & Ramos, 2006; Soares, 2014). Promovem produção de conhecimento horizontal, dialógica de troca e compartilhando experiências. Podem desenvolver-se nas Unidades de Saúde (US), que devem estar “a serviço da formação da cidadania, ensejando conhecimento dos problemas de saúde do país e viabilizando a participação ativa dos usuários do serviço nos problemas locais de saúde”. (Lefevre & Lefevre, 2004, p. 53).

Na APS, PS auxilia em reorientação assistencial e redução do sofrimento da população, envolvendo a intersetorialidade para facilitar o alcance dos objetivos. Em Unidades de Saúde, a PS se torna espaço de diálogo e acolhimento (Bornstein, 2017; Norman, 2013).

É preciso diferenciar práticas preventivas das práticas de PS focadas na erradicação das doenças (Lefevre & Lefevre, 2004). Aos GPS, diferente dos

grupos de prevenção e controle de agravos, o conceito de saúde é positivo e multidimensional, seu modelo de intervenção é participativo e cooperativo e seus objetivos são contínuos, gerando autonomia e mudança de atitudes que alcancem saúde e condições de vida. Suas atividades dão-se conforme as necessidades do grupo e o coordenador tem função de ouvir demandas e facilitar os objetivos do grupo (Santos *et al.*, 2006).

GPS podem auxiliar em construção e aperfeiçoamento de serviços associados ao conceito positivo de saúde, pautando-se em PS, protagonismo social e participação cidadã (Brasil, 2013).

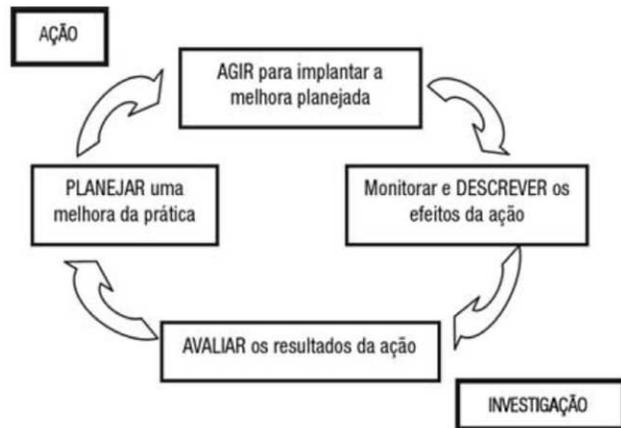
Método

Utilizou-se a pesquisa-ação (Tripp, 2005) que foi de natureza exploratória qualitativa e deu-se numa Unidade de Saúde de Curitiba com foco em um grupo intitulado “Grupo de Cidadania” — criado por profissionais, médicos residentes e usuários da US, de encontros mensais desde 2016, tendo sido avaliado nesta pesquisa-ação por dois anos até setembro de 2018.

Os sujeitos da pesquisa foram usuários (codificados como E1 a E6) e profissionais de saúde (codificados como R1 e R2) que participaram do processo de criação e desenvolvimento do grupo, bem como das duas oficinas de reflexão, que ocorreram em agosto e setembro de 2018. Foram incluídos usuários e profissionais da saúde que participaram de pelo menos 50% dos encontros (houve recusas por indisponibilidade para participar da pesquisa) e excluídos os com evidentes dificuldades cognitivas e de comunicação e menores de idade. Este estudo teve aprovação pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal do Paraná (parecer CAAE 2.580.383) e da Prefeitura Municipal de Curitiba (parecer CAAE 2.660.834).

Seguiu as etapas da pesquisa-ação, segundo Tripp (2005): a. Planejar e Agir: descrição da criação e ações do grupo; b. Monitorar e avaliar: descrição das Oficinas de Reflexão (OR).

Diagrama 1: Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação.



Fonte: Tripp, 2005.

Este trabalho incluiu dados do Diário de Campo (DC) da pesquisadora coletados desde o planejamento do grupo, com relatórios dos encontros e lista de presenças, e gravações de duas OR. As oficinas aconteceram na forma de roda de conversa, a partir de perguntas disparadoras sobre as temáticas: Determinantes Sociais da Saúde da área, perfil de problemas de saúde da comunidade, priorização de ações para grupos vulneráveis, participação de profissionais de saúde do território, processo de trabalho do grupo e se resultados do grupo são reconhecidos e pactuados no planejamento da US (Kusma, 2011).

As OR foram gravadas e transcritas para posterior análise. A partir da leitura dos discursos foram construídas duas categorias: a. repercussões individuais e interpessoais do grupo; b. repercussões institucionais e comunitárias do grupo. A análise de conteúdo dos dados ocorreu conforme Bardin (2010).

Resultados e discussão

As etapas da pesquisa estão resumidas no quadro 1.

Quadro 1. Etapas da pesquisa-ação

Etapas	Descrição	Descrição dos resultados
Etapa Planejar	Criação do Grupo	Definição dos objetivos do grupo e nome Aprovação de local, como seria a participação comunitária, organização dos encontros Aprovação de temas de interesse para a comunidade
Etapa Agir	Ações realizadas	Atividades de sustentabilidade ambiental: lidando com os resíduos do território Bingo da Saúde Oficinas sobre autocuidado em escolas
Etapa Monitorar e Avaliar	Oficinas de reflexão (OR)	Diagnóstico situacional Reorientação das ações do grupo Propostas de melhoria para o grupo a partir das repercussões

Fonte: Autoras, 2019.

Etapas planejar e agir: criação e ações do grupo

O planejamento inicial do grupo surgiu da necessidade de melhor conhecer a comunidade, dentro da residência em Medicina de Família e Comunidade, atuante naquele serviço. Conforme DC, percebia-se uma lacuna de abordagem comunitária e de ações de promoção e educação em saúde na US. Predominavam na APS, ações focadas na doença em detrimento de PS (Becchi *et al.*, 2014; Machado, Dias, & Forte, 2015).

Conforme DC, o grupo foi criado a partir de diálogos entre integrantes da residência médica local com outros profissionais da US, comunidade e conselho local de saúde. Seu objetivo era promoção da saúde e cidadania, buscando propostas para resolver problemas locais além do funcionamento da US. Foi denominado, democraticamente, “Grupo de Cidadania”, condizente com o conceito ampliado de saúde (Dalmolin *et al.*, 2011) e com atitudes cidadãs.

Entende-se que “um cidadão deve atuar em benefício da sociedade, bem como esta última deve garantir-lhe os direitos básicos à vida, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, trabalho, entre outros” (Brasil, 2018, p.4). Desde sua criação, em 2016, participaram dos encontros do grupo de cidadania quatro a 38 pessoas, com

média 10. Os encontros eram abertos à comunidade e aconteciam mensalmente, com a participação de lideranças comunitárias, profissionais da US, usuários e residentes.

Do grupo ser pequeno, mas aberto a todos. Qualquer um pode trazer uma pauta e a pauta pode ser discutida e não existem restrições. [...] E que cidadania e saúde são coisas inseparáveis E1.

Foram definidos de forma participativa temas prioritários para ação comunitária: problemas de saúde mental, drogadição, violência doméstica, autocuidado, descarte de resíduos, morbidades por causas externas, doenças crônicas relacionadas a estresse e estilo de vida não saudável e desemprego. As ações do Grupo da cidadania iniciaram em sustentabilidade ambiental (conforme DC).

Decidiu-se utilizar para os encontros a estrutura física da US por ser considerado, pelos participantes, ambiente de diálogo livre, quebrando a relação tradicionalmente vertical entre usuários e profissionais da saúde. O grupo teve como proposta ser um espaço horizontal de construção e valorização dos saberes comunitários, permitindo abordar a temática saúde para além do modelo biomédico, focado na doença (Bittar & Lima, 2011).

Esse trabalho é um 'dos melhor', [...] porque é neutro. Quando chega na associação [de moradores], a gente é limitado [...]. Já, nós aqui somos livres, fazemos o que a comunidade precisa. E1 [grifo nosso].

Aqui é um lugar que dá pra falar dessas coisas. E2.

Espaços públicos precisam ser ampliados ao exercício do diálogo, fundamental para aproximar profissional e popular. Nas US, permanece desafiador obter diálogo libertador por uma educação problematizadora (Bittar & Lima, 2011). Compreender EPS como potência ao trabalho em saúde é aspecto de importante reflexão, exigindo espaço dialógico (Bornstein, 2017).

Segundo análise documental, os encontros aconteciam por meio de rodas de conversa, por facilitação de diálogo problematizador. Os princípios norteadores do grupo foram pautados de acordo com Santos *et al.* (2006): cooperação, autenticidade, sigilo, compromisso e escuta ativa, num clima espontâneo de integração. Os coordenadores do grupo, que eram médicos residentes, registravam

as narrativas e questões tratadas para análise e discussão, conforme necessidades e objetivos do grupo (Santos *et al.*, 2006).

Dentre as ações realizadas, ocorreram mutirões de coleta de resíduos nas imediações da US, reflexões sobre autocuidado com finalidade de promover o grupo perante a comunidade e atividade de autocuidado para escolares. Esta última ocorreu após decisão do grupo sobre levar informação às crianças, potenciais influenciadores familiares, estimulando comportamento aprendido (Silva, 2009).

Aquele trabalho [na escola] acho que foi um dos melhores. E1.

Ter chegado na escola também foi importante, que não havia abertura E3.

Papel do cidadão pra mim é compartilhar o conhecimento. R1.

Monitorar e avaliar: descrição das oficinas de reflexão

A partir dos critérios de inclusão, foram analisados os discursos de seis usuários e dois profissionais da saúde que participaram das duas oficinas de reflexão.

Dos seis sujeitos da comunidade mais presentes nos encontros e que participaram das OR, a idade média foi 70 anos, 2/3 declararam-se brancos, 2/3 estudaram até o ensino fundamental incompleto e metade eram lideranças ou participavam de outros grupos comunitários (tabela 1). Os profissionais da saúde eram residentes de Medicina de Família e Comunidade, brancos, 26 e 27 anos, um formado em Universidade privada e outro, em pública.

Tabela 1. Caracterização da população participante do grupo

SUJEITO	IDADE	SEXO	RAÇA	ESCOLARIDADE	AÇÃO LOCAL	OCUPAÇÃO
E1	68	F	NEGRA	1 GRAU COMPLETO	LÍDER	APOSENTADA
E2	69	M	BRANCO	1 GRAU INCOMPLETO	USUÁRIO	MÚSICO
E3	79	M	BRANCO	1 GRAU INCOMPLETO	USUÁRIO	APOSENTADO
E4	59	M	BRANCO	1 GRAU INCOMPLETO	LÍDER	CORRETOR DE IMÓVEIS
E5	71	F	BRANCA	1 GRAU INCOMPLETO	LÍDER	APOSENTADA
E6	78	F	PARDA	1 GRAU COMPLETO	USUÁRIO	DO LAR
R1	26	M	BRANCO	SUPERIOR COMPLETO	PROF.SAÚDE	MÉDICO
R2	27	F	BRANCA	SUPERIOR COMPLETO	PROF.SAÚDE	MÉDICA

Fonte: Autoras, 2019.

Repercussões institucionais e comunitárias do “Grupo de Cidadania”

Nas dimensões institucionais e comunitárias, as subcategorias evidentes incluíram relação ensino-serviço-comunidade, longitudinalidade do cuidado e DSS.

A partir das oficinas foi possível perceber que o grupo aprimorou a relação ensino-serviço-comunidade, ao aproximar profissionais da saúde em formação com aquela comunidade, integrando experiências, conhecimentos e percepções do conceito ampliado de saúde (DC). Houve, portanto, aprendizagem significativa dos médicos residentes, por meio da integração entre ensino, trabalho e cidadania, aproximando a formação profissional e científica das reais necessidades do SUS (Brasil, 2005; Shikasho, 2013).

Além disso, verificou-se que a integração entre formação e serviço trouxe mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde.

O que é falado aqui dentro, a gente também conversa na reunião da equipe e discute, tentando melhorar o trabalho. R1.

Muitas coisas de atendimento da unidade melhoraram como reflexo dos temas e problemas que eram discutidos nas reuniões. R2.

A fala de R2 se referia ao acolhimento, conteúdo de consultas e atividades educativas da US (DC). Importante destacar que as reflexões do grupo foram legitimadas pelo Conselho Local de Saúde e pela reunião interna dos profissionais da US, evidenciando potencial influência da participação popular sobre gerenciamento e reorientação das políticas públicas (Brasil, 2007).

Outra repercussão que pode ser percebida, a partir das falas dos usuários da US, foi que ocorreu um fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, qualificando a escuta e o cuidado em saúde, a partir dos encontros do Grupo de Cidadania. Isto traz a concepção da longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, ampliando as relações entre paciente e profissional para além do manejo da doença. (Brasil, 2007; Starfield, 2002)

Tá tendo o que nunca aconteceu aqui [...] e em nenhum posto de saúde de ter uma equipe médica interessada pelo nosso bem-estar. E1.

Quando aqui não tinha médico, [...] eu vim trazer o resultado, cadê o médico. [...] Tem que [...] dá glórias a Deus e pedi a Ele todo dia ‘pros médico’ daqui ‘ficá’. Tá bem melhor. E4.

É conhecido que a grupalidade aproxima pessoas, usuários do serviço e profissionais de saúde, pois gera vínculo e produz vantagens, como acolhimento, coleguismo, um ficar à vontade, ambiente propício a abordar angústias e senso de pertencimento comunitário (Bittar & Lima, 2011; Matias, 2017).

A relação entre profissionais e usuários participantes é comparável àquela entre aluno e professor, destacando-se aqui a horizontalidade. Não se aprende democracia ou cidadania sem exercê-las e nem a atuar profissionalmente, conforme princípios do SUS e trabalho intersetorial e multiprofissional, se a formação não foi conforme esses princípios e junto das demais formações (Moretti-Pires & Bueno, 2009).

A participação de profissionais na EPS rompe com a tradicional educação em saúde autoritária e normatizadora que favorece construção de uma sociedade em que a classe popular, geralmente subalterna e explorada, constitua-se de sujeitos ativos e importantes para definir suas diretrizes culturais, políticas e econômicas (Brasil, 2007).

Outro destaque foi o fortalecimento das parcerias entre US e demais instituições que apoiam aquela comunidade, como assistência social, grupos comunitários e associações de moradores, o que favorece a consolidação da APS para a ordenação da RAS, no que tange o cuidado humanizado e a articulação transversal com todos os equipamentos sociais locais e na articulação desta com demais redes de proteção social (Matias, 2017; Brasil, 2015)

Repercussões individuais e interpessoais do “Grupo de Cidadania”

Foi evidente, a partir das falas, que a participação em um grupo de promoção da saúde ampliou a percepção das pessoas sobre os problemas coletivos experienciados no território. Além disso, trouxe maior senso de pertencimento, o que mobilizou alguns membros da comunidade para ação e transformação.

As pessoas ficavam [...] só reclamando, agora as pessoas estão participando e está surgindo mudanças E4.

Comecei a perceber os problemas locais, a gente consegue ver o que no bairro que dá pra ser mudado aqui pelas próprias pessoas do bairro. Permite estratégias de mudanças a partir desse reconhecimento E5.

Uma melhora pessoal também, na conscientização dos problemas. [...] É uma chance de empoderamento R2.

Vale lembrar o empoderamento como pressuposto da PS (Prado *et al.*, 2011). Perceberam-se resultados dessa mudança de atitude, num processo transformador produzido sobre os participantes do grupo e por eles percebido. Conforme os desdobramentos do grupo, observa-se o valor de uma educação libertadora – neste caso, em saúde –, que visa desenvolver tomada de consciência e atitude crítica (Vicentini & Verastegui, 2015).

Este grupo tem-se configurado ambiente para estímulo de habilidades para a vida, como autoconhecimento, empatia, manejo de emoções, assertividade, podendo auxiliar para capacidades emocionais, sociais e cognitivas, proporcionando lidar melhor com situações conflituosas de forma mais assertiva. Um grupo pode estimular mudanças na vida do participante, como ressocialização, aprendizado e maior autoestima (Bittar & Lima, 2011).

A pedagogia libertadora idealiza transformar alunos e professores em indivíduos que sabem ver e refletir criticamente a realidade e agem para modificá-la (Brasil, 2007). Extrapola-se isso à EPS entre usuários e profissionais da saúde, pois EPS “valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico”. Enfrenta os problemas de saúde encontrados, ao mesclar atividade médica e pensamento popular. (Falkenberg, Mendes, Moraes, & Souza, 2014, p.851).

Numa gestão democrática, quem faz parte na ação tem noção de pertencimento. Os GPS valorizam a decisão dos sujeitos em construir propostas e podem ir além da pauta das atividades corriqueiras das US. Incentivam maior autonomia dos participantes por maior qualidade de vida (Silva, 2009), embora o conceito ampliado da saúde já possa abarcar esses aspectos (Vendruscolo *et al.*, 2016).

Este grupo tornou-se espaço para EPS e alguns participantes destacaram seu impacto interpessoal, familiar e noutros grupos dos quais também participam.

Aqui, aprendemos a fazer algo pelo outro. [...] Não somente ficar reclamando. E3.

Mudou em relação à família, porque tudo que ouvimos aqui nós repassamos. E4.

Coisas de higiene, que as pessoas estão cuidando mais do jardim, colocando areia nos vasos, fechando o bueiro [...] Levo coisas que aprendo aqui [...]. Que a própria saúde depende de nós [...], pra mãe que fuma pra ficar bem distanciado [...] e melhorar a qualidade deles E2.

Como é bom informar a população, propiciar conhecimento. O que discute aqui, as pessoas levam de aprendizagem pra casa e isso gera mudança. Levar pra si, casa, pros amigos, pra comunidade. E6.

Percebe-se, pois, que as repercussões individuais são interpessoais, sendo que, ao olhar para o outro e para o meio, eu me percebo e cuido de mim. Ou seja, lutando pela saúde do outro, promove-se a própria saúde. Segundo Santos *et al.* (2006), a participação em grupos de promoção da saúde favorece melhorias em diversos aspectos da vida e a própria convivência em grupo contribui para melhor qualidade de vida, propiciando equilíbrio biopsicossocial.

A partir dos discursos acima citados, nota-se que os saberes construídos coletivamente foram compartilhados, influenciando crenças e ações dos indivíduos e famílias. Esse conhecimento adquirido pode ser transmitido pelo usuário aos demais, desde que essa informação lhes faça sentido (Sanchez, 2018).

Considerações finais

Estudar o “Grupo de Cidadania” proporcionou melhor compreensão sobre seu impacto sobre serviços de saúde e comunidade. Promoção da saúde é uma diretriz que deve orientar a APS, objetivando enfrentamento dos DSS, participação popular, protagonismo cidadão e integração da rede de saúde, fortalecendo os princípios do SUS.

Formar GPS na APS permanece desafiador para profissionais de saúde ou gestores que visam integralidade do cuidado. Mesmo assim, é interessante à comunidade que, com protagonismo cidadão, empodera-se dos determinantes que afetam sua saúde e agem sobre eles para melhorar a qualidade de vida.

Apesar dos avanços com o grupo, PS permanece incipiente, com necessidade de consolidação que garanta seu potencial transformador. Relatar tais experiências se faz imprescindível para estimular novas iniciativas de promoção e educação em saúde.

Referências

- Bardin, L. (2010). **Análise de conteúdo**. 4ª. ed. Lisboa: Edições 70.
- Becchi, A. C, Fertoni, H. P., Fagundes, C. P. J., Marcon, S. S., Almeida, E. F. A. & Mendonça, P. R. (2014). Avaliação de uma intervenção grupal: qualidade de vida e autonomia em usuários com diabetes mellitus. Recife: **Rev Enferm UFPE online**, 8(10): pp.3369-76.
- Bittar, C. & Lima, L. C. V. (2011). O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. São Paulo: **Rev Kairós Gerontologia**,14(4):pp.101-118.
- Bornstein, V. J. (Org.) (2017). **Formação em educação popular para trabalhadores da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE** [texto na Internet]. Brasília (DF): MS, ME.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: MS.
- Brasil. (2013) Ministério da saúde. **Portaria nº2761, de 19 de novembro de 2013**. Brasília: MS.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: MS.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB**. Brasília: MS.
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. Rio de Janeiro: **Physis**, v. 17, n. 1, pp. 77-93.
- Dalmolin, B. B., Backes, D. S., Zamberlan, C., Schaurich, D., Colomé, J. S. & Gehlen, M. H. (2011). Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**; 15(2): pp. 389-394.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P. & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**,19(3):pp.847-852.
- Kusma, S. Z. (2011). **Avaliação de efetividade de estratégias da promoção de saúde: validação de uma ferramenta** [Tese]. Curitiba: SIBI/PUCPR.
- Lefevre, F & Lefevre, AMC. (2004). **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- Machado, M. F. A. S., Dias, M. S. A. & Forte, F. D. S. (2015). **Promoção da saúde: um tecido bricolado**. Sobral: Edições UVA.
- Matias, P. S. (2017). **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. [Dissertação]. Niterói: UFF.
- Moretti-Pires, R. O. & Bueno, S. M. V. (2009). Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.4, pp.439-444.
- Norman, A. H. (2013). Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **RBMFC**, v.8, n.28,pp.153-154.
- Prado, E. V., Falleiro, L. M. & Mano, M.A. (2011). Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. **Rev APS**;14(4):pp.464-471.
- Sanchez, P. (2018). **Práticas grupais e promoção de saúde: estratégias, contribuições e desafios** [Dissertação]. São Paulo: USP.
- Santos, L. M. S., Ros, M. A. D., Crepaldi, M. A. & Ramos L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**; 40(2):pp.346-52.
- Sicoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003). **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Botucatu: Interface, v. 7, n. 12, pp.101-22.
- Silva, M. C. **Comportamentos de autonomia nos anos pré-escolares na transição para a escolaridade obrigatória**. [Dissertação]. Universidade de Lisboa: Lisboa, 2009.
- Soares, K. S. A. J. (2014). **Grupo de promoção à saúde: estratégia de articulação da atenção primária e da saúde mental**. Florianópolis: UFSC.
- Shikasho, L. (2013). **Os programas de residência e a integralidade da atenção: Um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde** [Dissertação]. Juiz de Fora: UFJF.
- Starfield, B. (2002). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/MS, pp.481-531.
- Tripp D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.3, p.443-466.
- Vendruscolo, C., Ferraz, F., Prado, M. L., Kleba, M. E. & Reibnitz, K. S. (2016) **Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde**. Botucatu: Interface,20(59):pp.1015-25.
- Vicentini, D. & Verastegui, R. L. A. (2015). **A Pedagogia crítica no Brasil: a perspectiva de Paulo Freire**. In: **XVI semana da educação: desafios atuais para a educação e VI simpósio de pesquisa e pós-graduação em educação**., Londrina.

RODAS DE CONVERSA: PROPOSTA METODOLÓGICA DE CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS COMUNITÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Enyo Arruda Santos
Emanuelle Almeida Silva Viana
Sara Barbosa Rodrigues
Vandressa Lopes da Silva
Laura Regia Oliveira Cordeiro
Lina Faria

Introdução

As rodas de conversa são definidas como “uma estratégia política libertadora, que favorece a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos dos processos de construção da cidadania” (Sampaio *et al.*, 2014, p.1300). O uso dessa proposta metodológica possibilita aprofundar o diálogo e produzir conhecimento a partir das vivências e experiências de cada pessoa. Ganhou visibilidade a partir da proposta de Educação Popular do Educador Paulo Freire (2002), que permite incorporar os aspectos da subjetividade dos indivíduos, além de oferecer oportunidade de potencializar construções e experiências coletivas (Falkenberg *et al.*, 2014).

A roda de conversa é uma dinâmica baseada nos “Círculos de Cultura” propostos por Freire (2002), que favorecem essas trocas de experiências, vivências e saberes. Os Círculos estão fundamentados em uma proposta metodológica e pedagógica, cujo “caráter libertador” propõe uma aprendizagem que rompe com a fragmentação do conhecimento e requer tomada de decisão perante os problemas vivenciados em determinado contexto (Sampaio *et al.*, 2014).

Segundo Cunha e Campos (2010), uma roda de conversa é estruturada com base em três elementos fundamentais: saberes, poderes e afetos, sempre presentes, em maior ou menor grau, nas relações humanas. Desta forma, as rodas de conversas propõem romper com a “unidirecionalidade gerencial tradicional”, privilegiando diferentes experiências culturais de vida a serem compartilhadas na análise crítica da realidade (Sampaio *et al.*, 2014)

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, particularmente, na abordagem de populações mais vulneráveis, as rodas são importantes, uma vez que, seu uso neste cenário está associado à necessidade de se discutir intervenções a partir das diversas visões, subjetividades e demandas dos sujeitos envolvidos em determinada temática e/ou contexto (Paiva, 2002).

Este trabalho tem como objetivo demonstrar, a partir de uma revisão de literatura, a relevância da roda de conversa como estratégia metodológica transformadora da educação e do cuidado em saúde na Atenção Primária (APS).

Método

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo intitulado: “Produção de sentidos das práticas de cuidado em saúde mental no contexto da Estratégia da Família”, que está sendo conduzido no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAÚDE/UFSB), aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Saúde de Vitória da Conquista/BA, sob o protocolo n 066084/2020 e CAAE n 33945120.2.0000.8089, e que fará uso da proposta metodológica da Roda de Conversa nas intervenções com os profissionais de saúde participantes da pesquisa. Trata-se de uma revisão bibliográfica, para fundamentar e demonstrar a relevância da utilização dessa técnica em atividades de intervenção e pesquisa no contexto da Atenção Primária.

Foi realizada busca no Portal Regional da BVS (brasil.bvs.br) e no Portal CAPES (periodicos.capes.gov.br) entre dezembro de 2019 a abril de 2020. Foram utilizados os descritores: Roda de Conversa, Atenção Primária à Saúde, Educação Popular, Círculos de Cultura.

Na busca no Bireme foram entrados 21 artigos, sendo selecionados 14 pelos seguintes critérios: a. artigos publicados nos últimos 10 anos; b. pesquisas nacionais, c. em inglês, português, espanhol; d. que contemplasse a temática. No Portal CAPES, foram encontrados 51 artigos, sendo 21 selecionados pelos seguintes critérios: a. artigo de qualquer ano; b. em qualquer idioma; c. que contemplasse a temática; d. artigos não duplicados na busca anterior.

O material foi catalogado de acordo com critérios: título, autor, ano, objetivos, tipo de estudo e instrumentos. Os principais resultados foram

analisados com base na abordagem teórico-metodológica de produção de sentidos e práticas discursivas da psicóloga social Mary Jane Paris Spink (2000). Realizou-se a elaboração de mapas de associação de ideias, com o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas e identificar os repertórios interpretativos e categorias temáticas.

Discussão

A partir, portanto, da abordagem teórico-metodológica de produção de sentidos e práticas discursivas de Spink (2000), na revisão de literatura, pode-se observar que as rodas permitem análises a partir de duas categorias: 1. “métodos de rodas” e 2. “sentidos das rodas”. Na primeira, observa-se os discursos das metodologias utilizadas para a realização das rodas e as repercussões (positivas ou negativas) das mesmas nos resultados das atividades propostas. Na segunda, observa-se os sentidos produzidos entre os sujeitos nos espaços comunitários de produção e reprodução de conhecimentos voltados para intervenções e transformações sociais (Spink, 2000).

Métodos de rodas

A técnica da roda de conversa permite que os participantes expressem suas impressões, percepções e opiniões sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo. Por sua característica interacional, essa técnica de pesquisa exige cuidados metodológicos que não devem ser desconsiderados pelo pesquisador, como a necessidade de um ambiente propício às discussões e o estabelecimento de laços de confiança entre os participantes (Gatti, 2005). Neste sentido, as rodas permitem o uso de variadas técnicas que podem complementar a coleta e análise de dados. Apresenta-se a seguir, brevemente, algumas dessas técnicas.

Associação de rodas de conversas com entrevistas semiestruturadas

Entre os artigos analisados, quatro utilizaram entrevistas semiestruturadas individuais prévias à elaboração das rodas de conversas. As entrevistas foram

realizadas para seleção, caracterização e levantamento de questões que seriam posteriormente discutidas nas rodas de conversas. No estudo de Baade e Bueno (2016) as entrevistas associadas às rodas avaliaram os relatos dos participantes e a interação com o ambiente de trabalho. Para Lima e Dimenstein (2016, p. 627) as entrevistas geraram “reflexões sobre a atenção à crise e o apoio matricial”, que agregaram saberes às rodas de conversa realizadas numa fase posterior.

Alguns estudos utilizaram entrevistas como base para elaboração de roteiros temáticos para serem utilizados nas rodas de conversas (Viana *et al.*, 2018; Monnerat *et al.*, 2016). Baade e Bueno (2016) realizaram a pesquisa da temática a partir das entrevistas semiestruturadas; as rodas foram utilizadas apenas como espaços para divulgação dos resultados das informações colhidas nas entrevistas.

Em apenas um dos artigos avaliados foi identificado o uso de entrevista narrativa realizada após as rodas de conversa, de forma a embasar os relatos dos participantes (Henriques *et al.*, 2015).

Temática de livre demanda

As rodas de conversa com temática de livre demanda são realizadas a partir de questionamentos, desejos e necessidades levantados durante a discussão pelos seus participantes. Essas temáticas emergiram a partir de temas pré-estabelecidos pelos pesquisadores, como observado nos trabalhos de Mandrá e Silveira (2013), Almeida e Aciole (2014), Santos *et al.* (2010), Sampaio *et al.*, (2014). As temáticas podem emergir de temas aleatórios, sem uma questão central específica, como exemplificado por Barreto e colaboradores (2019), cujos participantes relataram livremente suas experiências no trabalho. Temas definidos com o grupo da roda em atividades prévias, como no estudo de Dias *et al.*, (2018), a partir de atividades acadêmicas desenvolvidas com a comunidade, foram importantes para expandir o conhecimento na temática de interesse.

Essas rodas de conversa podem apresentar diferentes finalidades e resultados, a depender do público e de como são conduzidas. Mandrá e Silveira (2013) e Silva *et al.*, (2013), realizaram essas rodas como instrumento para praticar educação em saúde com pacientes em salas de espera. Um ponto importante nessa abordagem em salas de espera é quanto à sua análise; segundo Silva *et al.* (2013), “é preciso dar

uma significação quase que imediata para as participações que acontecem, pois o participante pode abandonar o grupo no instante seguinte” (p. 1006).

Nos trabalhos de Saldanha e colaboradores (2014), Dias e Ferraz (2018) e Pavan e Trajano (2014), as rodas de livre demanda possibilitaram a identificação e solução de problemas em serviços de saúde. Estes autores buscaram em suas pesquisas escutar os profissionais em suas dificuldades, demandas, necessidades e expectativas na construção de planos de ação coletivos.

Rodas com roteiros pré-estabelecidos

Nos artigos pesquisados, dois estudos utilizaram as rodas com roteiros pré-estabelecidos. A atividade foi sistematizada em estrutura definida antes de seu início, pontuando os acontecimentos na roda de conversa de maneira cronológica, como exemplificada no trabalho de Reis, Menezes e Sena (2017): 1) acolhimento e interação entre as participantes; 2) exibição de vídeo com reflexão; 3) abertura da discussão; 4) encerramento. No estudo de Silva, Silva e Ferreira (2019), o roteiro foi utilizado apenas para iniciar as atividades na roda.

Atividades lúdicas

Alguns estudos articularam as dinâmicas das rodas de conversas às atividades lúdicas com público infanto-juvenil (Viana *et al.*, 2018; Bones *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2017; Gomes, 2013; Queiroz *et al.*, 2016). Outros trabalharam com atividades lúdicas nas rodas direcionadas aos usuários cadastrados nas Unidades de Saúde (Dias *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2010) e também com grupos populacionais específicos, como membros do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (Ruckert *et al.*, 2014).

Este tipo de dinâmica contribui com ações educativas (Viana *et al.*, 2018; Dias *et al.*, 2018; Silveira *et al.*, 2017; Gomes, 2013; Queiroz *et al.*, 2016), fortalece valores culturais (Ruckert *et al.*, 2014) e flexibiliza alternativas para solução de conflitos (Bones *et al.*, 2015).

As atividades lúdicas podem envolver atividades de simulação de situações e, também, de objetos ilustrativos, como fotografias e imagens. Silveira e colaboradores (2017) utilizaram fotografias para trabalhar com adolescentes em situações rotineiras.

Como resultado dessas atividades, os estudos em sua maioria relataram

aspectos positivos sendo apontadas como “facilitadoras do aprendizado” tanto para a comunidade como para os profissionais e estudantes (Viana *et al.*, 2018). Silveira e colaboradores (2017), revelaram que a utilização da atividade lúdica, em conjunto com as rodas de conversa, aumenta a participação e o compartilhamento de conhecimentos e proporciona maior confiança na aplicação da técnica de rodas de conversa.

Informação Disparadora

A técnica de uso de informações disparadoras foi observada em alguns estudos. Almeida e Acirole (2014) utilizaram diversos disparadores que facilitaram as discussões nas rodas (vídeos, situações-problemas fictícios ou reais, depoimentos, narrativas). Oliveira e colaboradores (2019) iniciaram as rodas a partir de narrativas associadas à realidade dos participantes, proporcionando um reconhecimento dos mesmos no cenário discutido. Mori, Silva e Beck (2009), por sua vez, utilizaram textos sobre saúde, trabalho e gestão que possibilitaram uma reflexão das temáticas a partir do ambiente aberto à fala de todos.

A partir das rodas, é possível evidenciar a consolidação da temática disparadora e avaliar necessidades de intervenções em desinformações ou interpretações inadequadas (Gomes *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2012).

Produção de sentidos das rodas

As interações sociais dos sujeitos propiciam a formação de ideias e formas de compreensão das situações cotidianas, ou seja, a construção de sentidos (Spink, 2000). Dessa maneira, as rodas de conversa constituem um ambiente que possibilita a valorização das falas de cada participante. Nesta revisão foram encontrados sentidos envolvidos e produzidos nas atividades de Rodas de Conversas: trocas de saberes; participação social; novos espaços de cuidado e elaboração da rede. Todos os sentidos, de certa forma, relacionam-se à ampliação do diálogo nas relações de cuidado e incorporação das trocas emocionais e sociais.

Trocas de Saberes

Segundo Silva, Silva e Ferreira (2019) a roda de conversa, consiste em um dispositivo de participação coletiva para o diálogo sobre determinada

temática, com o objetivo de socializar saberes, sentidos e troca de experiências. Desta forma, Dias e colaboradores (2018) indicam que metodologias ativas e de caráter informal, como as rodas de conversas, conseguem disseminar e esclarecer o conhecimento sobre temas relacionados à saúde, favorecendo reflexões para efetiva prática de promoção à saúde.

Observou-se nesses estudos que as rodas de conversas proporcionaram trocas de saberes em diferentes cenários, como exemplificado em Andrade *et al.* (2016); Moura *et al.* (2014) e Santos e Pena (2009), permitindo (re)significar o cuidado, fortalecer a educação permanente e propor mudanças nas práticas de promoção de saúde, além de constituir espaço favorável à construção de propostas de intervenções capazes de transformar realidades. Outra experiência de produção de sentidos nas rodas de conversas, em conjunto com análise documental, gerou inovações na formação de profissionais de saúde generalistas e na integração ensino-serviço-comunidade nos currículos de ensino, com o consequente fortalecimento da Atenção Básica (AB) (Barreto *et al.*, 2019).

Participação social

A participação social se apresenta por meio de distintas abordagens ao longo tempo, como mostra Gohn (2019). Ponto em comum nas diversas abordagens está nos processos de inclusão social, alcançados ou vislumbrados por meio das redes e movimentos sociais formados por grupos na tentativa de superação de conflitos, que podem se dar por meio das rodas de conversas.

Para Campos (2013) as rodas de conversas ou “Método da Roda”, busca incluir o sujeito, favorecendo e efetivando ações de interação e inclusão das pessoas. A participação social por meio de atividades que utilizam rodas de conversas pode contribuir na organização e consolidação de políticas públicas voltadas para a área da saúde.

Tal realidade pôde ser percebida em estudos com enfoque nas tomadas de decisão sobre agendas conformadas a partir de sucessivas interações entre atores sobre dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As rodas de conversa foram utilizadas no estudo de Santos *et al.* (2010), a fim de possibilitar o contato pessoal, permitindo acompanhar experiências dos sujeitos e apreender significado às

suas ações. No estudo, os participantes da roda de conversa foram sujeitos com diagnóstico de alguma doença. A possibilidade dos usuários de escolha dos temas a serem trabalhados, permitiu maior participação durante o processo de construção do saber. Como resultado constatou-se que o relacionamento humano e a troca de experiências foram fundamentais na eficácia do tratamento e consolidação da autonomia e (co)responsabilidade do paciente.

Novos espaços de cuidado

De acordo com Sampaio *et al.* (2014), a construção do “estar no mundo” se dá pelas necessidades individuais e coletivas, bem como pelas formas como são respondidas. Neste sentido, é importante saber que os espaços sofrem alterações, tanto em sua gestão, quanto nos métodos utilizados para o seu funcionamento.

Na pesquisa fenomenológica de Reis, Menezes e Sena (2017) ao mesmo tempo em que os participantes retomam suas vivências como cuidadores, ressignificaram as experiências vividas. Para os autores, o contexto da hospitalização do familiar acompanhante, envolve o visível (sujeito internado) e o invisível (sujeito acompanhante) em um movimento de reversibilidade quando à integralidade do sujeito não é levada em conta. O novo espaço de cuidado identificado foi a mudança de uma interpretação hospitalocêntrica, para a intersubjetividade dos sujeitos, o que é identificado também no trabalho de Ramos *et al.*, (2013). Batista e Rocha (2019) apontam para a importância de serem considerados os aspectos históricos e culturais dos indivíduos para atendê-los adequadamente. Para Sampaio *et al.* (2014), as rodas se reproduzem em uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação dos espaços sociais de vida.

Elaboração da rede

De acordo com Sampaio *et al.* (2014), a lógica da roda se articula como uma nova elaboração de rede, de modo que, a intersetorialidade se integre como paradigma organizativo que busque superar a lógica fragmentada das políticas sociais, uma vez que existem desafios na construção de uma atenção integral à saúde mental, na efetivação de linhas de cuidado (Nogueira, Brito, 2017).

As discussões acerca da Paideia (Método da Roda) colocam no centro das preocupações a democratização do poder nas instituições. Assim, a Paideia emerge como método de apoio à processos de cogestão e a noção de apoiador institucional para mudar as práticas institucionais. Essa formulação ganha força, por se pautar, também, em uma democracia institucional e na autonomia e protagonismo dos sujeitos (Pavan, Trajano, 2014).

Conclusão

A partir da abordagem teórico-metodológica de produção de sentidos e práticas discursivas de Mary Jane Spink (2000), esse estudo apresenta uma revisão da literatura que problematiza o uso das rodas de conversa como metodologia de pesquisa. O que é possível refletir desses estudos é que provavelmente foram experiências com ganhos discursivos e científicos interessantes. Os estudos chamam a atenção para a importância das rodas de conversas como dispositivos na construção social das práticas e do cuidado em saúde, especialmente em Saúde Mental.

A revisão da literatura teve como objetivo, portanto, trazer à tona estudos que contribuíram para pensar essa metodologia participativa, especificamente, na descrição das rodas realizadas como espaços de reflexão, comunicação, interação e expressão entre os participantes.

Esta técnica metodológica de dinamização de grupo, com utilização de recursos lúdicos ou não, ainda que careça de debates que ampliem intervenções direcionadas para a construção de uma prática dialógica em pesquisa, possibilita o exercício de pensar compartilhado. As rodas devem ser entendidas, neste sentido, como instrumentos para fomentar a reflexão e o diálogo entre os diversos grupos sociais em diversos contextos da assistência, em especial, da Atenção Primária à Saúde.

Referências

- Almeida, A. B. & Aciole, G. G. (2014). Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 18(Supl. 1), 971-981.
- Andrade, I. C. G. B. *et al.*, (2016). Relato de experiência de extensão no cuidado da saúde de familiares, cuidadores e indivíduos com Síndrome de Down. **Revista Eletrônica de Extensão – Extension**, 13(24), 116-127.
- Baade, R. T. W. & Bueno, E. (2016). Co-construção da autonomia do cuidado da pessoa com

diabetes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 20(59), 941-951.

- Barrêto, D. S. *et al.*, (2019). O Programa Mais Médicos e as residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de expansão e interiorização do ensino médico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 23 (Supl. 1), 1-14.
- Batista, E. C. & Rocha, K. B. (2019). Sentidos e Práticas em Saúde Mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 39(Spe), 22-37.
- Bones, A. A. N. S. *et al.*, (2015). Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. **ABCS Health Sci**, 40 (3), 343-347.
- Campos, G. W. de S. C. (2013). Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. de S. C. (2010). Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG DEMO**, 11 (1), 31-46.
- Dias, A. A., *et al.*, (2012). Estratégia educativa voltada para enfermeiros sobre atenção básica à infertilidade: estudo de intervenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 33(2), 69-77.
- Dias, E. S. M. *et al.*, (2018). Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem/Conversation wheel as education strategy in health for nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 10 (2), 379-384.
- Dias, T. O. S. & Ferraz, R. R. N. (2018). Adequação de pessoal e redução do absenteísmo em um hospital público da cidade de São Paulo – SP com base na técnica de “roda de conversa dirigida”. **Revista Inovação, Projetos e Tecnologias**, 6 (2), 122-134.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P. & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**, 19(3), 847-852.
- Freire, P. (2002). **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra.
- Gatti, B. A. (2005) **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livros.
- Gohn, M. G. (2019). Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. **Caderno CRH**, 32(85), 63-81.
- Gomes, A. M. A., Sampaio, J. J. C., Carvalho, M. das G. B., Nations, M. K. & Alves, M. S. C. F. (2008). Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 12 (27), 773-782.
- Gomes, C. M. (2013). Vivência em grupo: sexualidade, gênero, adolescência e espaço escolar/ Experience in group: sexuality, gender, adolescence and school space. **Rev APS**. 16(1), 103-111.
- Henriques, H. I. B. *et al.*, (2015). Discursos de usuários de caps sobre práticas terapêuticas e religiosas. **Psicologia & Sociedade**, 27(2), 302-311.
- Lima, M. & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 20 (58), 625-635.
- Mandrá, P. P. & Silveira, F. D. F. (2013). Satisfação de usuários com um programa de roda de conversa em sala de espera. **Audiology – Communication Research**, 18(3), 186-193.
- Monnerat, C. P. *et al.*, (2016). Estratégia de educação em saúde com familiares de crianças em uso contínuo de medicamentos. **Rev Enferm UFPE**, 10 (11), 3814-3822.
- Mori, M. E., Silva, F. H. & Beck, F. L. (2009). Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 13(Supl. 1), 719-727.

- Moura, T. N. B. *et al.*, (2014). **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 05(04), 2343-2352.
- Nogueira, F. J. S. & Brito, F. M. G. de. (2017). Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de caso de um programa educacional brasileiro para o trabalho em saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 12 (2), 374-387.
- Oliveira, R. C. *et al.*, (2019). “Tihik quando bebe Kaxmuk não tem pai, nem mãe, nem irmão”: Percepções sociais das consequências do uso da cachaça no povo indígena Maxakali/MG/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8), 2883-2894.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, 6 (11), 25-38.
- Pavan, C. & Trajano, A. R. C. (2014). Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, 18(Suppl. 1), 1027-1040.
- Queiroz *et al.*, (2016). Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contraceção. **Rev Bras Promoç Saúde**, 29, 58-65.
- Ramos, L. S., *et al.*, (2013). Estratégia de roda de conversa no processo de educação permanente em saúde mental. **Rev. Rene**, 14(4), 845-853.
- Reis, C. C. A., Menezes, T. M. O., & Sena, E. L. S. (2017). Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. **Saúde e Sociedade**, 26(3), 702-711.
- Rückert, B. *et al.*, (2014). Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, 18(2), 1537-1546.
- Saldanha, O. M. F. L., *et al.* (2014). Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, 18(1), 1053-1062. Epub May 16, 2014.
- Sampaio, J. *et al.* (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, 18(2), 1299-1311.
- Santos, F. A. S., Marques, D., Abrahão, A. L. & Barreto, A. (2010). Vivenciando um grupo com usuários diabéticos e hipertensos: relato de experiência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2 (ed. Supl.) p. 261-265.
- Santos, R. V. & Penna, C. M. M. (2009). A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto — Enfermagem**, 18(4), 652-660.
- Silva, G. G. S. *et al.* (2013). Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(4), 1000-1013.
- Silva, Y. T., Silva, L. B. & Ferreira, S. M. S. (2019). Práticas de aconselhamento em Infecções Sexualmente Transmissíveis / AIDS: a perspectiva de mulheres profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 72 (5), 1137-1144.
- Silveira, E. A. A *et al.*, (2017). A prática de educação em saúde: uma experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 7, 1-7.
- Spink, M. J. (2000). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Editora Cortez.
- Viana, I. S. *et al.*, (2018). Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto — Enfermagem**, 27(3), 1-11.



PARTE III

EIXO DE GESTÃO

A PARTICIPAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA NA EXPANSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Fernanda Vieira de Souza Canuto
José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana
Armando Martinho Bardou Raggio

Introdução

A base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe o conceito ampliado de saúde e se propôs a ofertar promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde. Uma das propostas do SUS sempre foi fazer com que os serviços primários funcionassem como a porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2010).

Dessa forma, em paralelo ao movimento que reforçava os cuidados primários pelo mundo, emergiu na política brasileira, nos anos 1990 e 2000, a proposta de organização da Atenção Básica em todo o território nacional (MS, 1994).

Vale ressaltar que, no Brasil, em particular no Distrito Federal, sob a designação de medicina comunitária, tais orientações remontam a épocas anteriores à Declaração de Alma-Ata (1978) e à instituição do SUS. Com o apoio de setores governamentais e de instituições estrangeiras, os professores da Universidade de Brasília (UnB) desenvolveram entre 1974 a 1978 na cidade de Planaltina, Região Administrativa do DF, juntamente com diversos profissionais da saúde e assistentes sociais, a experiência que pode ser considerada basilar para a construção identitária de um novo ator da equipe de saúde: os auxiliares de saúde do Projeto Planaltina (Santana *et al.*, 2010; Santana & Castro, 2017). Estes agentes foram preparados e atuavam com as comunidades, com foco em ações de educação e promoção da saúde, como parte de uma experiência que contribuiu, sem dúvida, para o surgimento do atual Agente Comunitário de Saúde do SUS (Portaria n. 1.886, 1997). O sucesso dessa iniciativa garantiu sua continuidade, vindo a tornar-se referencial para a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído, posteriormente, em âmbito nacional (MS, 1997).

Assim, em 1994, a partir do PACS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que tinha como foco central as ações em saúde e a visita domiciliar dos agentes de saúde para que, a partir desse atendimento inicial, a população obtivesse acesso aos demais níveis de atenção do sistema de saúde (MS, 1994). A partir desse momento, a saúde da família passou a ser o eixo norteador para a organização da atenção básica em todo o país (Conferência Nacional de Saúde, 1980).

Entretanto, ao longo dos anos, as propostas identificadas pelo PSF/ESF não apresentaram resultados tão expressivos no DF. A implantação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e resolutiva segue ainda como desafio a ser vencido (Göttems, Evangelista, Pires, Silva & Silva, 2009).

No início do ano de 2017, a APS em Brasília caracterizava-se por ter baixa cobertura pela ESF, apenas 30,7%, pouca resolutividade e por proporcionar precárias condições de trabalho aos profissionais que nela atuavam. A consequência disso era que as emergências dos hospitais regionais eram a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde do DF (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [SES], 2016).

Diante desse cenário, foi lançado o Plano Brasília Saudável, caracterizado por um conjunto de ações com o objetivo de fortalecer a APS e articulá-la com os outros serviços da rede de saúde. Esse plano previa, entre outras ações, a conversão dos modelos de cuidado da APS naquele momento, conforme os ditames da ESF, bem como a ampliação da cobertura por essa estratégia em todas as Regiões de Saúde do DF.

O processo de expansão da APS, com a conversão progressiva dos modelos vigentes de organização da APS em ESF, ficou conhecido como Converte APS. O objetivo era que, no DF, até o final de 2018, ocorresse a expansão de 30,7% para 62% de cobertura da ESF, chegando a 100% nas áreas mais vulneráveis (SES, 2016).

A proposta de conversão da APS com diversificada composição de equipes assistenciais para o modelo exclusivo de ESF trouxe, como um dos seus pilares, em relação à atuação médica, a participação exclusiva dos Médicos de Família e Comunidade (MFC) no primeiro nível de atenção à saúde. Logo, os demais especialistas, pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos gerais, além de outros que compunham o quadro de profissionais de servidores estatutários da APS nesse momento, deveriam mudar de carreira profissional na Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF e, a partir de então, atuar como MFC. Todos os médicos participantes

passaram obrigatoriamente por processo formativo para o desenvolvimento técnico de ações na Estratégia de Saúde da Família, por intermédio de curso teórico-prático de 220 horas ofertado pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPCS) em parceria com a Gerência de Educação em Saúde (GES) da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) da SESDF.

Esse movimento de mudança no modelo assistencial, apesar de objetivar uma série de novos resultados positivos para o sistema de saúde e para a população, esbarrou nas experiências dos profissionais de saúde participantes desse processo, pois, apesar de já trabalharem no âmbito da APS, eles passariam a executar uma lógica assistencial diferente da que estavam habituados, passando a desempenhar uma nova função no cuidado da população.

Assim, esta pesquisa buscou analisar a adaptação dos médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos na nova função de médico de família e comunidade, durante a reestruturação da APS/DF, no período de 2017 a 2018.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal. Foram incluídos no estudo os médicos que atuavam na atenção básica como especialistas (clínicos gerais, pediatras e ginecologistas/obstetras, entre outros) antes do plano de conversão da APS e que optaram pela mudança para a carreira de medicina de família e comunidade. Foram excluídos do estudo os médicos da APS que já exerciam a medicina de família e comunidade. O estudo não contemplou as demais categorias de profissionais de saúde da atenção básica e outros profissionais atuantes em outros níveis de atenção.

Um questionário com questões exclusivamente fechadas que contemplassem os objetivos da pesquisa foi desenhado na plataforma *Google Forms*, e enviado pelo aplicativo WhatsApp para os participantes por meio dos contatos telefônicos obtidos com as gerências das Unidades Básicas de Saúde nas quais os participantes do estudo eram lotados.

O questionário da pesquisa, além de abordar os dados pessoais, profissionais e funcionais dos entrevistados, apresentou um bloco de perguntas que estimava o grau de adaptação dos profissionais médicos em relação ao

atendimento da população nos diversos ciclos de vida, com base na escala de Likert, para concordância, com cinco pontos, conforme estas opções:

Não-adaptado	Pouco-adaptado	Não-sei-informar	Parcialmente adaptado	Muito adaptado
--------------	----------------	------------------	-----------------------	----------------

A seguir, foram realizadas análises descritivas e bivariadas, permitindo a verificação de associação entre as variáveis do estudo. A pesquisa foi submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz de Brasília, Parecer de número 2.823.25.

Resultados

Análises Descritivas

Do grupo inicial de 110 participantes, 60% dos médicos aceitaram participar da pesquisa, 18,1% não aceitaram e 12,7% não estabeleceram contato com a pesquisadora após serem convidados através do WhatsApp. Do total de participantes, 33,3% eram do sexo masculino e o dobro, 66,7%, do sexo feminino.

Em relação à especialidade médica inicial, 53% declaram-se pediatras; 22,7%, clínicos; 12%, ginecologistas obstetras; e 12,1%, de outras especialidades.

Do total de entrevistados, 39,4% já trabalharam anteriormente na ESF. Desses, 26,9% trabalharam por alguns meses, 38,5% por um a dois anos e somente 11,5% por mais de cinco anos.

Em relação ao principal motivo que os levaram a optar pela função de médico de família e comunidade após o Converte APS, 10,6% objetivavam permanecer na localidade de trabalho, 56,1% queriam permanecer em atividades de trabalho na atenção primária à saúde, 22,7% optaram por essa decisão para preservar as gratificações salariais relativas à atuação na atenção primária à saúde e 10,6% justificaram essa decisão devido ao desinteresse em ser transferido para outros setores e locais da rede de serviços de saúde do DF.

Na execução da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na APS, 75,8% dos médicos referiram estar muito adaptados a fazê-lo e 15,2% relataram estar parcialmente adaptados. 62,1% dos profissionais afirmaram se sentir muito adaptados para acompanhar o calendário vacinal.

Referente ao planejamento reprodutivo, a maioria dos profissionais se declararam parcialmente adaptados (48,5%) ou, ainda, muito adaptados (22,7%). Na realização de consultas de pré-natal, 40,9% se declararam parcialmente adaptados e 25,8% muito adaptados. No apoio à paternidade ativa, apenas 22,7% se sentiam muito adaptados e 34,8%, parcialmente adaptados.

No que tange aos cuidados com a saúde da mulher, 30,3%, não se sentiam habilitados para realizar exame preventivo (Papanicolau). Em relação ao exame clínico das mamas, 24,2% dos participantes se sentiam pouco adaptados a fazê-lo, 30,3% se sentiam parcialmente adaptados e 31,8%, muito adaptados.

No manejo da saúde do homem, 36,4% dos médicos se sentiam parcialmente adaptados a realizá-la e 33,4% não se sentiam adaptados. Em relação à saúde do trabalhador, 28,8% dos profissionais estavam pouco adaptados e 36,4% estavam parcialmente adaptados a manejá-la.

Em relação à avaliação integral do idoso, 16,7% dos profissionais não se sentiam aptos a fazê-la, enquanto 30,3% se sentiam pouco adaptados. Já a avaliação da funcionalidade dos idosos, 16,7% não se sentiam adaptados para realizá-la enquanto 33,3% se sentiam pouco adaptados. No aconselhamento para se parar de fumar, 33,3% dos médicos disseram estar pouco adaptados para fazer o atendimento e 27,3% parcialmente adaptados.

Na abordagem da saúde mental, 28,8% dos entrevistados disseram que não estavam adaptados a fazê-la e 25,8% responderam estar parcialmente adaptados. Ainda relacionado ao componente da saúde mental, nota-se que, para “aconselhar e tratar o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”, 24,2% dos médicos disseram não estar adaptados e 36,4% disseram estar adaptados.

Análises bivariadas

A Tabela 1 informa que, dos 66 médicos que participaram da pesquisa, 15 já tinham participado de alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de aderir ao plano de conversão da APS no DF, enquanto 51 nunca tinham participado. Dos 15 que participaram, 8 (53,3%) se sentiam parcialmente adaptados no cuidado a pacientes de todas as idades, enquanto 5 (33,3%) se sentiam muito adaptados.

Tabela 1. Participação em alguma capacitação na temática da Saúde da Família antes de 2017, ou seja, antes da adesão ao Plano de Conversão da APS no DF x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018.

		Você já participou de alguma capacitação na temática da Saúde da Família (SF) antes de 2017, ou seja, antes de você aderir ao plano de conversão da APS no DF?			
		Sim		Não	
		Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)
Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades	Não adaptado	0	0,0%	10	19,6%
	Pouco adaptado	1	6,7%	12	23,5%
	Não sei informar	1	6,7%	1	2,0%
	Parcialmente adaptado	8	53,3%	22	43,1%
	Muito adaptado	5	33,3%	6	11,8%
Total		15	100%	51	100%

Fonte: Autores.

De acordo com a Tabela 2, de todos os especialistas que passaram a atuar como médicos de família e comunidade, os clínicos são os profissionais que se sentiam mais adaptados a atender todos os ciclos de vida (66,7% parcialmente adaptados e 33,3% muito adaptados), enquanto os pediatras são os que se sentiam menos adaptados (34,3% parcialmente adaptados e 8,6% muito adaptados).

Tabela 2. Especialidade médica x grau de adaptação no cuidado a pacientes de todas as idades, 2018.

		Especialidade médica							
		Clínica médica		Ginecologia e obstetrícia		Outro		Pediatria	
		Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)	Nº médicos	Percentual (%)
Atenção no cuidado a pacientes de todas as idades	Não adaptado	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%	9	25,7%
	Pouco adaptado	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%	11	31,4%
	Não sei informar	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%	0	0,0%
	Parcialmente adaptado	10	66,7%	4	50,0%	4	50,0%	12	34,3%
	Muito adaptado	5	33,3%	1	12,5%	2	25,0%	3	8,6%
Total		15	100%	8	100%	8	100%	35	100

Fonte: Autores.

Discussão

O Plano de Conversão da APS no DF permitiu a expansão da ESF por todo o território Distrital. Proposta semelhante aconteceu na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2013, a qual, segundo Justino, Oliver e Melo (2016), possibilitou melhoria do acesso e dos cuidados primários oferecidos àquela população.

Em relação à formação dos médicos que trabalham na APS, tem sido um desafio a melhoria na qualificação dos profissionais a fim de se manter o desempenho da ESF. A maioria dos profissionais participantes do estudo, que referiram capacitação prévia relacionada às atividades na ESF, afirmaram que essa qualificação contribuiu tanto para o aperfeiçoamento profissional quanto para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço, além de ser útil para superar as deficiências da formação profissional nas atividades da Atenção Básica (Oliveira, Menezes, Sousa, & Peixoto, 2016).

Para superar as deficiências, uma qualificação em APS pode ser estimulada por meio de projetos que têm por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade (Oliveira *et al.*, 2016). Além disso, a revisão dos atuais currículos dos cursos de graduação médica reforça que a qualificação dos profissionais para atuação na APS deve iniciar na graduação, com os estudantes de medicina sendo expostos precocemente às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de se buscar qualificação para essa atuação já na formação médica (Ferreira, Fiorini, & Crivelaro, 2010). E assim como aconteceu na cidade do Rio de Janeiro em 2016, a reforma da APS poderá ser indutora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Distrito Federal (Justino *et al.*, 2016).

No que tange a saúde infantil na APS, nota-se que a maioria dos médicos do estudo se sentiam muito ou parcialmente adaptados para desempenhar essas ações. Vale a pena lembrar que 53% dos entrevistados são médicos pediatras, o que parece uma favorável ferramenta para a redução da mortalidade infantil no DF (SES, 2018), além de trazer expectativa promissora para a saúde da criança em Brasília (Caretí, Furtado, Barreto, Vicente, & Lima, 2016). Vale ressaltar ainda que assim como em outros municípios do país, mudanças estruturais e processuais nos serviços ainda são necessárias a fim de se melhorar o cuidado a essa população (Damasceno *et al.*, 2016).

A atenção pré-natal objetiva a redução da mortalidade materna e infantil, e através da ESF permite um acesso oportuno e ações resolutivas nesse cuidado (Guimarães, Parente, Guimarães, & Garnelo, 2018). O fato de grande parte dos médicos da pesquisa terem se mostrado muito adaptados ou parcialmente adaptados nessa prática corrobora com estudos sobre o assunto e possibilita a melhora dos indicadores relacionados a essa temática (SES, 2018).

Tanto em relação à saúde do homem quanto à saúde do trabalhador, nota-se que um percentual significativo de profissionais ainda apresenta dificuldade na condução desses casos. Outros estudos sobre o assunto reforçam que ainda é incipiente o cuidado ofertado aos homens nas ESF, e a dificuldade não é específica dos profissionais médicos que estão iniciando a carreira de médico de família e comunidade (Moura, Santos, Neves, Gomes, & Schwarz, 2014).

As respostas relativas à saúde do idoso nos cuidados primários mostraram que é bem variado o grau de adaptação dos médicos nessa temática. O aumento da população idosa, que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exige que os médicos estejam capacitados para atender às especificidades dessa etapa da vida, melhorando a assistência prestada. A ESF constitui-se em um espaço apropriado para a atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a presença da atenção domiciliar possibilitam atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo paciente (Oliveira & Tavares, 2010).

A articulação entre a ESF e os cuidados em Saúde Mental é um desafio a ser vencido, já que os transtornos mentais representam grande demanda nos cuidados da APS (Gryschek & Pinto, 2015). O atendimento à saúde mental em nível primário possibilita a desconstrução da visão estereotipada sobre os transtornos mentais, além de potencializar o cuidado integral a partir dos princípios propostos pela Estratégia (Souza, Menandro, Couto, Schimith, & Lima, 2012). Nesse contexto, profissionais adaptados ou parcialmente adaptados se fazem extremamente necessários nos cenários da UBS.

Considerações Finais

A realização desta pesquisa constituiu um esforço de registro sistematizado das mudanças ocorridas na atenção primária do DF nos anos de 2017 e 2018. O

Plano Brasília Saudável, e particularmente o Converte APS, foi uma das bandeiras levantadas na gestão do setor saúde no Distrito Federal do final do ano de 2016 até 2018. Essa reestruturação da APS foi um movimento relativamente rápido e de grande impacto, principalmente para os profissionais diretamente envolvidos. Como seria de esperar em processos dessa natureza, registravam-se polêmicas e, até mesmo, dificuldades e resistências às medidas governamentais.

Um dos resultados importantes deste estudo foi observar que, apesar dos participantes terem uma especialização médica inicial diferente da medicina de família e comunidade, eles já manifestavam um conhecimento alinhado com os fundamentos da saúde da família e que na verdade, a conversão do modelo evidenciou a potencialidade de alguns profissionais para trabalharem na lógica completa da MFC.

Em relação ao trabalho pregresso dos profissionais entrevistados, notou-se que a maioria deles nunca trabalhou na ESF e nunca recebeu capacitação no assunto. Essa discussão é atual e se faz presente nos cursos de graduação e de residência médica, que já mapearam a necessidade de que a medicina comunitária faça parte da estrutura curricular da graduação com foco no desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde ordenada pela APS.

No estudo, devido ao maior número de especialistas pediatras que escolheram trabalhar com a medicina de família e comunidade a partir da conversão do modelo de APS, o cuidado à saúde da criança mostrou-se bem executado pelos profissionais; em contrapartida, evidenciou-se a dificuldade no manejo da atenção integral à saúde do idoso.

É imperioso reconhecer as limitações das conclusões aqui apresentadas. Por outro lado, este reconhecimento leva a uma recomendação final, no sentido de que novos estudos sejam realizados, ampliando e aprofundando a proposta ora apresentada, com vistas ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família como orientação permanente da política de saúde no Distrito Federal.

Referências

- Careti, C. M., Furtado, M. C. C., Barreto, J. C., Vicente, J. B., & Lima, P. R. (2016). Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. *Revista Rene*, 17(1), 67-75. doi: 10.15253/2175-6783.2016000100010
- Conferência Nacional de Saúde (1980, março). *Anais da Conferência Nacional de Saúde*.

acrescentar a cidade, estado, país e número do evento. Brasília, DF, Brasil, 7.

- Damasceno, S. S., Nóbrega, V. M., Coutinho, S. E. D., Reichert, A. P. S., Toso, B. R. G. O., & Collet, N. (2016). Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2961-2973. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
- Declaração de Alma-Ata. (1978, 6-12 setembro). **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS.
- Ferreira, R. C., Fiorini, V. M. L., & Crivelaro, E. (2010). Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 207-215. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200004>
- Guimarães, W. S. G., Parente, R. C. P., Guimarães, T. L. F., & Garnelo, L. (2018). Acesso e Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5): e00110417. doi: 10.1590/0102-311X00110417
- Göttems, L. B. D., Evangelista, M. S. N., Pires, M. R. G. M., Silva, A. F. M. S., & Silva, P. A. S. (2009). Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1409-1419. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023>
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
- Justino, A. L. A., Oliver, L. L. & Melo, T. P. (2016). Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1471-1480. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>
- Ministério da Saúde. (2010). **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 3a ed.). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1994). **Programa Saúde da Família: dentro de casa**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: Departamento de Operações.
- Ministério da Saúde. (1997). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Moura, E. C., Santos, W., Neves, A. C. M., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014) Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 429-438. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
- Oliveira, J. C. A., & Tavares, D. M. S. (2010). Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 774-781. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032>
- Oliveira, M. P. R., Menezes, I. H. C. F., Sousa, L. M., & Peixoto, M. R. G. (2016). Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 547-559. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
- Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. (1997). Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Santana, J. P. (Coord). n/a et al. (2010). **Aspectos institucionais do emprego e da atividade do**

médico na atenção à saúde da família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores públicos e privado. Brasília, DF: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH.

Santana, J. P., & Castro, J. L. (2017). **Os Sanitaristas de Jucá e o agente de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor**. Natal, RN: Una.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2018). **Pactuação interfederativa 2017-2021. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**. 2018. Recuperado em 2 março, 2018, de: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Pactuacao_2016.pdf e de http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Caderno-de-Diretrizes-Objetivos-Metas-e-Indicadores_2016.pdf

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2016). **Projeto Brasília Saudável: fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Brasília, DF: SES.

Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B. & Lima, R. P. (2012). Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, 21(4), 1022-1034. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>



HIPERTENSÃO ARTERIAL E *DIABETES MELLITUS*: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INTERIOR PAULISTA

Mario Amaral Puglisi
Adriano Dias
Walter Vitti Junior
Elen Rose Lodeiro Castanheira
Patricia Rodrigues Sanine

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se um grande desafio à Saúde Pública, sendo responsáveis pela maioria das mortes no mundo, particularmente aquelas em decorrência de agravos relacionados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e ao *Diabetes Mellitus* (DM) (Bali *et al.*, 2018).

Os serviços de atenção primária à saúde (APS), são apontados como o nível de atenção que deve garantir acolhimento e acompanhamento, longitudinal e integral dos portadores de HAS e DM, de forma a propiciar uma atuação precoce, capaz de reduzir a probabilidade de agudizações, comorbidades e complicações que, por consequência, impactam nas perdas de anos e de qualidade de vida (Brasil, 2013a, 2013b).

Os serviços de APS organizados segundo o modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) são identificados como aqueles que garantem maior resolução das demandas de saúde da população (Flôr *et al.*, 2017). No entanto, no estado de São Paulo, em decorrência do processo histórico de construção e ampliação da APS nesse estado (Mota, Schraiber & Ayres, 2017), constata-se que Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas segundo a ESF coexistem com outros modelos (Souza, 2014).

Nesse contexto, alguns estudos apontam que, no estado de São Paulo, pode-se identificar UBS que apresentam bons resultados, especialmente quando possuem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em suas equipes, ainda que as unidades com ESF mantenham-se como melhor qualificadas para uma atenção integral (Sanine *et al.*, 2018; Sanine, no prelo).

Assim, o presente trabalho foi norteado pelas perguntas “como os diferentes arranjos organizacionais operacionalizados nos serviços de APS respondem a às

necessidades assistenciais de usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*” e “qual a qualidade da atenção direcionada a pessoas com HAS e/ou DM”.

As avaliações de serviços de saúde têm como núcleo central a avaliação da qualidade, termo polissêmico que tem permitido diferentes definições e aproximações metodológicas e conceituais (Novaes, 2004). Tanaka (2017), apropriando-se dos pressupostos difundidos por Donabedian (1988), aponta os indicadores de processo – que avaliam as práticas operacionalizadas na rotina dos serviços - como os principais precursores de qualidade na atenção à saúde, o que é referendado por diversos outros trabalhos, ainda que se valendo de diferentes *approaches* (Fachini, Tomasi & Dilélio, 2018).

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a organização da assistência às pessoas com HAS e/ao DM em serviços de atenção primária, segundo os diferentes arranjos organizacionais existentes na região estudada, utilizando centralmente indicadores de processo.

Método

Pesquisa avaliativa, de corte transversal, sobre a organização das práticas de atenção à pessoas com HAS e/ou DM nos serviços da APS de uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo, composta por 142 municípios e população de pouco mais de dois milhões de habitantes em 2019 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014).

Utilizou-se dados de inquérito realizado no estado de São Paulo, em 2017, com o Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – QualiAB (Castanheira, et. al., 2020). A escolha do QualiAB se deu por tratar-se de um instrumento validado e que aborda os diferentes arranjos organizacionais presentes na APS. A adesão foi voluntária, sem incentivos governamentais ou financeiros e respondido via *web* pelas equipes dos serviços (Castanheira, et al., 2016).

Do total de 115 questões do instrumento, relativas ao conjunto de ações preconizadas para os serviços de APS, foram selecionadas 15 variáveis de caracterização dos serviços e 58 indicadores relacionados à atenção às pessoas com HAS e/ou DM. O questionário completo, manual de instrução e guia de recomendações encontram-se no site: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/>.

Os padrões e critérios do instrumento foram definidos a partir do preconizado na Política Nacional de Atenção Básica — PNAB (Brasil, 2012) e demais materiais técnicos sobre a atenção às DCNT (Brasil, 2013a, 2013b, 2014).

Os dados foram analisados segundo os diferentes arranjos organizacionais, conforme autodeclaração das equipes: Unidade Saúde da Família (USF) – com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS; Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional – com médicos especialistas nas áreas de saúde da criança, mulher, adulto, com (ou sem) outras especialidades; UBS tradicional com ACS ou com equipe de saúde da família (UBS/mista); UBS Tradicional com ou sem equipe de saúde da família integrada à Unidade de Pronto atendimento (UBS/UPA); e Unidades que não possuem equipes fixas em período integral (Outros).

Para evitar viés de seleção, independentemente do tipo de serviço, foram excluídos todos aqueles que relataram não ofertar atenção às pessoas com DCNT, HAS e/ou DM em, pelo menos, uma das questões.

As análises foram realizadas no pacote estatístico IBM/SPSS® v.21.0, por meio da distribuição das frequências de cada indicador e suas associações, conforme os diferentes arranjos organizacionais, utilizando os testes de Quiquadrado e Z, sob nível de significância de 5%.

Resultados e discussão

Do total de municípios pertencentes a RRAS avaliada (n=142), 94,36% aderiram ao QualiAB (n=134) com pelo menos um de seus serviços participando. O perfil dos avaliados concentram-se em municípios de pequeno porte (80,28% com até 20 mil habitantes), com maior índice de envelhecimento em relação ao estado (76,36% e 69,78%, respectivamente), assim como nas taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares (92,54 e 68,78 por 100 mil habitantes, respectivamente) (IBGE, 2014).

Do total de serviços de APS que compõe a RRAS (n=484), responderam ao instrumento 368 serviços (76,03%), sendo que destes, oito informaram não desenvolver ações para pessoas portadoras de HAS e/ou DM. Os 360 serviços avaliados encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das frequências das variáveis de caracterização geral dos 360 serviços participantes de uma Rede Regional de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, segundo o tipo de serviço de APS, QualiAB, 2017.

INDICADORES	USF	UBS	UBS/ MISTA	UBS/UPA	OUTROS	*p-valor*
	N=144	N=52	N=134	N=21	N=9	
Localização						
Rural	6 (4,2)	4 (7,7)	5 (3,7)	0 (0,0)	2 (22,2)	0,073
Urbana – central	46 (31,9)a	32 (61,5)b	84 (62,7)b	19 (90,5)c	4 (44,4)ab	<0,001
Urbana – periférica	92 (63,9)a	16 (30,8)bc	45 (33,6)c	2 (9,5)b	3(33,3)abc	<0,001
Períodos de Funcionamento diferenciado						
Finais de semana	2 (1,4)a	0 (0,0)a	5 (3,7)ab	3 (14,3)c	1 (11,1)bc	0,007
Todas as noites	2 (1,4)a	1 (1,9)ab	14 (10,4)b	2 (9,5)b	1 (11,1)b	0,010
Estudo das necessidades locais	135 (93,8)a	23 (44,2)b	120 (89,6)a	18 (85,7)a	8 (88,9)a	<0,001
nasf	88 (61,1)a	11(21,2)b	83(61,9)a	8(38,1)bc	5(55,6)ac	<0,001
Ambulatório especialidades	106(73,6)a	28(53,8)c	106(79,1)b	12(57,1)ac	7(77,8)abc	0,006
Falta de referência e contra referência	35 (24,3)a	9 (17,3)a	58 (43,3)b	6 (28,6)ab	3 (33,3)ab	0,002
*valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Referente ao teste quiquadrado e teste Z.						

Fonte: Castanheira et al., 2016.

As UBS e UBS/Mista concentram-se em região urbana central, enquanto as USF estão presentes, principalmente, em regiões urbanas periféricas. Um número reduzido de serviços tem horário estendido para o período noturno e aos finais de semana, com destaque para UBS/Mista e UBS/UPA (Tabela 1).

A expansão do horário é uma importante estratégia de ampliação do acesso e vigilância em saúde, pois permite captar pessoas com horários incompatíveis aos do funcionamento dos serviços. Nesse sentido, o baixo número de unidades com horário estendido configura uma barreira ao acesso de primeiro contato (Pessoa, Gouveia & Correia, 2017; Brito, Santos & Maciel, 2010).

Por outro lado, ganha destaque a UBS que é o arranjo que menos realiza estudo sobre as necessidades locais (Tabela 1). A identificação das necessidades de saúde da área de abrangência interfere positivamente na organização e

planejamento dos serviços, permitindo conhecer os contextos, adaptar ofertas e priorizar temas conforme as necessidades locais (Brasil, 2018; Carvalho, Nogueira & Viana, 2011).

Cabe acrescentar que a definição de área independe do arranjo organizacional do serviço e que, apesar de nem todos os serviços possuírem áreas delimitadas, espera-se que todos realizem estudos sobre as necessidades da região onde atuam (Brasil, 2018).

Devido às comorbidades decorrentes da HAS e DM e a ocorrência de períodos de agudizações, a integralidade da assistência ganha destaque (Malta & Merhy, 2010), o que amplia a importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a articulação e o compartilhamento do cuidado entre os serviços de APS e da atenção especializada, na qualificação da atenção prestada para estes agravos.

A presença do NASF diferencia as USF, UBS/MISTA e Outros, em relação às UBS e UBS/UPA. Embora se observe uma proporção relativamente elevada de ambulatórios de especialidades na rede loco regional, verifica-se a falta de referência e contrarreferência nos diversos arranjos (Tabela 1).

Apesar dos limites dos termos “referência e contrarreferência” em relação à integração dos serviços, quando realizadas apropriadamente, expressam a instituição de mecanismos de integração entre os serviços de APS e a rede especializada, fator essencial para que se estabeleça a coordenação do cuidado (Venancio, 2011; Magalhães & Pinto, 2014). Em outras palavras, sua realização pode permitir um melhor seguimento do caso e da manutenção do vínculo, que favorecem, por exemplo, a redução do tempo de internação e a exposição a complicações hospitalares (Venancio, Rosa & Bersusa, 2016).

A Tabela 2 apresenta um conjunto diversificado de indicadores de promoção da saúde e de assistência às pessoas com HA e DM.

Tabela 2. Distribuição das frequências dos indicadores de caracterização da organização da atenção à hipertensão arterial e *diabetes mellitus* dos 360 serviços de APS participantes de uma Rede Regional de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, segundo o tipo de serviço, QualiAB, 2017.

INDICADORES	USF	UBS	UBS/MISTA	UBS/UPA	OUTROS	p-valor*
	N=144	N=52	N=134	N=21	N=9	
AÇÕES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE						
TEMAS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE						
Uso de álcool e outras drogas	56(38,9)	12(23,1)	55(41,0)	8(38,1)	6(66,7)	0,071
Tabagismo	91(63,2)a	16(30,8)b	82(61,2)a	14(66,7)a	7(77,8)a	<0,001
AÇÕES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE						
TEMAS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE						
Uso de álcool e outras drogas	55(38,2)a	9(17,3)b	51(38,1)a	6(28,6)ab	6(66,7)a	0,013
Tabagismo	72(50,0)a	9(17,3)b	73(54,5)a	8(38,1)ab	6(66,7)a	<0,001
Orientação e suporte para abandono do tabagismo em HAS	93(64,6)	27(51,9)	89(66,4)	11(52,4)	6(66,7)	0,329
Orientação e suporte para abandono do tabagismo em DM	79 (54,9)a	16(30,8)b	77(57,5)a	8(38,1)ab	5(55,6)ab	0,010
Prevenção/tratamento de obesidade em HAS	114(79,2)a	26(50,0)b	101(75,4)a	13(61,9)ab	7 (77,8)ab	<0,001
Prevenção/tratamento de obesidade em DM	125(86,8)a	32(61,5)b	105(78,4)ac	14(66,7)bc	7(77,8)abc	0,002
ATIVIDADES EM GRUPO (CAMINHADA, MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL, OUTROS)						
Para HAS	110(76,4)a	13(25,0)b	81(60,4)cd	9(42,9)bd	8(88,9)ac	<0,001
Para DM	110(76,4)a	11(21,2)b	88(65,7)c	12(57,1)ac	8(88,9)ac	<0,001
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL						
CONDUTA COM FALTOSOS E NÃO ADERENTES AO TRATAMENTO						
Encaminha para grupo de adesão na própria unidade	50(34,7)ab	6(11,5)c	29(21,6)c	3(14,3)bc	5(55,6)a	<0,001
Discute com equipe	100(69,4)a	7(13,5)b	80(59,7)ac	9 (42,9)c	5(55,6)ac	<0,001
Discute com supervisão externa	50(34,7)a	4(7,7)b	24(17,9)b	4 (19,0)ab	2(22,2)ab	<0,001
Busca ativa dos faltosos e não aderentes ao tratamento	126(87,5)a	23(44,2)b	98(73,1)c	15a(71,4)ac	7(77,8)abc	<0,001
PROFISSIONAIS QUE REALIZAM VISITA DOMICILIAR						
Médico de família e/ou clínico geral	138(95,8)a	19(36,5)b	121(90,3)ac	16(76,2)cd	5(55,6)bd	<0,001
Enfermeiro	143(99,3)a	44(84,6)b	124(92,5)b	19(90,5)b	7(77,8)b	<0,001
Técnico de enfermagem	138(95,8)a	41(78,8)b	118(88,1)b	18(85,7)ab	6(66,7)b	0,002
ACOMPANHAMENTO COM PROTOCOLO						
Para HAS	91(63,2)a	20(38,5)b	75(56,0)a	10(47,6)ab	6(66,7)ab	0,032
Para DM	90(62,5)a	20 (38,5)b	75(56,0)a	12(57,1)ab	6(66,7)ab	0,052
Aferição em 3 momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico HAS	104(72,2)	32(61,5)	89(66,4)	12(57,1)	7(77,8)	0,428

ACESSO REGULAR AOS MEDICAMENTOS						
Para HAS	72(50,0)a	36(69,2)b	97(72,4)b	16(76,2)b	5(55,6)ab	<0,001
Para DM	75(52,1)a	37(71,2)b	93(69,4)b	16(76,2)b	5(55,6)ab	0,012
SOLICITAÇÃO PERIÓDICA DE EXAMES						
Fundo de olho para HAS	23(16,0)	13(25,0)	25(18,7)	4(19,0)	2(22,2)	0,709
Fundo de olho para DM	73(50,7)	23(44,2)	50(37,3)	9(42,9)	5(55,6)	0,239
COLETA/REALIZAÇÃO DE EXAMES						
Glicemia de ponta de dedo – hgt	139(96,5)	48(92,3)	133(99,3)	21(100)	8(88,9)	0,064
Teste rápido de proteinúria	34(23,6)	7(13,5)	33(24,6)	1(4,8)	1(11,1)	0,122
Esclarecimento dos resultados de exames	140(97,2)a	38(73,1)b	122(91,0)c	18(85,7)bc	7(77,8)bc	<0,001
Registro dos pacientes de risco diferenciado	80(55,6)a	17(32,7)b	57(42,5)b	6(28,6)b	4(44,4)ab	0,016
Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés em DM	128(88,9)a	37(71,2)b	102(76,1)b	15(71,4)b	7(77,8)ab	0,017

*valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Referente ao teste qui-quadrado e teste z.

Fonte: Castanheira et al., 2016.

Observa-se que foram poucas as ações de promoção e educação em saúde ofertadas para a atenção às pessoas com HAS e/ou DM, destacando a UBS como o arranjo com menor oferta para a maior parte dos itens considerados (Tabela 2). Tais limitações, podem ser resultado da falta de delimitação de área de abrangência, ou de atividades de educação permanente e adesão dos profissionais às ações de promoção da saúde (Carvalho, Nogueira & Viana, 2011).

As ações de promoção e educação em saúde estimulam o autocuidado e incentivam a gestão social da saúde, produzindo saberes que contribuem para a continuidade e longitudinalidade do cuidado (Teston et al., 2018; Brasil, 2018), condições essenciais para atenção às pessoas com HAS e/ou DM.

Apesar da redução das proporções de fumantes entre 1989 e 2013, o tabagismo e o uso abusivo de álcool e outras drogas se apresentam como sérios agravantes à saúde dos portadores de HAS e DM (Malta et al., 2018; Brasil, 2014). Porém, conforme a Tabela 2, independente do arranjo organizacional, sua abordagem ainda se apresenta como um desafio na rotina das equipes de saúde (Santos, Santos & Caccia Bava, 2019).

A alimentação inadequada e o sedentarismo, também, podem aumentar a ocorrência de doenças metabólicas e o risco de eventos cardiovasculares que levam ao óbito (Santos & Moreira, 2012). Na abordagem da prevenção/tratamento

de obesidade, assim como no desenvolvimento de atividades em grupo, como caminhada, ganham destaque a UBS que se diferencia dos demais arranjos por menor oferta, ainda que muitos serviços não realizem tais atividades (Tabela 2).

Para a continuidade do cuidado de pessoas com HAS e DM, um grande desafio é manter a adesão ao tratamento (Albuquerque *et al.*, 2018), entretanto, conforme apresentado na Tabela 2, poucos serviços avaliados encaminham os faltosos e não aderentes ao tratamento para estes grupos. Estudos justificam esta situação pela ausência de espaço físico ou sobrecarga dos profissionais, além da descrença dos usuários sobre os benefícios destas atividades, favorecendo a não adesão (Santos, Silva & Marcon, 2018; Silva *et al.*, 2016).

Por outro lado, aproximadamente 75% do total de serviços avaliados relatam realizar busca ativa para os casos de HAS e DM faltosos em consultas e/ou não aderentes ao tratamento. Outras estratégias ocorrem em frequências diversificadas: aproximadamente 26% encaminha para grupos de adesão, 56% realiza discussões dos casos em equipe, e 23,5% discute com supervisão externa (Tabela 2).

Cabe destacar que essas estratégias valorizam a integralidade do cuidado e fortalecem o vínculo, proporcionando uma assistência mais direcionada às necessidades dos usuários (Santos & Miranda, 2016; Gaíva & Siqueira, 2011).

A visita domiciliar (VD) é realizada pelos diferentes profissionais de saúde. Apesar de ser uma atividade mais comumente encontrada nas USF (Flôr *et al.*, 2017), os resultados mostram que serviços com todos os tipos de arranjos organizacionais a realizam, mesmo entre as UBS/UPA, demonstrando um movimento de reconhecimento dos benefícios vinculados à VD, para além da presença do ACS na equipe (Tabela 2).

O desenvolvimento de protocolos clínicos busca orientar a rotina dos profissionais de saúde, favorecendo a padronização de ações mínimas para cada doença (Venancio, Rosa & Bersusa, 2016). Embasados por evidências científicas, sua utilização deve conter a definição de insumos estratégicos e procedimentos que comprovem a qualidade dos resultados (Malta & Merhy, 2010; Brasil, 2017).

No caso da HAS e DM, há uma série de documentos ministeriais que instrumentalizam as equipes de saúde (Brasil, 2013a, 2013b, 2014; 2018). Para além destas publicações, o estado de São Paulo criou, em 2018, protocolos específicos para estas duas linhas de cuidado (São Paulo, 2018a, 2018b).

Assim como apontado por Dantas (2018), apesar da existência de vários documentos que orientam e padronizam a assistência a estes agravos, observa-se na Tabela 2 que menos de 60% do total dos serviços avaliados utilizam protocolos específicos no manejo dos usuários com HAS e/ou DM, sendo a USF e o arranjo Outros os que mais relatam utilização. Comprova tal limitação, o fato da aferição da pressão em três momentos diferentes ou mapa pressórico, para o diagnóstico da HAS, não ser realizado por todos os serviços, mesmo referindo-se a uma prática simples e protocolada (São Paulo, 2018b).

O acesso aos medicamentos é um fator primordial para a adesão ao tratamento e controle das doenças (Paniz *et al.*, 2016). Neste sentido, apesar de algumas diferenças entre os serviços, preocupa o baixo número que relatou acesso regular, sendo a USF, conjuntamente com o arranjo Outros, os serviços com menor acesso, enquanto a UBS apresenta maiores frequências (Tabela 2).

Caracterizada como barreira no tratamento destas doenças, este resultado pode ser reflexo dos serviços estarem alocados, em sua maioria, em municípios de pequeno porte, que tendem a concentrar os serviços com maiores infraestruturas na região central (Mendes *et al.*, 2014).

Reconhecidas como comorbidades comuns a longo prazo, as retinopias hipertensivas e diabética se manifestam em mais da metade dos casos de HAS e de DM, associando-se à frequência nas consultas médicas anuais (Alves *et al.*, 2014; Brasil, 2013b). No entanto, independentemente do arranjo organizacional, foram poucos os serviços que relataram solicitar exame de fundo de olho, tanto para usuários com HAS quanto para os com DM.

Cabe destacar que, independente do arranjo organizacional, mesmo os exames mais simples, como glicemia de ponta de dedo (Hgt) e teste rápido de proteinúria, não são realizados por todos os serviços. Porém, mais preocupante é o relato de que cerca de 10% dos serviços não esclarecem os resultados dos exames e mais de 50% não possuem registro dos usuários de risco diferenciado, destacando os serviços organizados conforme USF os que apresentaram maiores frequências em relação a estas práticas (Tabela 2).

Outra importante abordagem na rotina dos atendimentos aos portadores de DM são as ocorrências de úlcera nos pés, presente em aproximadamente 25% dos casos (Boulton, 2008; Brasil, 2016; 2013b).

Esta preocupação com os pés dos usuários com DM esteve presente em grande parte dos serviços, destacando a USF, seguido do arranjo Outros, como os que mais realizam essa prática. No entanto, preocupa o fato de que uma proporção relevante do total de serviços não incorpora este cuidado na rotina (Tabela 2).

O estudo apresenta limitações ao referir-se a um recorte regional específico, além daqueles inerentes às pesquisas avaliativas conduzidas por instrumentos estruturados de autorresposta. Entretanto, permitiu conhecer a diversidade de arranjos organizacionais, possibilitando a análise de características que qualificam a atenção às pessoas com HAS/DM na região estudada.

Conclusões

Os resultados identificaram semelhanças e diferenças entre o modo de organizar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM nos diferentes serviços de APS avaliados.

É importante destacar que independentemente do arranjo organizacional adotado (USF, UBS, UBS/Mista, UBS/UPA ou outros arranjos), constatou-se importantes questões relacionadas aos atributos essenciais para o alcance dos princípios — já legitimados pelo SUS (universalidade, integralidade e equidade) — e que, quando presentes, garantem o bom funcionamento e alta resolutividade dos serviços de APS.

Assim, reitera-se a importância em se conhecer as necessidades locais para o planejamento das ações e, neste sentido, a recomendação da delimitação de área e adstrição da população, com discussão dos casos em equipe e com supervisão externa, são algumas práticas que podem qualificar este processo.

Espera-se que tais resultados possam sensibilizar gestores e profissionais de saúde a investir na qualificação técnica e compromisso das equipes, alcançando melhores resultados nas ações de saúde, o que muitas vezes não depende de ampliação no investimento financeiro. Esclarecimento dos resultados de exame, registro dos pacientes com risco diferenciado, utilização de protocolos clínicos, ações de promoção e educação em saúde para prevenção da obesidade, uso de tabaco e de álcool e outras drogas, entre outras, exemplificam medidas de melhoria da qualidade do cuidado.

A realização de algumas das atividades essenciais ao seguimento de HAS e/ou DM nos diferentes arranjos organizacionais existentes na APS do interior do

estado de São Paulo, indica a importância em se investir na qualificação do conjunto de serviços de APS em operação, avançando na efetivação de modelos de atenção coerentes com os atributos preconizados para uma atenção integral à saúde.

Referências

- Albuquerque, N. L. S *et al.* (2018). Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva. **Rev Bras Enferm** [Internet], 71(6), 3006-12.
- Alves, A. P. *et al.* (2014). Retinopatia em pacientes hipertensos e/ou diabéticos em uma unidade de saúde da família. **Rev. bras. oftalmol.**, 73(2), 108-111.
- Bali, V. *et al.* (2018). Secondary prevention of diabetes through workplace health screening, **Occupational Medicine**, 68(9), 610-616.
- Boulton, A. J. M. *et al.* (2008). Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. **Diabetes Care**, 31, 1679-1685.
- Brasil. Ministério da Saúde. [2019]. **DATASUS**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>. Acesso em: 29/04/2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013a). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica — **Cadernos de Atenção Básica**, nº 37. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus — **Cadernos de Atenção Básica**, nº 36. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica — **Cadernos de Atenção Básica** nº 35. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília.
- Brito, R. S., Santos D. L. A. & Maciel, P. S. O. (2010). Olhar Masculino acerca do atendimento na estratégia Saúde da família. **Rev. Rene**, 11(4), 135-142.
- Carvalho, F. S. S., Nogueira, L. T. & Viana, L. M. M. (2011). HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 12, 930-936.
- Castanheira, E. R. L. *et al.* (Orgs.). (2016). **Caderno de Boas Práticas para organização dos serviços de Atenção Básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB**. [recurso eletrônico] Botucatu: UNESP/FMB. Disponível em: www.abasica.fmb.unesp.br
- Castanheira, E. R. L. *et al.* (2020). Avaliação de serviços de atenção básica pelo sistema QUALIAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: Akerman, M. *et al.* (Orgs.). **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das Universidades**

- Brasileiras para a avaliação.** Vol. 2. 1ª edição. Editora Hucitec, 2020.
- Dantas, R. C. O. (2018). O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, 4(1), 117-131.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, Norms and Standards of Quality: What do they mean? **AJPH (The American Journal of Public Health)**, 71(4), 409 – 412.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, 260(12), 1743-1748.
- Fachini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, 42, (Especial 1), 208-223.
- Flôr C. R. *et al.* (2017). Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Epidemiologia**, 20(4), 714-726.
- Gaíva, M. A. M. & Siqueira, V. C. A. (2011). A prática da visita domiciliar pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciênc Cuid. Saúde**, 10(4), 697-704.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE. (2014). **Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: 2013.
- Magalhães Junior, H. M. & Pinto, H. A. (2014). Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. **Divulg Saúde Debate**, 51,14-29.
- Malta, D.C. & Merhy, E. E. (2010). The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface**, 14(34), 593-605.
- Malta, D. C. *et al.* (2018). O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 1799-1809.
- Mendes, L. V. *et al.* (2014). Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Debate**, 38 (Especial), 109–23.
- Mota A., Schraiber, L. B., & Ayres J. R. C. M. (2017). “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. **Interface**, 21(60), 5-11.
- Novaes, H. M. D. (2004). Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 20(supl.2).
- Paniz, V. M. V. *et al.* (2016). Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, 24(2), 267-80.
- Pessoa, B. H. S., Gouveia, E. A. H. & Correia, I. B. C. (2017). Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 12(39), 1-9.
- Sanine, P. R. *et al.* (2018). Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 34(6).
- Sanine P.R. *et al.* (no prelo). Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior paulista. **Cad Saúde Pública**.
- Santos, A. de L., Silva, E. M. & Marcon, S. S. (2018). Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: Potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto enferm**, 27(1).
- Santos, C. A. R. & Miranda, F. (2016). Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**.
- Santos, J. C. & Moreira, T. M. M. (2012). Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. Esc. Enferm**, 46(5).
- Santos, M. D. V., Santos, S. V. & Caccia Bava, M. C. G. G. (2019). Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, 24(2), 563-572.
- São Paulo. Secretaria da Saúde. (2018a). **Linha de cuidado diabetes mellitus: manual de orientação clínica**. São Paulo: SES/SP.
- São Paulo. Secretaria da Saúde. (2018b). **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde**. 2 ed. São Paulo: SES/SP.
- Silva, R. L. D. T. *et al.* (2016). Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. **Rev Bras Enferm**, 69(1), 71-8.
- Souza, M. F. (2014). A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. IN: Souza, M. F *et al.* (org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Ed. Saberes.
- Tanaka, O. Y. (2017). Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. IN: Tanaka, O. Y. *et al.* (Orgs.). **Avaliação em Saúde: construções para incorporação no cotidiano**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Teston, E. F. *et al.* (2018). Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **Rev Bras Enferm**, 71(supl.6), 2735-2742.
- Venâncio, S. I. *et al.* (2011). Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 16(9), 3951-3964.
- Venancio, S. I., Rosa, T. E. C. & Bersusa, A. A. S. (2016). Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis**, 26(1), 113-135.

PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Celso Marcos da Silva
Divanise Suruagy Correia
Maria das Graças Monte Mello Taveira
Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho
Leonardo Feitosa da Silva
Carlos Dornels Freire de Souza

Introdução

A portaria nº 529 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), objetivando “[...] contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (Brasil, 2013). Desde então o PNSP promove e apoia a implementação de iniciativas voltadas à Segurança do Paciente (SP) em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2013).

Nos últimos anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) transformou-se em seu arcabouço teórico-prático, exigindo qualificação de práticas assistenciais, incluindo qualidade do cuidado e a própria segurança do paciente (Souza & Mendes, 2014; Raimondi, Bernal & Matsuda, 2019).

A SP vem despertando a atenção de pesquisadores e gestores em todo o mundo. O relatório do Instituto de Medicina dos EUA (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) a destaca como questão central de discussões em vários países, considerando o elevado número de falhas registradas diariamente no processo de cuidado (IOM, 2000; Marchon & Mendes Junior, 2014).

Este trabalho resulta de pesquisa elaborada no Mestrado Profissional da Saúde da Família (PROFSAÚDE) e objetiva analisar a percepção de profissionais de saúde atuantes na rede de APS do município de Arapiraca (AL) sobre práticas de SP.

Revisão de literatura

Define-se como “segurança do paciente” a redução do risco de dano desnecessário associado a um mínimo aceitável de cuidado em saúde (WHO, 2009; Runciman *et al.*, 2009), incluindo a preocupação com a possível ocorrência de Eventos Adversos (EA), danos e/ou lesões causadas nos pacientes durante o ato de cuidar (Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma & Boermeester, 2008). Estima-se que cerca de 10% dos pacientes internados em hospitais de todo o mundo sofram EA evitáveis (WHO, 2009). No Brasil, a incidência desses eventos é de 7,6% (Mendes, Martins, Rozenfeld & Travassos, 2009).

Apesar das recomendações e normativas orientando que todos os serviços de saúde adotem mecanismos garantidores da SP, ainda existe uma lacuna quanto à consolidação de uma cultura de segurança na APS (Marchon & Mendes Junior, 2014). A APS é definida como cuidado acessível, coordenado, abrangente e contínuo que tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o mecanismo orientador das práticas assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Souza & Mendes, 2014).

Entre 1998 e 2018, o número de Equipes de Saúde da Família, de pouco mais de 2 mil, chegou a mais de 43 mil, com cobertura alcançando 130 milhões de brasileiros (65% da população do país) (Brasil, 2019). Se por um lado a expansão da ESF representou avanço no campo da saúde pública brasileira, por outro a ampliação das tecnologias disponíveis na APS e demandas impostas aumentaram as chances de erros diagnósticos, administração incorreta de medicamentos e outros eventos adversos que figuram como fragilidades da SP (Vincent & Almabert, 2015; Marchon, Mendes Junior & Pavão, 2015). A APS apresenta variação na incidência de Eventos Adversos, oscilando entre 0,004 a 240,0 para cada grupo de 100 consultas. Entre 45 e 74% desses erros são evitáveis (Makeham, Dovey, Runciman & Larizgoitia, 2008).

O relatório do Comitê Europeu de SP destacou a necessidade de estudos sobre o tema (Sousa, 2006). Posteriormente, o relatório *Cuidados de Saúde Primários — agora Mais Que Nunca*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatizou a falta de informações sobre SP e a insegurança nos cuidados de saúde como fatores inquietantes, especialmente em países subdesenvolvidos

(WHO, 2008). Esse cenário é ainda mais crítico no Brasil. Em revisão sistemática conduzida por Marchon e Mendes Junior (2014), nenhuma das 33 publicações incluídas no estudo foi realizada no Brasil.

Métodos

Estudo transversal de natureza qualitativa realizado em janeiro de 2019 na APS da cidade de Arapiraca, município alagoano com cobertura 98,70% para a ESF.

Selecionou-se três UBS onde foram implantadas ações para SP. A amostra do estudo por conveniência foi composta por oito profissionais com nível superior e de ambos os sexos, (médicas, enfermeiros, assistente social, cirurgia dentista, administrador). Todos os profissionais com nível superior da UBS foram convidados a participar da pesquisa, 3 deles recusaram e 4 não compareceram no dia do Grupo Focal (GF).

A investigação ocorreu em três etapas. Na primeira os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, mediante explicação da investigação e procedimentos metodológicos, e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados.

A segunda etapa consistiu na coleta de dados através da estratégia de GF, cujo roteiro abordou o tema utilizando questões disparadoras e previamente testadas quanto à clareza, construção argumentativa e semântica, versando sobre conceito de Segurança do Paciente (SP), importância da SP na APS, acolhimento, demanda espontânea, comunicação, insumos e farmácia em relação a SP.

Os dados foram coletados em 2019, em sala reservada, em período de 1 hora e 30 minutos. O GF foi conduzido por profissional médica, não participante da pesquisa e não atuante na cidade de Arapiraca, a fim de evitar viés ou fator de confusão. Dois discentes ficaram responsáveis pela gravação/transcrição dos dados.

O material foi analisado com o *software* IRAMUTEQ³. O programa utiliza cálculos sobre ocorrência de palavras em segmentos de texto, procurando associá-las em classes, de acordo com semelhança e dessemelhança (Camargo & Justo, 2013). As classes geradas representam o sentido das palavras ou elementos referentes ao objeto estudado.

3 Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires.

O *corpus* correspondeu ao banco de dados de texto formado pelas unidades de contexto inicial (UCI). As UCI's são a divisão natural do *corpus*, a partir da qual o programa efetua sua fragmentação inicial. Foram identificados os menores fragmentos de texto com sentido, denominados de segmento de texto (ST), definidos automaticamente, ou unidade de contexto elementar (UCE). Em seguida, os ST foram reagrupados em novas unidades de contexto (UC), considerando o limite λ^4 (Camargo & Justo, 2013; Souza, Wakk, Thuler, Lowen & Peres, 2018). O valor semântico das palavras foi avaliado de acordo com o χ^2 ($\geq 3,84$), sabendo-se que quanto maior o valor, maior é o peso semântico das palavras em relação à classe à qual pertence (Camargo & Justo, 2013).

Na análise de *corpus*, foram adotados dois subtipos específicos de análise:

- a) Classificação Hierárquica Descendente (CHD): análise embasada no algoritmo proposto por Alceste e Reiner (Camargo & Justo, 2013), segundo o qual a análise léxica oferece classes de discurso caracterizadas por seus vocabulários. Os resultados são apresentados através de dendograma (Camargo & Justo, 2013).
- b) Análise Fatorial de Correspondência (AFC): busca identificar as frequências e os valores de correlação de χ^2 de cada palavra do *corpus* (Camargo & Justo, 2013). Nesse caso, a análise foi realizada com base nas classes da CHD.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, parecer consubstanciado número 3.138.931/ 2018.

Resultados

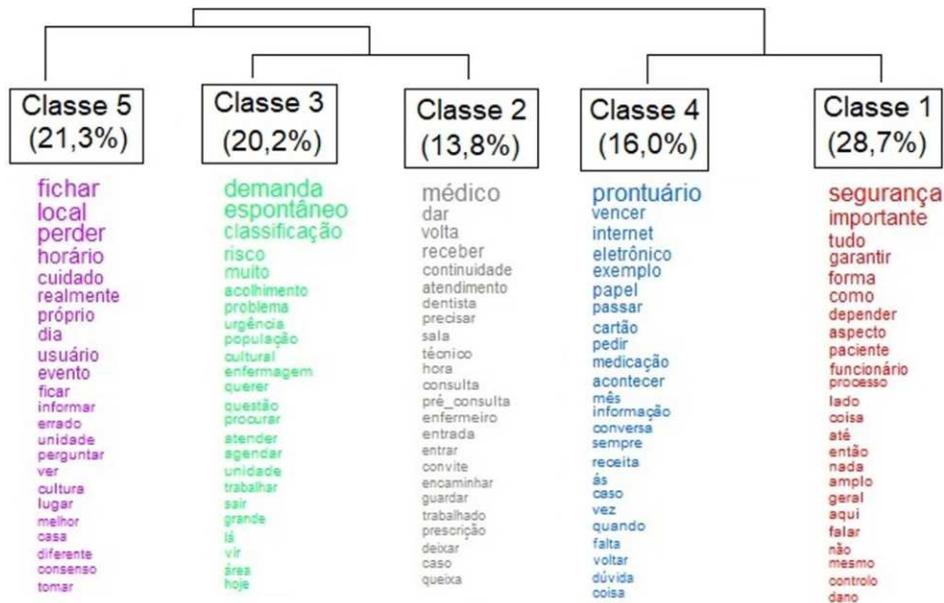
O *corpus* gerado foi de 57 UC, compostos 244 ST, com aproveitamento de 188 deles, correspondendo a 77,05% do total, representando percentual relevante, isto é, aproveitamento acima de 75% do *corpus*.

Surgiram cinco classes semânticas (figura 1): a Classe 1 contemplou 28,7% do *corpus*, denominada de *importância da segurança do paciente*; a Classe 2 correspondeu a 13,8% do *corpus*, nomeada de *Processo de Trabalho*;

4 Índice de associação para avaliar a relação entre variáveis categóricas ou nominais.

a Classe 3 correspondeu a 20,2% do *corpus*, nomeada de *Classificação de Risco*; a Classe 4 contemplou 15,9% do *corpus*, denominada de *Estrutura de Trabalho*; a Classe 5 contemplou 21,3% do *corpus*, denominada de *Comunicação e identificação*.

Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente. Arapiraca/Alagoas, 2019.



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apontou a relação entre as classes 1 e 4 e as classes 2 e 3, dada correspondência dos aspectos semânticos das palavras. Por outro lado, a Classe 5 apresentou-se de forma independente no modelo (figura 1)

A seguir, os seguimentos de texto que exemplificam cada classe:

Classe 1 — Importância da segurança do paciente

Nesta classe estão as palavras significativas que remetem a questões sobre Segurança do Paciente (SP) e fatores importantes para a SP. Apresenta-se como exemplo o seguimento de texto:

[...] todos os aspectos da segurança do paciente têm a mesma relevância porque o mais importante é o bem-estar do usuário. Ele pode se incomodar mais com alguma coisa, mas a gente tem que garantir que ele seja seguro em tudo.

Classe 2 — Processo de Trabalho

Aqui se observa relação entre a organização do processo de trabalho e a SP:

[...] penso assim, que a SP está relacionada também, como organizamos a dinâmica do trabalho na unidade, desde a porta de entrada, com a separação dos prontuários [...].

[...] desde quando ele entrou até o seu atendimento, eu acredito que os danos podem estar tanto em uma prescrição médica equivocada, no sentindo do atendimento médico, como também no acolhimento na hora da pré-consulta.

Classe 3 — Classificação de Risco

A classe 3 remete a relação entre SP e atendimento à demanda espontânea:

[...] para demanda espontânea, nós fomos capacitados para aquela classificação de risco, mas infelizmente ela não ocorre por problemas de recursos humanos[...].

[...] todos precisam ser capacitados, muitos funcionários novos chegaram depois [...] tem também a questão da educação, da cultura da população.

[...] uma das formas de acolher bem é fazer a classificação de risco, isto também busca a SP. Pois uma febre pode ser ou não urgência.

Classe 4 – Estrutura de trabalho

Esta classe relaciona-se à SP e aspectos da organização de prontuários, insumos, e funcionamento da farmácia:

[...] quando está sem internet ou faltou energia temos que recorrer ao prontuário de papel e pode acontecer sempre. Se contamos apenas com

o virtual, como saber a história do paciente? [...] é preciso ter o arquivo físico organizado.

A dispensação de medicamentos é muito importante para a SP. Conferir validade dos medicamentos, posologia prescrita etc.

Penso que SP tem a ver também com o recebimento das condições necessárias para o funcionamento da unidade, como, por exemplo, contar com água e sabão para lavar as mãos, luvas para o dentista e acesso a deficientes.

Classe 5 – Comunicação e identificação

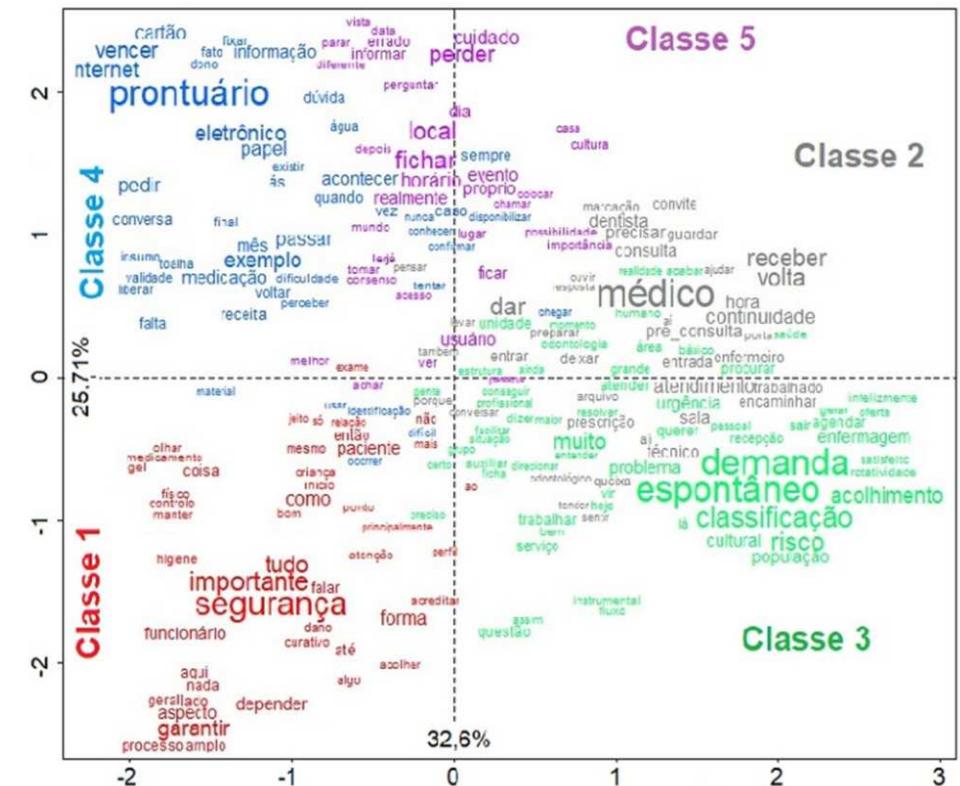
Esta classe remete à comunicação à população:

A gente chama Maria e entra Joana, o fato de sempre pedir o cartão SUS, mesmo que já esteja o nome anotado no prontuário, ajuda a organizar, porque acontece de outro paciente entrar quando a gente só a ordem sem pedir o cartão.

[...] o agente de saúde informa aos pacientes palestras. É importante este fato porque muitos não sabem ler, apesar dos cartazes na UBS.

Com o detalhamento da relação entre as classes, por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC) em um plano cartesiano (figura 2), observou-se que as classes 2 e 3 apresentaram maior relação entre si, enquanto as classes 1 e 4 se mostraram mais independentes. A classe 1 teve como mote a própria segurança do paciente; a classe 2 centrou no médico como elemento de destaque do processo de trabalho; classe 3 na demanda espontânea; classe 4 nos recursos/insumo de efetivação da segurança do paciente; e a classe 5 mostrou conexão entre profissionais e recursos/insumos.

Figura 2. Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Arapiraca/Alagoas, 2019.



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

Discussão

São poucas as investigações publicadas no Brasil sobre a temática Segurança do Paciente (SP), especificamente com profissionais atuantes na APS, fato que, ao tempo em que dificulta a discussão dos dados encontrados, torna a investigação relevante para fortalecer o componente da rede de atenção (Marchon & Mendes, 2015; Siman, Braga, Rigotti, Santos, Furlan & Andrade, 2019).

A SP é atributo fundamental para garantia da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, podendo revolucionar a forma como os estabelecimentos ofertam serviços à população (Sousa, 2006; Makehan *et al.*, 2008; Raimondi *et al.*, 2019). Sustentada em evidências científicas, a implementação de ações voltadas à SP pode trazer benefícios para a sociedade, a rede de saúde e o

governo, minimizando risco de danos para usuários, melhorando qualidade da assistência e gerando economia de recursos (Santos *et al.*, 2018).

Considerando que a SP na APS envolve fatores que podem causar danos aos sujeitos em processo de cuidado – ou seja, óbices nas práticas, produtos, processos ou sistemas –, advoga-se a existência de três dimensões principais: a. A dimensão administrativa, envolvendo, por exemplo, a perda e/ou erro no preenchimento de prontuários, gestão administrativa da unidade e de dados dos pacientes, grau de integração entre diferentes níveis de atenção; b. A dimensão do trabalho clínico, na qual inserem-se a gestão da clínica, a lavagem correta das mãos, a higienização das superfícies, a prescrição e a administração de medicamentos, a solicitação de exames, a prevenção de quedas e de iatrogenias e outros; e c. A dimensão das relações interpessoais e da comunicação entre profissionais e entre estes e usuários (conflitos, insatisfações, medo, insegurança e outros).

Segundo Marchon, Mendes e Pavão (2015), a maioria dos Eventos Adversos que comprometem a SP na APS relaciona-se aos atendimentos administrativos como perda de prontuários, erros de preenchimento, desconexão de informações e falta de planejamento gerencial da unidade, conforme ressaltado nos dados deste estudo. Nos últimos anos, o processo de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) tem buscado reduzir danos causados pela falta do documento no processo de atendimento (Ruschi *et al.*, 2018).

O caminho até a consolidação do PEP na APS no Brasil é longo. Analisando 690 PEPs de gestantes atendidas entre 2013 e 2014, em Vitória-ES, Ruschi, Antônio, Zandonade & Miranda (2018) mostraram que a confiabilidade das informações é prejudicada pela falta de integração dos dados com os demais níveis de atenção e sistemas de informação, além da incompletude de dados clínicos. Isso expõe uma falha importante nos mecanismos de SP e na qualidade da atenção prestada, algo também observado em Arapiraca que, embora adotando o PE nas UBS estudadas, ainda não conseguiu colocá-lo em pleno funcionamento.

Na dimensão do trabalho clínico, a adoção de protocolos operacionais padrões e de qualificação profissional pode contribuir para uma cultura de segurança na APS. Em 2015 um estudo realizado em UBS de Três Lagoas (Mato Grosso do Sul) analisou a eficiência da limpeza e desinfecção de superfícies, observando taxas de reprovação de 57,5% em inspeção visual e 90,0% em exame

de cultura das superfícies de móveis e instrumentos. Após a implantação de ações voltadas a qualificação dos profissionais, as taxas reduziram, respectivamente, para 5 e 65%. Estratégias dessa natureza pode diminuir infecções e garantir segurança durante a prestação do cuidado em saúde (Cloutman-Green, D'Arcy, Spratt, Hartley & Klein, 2014). A adoção desses padrões demanda disponibilizar de insumos, um problema corriqueiro em todo o país, também apontado pelos participantes desta investigação (falta de papel toalha, álcool em gel, fios de sutura e medicamentos).

A utilização da avaliação/classificação de risco, se implantada, permite identificar os variados níveis de risco, situações de maior urgência com estabelecimento de prioridades (Costa, Gouvea, Rangel & Schneider, 2018). Assim, o trabalho em equipe é fundamental e, na recepção da unidade, a presença de um profissional capacitado pode identificar situações de maior risco ou que provoquem sofrimento intenso, orientando a priorização do atendimento (Costa *et al.*, 2018). A classificação de risco foi apontada pelos entrevistados como ponto frágil das UBS, comprometendo o trabalho clínico e a SP. Eles atribuem tal fragilidade à falta de recursos humanos e ao próprio comportamento cultural da população local.

A correta classificação de risco implicará na utilização dos recursos necessários para a condução do caso, evitando excesso de intervenções. Destaca-se a discussão sobre a importância da prevenção quaternária na consolidação de uma cultura de segurança na prática clínica. Trata-se da “prevenção da prevenção”, “prevenção do excesso de intervenções” ou “prevenção de iatrogenias” (Tesser & Norman, 2019), como solicitação desnecessária de exames complementares ou conduta sem indicação precisa, resultando em impactos financeiros (Myers *et al.*, 2015).

As relações interpessoais remetem a outras dimensões da SP, como a importância do acolhimento e construção de vínculos. O acolhimento é uma ferramenta a ser utilizada na organização e ampliação do acesso e na redução de conflitos, caracterizando-se como meio de inclusão dos usuários, à medida que pressupõe não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes, ou de faixas etárias mais vulneráveis) como demandantes de atenção privilegiada, mas também outros que apresentem necessidades de saúde no momento e não sejam contemplados nesses critérios (Costa *et al.*, 2018).

Investigação realizada por Costa *et al.* (2018) sobre a percepção de enfermeiros abordando acolhimento na APS mostrou que os entrevistados

reconhecem a importância do acolhimento como ferramenta potencializadora do processo de trabalho, destacando a necessidade de qualificação profissional através de ações de educação permanente para essa ação.

Acolhimento pressupõe comunicação e escuta. Estima-se que de 5% a 72% dos incidentes na APS têm como principal fator a comunicação ineficiente (Makeham *et al.*, 2018). Falhas de comunicação que geram prejuízos substanciais para as relações de trabalho, engendrando cenário propício para falhas nos mecanismos de SP (Araújo, Lunardi, Filho, Silveira, Souza, Barlem & Teixeira, 2017). No Brasil não há estudos apontando o impacto da comunicação ineficiente na ocorrência de eventos adversos na AP, uma vez que esses trabalhos estão circunscritos ao ambiente hospitalar, onde cerca de 7% dos eventos são atribuídos ao fator comunicação (WHO, 2008). Em Arapiraca, a população pesquisada reconhece a importância da comunicação, mas destaca a necessidade da implantação de mecanismos que garantam sua eficiência.

Em síntese, todas as dimensões arrazoadas até aqui refletem a tríade Estrutura-Processo-Resultado, proposta por Donabedian (1980), na qual os aspectos estáveis (profissionais, instrumentos, recursos, locais e modelos de organização do processo de trabalho) representam a *estrutura*; as atividades realizadas pelos profissionais para os pacientes e as respostas destes representam o *processo*; e o nível de saúde resultante (efetividade, eficiência e satisfação dos usuários) representa o elemento *resultado*.

Mesmo considerando os cuidados metodológicos na execução deste estudo, há de se ressaltar que ele possui limitações. Investigações incluindo mais categorias profissionais podem auxiliar no deslindar da complexa, dinâmica e polissêmica tessitura que envolve a consolidação da cultura de segurança do paciente na APS. Além da realização de estudos em UBS sem NSP implantados, que pode completar o dimensionamento do desafio que é a consolidação da cultura de segurança em todas as unidades de saúde.

Considerações finais

Os resultados apontam conhecimento sobre Segurança do Paciente (SP) entre os pesquisados, todavia os mesmos ainda apresentam dificuldades para a

consolidação de uma cultura de segurança nas unidades de saúde onde trabalham. Aspectos culturais e educacionais da população são apontados como desafios para alcance dos objetivos relacionados com SP, além da falta de recursos/insumos, recursos humanos e educação permanente.

Sendo a APS a ordenadora do cuidado e responsável pela maior parcela de atendimentos no âmbito do SUS, a implantação de mecanismos que garantam uma cultura de segurança é de fundamental importância para a qualificação do cuidado. Por fim, postula-se o desenvolvimento de estratégias voltadas para a SP na APS, considerando suas potencialidades e singularidades.

Referências

- Araújo, M. A. N. de, Lunardi, W. D., Filho, Silveira, R. S. da Souza, J. C., Barlem, E. L. D., & Teixeira, N. da S. (2017). Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, 8(1), 52-56.
- Brasil; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2009). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: ANVISA.
- Brasil; Ministério da Saúde (2019). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil — CNES. Recuperado em: 10 fevereiro, 2020, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Santa Catarina: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação – UFSC.
- Cloutman-Green, E., D'Arcy, N., Spratt, D. A., Hartley, J. C., & Klein, N. (2014). How clean is clean — Is a new microbiology standard required? **American Journal of Infection Control**, 42(9), 1002-1003.
- Costa, A. B., Gouvêa, P. B., Rangel, R. C. T., Schneider, P., Alves, T. F., & Acosta, A. S. (2018). Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. **Enfermería Actual en Costa Rica**, 35, 103-115.
- Donabedian, A. (1980). **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). **To Err is Human: building a safer health system**. Washington, DC: The National Academy Press.
- Makeham, M., Dovey, S., Runciman, W., & Larizgoitia, I. (2008). **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Geneva: World Health Organization.
- Marchon, S. G., & Mendes, W. V. Jr. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(9), 1815-1835.
- Marchon, S. G., Mendes Jr, W. V., & Pavão, A. L. B. (2015). Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 31(11), 2313-2330.
- Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, 21(4), 279-284.



AUTOAVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SUL DO BRASIL

Antonio Marcos de Almeida
Aline Corrêa de Souza

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente-chave dos sistemas de saúde. Essa afirmação fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde. A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (Organização Panamericana da Saúde, 2011; Starfield, 2002).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário para organização da APS no Brasil sendo o seu funcionamento baseado nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Andrade, Barreto & Bezerra, 2006; Brasil, 2017).

Há desafios relacionados à expansão da ESF, entre eles, rotatividade de recursos humanos; ambiente pouco acolhedor; falta de informação aos usuários, o que contribui para um cuidado fragmentado e fragilizado (Rocha, Souza & Lima, 2016). Este estudo teve por objetivo promover a autoavaliação do processo de trabalho desenvolvido na APS deste município a partir da ferramenta AMAQ.

Referencial Teórico

A avaliação pode ser considerada a partir de distintas perspectivas: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A primeira é resultado da aplicação de critérios e normas; já a pesquisa avaliativa é elaborada a partir de um instrumento

- Myers, E. R., Moorman, P., Gierisch, J. M., Havrilesky, L. J., Grimm, L. J., Ghatge, S., Davidson, B., Montgomery, R. C., Crowley, M. J., McCrory, D. C., Kendrick, A., & Sanders, G. D. (2015). Benefits and harms of breast cancer screening: systematic review. *JAMA*, 314, 15, 1615-1634.
- Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013 (2013). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Poder Executivo.
- Raimondi, D. C., Bernal, S. C. Z., & Matsuda, L. M. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Revista de Saúde Pública*, 53, 1-9.
- Runciman W., Hibbert, P., Thomson, R., Schaaf, T. V. D., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 18-26.
- Ruschi, G. E. C., Antônio, F. F., Zandonade, E., & Miranda, A. E. (2018). Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, 12(39), 1-13.
- Santos, A. G. dos, Jr, Ferreira, A. M., Rigotti, M. A., Santos, F. R. dos, Furlan, M. C. R., & Andrade, D. (2018). Avaliação da eficiência da limpeza e desinfecção de superfícies em uma unidade básica de saúde. *Texto Contexto*, 27(4), e3720017.
- Siman, A. G., Braga, L. M., Amaro, M. O. F., & Brito, M. J. M. (2019). Desafios da prática na segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1504-1511.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318.
- Sousa, P. & Mendes, W. (2014). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Souza, C. D. F. (2014). Programa Saúde da Família – PSF: a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. *Hygeia*, 10(18), 207-215.
- Souza, M. A. R. de, Wall, M. L., Thuler, A. C. M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M. (2018). The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03353.
- Tesser, C. D., & Norman, A. H. (2019). Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface* (Botucatu), 23, e180435.
- Thomas, H., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A., & Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*, 14(5), e1002306.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2015). Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Quality & Safety*, 24(9), 539-540.
- Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), 216-223.
- World Health Organization (WHO), Who Patient Safety. (2009). **Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report**. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2008). Relatório mundial de saúde 2008: **Cuidados de saúde primários — Agora mais que nunca**. Geneva: WHO.

científico (Cardoso, 2012). Pode ser classificada como externa, caso seja conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização (Brasil, 2015). No entanto, a avaliação sistemática de programas e serviços em saúde tem como objetivo estimular a análise do trabalho em equipe, verificar lacunas, e, caso necessário, operar modificações em uma dada situação (Moreira *et al.*, 2017; Coelho Neto *et al.*, 2019).

A institucionalização da avaliação no SUS, para que ela se torne parte do cotidiano, em todos os níveis do sistema de saúde, transformando-se numa cultura, permanece como tema pendente. Compreende-se que qualquer decisão deva ser acompanhada de avaliação sistemática, permitindo que sejam tomadas com base em evidências comprovadas e não de maneira empírica (Mendes, 2010; Brasil 2015).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que visava qualificar e melhorar o acesso e o atendimento em saúde, organizado em quatro fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização (Brasil, 2011). Seguindo a proposta do método de Donabedian (1988), que avalia estrutura, processo e resultados, o programa objetivava institucionalizar a avaliação da qualidade na APS.

A autoavaliação realizada pela equipe de saúde, pela gestão municipal e pela coordenação da APS era uma dimensão estratégica do programa, executada mediante instrumentos próprios ou pela ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB) (Brasil, 2011; Pinto, Sousa & Florêncio, 2012). Ao responder à AMAQ-AB a equipe expressava sua realidade, por meio da qual poderia pactuar metas, de forma compartilhada com a gestão, a serem alcançadas em um determinado período (Brasil, 2011; Pinto, Sousa & Florêncio, 2012).

Este estudo foi realizado em município de pequeno porte, essencialmente agrícola, localizado na região norte do Rio Grande do Sul-RS. Aproximadamente dois terços da população vivem no meio rural. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam uma população estimada, em 2019, de 3.904 pessoas (Brasil, 2019). O município tem como marco histórico o ano de 1985, quando oito mil colonos sem-terra ocuparam uma fazenda que ficou conhecida por ser alvo da maior ocupação de terras no Brasil até então,

coordenada pelo recém-criado Movimento dos Sem Terra, no início do período democrático (Dickel, 2017). Atualmente, na área de nove mil hectares, vivem aproximadamente 1500 habitantes. A estrutura física do sistema de saúde é formada por uma UBS localizada na sede do município e duas unidades de saúde de apoio em comunidades do interior.

O único serviço de saúde deste município mantém vínculo com a Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Passo Fundo, sendo um campo de atividades práticas para os estudantes de graduação do curso de medicina, na integração ensino-serviço-comunidade.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado em município de pequeno porte, onde o sistema municipal de saúde está ancorado na APS, composta por duas equipes de ESF com dois médicos, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um odontólogo, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Participaram como respondentes do questionário da AMAQ-AB sete ACS, três técnicos de enfermagem, um ASB, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um farmacêutico e um médico, num total de 15 profissionais e, as perdas se devem aos membros não conseguirem estar presentes no momento de resposta ao questionário. Pela gestão municipal de saúde um membro participou como respondente.

Foi utilizada a primeira versão da ferramenta AMAQ-AB, a versão de 2012, por se tratar do primeiro contato dos sujeitos do estudo com a autoavaliação. Inicialmente foi realizada sensibilização da equipe de saúde e da gestão sobre o PMAQ, sendo convidados a participarem da autoavaliação — AMAQ. A coleta dos dados foi realizada, em outubro de 2018, em duas reuniões da equipe de saúde da família, em momentos específicos para essa finalidade, preestabelecido e coordenado com a equipe de saúde e a gestão. Separadamente um membro da gestão municipal respondeu o questionário. Também foi aplicado um questionário individual para caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao seu perfil demográfico, formação e atuação na APS.

A autoavaliação foi realizada a partir de duas unidades de análise: Gestão e Equipe, subdivididas em quatro dimensões: Gestão Municipal; Gestão da Atenção

Básica; Unidade Básica de Saúde; Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde. A gestão respondeu às duas primeiras e a equipe de saúde às duas últimas. As dimensões se desdobram em treze subdimensões, que estão compostas por padrões de qualidade (Brasil, 2016). Uma escala de pontuação, variando entre 0 (zero) e 10 pontos, é atribuída a cada padrão, onde zero indica o não cumprimento ao padrão e 10 a total adequação em relação à qualidade desejada (Brasil, 2013).

A classificação da dimensão é a média das avaliações de suas subdimensões. A classificação da subdimensão é feita por meio dos pontos conquistados e o resultado é observado à escala definida em cinco categorias (Brasil, 2016). O presente estudo seguiu as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com Número de Parecer: 2.547.843.

Resultados e Discussão

Os municípios de pequeno porte, com população inferior a 20 mil habitantes, representam aproximadamente 70% dos municípios brasileiros. A maioria apresenta condições limitadas de ofertas de serviços de saúde, dificuldade na fixação de profissionais médicos além de poder limitado na capacidade de gestão e decisão dos gestores municipais nos espaços de governança (Pinafo, *et al.* 2020).

Em relação ao perfil dos participantes, a faixa etária variou entre 28 e 51 anos e 53% estavam entre 31 e 40 anos de idade. Dos 15 profissionais participantes, apenas um era do sexo masculino. O tempo de atuação na APS e na UBS municipal variou de 11 meses a 18 anos, entretanto, 78% atuavam há mais de três anos. Quatro profissionais tinham ensino superior e possuíam pós-graduação, três deles com especialização na área da saúde, mas nenhum com especialização em Saúde da Família. Quatro responderam que nunca realizaram nenhum tipo de curso de formação na área da APS. Quanto à realização de formação, qualificação ou atualização nos últimos dois anos, oito responderam que não realizaram nenhum curso.

A autoavaliação da gestão municipal de saúde e da equipe de saúde estão apresentadas no quadro 1, de forma resumida e agrupada após a aplicação da ferramenta AMAQ-AB.

Quadro 1. Autoavaliação pela equipe e gestão municipal de saúde.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão	Classificação pela pesquisa	
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município	Satisfatório	Entre Regular e Satisfatória
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde	Regular	
		C - Gestão do Trabalho	Satisfatório	
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	Regular	
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional	Insatisfatório	Regular
		F - Educação Permanente	Regular	
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	Satisfatório	
Equipe	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos	Muito Satisfatório	Muito Satisfatória
		I - Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	Muito satisfatório	
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe	Regular	Entre Insatisfatória e Regular
		K - Organização do Processo de Trabalho	Insatisfatório	
		L - Atenção integral à Saúde	Regular	
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	Insatisfatório	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A autoavaliação apontou que dos 109 padrões avaliados pela gestão e pela equipe de saúde, 59 obtiveram nota inferior a cinco perfazendo 54% do total e 15 padrões tiveram nota zero.

Este estudo foi realizado em município que não aderiu ao PMAQ-AB, sendo o primeiro contato dos atores envolvidos com a ferramenta AMAQ. Para realizar adesão ao PMAQ era necessária decisão da gestão municipal de saúde e pactuação com as equipes de saúde.

A gestão municipal avaliou a Subdimensão Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município como satisfatória. Entretanto, avaliou que não possui programa ou política de educação permanente elaborada e instituída para a APS e que não implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (Brasil, 2004). Nesse contexto, há trabalhos afirmando que atividades como rodas de educação permanente são um importante espaço de discussão, no coletivo e nas UBS. Elas representam um potencial tanto para promover a gestão participativa quanto para a apropriação das políticas de saúde pública pelos trabalhadores, além de humanizar as relações de trabalho (Cardoso, 2012).

A subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde foi avaliada como regular. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si, com objetivos comuns, devem ofertar uma atenção contínua e integral à população de um território definido e devem ser coordenadas pela APS (Mendes, 2010). O município não tem serviços de saúde secundários, como especialidades, urgência e emergência hospitalares, sendo a UBS o primeiro contato da população com o sistema de saúde. Quando há necessidade de serviços especializados e hospitalares, as pessoas são encaminhadas para atendimentos em municípios da região.

Foi avaliado como positivo o fato da maioria dos trabalhadores da saúde municipal manter vínculo de trabalho estável, sendo concursados no município e contando com planos de carreiras, cargos e salários. Em trabalho realizado em um município do interior do Ceará, a subdimensão gestão do trabalho foi avaliada como insatisfatória, visto que o município não possuía programa de incentivo financeiro para as equipes de atenção básica que apresentaram desempenho compatível com metas e resultados esperados, além de não garantir plano de carreiras, cargos e salários (Cavalcante *et al.*, 2018). Há estudos afirmando que a garantia de um plano de cargos, carreiras e salários e de incentivos, gera maior oportunidade de desenvolvimento profissional. Desta maneira, é possível associar a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação (Lacaz *et al.*, 2010).

A subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário foi avaliada como regular. Em sua autoavaliação, a gestão municipal reconhece que não desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados e que tampouco disponibiliza canais de comunicação que permitam expressar suas necessidades e expectativas. Estes dois padrões foram os que apresentaram pior desempenho, evidenciando uma frágil participação e controle social no sistema de saúde municipal. O MS preconiza que

assegurar aos cidadãos o acesso às informações e a participação na formulação, na implementação e na avaliação da política municipal de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania da população brasileira. Para isso, estabelecer mecanismos de avaliação do serviço é fundamental para que usuários opinem sobre a atenção ofertada pela equipe, assim como a equipe saber quão satisfeitos os usuários estão (Brasil, 2015).

O Apoio Institucional foi avaliado como insatisfatório. Os aspectos que obtiveram menores desempenhos na autoavaliação referiram-se ao fato da gestão de saúde não estabelecer relação democrática e dialógica com as equipes e não ofertar apoio institucional. Pode-se inferir que este é um estilo de gestão pouco democrática e sem a participação da equipe no planejamento do cotidiano do trabalho em saúde. Esta situação ratifica a falta de autonomia da equipe de saúde em realizar planejamento, ações e avaliação de suas atividades.

A Subdimensão Gestão do Monitoramento e Avaliação (M&A) foi classificada como satisfatória. A melhor avaliação foi atribuída ao fato de a gestão utilizar o sistema de informação da atenção básica como instrumento de gestão, e com pior desempenho na avaliação no quesito falta de discussão entre gestão e equipes sobre os compromissos pactuados com outras esferas de gestão. A falta de diálogo entre gestão e equipe de saúde configura um método pouco democrático na gestão de saúde no que se refere às decisões acerca da saúde pública municipal.

A Dimensão Unidade Básica de Saúde composta por duas subdimensões: Infraestrutura e Equipamentos; Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos foi a única avaliada como muito satisfatória e difere de estudo realizado em um município do interior do Ceará onde a mesma dimensão foi avaliada como insatisfatória (Cavalcante *et al.*, 2018). Estudo realizado em Minas Gerais avaliou 75 equipes e concluiu que a classificação da Subdimensão Infraestrutura e Equipamentos situou-se no padrão insatisfatório para 48% das unidades avaliadas; somente 5,3% das unidades apresentaram total adequação para as ações em saúde (Moreira, Lima, Vieira, & Costa, 2017). Nenhuma destas dificuldades foram encontradas na autoavaliação do presente estudo.

O perfil da equipe foi avaliado como regular. Um dos elementos se refere aos profissionais de nível superior não possuírem formação complementar para o trabalho na APS, posto que não têm especialização em saúde da família.

Este fato pode ter contribuído para o resultado regular, pois estudos apontam a importância da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade. A MFC vem investindo na consolidação de um núcleo de conhecimentos e práticas, que pode ser caracterizado por uma clínica centrada na pessoa e não na doença, realizando o cuidado continuado e a gestão de planos terapêuticos individuais e familiares (Coelho Neto, Antunes & Oliveira, 2019). Outro aspecto avaliado negativamente é a falta de oferta por parte da secretaria de saúde para a qualificação dos profissionais, além de não haver exigência de conhecimentos específicos sobre APS no momento da contratação.

A Organização do Processo de Trabalho foi avaliada como insatisfatória. Os padrões que receberam nota zero na autoavaliação da equipe foram: “A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais[...]”; “A equipe de APS utiliza estratégias de abordagem familiar e de grupos sociais específicos”; “A equipe reúne-se periodicamente”; “A equipe realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados”. Estes são os padrões considerados nós críticos na organização do processo de trabalho da equipe. Todas as avaliações que receberam nota zero são entraves muito notáveis pois traduzem que não há nenhuma autonomia ou governabilidade da equipe de saúde em relação à organização do trabalho. No estudo em um município do interior do Ceará que avaliou esta mesma subdimensão encontrou resultados satisfatórios. Em estudo realizado em Minas Gerais que analisou a qualidade da APS, a dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, constatou-se que 44% das equipes alcançaram o nível satisfatório e que nenhuma equipe foi classificada no padrão muito insatisfatório (Moreira, Vieira & Costa, 2016).

A Atenção Integral à Saúde foi avaliada como regular. No entanto, esta subdimensão conta com 42 padrões de avaliação e no total 12 padrões receberam nota zero. As fragilidades apontadas pela equipe foram as seguintes: a equipe de APS não acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano da sua área de abrangência; não realiza consulta de puerpério até 42 dias após o parto; não realiza ações de atenção integral à saúde do homem; não desenvolve ações regulares de planejamento familiar; não têm ações de vigilância e acompanhamento dos casos de tuberculose e hanseníase no território; não desenvolve ações para identificar casos de violência e promover a cultura de paz;

não têm ações relacionadas à saúde do trabalhador; não trabalha com atividade física no território; não participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersetorial; não desenvolve ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática no território. Com essas fragilidades apontadas na avaliação da equipe de saúde, fica claro que somente uma reestruturação na organização da atenção integral à saúde da população pode contribuir para superar essas lacunas.

Os resultados deste estudo foram disponibilizados aos gestores de saúde e às equipes em forma de projeto de intervenção, para que eles pudessem desenvolver um planejamento estratégico para melhorar e superar as dificuldades encontradas.

Conclusão

O trabalho em município rural é um desafio cotidiano na construção de ações e estratégias para viabilizar o acesso, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção integral à saúde dessas populações, respeitando suas singularidades.

Os resultados encontrados destacam que a maneira como está organizada a APS municipal não é capaz de responder à demanda da população e garantir cuidado longitudinal com a qualidade e resolutividade esperada para a APS que, ainda não cumpre a função de ser a porta de entrada, coordenadora do cuidado e não está orientada ao cuidado da família e da comunidade.

Diferente de outros estudos que analisaram a infraestrutura de UBS como sendo insatisfatória, este estudo avaliou que a infraestrutura da UBS, os equipamentos, os insumos, os imunobiológicos e os medicamentos estão muito satisfatórios para que a equipe de saúde possa desenvolver o trabalho de maneira adequada.

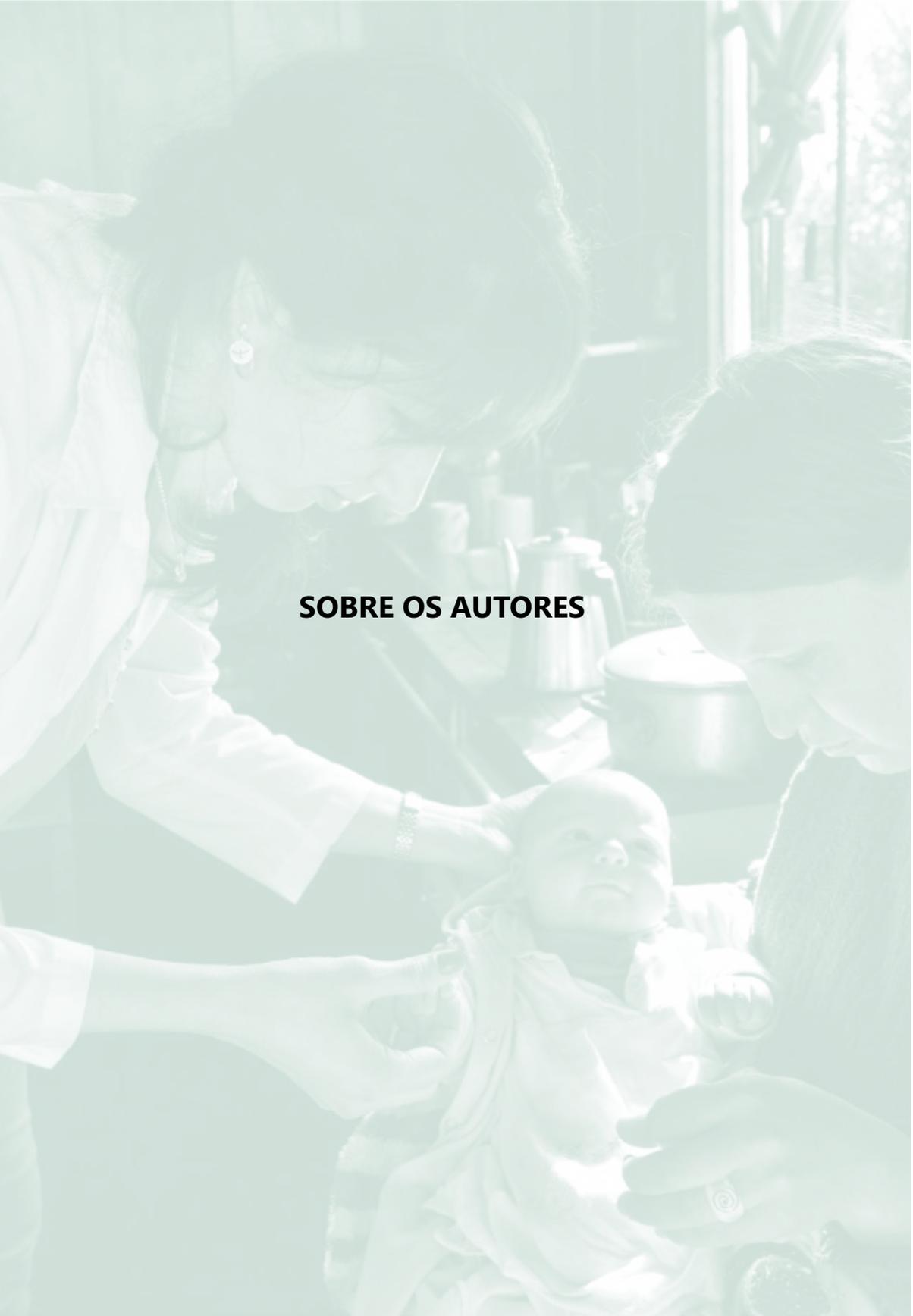
Somente um pacto entre a gestão e a equipe de saúde com estabelecimento de diálogo com a comunidade possibilitará avanços nos processos de trabalho na direção de um modelo de atenção à saúde baseado nos atributos da APS, que possa contribuir para a melhoria da qualidade e acesso à APS municipal.

A partir deste estudo foi elaborado um projeto de intervenção na APS municipal, para o qual foi utilizada uma proposta de matriz na qual foram abordados os oito padrões de qualidade que obtiveram os piores desempenhos

na autoavaliação da equipe e da gestão. Construindo-se esta matriz de maneira coletiva entre gestão e equipe de saúde, espera-se aprimorar a organização do processo de trabalho em equipe.

Referências

- Andrade, L. O. M., Barreto I. C. H. C., & Bezerra, R. C. (2006). Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In G. W. S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior & Y. M. de Carvalho (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria nº 198, de 13 de fev. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 fev. 2004a. Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Satisfação dos usuários da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). **Adesões ao PMAQ — 3º ciclo, Relatório Estadual**. Brasília. Recuperado em 4 de março, 2019, de http://sisaps.saude.gov.br/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Gabinete do Ministro, **Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro**. 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). Recuperado em: 9 de março, 2019, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Brasil. Ministério do Planejamento. (2019). **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. Recuperado em: 10 de março, 2020, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pontao/panorama>.
- Cardoso, I. M. (2012). Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 21(1), 18-28.
- Cavalcante, A. S., Ribeiro, M. A., Albuquerque, I. M. N., Vasconcelos, M. I. O., Sales Filho, R. F., & Gomes, D. F. (2018). Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica em Município do Interior do Ceará. **Revista APS**, 21(1), 29-36. Recuperado em: 11 de março, 2019, de <http://ojs2.ujf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16168>.
- Coelho Neto, G. C., Antunes, V. H., & Oliveira, A. (2019). A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, 35(1), e00170917.
- Dickel, S. L. (2017). **Terras da Annoni: entre a propriedade e a função social**. Curitiba: Prismas.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12):1743-1748. Recuperado em 9 de março, 2019, de <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.
- Lacaz, F. A. C., Vieira, N. P., Cortizo, C. T., Junqueira, V., Santos, A. P. L. & Santos, F. S. (2010). Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnólogo em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 26(2), 253-263.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5), 2297-2305.
- Moreira, K. S., Lima, C. A., Vieira, M. A., & Costa, S. M. (2017). Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, 22(2), 51283.
- Moreira, K. S., Vieira, M. A., & Costa, S. M. (2016). Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, 40(111), 117-127. Recuperado em 11 de março, 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000400117&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Organização Panamericana da Saúde. (2011). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS — Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS.
- Pinafo, E., Nunes, E. F. P. A., Carvalho, B. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Silva, C. R. (2020). Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5), 1619-1628.
- Pinto, H. A., Sousa, A., & Florêncio, A. R. (2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, 6(2). Recuperado em: 1 de dezembro, 2017, de <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/492/1142>.
- Rocha, E. S., Souza, E. C., & Lima, M. V. (2016). Perspectivas avaliativas da gestão da atenção básica em município de médio porte. **Sanare**, 15(1), 8-14.
- Starfield, B. (2002). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.



SOBRE OS AUTORES

Adriana Lemos. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: adrianalemos@unirio.br

Adriano Dias. Professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Botucatu-SP, Brasil.

E-mail: dias.adriano@unesp.br

Aiarlen dos Santos Meneses. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: aiarlenmeneses@hotmail.com

Aldicléya Lima Luz. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFMA). Doutoranda em Medicina Tropical (UFPE). Médica. Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz-MA, Brasil.

E-mail: aldicleya@hotmail.com

Aline Corrêa de Souza. Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFRGS). Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail: alinec@ufcspa.edu.br

Aluísio Gomes da Silva Junior. Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Médico sanitário (UFF). Professor Titular do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Andréa Felizardo Ahmad. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: andreafelizardo.enfermeira@gmail.com

Antonio Marcos de Almeida. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFCSPA). Médico de Família e preceptor no município de Pontão/RS. Supervisor do Programa Mais Médicos. Professor assistente de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul. Campus Passo Fundo-RS, Brasil.
E-mail: antonio.almeida@uffs.edu.br

Armando Martinho Bardou Raggio. Professor Colaborador do Mestrado Profissional em Políticas Públicas da FIOCRUZ Brasília. Médico. Brasília-DF, Brasil.
E-mail: armando.raggio@gmail.com

Beatriz Rodrigues Silva Selles. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFF). Médica de Família e Comunidade. Niterói-RJ, Brasil.
E-mail: biaselles@gmail.com

Bruna Becker. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Gestora em Saúde. Especialista em Gestão em Saúde pelo Hospital Albert Einstein. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Porto Alegre-RS, Brasil.
E-mail: brunabecker2509@gmail.com

Carla Pacheco Teixeira. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutoranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Assistente Social, Sanitarista. Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Executiva Nacional do PROFSAÚDE. Experiência na gestão da Atenção Primária; Gestão e docência em cursos de graduação e pós-graduação na saúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br

Carlos Dornels Freire de Souza. Doutor em Saúde Pública (FIOCRUZ). Professor adjunto do curso de Medicina (UFAL). Professor Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Universidade Federal de Alagoas (UFAL).
E-mail: carlos.freire@arapiraca.ufal.br

Carmen Vera Giacobbo Daudt. Médica de família e comunidade. Professora do departamento de saúde coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre-RS, Brasil.
E-mail: carmend@ufcspa.edu.br

Celso Marcos da Silva. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ). Médico. Especialização Segurança do Paciente. Professor do curso Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Brasil.
E-mail: celsomarmed.ufal@gmail.com

Claudia Regina Ribeiro. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE – UFF). Niterói- RJ, Brasil.
E-mail: 13cribeiro@gmail.com

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento. Pesquisadora em Saúde Pública e Coordenadora da área de Educação da FIOCRUZ do Mato Grosso do Sul. Mestre em Enfermagem (USP). Doutora em Ciências (USP). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ MS). Campo Grande-MS, Brasil.
E-mail: debora.dupas@fiocruz.br

Deivisson Vianna Dantas dos Santos. Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP com sandwich na Université de Montréal. Médico. Psiquiatra. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Divanise Suruagy Correia. Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Médica. Pediatra. Professora Titular da FAMED. Professora Permanente Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Maceió-AL, Brasil.
E-mail: divanisesuruagy@gmail.com

Eduardo Alves Melo. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva. Médico Sanitarista. Professor do ISC/UFF. Pesquisador da ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: eduardo.melo@ensp.fiocruz.br

Elen Rose Lodeiro Castanheira. Professora Associada Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP, Brasil.
E-mail: elen.castanheira@unesp.br

Emanuelle Almeida Silva Viana. Estudantes do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho. Vitória da Conquista-BA, Brasil.
E-mail: egmasv.14@gmail.com

Enyo Arruda Santos. Estudantes do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho. Vitória da Conquista-BA, Brasil.
E-mail: enyo.arruda@gmail.com

Fabiana Albino Braga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
E-mail: fabiana_albino2014@hotmail.com

Fernanda Vieira de Souza Canuto. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE – FIOCRUZ). Médica Pediatra. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Professora do curso de medicina da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). Brasília-DF, Brasil.
E-mail: fernandavieirasouza2015@gmail.com

Fernando Ferreira Carneiro. Mestrado em Saúde Ambiental. Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-doutorado em Sociologia pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra – Portugal. Graduação em Ciências Biológicas. Pesquisador da área de Saúde e Ambiente da FIOCRUZ/CE.
E-mail: fernandocarneirofiocruz@gmail.com

Francisco Wagner Pereira Menezes. Mestrado em Saúde Pública (UFC). Bacharel em Enfermagem (UECE). Especialista em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho (FIOCRUZ). Residência em Saúde da Família e Comunidade (ESP/CE). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.
E-mail: fwpm10@gmail.com

Gabriella Silva dos Santos. Acadêmica do 4º período, do Curso de Medicina, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz-MA, Brasil.
E-mail: gabriellasnts2@gmail.com

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ). Médico. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Maceió-AL, Brasil.
E-mail: geraldo.mario@hotmail.com

Giovana Daniela Pecharki. Doutora em Ciências da Saúde pela PUC-PR. Cirurgiã-Dentista. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professora Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPR e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Curitiba-PR, Brasil. E-mail: g_pecharki@ufpr.br

Hernando Alves Pereira. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Médico de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde no Município de Colombo. Colombo-PR, Brasil.

Inara Pereira da Cunha. Mestre em Clínica Odontológica (UFMS). Doutora em Saúde Coletiva (FOP/Unicamp). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/MS). Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MS, Brasil.
E-mail: inara-pereira@hotmail.com

Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho. Doutor em Psicologia Social (UFPB). Professor Associado FAMED. Consultor CESPE/UnB, CEBRASPE para desenvolvimento e construção de instrumento psicométrico para avaliação psicológica Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Maceió-AL, Brasil.
E-mail: jorge.coelho@laccan.ufal.br

Jorge Luís de Souza Riscado. Mestre em Psicologia Social. Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professor e Pesquisador da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Maceió-AL, Brasil.
E-mail: jorgeluisriscado@hotmail.com

José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana. Doutor em Ciências da Saúde. Médico. Coordenador do Nethis/FIOCRUZ-DF. Brasília-DF, Brasil.
E-mail: jparanagua@gmail.com

Júlia Nunes Mallmann. Médica de família e comunidade. Preceptora de residência em medicina de família e comunidade. Professora do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Prefeitura Municipal de Ijuí. Ijuí-RS, Brasil.
E-mail: julianmallmann@gmail.com

Júlia Schlichting Azevedo. Acadêmica do curso de Odontologia da UFPR. Participante do Programa de Iniciação Científica da UFPR. Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: juliaschlichting@hotmail.com

Juliana Azevedo Fernandes. Doutora em Saúde Coletiva. Psicóloga. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, Brasil.
E-mail: fernandes.juliana@gmail.com

Júlio Cesar Schweickardt. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM. Doutor em História das Ciências pela Casa Oswaldo Cruz-COC/FIOCRUZ. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ/AM). Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas na Amazônia. Graduado em Ciências Sociais pela Universidade do Amazonas (UFAM). Manaus-AM, Brasil.
E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Laura Regia Oliveira Cordeiro. Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Professora do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia e da Faculdade Santo Agostinho. Vitória da Conquista-BA, Brasil.
E-mail: lauraregai08@yahoo.com.br

Leandro Araújo da Costa. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE- FIOCRUZ/CE). Professor Substituto do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho. Fortaleza-CE, Brasil.
E-mail: leandromfc@ufc.br

Leonardo Feitosa da Silva. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Complexo de Ciências Médicas e Enfermagem (CCME). Bolsista de Iniciação científica do Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva (NEMSP), Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca. Arapiraca-AL, Brasil.
E-mail: leo.fs05@gmail.com

Lina Faria. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Porto Seguro-BA, Brasil.
E-mail: lina@ufsb.edu.br

Luciane Maria Oliveira Brito. Médica. Professora do Curso de Medicina da UFMA. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE – UFMA). São Luís-MA, Brasil.
E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

Luis Lopes Sombra Neto. Fiocruz Ceará. Médico com atuação profissional na Atenção Primária à Saúde pelo Programa Médio da Família Ceará vinculado à ESP/CE. Especialista em Atenção Primária à Saúde pela ESP/CE.
E-mail: luisneto88@hotmail.com

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Psicologia Social. Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio — EPSIV/FIOCRUZ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: marcia.lopez@fiocruz.br

Marciele Guimarães Fagundes. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Médica preceptora da residência médica em Medicina de Família e Comunidade. SMS de Curitiba. Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: contato@marciele.com

Márcio Moysés de Oliveira. Médico. Professor do Curso de Medicina da UFMA. Vice coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE – UFMA). São Luís-MA, Brasil.
E-mail: docmmo@uol.com.br

Maria Cristina Rodrigues Guilam. Mestrado e Doutorado (IMS/UERJ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE. Médica (UERJ). Experiência na área de educação e gestão da Pós-graduação. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: cristina.guilam@fiocruz.br

Maria das Graças Monte Mello Taveira. Mestre em Ensino na Saúde (UFAL). Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Médica, Clínica, Sanitarista. Especialista em Saúde Pública (FIOCRUZ) e Administração em Serviços de Saúde (São Camilo). Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Maceió-AL, Brasil.
E-mail: montegraca@gmail.com

Maria de Fátima Antero Sousa Machado. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF). Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ensino na Saúde (FIOCRUZ/CE). Eusébio-CE, Brasil.
E-mail: fatimaantero@uol.com.br

Maria do Carmo Lacerda Barbosa. Médica reumatologista. Especialista em Educação para as Profissões da Saúde e em Saúde Pública. Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE–UFMA). São Luís-MA, Brasil.
E-mail: carminha13032009@hotmail.com

Maria Raimunda Santos Garcia. Doutora em genética. Bióloga. Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís-MA, Brasil.
E-mail: raisagarcia@hotmail.com

Mario Amaral Puglisi. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP). Médico de Família. Faculdade de Medicina de Botucatu. São José do Rio Preto-SP, Brasil.
E-mail: marioamaralp@hotmail.com

Marta Quintanilha Gomes. Doutora em educação. Pedagoga. Professora adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE–UFCSPA). Porto Alegre-RS, Brasil.
E-mail: martaqg@ufcspa.edu.br

Milene Zanoni da Silva. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, terapeuta comunitária integrativa e orientadora do PROFSAÚDE-UFPR. Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: milenezanoni@gmail.com

Nathalie Matos Gama. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/AM). Médica. Coordenadora e Professora do Curso de Medicina da Faculdade Ages-Irecê-BA. Programa Mais Médicos pelo Brasil, Unidade Básica de Saúde do Município de João Dourado. João Dourado-BA, Brasil.

Patricia Rodrigues Sanine. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP, Brasil.
E-mail: patricia.sanine@unesp.br

Patty Fidelis de Almeida. Pós-Doutora, Doutora e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFF). Niterói-RJ, Brasil.
E-mail: pattyfidelis@id.uff.br

Paulo Cesar Basta. Doutor em Saúde Pública. Médico. Supervisor do Programa Mais Médicos e apoiador das Equipes de Saúde da Família. Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ).

Regina Fernandes Flauzino. Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Enfermeira sanitária (UniRio). Professora Associada do Departamento de Epidemiologia e Bioestatística do Instituto de Saúde Coletiva da UFF e vice coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFF). Niterói-RJ, Brasil.

Renata Hellen Silva Andrade. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ). Médica Geral Comunitária. Secretária Municipal de Estância. Estância-SE, Brasil.
E-mail: renata5hellen@gmail.com

Ricardo dos Santos Faria. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/AM). Médico. Professor e coordenador do curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas em Coari/AM. Médico do Instituto Federal de Educação do Amazonas (IFAM). Manaus-AM, Brasil.
E-mail: ricardocoariam@gmail.com

Rodrigo Tobias de Sousa Lima. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela FIOCRUZ/AM. Doutor em Ciências pela FIOCRUZ/PE. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas na Amazônia (LAHPHSA) do ILMD/FIOCRUZ/AM. Odontólogo. Diretor do Departamento de Atenção Básica em Saúde do Estado do Amazonas. Manaus-AM, Brasil.
E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira. Enfermeira. Doutora em Doenças Infecciosas (UFMS). Pós-doutorado em Políticas Informadas por Evidências (FIOCRUZ). Pesquisadora do Núcleo de Evidência da Faculdade de Medicina (UFMS). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/MS). Campo Grande-MS, Brasil.
E-mail: sandra.leone@ufms.br

Sara Barbosa Rodrigues. Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho. Vitória da Conquista-BA, Brasil.
E-mail: a.sarabarbosa1@gmail.com

Silmar Custódio Gonçalves. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz-MA, Brasil.
E-mail: silmar080@gmail.com

Solena Ziemer Kusma. Doutora em Saúde Coletiva pela PUC-PR. Cirurgiã-Dentista. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPR. Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: solena.kusma@gmail.com

Spártaco Galvão Fogaça de Almeida. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP). Médico. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas-SP, Brasil.
E-mail: spartaco.galvao@gmail.com

Vandressa Lopes da Silva. Estudante do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho. Vitória da Conquista-BA, Brasil.
E-mail: vandressalopes@outlook.com

Vanira Matos Pessoa. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/CE) e da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF – FIOCRUZ/CE). Pesquisadora na área de Saúde Pública, Saúde da Família, Ecologia de saberes e Saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Eusébio-CE, Brasil.
E-mail: vanira.pessoa@fiocruz.br

Vicente Sarubbi Júnior. Professor do curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Mestre e Doutor em Ciências, com ênfase em Saúde Pública (FSPUSP). Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FIOCRUZ/SESAU/UEMS). Campo Grande-MS, Brasil.
E-mail: vicente.sarubbi@gmail.com

Walter Vitti Junior. Professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP). Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP, Brasil.
E-mail: wvitti@uol.com.br

Willian Silva Lopes. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFMA). Médico. Otorrinolaringologista. Professor da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz-MA, Brasil.
E-mail: willdsilopes@hotmail.com

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Vivências em Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Clássicos da Saúde Coletiva
Saúde & Amazônia
Arte Popular, Cultura e Poesia
Branco Vivo
Saúde em imagens
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Série Vivências em Educação na Saúde
Pensamento Negro Descolonial
Educação Popular & Saúde
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-22-9



DISQUE
SAÚDE
136



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Associação Brasileira de Saúde Coletiva



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

