

ENTRE OLHARES, ESCUTAS E PALAVRAS

ESTRATÉGIAS DE CUIDAR, ENSINAR E PESQUISAR
NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RONDÔNIA

ORGANIZADORES

Katia Fernanda Alves Moreira

Cleson Oliveira de Moura

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes



AMPLLA
EDITORA





2021 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação e Projeto Gráfico: Higor Costa de Brito

Entre olhares, escutas e palavras: estratégias de cuidar, ensinar e pesquisar na saúde da família em Rondônia está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-88332-83-2

DOI: 10.51859/ampla.aoe832.1121-0

Editora Ampla

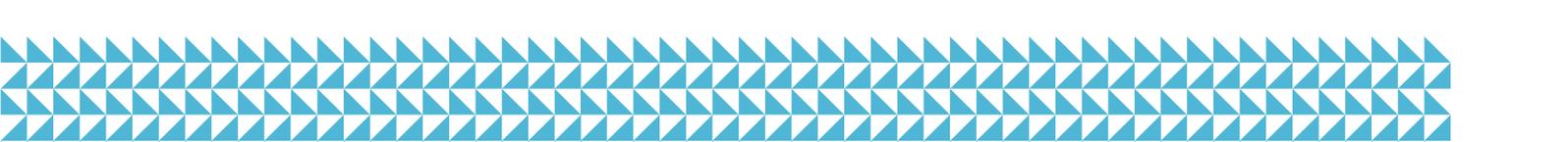
Campina Grande – PB – Brasil

contato@ampllaeditora.com.br

www.ampllaeditora.com.br



2021



CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas
Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal de Campina Grande
Michele Antunes – Universidade Feevale





Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette Rodrigues Bachur – Universidade Estadual do Ceará
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2021 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação e Projeto Gráfico: Higor Costa de Brito

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Entre olhares, escutas e palavras [livro eletrônico]:
estratégias de cuidar, ensinar e pesquisar na saúde
da família em Rondônia / organização Katia Fernanda
Alves Moreira, Cleson Oliveira de Moura, Daiana
Evangelista Rodrigues Fernandes. -- Campina Grande :
Editora Ampla, 2021.
126 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-88332-83-2

1. Saúde - Ensino e pesquisa. 2. Saúde da família.
I. Moreira, Katia Fernanda Alves. II. Moura, Cleson
Oliveira de. III. Fernandes, Daiana Evangelista
Rodrigues. IV. Título.

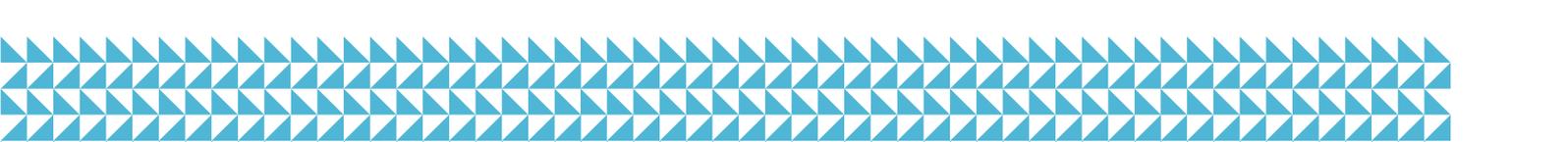
CDD-610.7

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde 610.7

Editora Ampla
Campina Grande - PB - Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br



APRESENTAÇÃO

O Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE foi criado em 2017 e é oferecido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, em parceria com diversas instituições brasileiras renomadas, entre elas, a Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Desde sua concepção até o momento foram formadas duas turmas e a terceira, encontra-se em franco processo de formação.

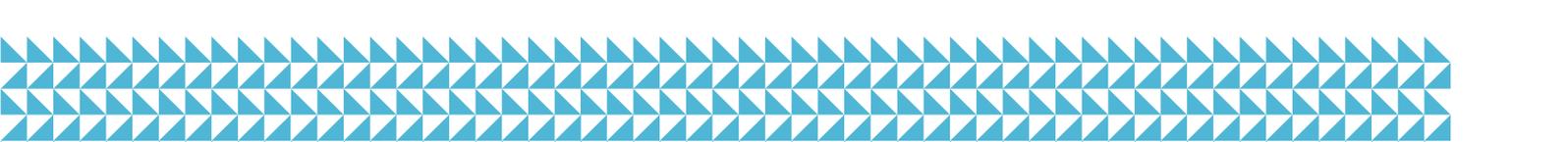
Neste período, com vistas ao trabalho de conclusão, os mestrandos têm se empenhado no desenvolvimento de pesquisas a partir dos problemas vivenciados na prática da atenção primária à saúde em Rondônia e neste livro, os capítulos apresentam os resultados de pesquisas de mestrandos da segunda turma PROFSAÚDE/UNIR. Ao mesmo tempo, no intuito de fomentar a participação e contribuição científica entre os estudantes do programa, também foram incluídos estudos de mestrandos da terceira turma. É importante informar que dois capítulos tiveram a participação de residentes em saúde da família – UNIR, devido a interação e trabalho conjunto com os mestrandos.

O primeiro capítulo, “Práticas colaborativas e interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no norte do Brasil”, de Camila Pardo Dala Riva, Kátia Fernanda Alves Moreira, Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas, Cleson Oliveira de Moura e Débora Cecília Chaves de Oliveira, traz a temática da educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa, no âmbito da preceptoria em saúde.

O segundo capítulo, intitulado “Intervenção educativa com uma equipe de saúde da família em relação a práticas interdisciplinares colaborativas: um estudo quase-experimental”, dos autores Arlindo Gonzaga Branco Júnior, Kátia Fernanda Alves Moreira, Edson dos Santos Farias, Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, Cleson Oliveira de Moura e Karla da Silva Guimarães Rocha, continua abordando e discutindo a temática da interprofissionalidade, porém agora com a equipe de saúde da família.

Na sequência, o terceiro capítulo, com o título “Acesso e qualidade à saúde da criança no Estado de Rondônia – revelações do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica”, dos autores Filipe Souza de Azevedo, Ana Lúcia





Escobar e Janne Monteiro Cavalcante, versa sobre atenção integral à saúde da criança, no contexto da atenção primária à saúde.

Em seguida, o quarto capítulo, “Homem não vai à UBS! Uma investigação sobre processos formativos e atenção à saúde do homem em Porto Velho/RO”, dos autores Cristiane Czarnecki Mayorquim, Rafael Fonseca de Castro, Edson dos Santos Farias e Maria de Fátima Antero Sousa Machado, discute a formação para atenção à saúde do homem a partir das percepções de profissionais da atenção primária à saúde.

O quinto, com o título “Aconselhamento e testagem rápida para o HIV: percepções de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de uma capital da Amazônia Brasileira”, elaborado por Gennyffer Ferreira do Nascimento, Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, Kátia Fernanda Alves Moreira, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas, Aldrin de Sousa Pinheiro e Elileide Froes Jacome, aborda o processo de testagem rápida para o HIV no âmbito das equipes de saúde da família.

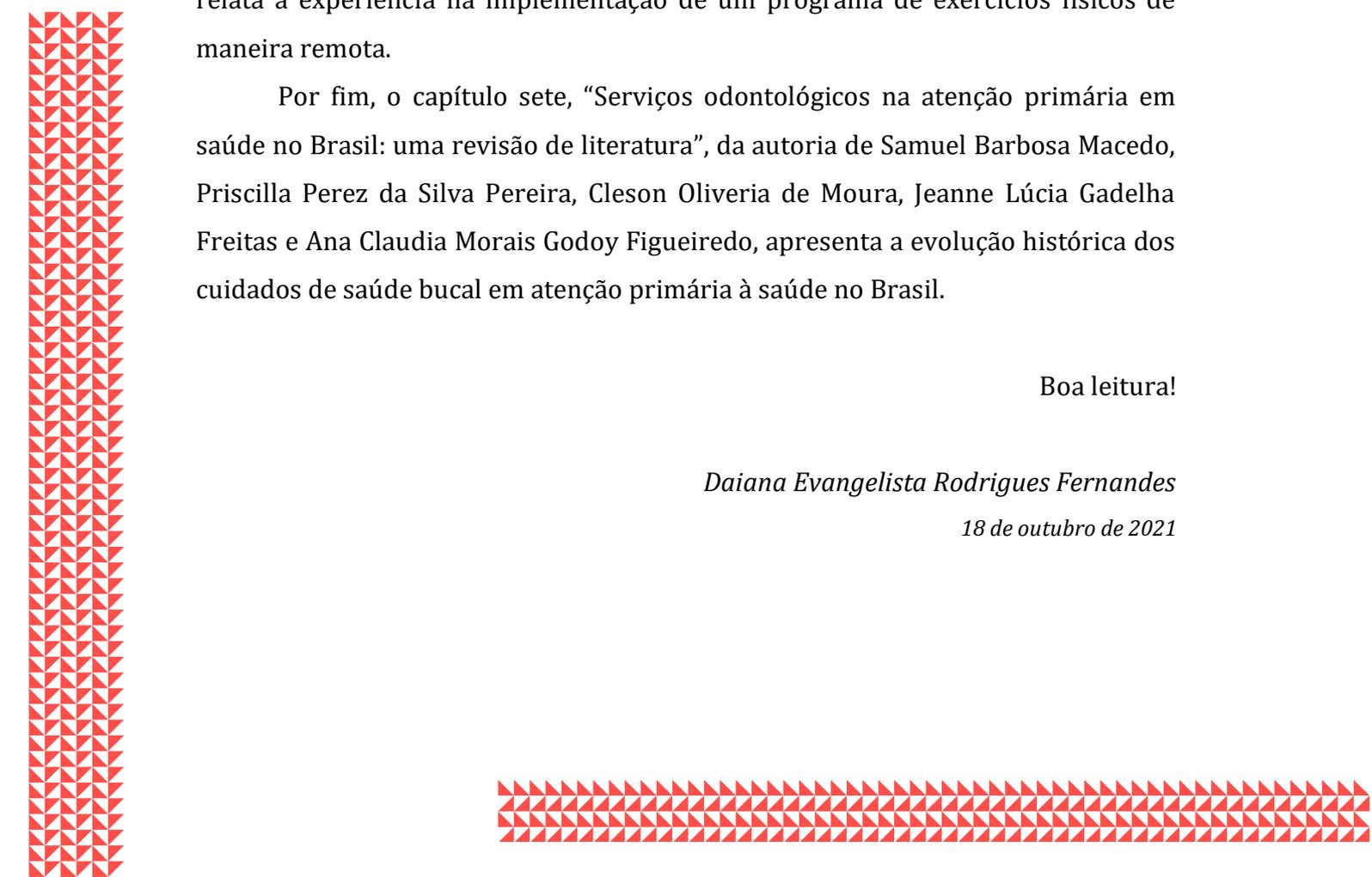
O sexto capítulo, “Implantação de uma plataforma de exercícios online para profissionais de saúde em tempo de pandemia”, dos autores Marcelo Thiago Balthazar Corrêa, Fernanda Mello Ortigosa Nogueira, Priscilla Perez da Silva Pereira, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas, Edson dos Santos Farias e Josivana Pontes dos Santos, relata a experiência na implementação de um programa de exercícios físicos de maneira remota.

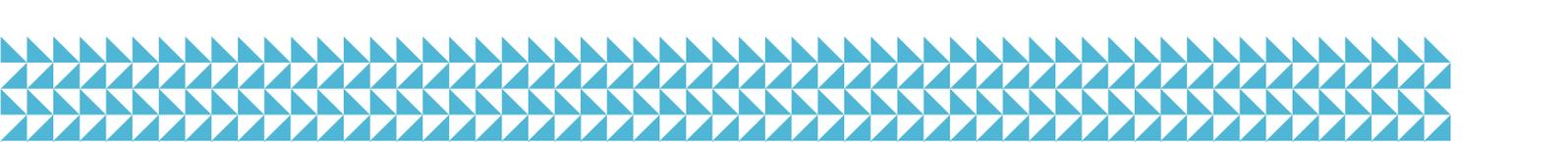
Por fim, o capítulo sete, “Serviços odontológicos na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão de literatura”, da autoria de Samuel Barbosa Macedo, Priscilla Perez da Silva Pereira, Cleson Oliveria de Moura, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas e Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo, apresenta a evolução histórica dos cuidados de saúde bucal em atenção primária à saúde no Brasil.

Boa leitura!

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

18 de outubro de 2021





PREFÁCIO

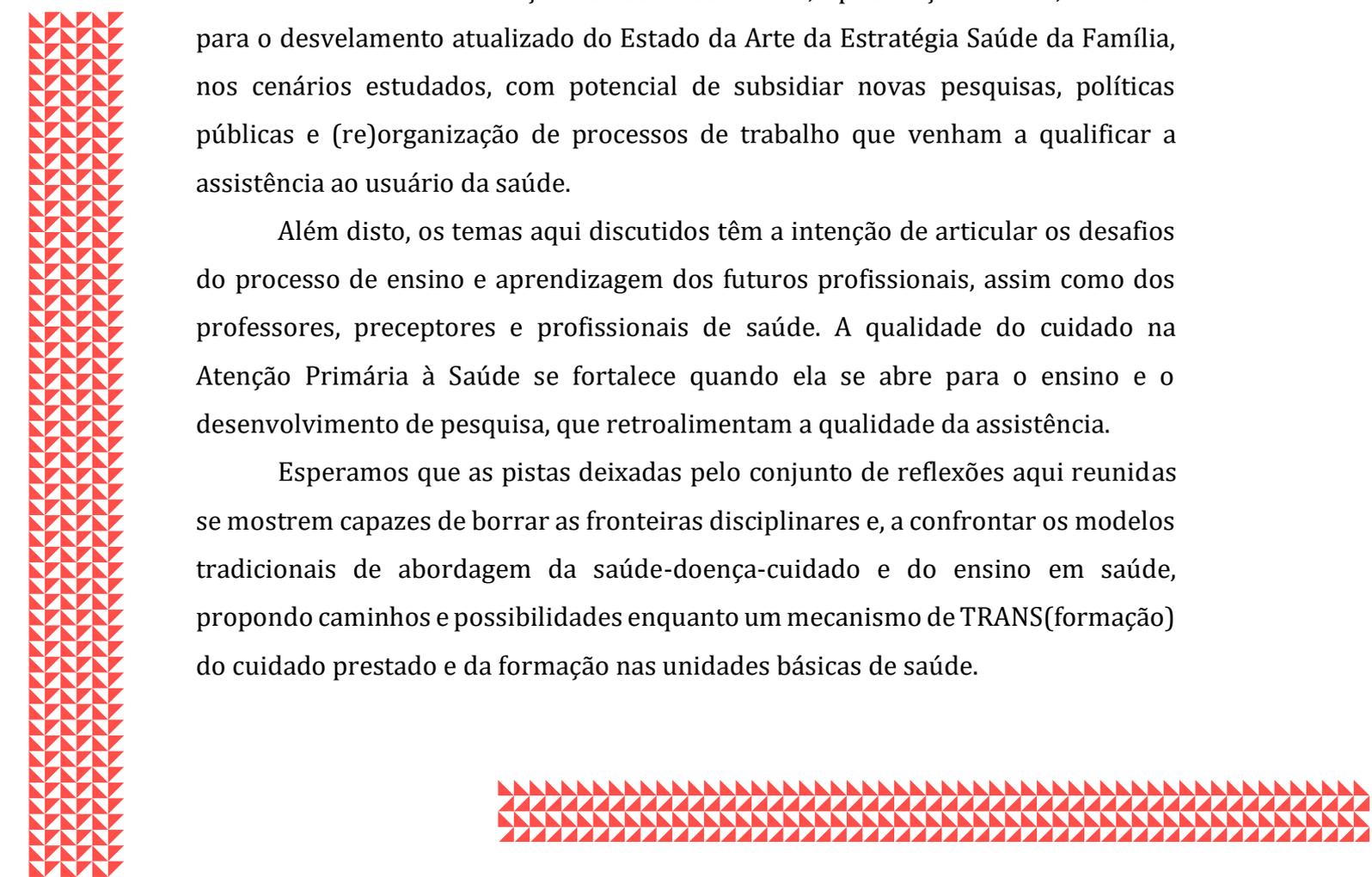
A Coletânea “Entre olhares, escutas e palavras: estratégias de cuidar, ensinar e pesquisar na saúde da família em Rondônia” é uma obra que oportuniza o compartilhamento de estudos realizados na Atenção Primária à Saúde em Rondônia. Representa o esforço de disseminação produtiva do coletivo de docentes, mestres e residentes em saúde da família e tem como foco principal a discussão científica, sendo sua publicação realizada pela Editora Amplla.

O objetivo desta Coletânea é apresentar as pesquisas que foram desenvolvidas pelos egressos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) instituição vinculada a REDE PROFSAÚDE, em parceria com os estudos dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da mesma instituição de ensino superior.

Nos trabalhos apresentados há um enorme lastro de vinculações entre as problemáticas relativas ao processo saúde-doença-cuidado, formação e ensino em saúde e gestão do cuidado. Esse cenário complexo e delicado demanda dos pesquisadores – em especial, no campo da saúde da família – o comprometimento ético em apoio ao processo de organização da atenção primária à saúde, o seu fortalecimento e a consolidação do SUS. Dessa forma, a publicação em tela, contribui para o desvelamento atualizado do Estado da Arte da Estratégia Saúde da Família, nos cenários estudados, com potencial de subsidiar novas pesquisas, políticas públicas e (re)organização de processos de trabalho que venham a qualificar a assistência ao usuário da saúde.

Além disto, os temas aqui discutidos têm a intenção de articular os desafios do processo de ensino e aprendizagem dos futuros profissionais, assim como dos professores, preceptores e profissionais de saúde. A qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde se fortalece quando ela se abre para o ensino e o desenvolvimento de pesquisa, que retroalimentam a qualidade da assistência.

Esperamos que as pistas deixadas pelo conjunto de reflexões aqui reunidas se mostrem capazes de borrar as fronteiras disciplinares e, a confrontar os modelos tradicionais de abordagem da saúde-doença-cuidado e do ensino em saúde, propondo caminhos e possibilidades enquanto um mecanismo de TRANS(formação) do cuidado prestado e da formação nas unidades básicas de saúde.





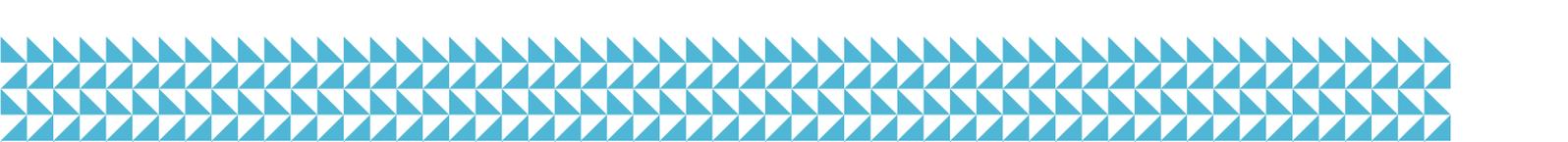
Desejamos à todas e todos uma profícua leitura, e que esta Coletânea possa inspirar novas maneiras de ensinar e cuidar em saúde. Fica aqui o convite à leitura e às reflexões propostas.

Katia Fernanda Alves Moreira

Cleson Oliveira de Moura

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes





SUMÁRIO

CAPÍTULO I - PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES DE ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA E MEDICINA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL 12
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-1

CAPÍTULO II - INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A PRÁTICAS INTERDISCIPLINAS COLABORATIVAS: UM ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL 27
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-2

CAPÍTULO III - ACESSO E QUALIDADE À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DE RONDÔNIA – REVELAÇÕES DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA 41
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-3

CAPÍTULO IV - HOMEM NÃO VAI À UBS! UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE PROCESSOS FORMATIVOS E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO..... 59
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-4

CAPÍTULO V - ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA PARA O HIV: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA BRASILEIRA 81
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-5

CAPÍTULO VI - IMPLANTAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DE EXERCÍCIOS ONLINE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA 99
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-6

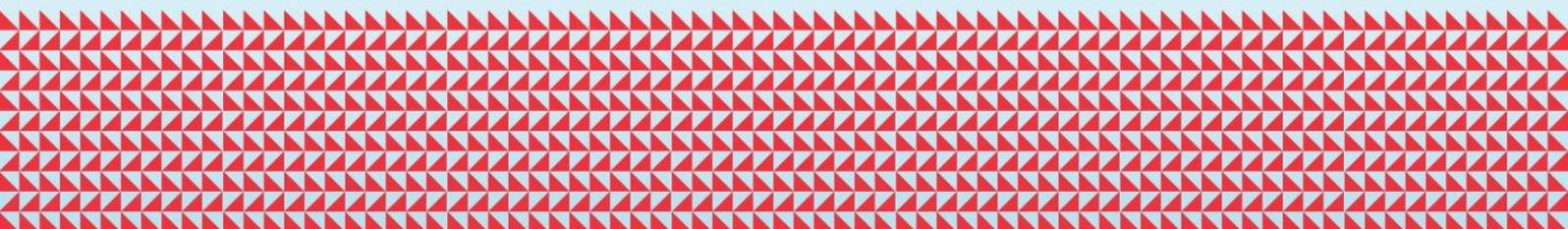
CAPÍTULO VII - SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA 108
DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-7

SOBRE OS ORGANIZADORES 125



CAPÍTULO I

PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES DE ENFERMAGEM,
ODONTOLOGIA E MEDICINA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL



PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES DE ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA E MEDICINA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL

DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-1

Camila Pardo Dala Riva¹
Kátia Fernanda Alves Moreira²
Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes³
Jeanne Lucia Gadelha de Freitas⁴
Cleson Oliveira de Moura⁵
Débora Cecília Chaves de Oliveira⁶

¹ Médica da Estratégia Saúde da Família. Mestre em Saúde da Família pela PROF/UNIR.

² Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia, Coordenadora do ProfSaúde e Orientadora. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

³ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia, docente do ProfSaúde e coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

⁴ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia, docente do ProfSaúde e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

⁵ Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, docente do ProfSaúde. Coordenador da COREMU. Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

⁶ Doutoranda em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. *Trainer* do software Maxqda.

RESUMO

Motivação: Avaliar as percepções e a disponibilidade para aprendizagem interprofissional dos preceptores em Saúde em um município do Cone Sul de Rondônia por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Este é um estudo misto com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio de questionário socioprofissional, perguntas do tipo Likert validado para o Brasil em 2015 com aplicação de questionário com perguntas abertas. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e os dados qualitativos foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** Por meio da escala Likert, na análise quantitativa, os preceptores enfermeiros e odontólogos apresentaram prontidão à educação interprofissional em zona de alerta no que tange a dimensão Identidade Profissional, requerendo o aprimoramento das percepções e práticas. Preceptores médicos apresentaram maior prontidão ao trabalho em equipe e colaboração, seguido de enfermeiros e odontólogos, bem como na dimensão pertinente à identidade profissional e na atenção centrada ao paciente. Na análise qualitativa emergiram-se cinco categorias: a essência do preceptor, a motivação produzida na preceptoria, competências para o exercício da preceptoria, articulação da teoria com a prática e intervenientes para a atuação da preceptoria. **Conclusão:** Os resultados fomentam para a necessidade da implementação da educação interprofissional na formação em saúde e da educação permanente nestes espaços de ensino e aprendizagem, a fim de promover a continuidade e assegurar a mobilização destes preceptores no envolvimento de forma competente em sistemas de saúde centrados na pessoa e na comunidade.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Formação em Saúde. Preceptoria. Atenção Primária à Saúde.



1. INTRODUÇÃO

As práticas colaborativas estão conectadas com ações dialógicas em conformidade com o princípio da integralidade, em que a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, objetivando um padrão assistencial integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e garantia do direito à saúde da população. Com intuito de articular as dimensões do cuidado centrado na pessoa, o trabalho em equipe torna-se uma ferramenta potente frente às necessidades de saúde complexas e dinâmicas (OMS, 2010).

A formação de profissionais de saúde, mediante modelos baseados na formação em serviço, é questão chave para a consolidação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (KNUPP, 2018). As residências em saúde podem ser espaços proíficos para o desenvolvimento da educação interprofissional (EIP) por trabalharem em uma perspectiva que busca promover a integração entre os diferentes profissionais (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015). A EIP oferece oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais da saúde (REEVES, 2016), que preconiza que profissionais de diferentes áreas desenvolvam suas atividades e aprendam conjuntamente, interagindo, melhorando a colaboração e qualidade da atenção à saúde (OMS, 2010). Assim, a EIP complementa e reforça as ideologias do SUS, subsidiando a construção de um projeto de sociedade que apresente a percepção ampliada de saúde (COSTA et al., 2015).

O preceptor é um ator no processo pedagógico da formação em saúde e, para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, precisa lançar mão de “competências interprofissionais”, ou seja, os fazeres organizados em aptidões profissionais. “Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta” (CECCIM, 2018, p. 1741).

Esta pesquisa propôs verificar a atuação dos preceptores na Atenção Primária à Saúde frente à educação interprofissional e práticas colaborativas que, a partir de novas perspectivas norteadas por mudanças na formação em saúde, com



currículos por áreas de competências, sugerem eficaz atendimento às necessidades e aprimoramento dos serviços.

Este estudo teve o objetivo de avaliar a percepção e a disponibilidade para aprendizagem interprofissional dos preceptores das residências em saúde em um município do Cone Sul do Estado de Rondônia por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde.

2. MÉTODO

No presente estudo, a estratégia de pesquisa, refere-se ao “estudo de caso”, de características descritivas (MARSHALL; ROSSMAN, 1995) e exploratórias (YIN, 2010). O estudo incidiu em acontecimentos contemporâneos, e a experiência desenvolveu-se em contexto real no qual os fenômenos observados dizem respeito ao dia a dia dos preceptores que atuam na APS no município de Vilhena, frente a educação interprofissional e práticas colaborativas. Um outro aspecto do caráter único, diz respeito ao fator inovador da experiência, uma vez que esta consistiu na aplicação de um estudo de caso em cenários da APS com os preceptores da principal escola formadora em saúde no município.

A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde do município de Vilhena, estado de Rondônia com 13 profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina e odontologia que exercem a função de preceptores, devidamente registrados na função ativa de preceptoria diante à Secretaria Municipal de Saúde (Residência Profissional Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional Saúde da Família) e Instituição de Ensino Superior vinculados as Unidades Básicas de Saúde.

2.1. FASE QUANTITATIVA

Foram utilizados o questionário tipo Likert, The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (PARSELL; BLIGH, 1999), na versão validada por Peduzzi et al. (2020), e uma ficha de identificação geral do profissional. O questionário abrange 26 assertivas, sendo preenchido pelo participante da pesquisa nos cenários reais da prática da preceptoria de forma individual, divididas



em três dimensões que visam avaliar: 1 - Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC); 2 - Identidade Profissional (IP); 3 - Atenção Centrada no Paciente (ACP).

Na fase quantitativa, a análise estatística descritiva, como médias, desvio-padrão e frequências, referente à Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (RIPLS), foram calculadas com o auxílio do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, v.21). Para coleta de dados, foram delineados os critérios impostos pelo questionário RIPLS, havendo sua tabulação a partir do programa de planilhas eletrônicas do Excel, sendo calculados a partir da média (M) baseada nas pontuações presentes nos questionários respondidos, interpretando-se a partir do seguinte critério de intervalos lineares (IM): de 1,00 a 2,33 (zona de perigo), de 2,34 a 3,67 (zona de alerta), de 3,68 a 5,00 (zona de conforto). Quanto às assertivas, estas foram categorizadas como: discordo totalmente, discordo, nem concordo/nem discordo, concordo, concordo totalmente.

2.2. FASE QUALITATIVA

Foram respondidas três questões abertas por meio de questionário Google Forms via aplicativo WhatsApp, das quais, a partir das respostas emergiram cinco categorias temáticas por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011), sendo utilizado o software MaxQda, versão 20.3.

Realizou-se então, a pré-análise – fase de organização propriamente dita, tendo por objetivo tornar operacionais e sistematizar ideias iniciais. Esse estágio possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Logo após, foi realizado a exploração do material – consistindo nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas. Por fim, aconteceu o tratamento dos resultados – os resultados brutos foram tratados de forma a terem significado. Analisou-se cada questão individualmente, sendo que em cada uma foram separados os temas mais citados que colaboraram para entender como os preceptores compreendem as questões relacionados à preceptoria e práticas colaborativas.

As categorias emergidas após análise dos dados foram “A essência do preceptor”; “A motivação produzida na preceptoria”; “Competência para o exercício



da preceptoria”; “Articulação da teoria com a prática”; “Intervenientes para atuação da preceptoria”.

2.3. ÉTICA EM PESQUISA E FINANCIAMENTO

Atendendo à Resolução nº 466/2012, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O plano de trabalho da pesquisa é vinculado ao projeto matriz “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia”, o qual foi aprovado pelo PPSUS- CHAMADO FAPERO/MS-DECIT/CNPq/SESAU-RO- Nº 001/2018, sendo financiado pela FAPERO. O referido projeto foi aprovado pelo CEP/UNIR sob parecer n. 3.605943.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às atividades de preceptoria, o estudo evidenciou idade média de 43,7 anos, com profissionais predominantemente do sexo feminino, formados em instituições privadas de ensino e tempo formação inferior a cinco anos.

Na fase quantitativa os preceptores médicos apresentaram maior prontidão ao trabalho em equipe e colaboração (TEC), seguido de enfermeiros e odontólogos, bem como na dimensão pertinente à identidade profissional (IP) e na atenção centrada ao paciente (ACP). A dimensão Identidade Profissional encontrou-se na zona de alerta em preceptores odontólogos.

Podemos concluir que os preceptores odontólogos apresentam fragilidades na construção desta identidade profissional, merecendo ações e intervenções de aprimoramento que perpassem a ampliação das percepções que abarcam as áreas de atenção, gestão e educação à saúde e fomentem para a construção de competências que contemplem o déficit de formação em saúde encontrado, mitigando as concepções individualizadas e aprisionadas da identidade de cada um acerca do papel profissional a ser exercido.

Na esfera da atenção à saúde, nota-se a falta ou o pouco conhecimento do profissional de saúde acerca do papel desempenhado pelas outras profissões, influenciado por estereótipos, por medo de perda da identidade profissional, onde necessitam proteger seu núcleo de saber-poder, entre outros aspectos (REEVES, 2016), resultam na fragmentação da atenção oferecida, o que compromete sua



qualidade e produz insatisfação em profissionais e usuários (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

A dimensão da atenção centrada na pessoa (ACP) apresentou escores na zona de conforto entre preceptores enfermeiros, odontólogos e médicos, reiterando a necessidade da abordagem centrada na pessoa, alicerçando as necessidades e compreensão do processo do adoecimento, fortalecendo assim o EIP e PIC. Para a consolidação da dimensão da ACP, a equipe interprofissional deve trabalhar com foco nas necessidades do usuário, favorecendo a integração dos profissionais de saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, visando o seu bem-estar (PEDUZZI et al., 2020).

Figura 1 – Eixo do roteiro da entrevista, categorias emergidas e conteúdos temáticos.



Fonte: Autoria própria, 2021.

Os preceptores entendem que a preceptoria é uma atividade que tem em sua essência a função de direcionar a prática e orientar o aluno, facilitando o processo de aprendizagem e sendo um exercício potente para a troca de saberes e práticas. Teixeira et al. (2018) em sua pesquisa qualitativa por meio de análise de conteúdo na base LILACS, buscou a construção do conceito da preceptoria, identificando um profissional de serviço que necessita ter competências para servir como elo entre o ensino e o serviço. Para isso, o profissional necessita ter em sua essência um conjunto de habilidades e motivações. Dessa forma, é notório que o conceito percebido pelos profissionais acerca do papel do preceptor encontra-se presente nos resultados da pesquisa. De maneira geral, todos identificam a prática da

preceptoria como uma atividade que tem o direcionamento como eixo norteador do processo de ensino-aprendizagem.

Dos 13 preceptores questionados nas seis Unidades Básicas de Saúde do município, tanto médicos, como enfermeiros e odontólogos entendem a essência da preceptoria:

Preceptor 02: “Direcionar a aprendizagem na prática, contribuindo na formação desses futuros profissionais”.

Preceptor 05: “Preceptoria é facilitar os ganhos profissionais e avanços na assistência e qualidade do serviço prestado a população; Estar em constante movimento de atualização profissional, para ofertar a melhor orientação ao preceptorado; Proporcionar espaço de ensino-serviço adequado ao avanço do treinamento profissional”.

Preceptor 08: “É o responsável por direcionar e conduzir dentro da profissão os residentes e alunos, colaborando no processo de aprendizagem e prática”.

Preceptor 10: “É uma troca de conhecimentos primeiro entre preceptor e residentes, depois com os vários profissionais da residência multiprofissional e como estas se relacionam com a Odontologia, um estímulo ao estudo para sanar as questões que se impõem em nosso cotidiano, e o desafio de orientar os residentes para o cumprimento do programa proposto pela residência dentro da rede existente”.

3.1. A MOTIVAÇÃO PARA A PRECEPTORIA

Tal categoria vislumbra uma troca de saberes, com estímulo aos processos educativos e formativos, sendo uma potente aliada para a capacitação profissional e ampliação de seus saberes nos cenários de prática. Sendo assim, uma vez que estes residentes ou acadêmicos são inseridos na rotina dos serviços de saúde, emerge um fator contributivo para transformar este cenário.

Maroja et al. (2020), em uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso único em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, sinalizam para a necessidade da construção de movimentos pedagógicos que promovam a interação entre ensino-serviço-comunidade e a transformação da dinâmica de processos de trabalho na perspectiva do trabalho coletivo e multiprofissional. Conforme observado em algumas transcrições, pode-se perceber uma proximidade frente as motivações dos profissionais:

Preceptor05: “Vislumbrar profissionais capacitados transformando realidades positivamente na assistência em saúde”.

Preceptor07: “A preceptoria induz o profissional a buscar atualização profissional”

Preceptor08: “Troca de experiência entre a vivência do preceptor e residente”.



Preceptor11: “Vejo o crescimento profissional e interpessoal, sendo uma troca de saberes entre alunos, profissionais e comunidade”.

Segundo Ribeiro e Prado (2013), o preceptor é o profissional que participa do processo de formação ao articular a prática com o conhecimento científico. Assim, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas.

3.2. COMPETÊNCIAS PARA O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA

Nesta categoria, os preceptores sinalizam que o exercício potente e efetivo da preceptoria está intimamente relacionado à construção de um perfil de competência conectada a um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades, sendo uma função desafiadora devido à abrangência e complexidade de atuação, como observado em transcrições.

Assim, evidencia-se a importância da educação interprofissional em saúde na construção destas habilidades e atitudes colaborativas. Lamers e Toassi (2018), em discussão sobre as perspectivas para a formação dos profissionais de saúde, reforça a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências da educação interprofissional no desenvolvimento das atitudes colaborativas. Ao mesmo tempo, Rossit et al. (2018) ao estudarem a potencialidade de um projeto interprofissional na formação para a integralidade do cuidado, avaliam a relevância da efetividade de um currículo integrado a partir do referencial teórico da EIP e pautado nas políticas indutoras de saúde e educação no Brasil, demonstrando resultados promissores na construção de diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado a partir da formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde. Tais achados corroboram com a necessidade de enfermeiros, médicos e odontólogos atuarem de modo integrado.

Botti e Rego (2011) relatam que o preceptor assume vários papéis: planeja, controla, guia, estimula o raciocínio e a postura ativa, analisa o desempenho, aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal, observa e avalia o estudante ao executar suas atividades e atua na formação moral, destacando a importância do preceptor, que transmite ao educando um ambiente profícuo para o aprendizado, tornando-o capaz de angariar conhecimentos e reconstruir saberes.



3.3. ARTICULAÇÃO DA TEORIA COM A PRÁTICA

Dentre as respostas, emergem-se quatro núcleos de análise que permeiam eixos temáticos perpassando os atributos da Atenção Primária, Integração ensino-serviço e Gestão a Saúde. Segundo os preceptores, há uma dificuldade na garantia da efetividade de ações importantes para o desempenho da preceptoría, justamente pela inabilidade de articulação do campo teórico para o prático, o que corroboraria para qualificar o ato de ser preceptor em sua essência e motivação (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020).

3.4. QUALIDADE E ACESSO AO CUIDADO

Há um encontro com alguns princípios da APS, conforme observado em algumas transcrições. Percebe-se que há preocupação com as práticas humanizadas e a importância do acesso a assistência de qualidade:

Preceptor 08: “Direcionar para atendimento de qualidade”.

Preceptor 07: “Influência no crescimento e evolução da qualidade de acesso e oferta de saúde para a população, linkando educação com a prática”.

Preceptor 08: “Orientar sobre a importância de uma assistência humanizada”.

Contudo, Mendes (2012, apud Oliveira; Pereira, 2013, p. 163) sinaliza para alguns intervenientes para a efetivação desse modelo assistencial, que diretamente vão ao encontro de muitas percepções externadas durante a análise dos questionários:

Embora a APS seja considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda enfrenta muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. A carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil.

3.5. INTEGRAÇÃO DOS ALUNOS NO CAMPO DA PRÁTICA

Preceptor 02: “Visualizar sempre onde devemos melhorar no nosso cenário real”.



Preceptor 04: “Integrar os acadêmicos as atividades da equipe”.

Preceptor 07: “Influência no crescimento e evolução da qualidade de acesso e oferta de saúde para a população, linkando educação com a prática”.

Preceptor 13: “Demonstração e orientação do que é feito nos cenários de prática, como é feito e possíveis alternativas para solução de problemas diante daquilo que é oferecido na rede”.

As percepções vão ao encontro do propósito da integração ensino-serviço, conforme evidenciado por Forte et al. (2015), em seu estudo da inserção do preceptor na formação de cirurgiões-dentistas, compreendendo a integração ensino-serviço como ferramenta potencializadora das ações já desenvolvidas e sinalizando para a importância da construção de um cenário de aprendizagem. Os resultados deste estudo são apresentados nas seguintes categorias: cenários de prática, orientação teórica e orientação pedagógica, podendo-se identificar as potencialidades desta articulação teórico-prática no que tange ao sucesso das boas práticas.

3.6. PESQUISA EM SAÚDE

Um preceptor médico identifica dentro desta categoria um espaço oportuno para a produção científico literária acerca dos cenários e necessidades que emergem os serviços de saúde. Segundo Michel, Olsson e Toassi (2019), em uma análise bibliométrica da produção científica nacional em relação a EIP em saúde no Brasil, de 2012 a 2017, sinaliza para a incipiência da temática no país, devendo estas serem ampliadas e qualificadas.

3.7. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NO TERRITÓRIO

Preceptor 01: “A organização do território e métodos de acompanhamento dos usuários da área e aplicação da teoria na prática”.

Preceptor 10: “Em nossa área realizamos um levantamento epidemiológico e estamos buscando a melhora destes índices com nossas ações”.

O entendimento da importância dessas ações integradas junto à comunidade, é evidenciada pelo preceptor 10, onde identifica-se a potencialidade de arranjos a serem estabelecidos entre as práticas de saúde e suas relações com a produção do cuidado. (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).



3.8. INTERVENIENTES PARA A ATUAÇÃO DA PRECEPTORIA

Conforme observado por meio das análises categóricas anteriores, percebe-se uma compreensão por meio das transcrições de percepções favoráveis às práticas colaborativas e à prontidão para a EIP nos cenários pelos preceptores entrevistados.

Preceptor 02: “A necessidade de atualizar o conhecimento constantemente”.

Preceptor 04: “Que os funcionários entendam que os acadêmicos são parte da equipe e sua importância”.

Preceptor 05: “Entendimento da gestão sobre o real papel na formação profissional, tanto na graduação como pós-graduação; valorização do preceptor, tanto financeiro como na oferta de formação”.

Preceptor 07: “A gestão pública necessita estar sensível e aberta ao trabalho do preceptor junto ao campo de aprendizado e serviço

Preceptor08: “Experiência na área de docência”.

Preceptor13: “Não temos material de consumo essenciais para o aprendizado e devido a pandemia as atividades coletivas e atendimentos eletivos ficaram comprometidos”.

As percepções sinalizam para a importância da gestão dos processos de trabalho a fim de otimizar as atividades de preceptoria e a necessidade da compreensão da gestão municipal acerca do exercício da atividade. Todos os fatores mencionados levam a consequências na garantia de um ambiente de ensino mais favorável, gerando muitas vezes, um excesso de funções e sobrecarga de trabalho ao preceptor, (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

As categorias analisadas se entrelaçam em seus núcleos de sentido, com eixos centrais e coesos, conectando-se em sua fundamentação teórica a outros estudos. Chianca-Neves, Lauer-Leite e Priante (2020), em um estudo de caso de abordagem qualitativa avaliam as concepções de preceptores no SUS na perspectiva de um processo de formação profissional centralizado na integração entre a teoria e a prática, que experiencia a troca e a construção de conhecimentos. O presente estudo sugere que esses aspectos (quem é o preceptor, sua formação e atuação; como são aplicados os conceitos/estratégias das metodologias ativas; como os residentes/alunos percebem a atuação do preceptor) possam vir a contribuir para uma oferta de qualidade dos serviços de saúde prestados à população e na educação/formação dos preceptores e futuros profissionais da saúde.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo misto apresentou variáveis que buscaram dimensionar atitudes e competências colaborativas, assim como refletir acerca dos intervenientes para implementação da educação interprofissional nos processos de ensino e aprendizagem e seus entraves para a atuação significativa das práticas colaborativas. A zona de conforto emerge como um fator a ser refletido, uma vez que tais preceptores apresentam prontidão para a educação interprofissional, mas que se distancia do ato de agir e transformar estes cenários de formação em saúde. O fortalecimento da construção de um perfil multiprofissional e colaborativo alicerçado por competências nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde podem gerar subsídios para o constructo da interprofissionalidade.

Este estudo prezou pela valorização dos métodos de pesquisa, delimitando temas conexos com a educação interprofissional em saúde e práticas colaborativas, em conjunto às instituições de ensino que devem formar com pensamentos voltado a população usuária dos serviços prestados, como forma de engrandecer e fortalecer o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2016. p. 125-132.
- BOTTI, S. H. D. O.; REGO, S. T. D. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 65-85. 2011.
- CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, p. 461-469. 2016.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p.1739-1749, 2018. Supl. 2.
- CHIANCA-NEVES, M. G. B., LAUER-LEITE, I. D.; PRIANTE, P. T. As concepções de preceptores do SUS sobre metodologias ativas na formação do profissional da saúde. **Educação em Revista**, v. 36. 2020.
- COSTA, M. V.; PATRÍCIO, K. P.; CÂMARA, A. M. C. S.; AZEVEDO, G. D.; BATISTA, S.H.S.S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional.



Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 1, 2015. p.709-720.

FORTE, F. D. S.; PESSOA, T. R. R. F.; FREITAS, C. H. S. M.; PEREIRA, C. A. L.; CARVALHO JUNIOR, P. M. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 831-843. 2015.

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

LAMERS, J. M. D. S.; TOASSI, R. F. C. Perspectivas para a formação dos profissionais da saúde: educação interprofissional em foco. **Revista saberes plurais: educação na saúde**. Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 34-42. 2018.

MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA JÚNIOR, J. D.; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24: e180616. 2020.

MARSHALL, C.; ROSSMAN, G. B. **Designing Qualitative Research**. 2. ed. London: Sage Publications, 1995.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. D. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, p. 173-186, 2013.

MICHEL, C.; OLSSON, T. O.; TOASSI, R. F. C. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. **Revista da ABENO**. [S. l.], v. 19, n. 4, p. 78-90. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-93. 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p.158-164. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 01 de fev, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

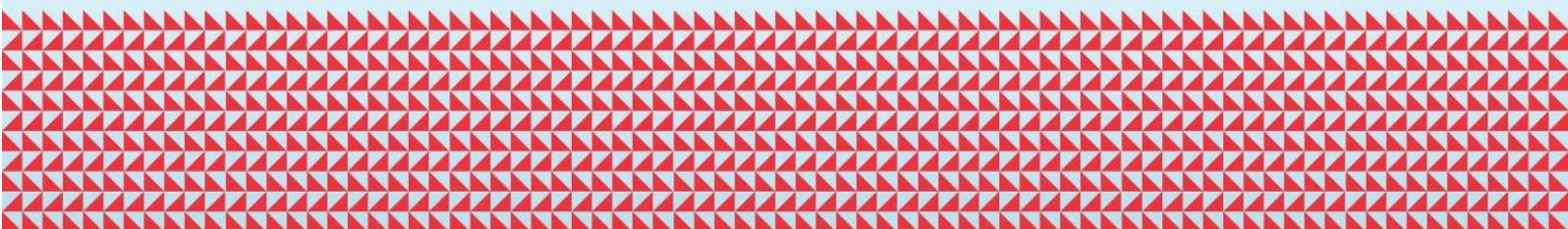


- PARSELL, G., BLYGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical education**, v. 33, n. 2, p. 95-100. 1999.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18.,2020. Supl. 1.
- PEDUZZI, M.; NORMAM, I; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983. 2013.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196. 2016.
- RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.4, p.161-165. 2013.
- ROSSIT, R. A. S.; FREITAS, M. A. O.; BATISTA, S. H. S. S.; BATISTA, N. A. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1399-1410. 2018.
- TEIXEIRA, R. C.; DOMINGUES, R. J. S.; KIETZER, K. S.; ARAÚJO, R. M. S.; GONÇALVES, K. L. P. Preceptoría em saúde: definição do papel do preceptor. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 5, n. 10. 2018.



CAPÍTULO II

INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES COLABORATIVAS: UM ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL



INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A PRÁTICAS INTERDISCIPLINAS COLABORATIVAS: UM ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-2

Arlindo Gonzaga Branco Junior ¹

Katia Fernanda Alves Moreira ²

Edson dos Santos Farias ³

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes ⁴

Cleson Oliveira de Moura ⁵

Karla da Silva Guimarães Rocha ⁶

¹ Professor do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Professora do Departamento de Educação Física. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁵ Professor do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁶ Enfermeira. Discente do Mestrado Profissional em Saúde da família. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

As práticas colaborativas, no departamento de saúde da família, são essenciais para a resolução de problemas pois contribuem para o cuidado do usuário e melhoram os resultados de saúde. Baseado nessa premissa foi realizado uma intervenção educativa, desenvolvida por meio de um estudo quase-experimental, não randomizado, com delineamento tempo-série, baseado no antes e depois da intervenção com uma equipe de Saúde da Família da cidade de Porto Velho, Rondônia. A implementação da intervenção proporcionou uma reflexão da equipe no controle dos casos complexos que estão em suas áreas de abrangência. Ao estimular a autonomia e discussão da equipe, observou-se que a intervenção contribuiu de forma significativa para reflexão do processo de trabalho envolvendo todos os profissionais, em uma perspectiva de possibilidades de se instituir práticas colaborativas no trabalho da equipe de saúde da família.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Atenção primária à saúde. Saúde Coletiva.



1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2010) reconhece que muitos dos sistemas de saúde do mundo são fragmentados e difíceis de atender às necessidades de saúde populacionais, como o Brasil. A força de trabalho em saúde atual e futura tem problemas de saúde cada vez mais complexos. Há evidências de que se profissionais de saúde tivessem a oportunidade de navegar por sistemas e ganhar experiência interprofissional, irá assim adquirir habilidades necessárias para se tornarem uma força de trabalho colaborativa em saúde.

As práticas colaborativas, no departamento de saúde da família, são essenciais para a resolução de problemas pois contribuem para o cuidado do usuário e melhoram os resultados de saúde, bem como auxiliam nas interações entre membros da equipe ou alunos de duas ou mais especialidades (BARR et al, 2005).

Embora a discussão atual se refira à reconstrução do modelo para a integralidade, o modelo biomédico ainda está profundamente enraizado na estrutura dos diferentes níveis de atenção e estipula um relacionamento e comportamento com tecnologia tradicional pura e voltada ao tratamento da doença, não do usuário como um todo.

Baseado nessa premissa este trabalho tem por objetivo avaliar os processos interativos que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, a partir de uma intervenção educativa.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma intervenção educativa, desenvolvida por meio de um estudo quase-experimental, não randomizado, com delineamento tempo-série, baseado no antes e depois da intervenção com uma equipe de Saúde da Família da cidade de Porto Velho, Rondônia.

A intervenção do tipo quase-experimental com um único grupo é caracterizada como um delineamento tempo-série, em que todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada pré e pós-intervenção, sendo a amostragem não probabilística caracterizada por conveniência (POLIT; BECK, 2019).

Os critérios de elegibilidade da equipe foram:



1) Equipes lotadas em Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos;

2) Equipe que atuem na ESF de acordo com o preconizado pelo PNAB/MS (BRASIL, 2017);

3) Médico e enfermeiro atuem como preceptores e que tenham respondido o questionário RIPLS e,

4) Residentes inseridos na equipe de eSF.

Para o planejamento estratégico da intervenção foram desenvolvidos os seguintes passos:

1) Aproximação do campo para o primeiro contato com a equipe e imersão;

2) A capacitação;

3) Busca ativa de caso um complexo;

4) Monitoramento;

5) Avaliação da intervenção;

6) Análise dos dados.

Importante destacar que a intervenção foi aplicada em uma eSF de modo a se constituir mais uma fonte de evidência, com intuito de avaliar a implementação de práticas colaborativas na APS.

As observações realizadas durante a intervenção foram discutidas pensando nas dimensões e indicadores de D'Amour (2008) com foco valores e objetivos da equipe.

O presente de trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UNIR) com o parecer n. 3.605.943 e está vinculado ao subprojeto “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia.”

O Projeto matriz foi aprovado e financiado na CHAMADA 001/2018 - PPSUS - 2015/Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Unidade Básica de Saúde José Adelino da Silva foi eleita para realização da intervenção, sendo ela localizada na zona leste no município de Porto Velho, Rondônia. Tal unidade é localizada na Zona Leste do município, sendo considerada zona periférica e composta por cinco equipes de eSF, sendo três equipes pelo



período matutino e duas no período vespertino. Ao todo, com cobertura da eSF, a unidade tem 25 micro áreas. Ademais, a Unidade básica José Adelino tem 17 áreas sem cobertura por uma eSF.

A equipe participante é composta por oito integrantes, das seguintes categorias profissionais (ACS, Enfermeiro, Médico e Odontólogo), que atuam em conjunto por cinco anos, sendo a ESF a organização do serviço do qual participaram quatro integrantes da equipe (um enfermeiro, dois ACS e um técnico de enfermagem). Junto a equipe participaram ativamente da intervenção dois Residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Rondônia sendo um residente de psicologia e um de enfermagem.

Na primeira etapa (aproximação do campo e imersão) o pesquisador realizou a sensibilização dos profissionais de saúde que trabalham na unidade. Neste momento foi explicado o que é prática colaborativa. Foram sanadas dúvidas e realizado debate com participação de todos os presentes.

Durante a imersão, momento importante do processo de coleta de dados, o pesquisador acompanhou as atividades desenvolvidas pela eSF estudada na UBS José Adelino por um período total de 2 dias. Nos momentos em que o pesquisador esteve presente na UBS utilizou a observação das atividades realizadas pelos membros da eSF o que foi muito importante na construção do conhecimento empírico. Foi utilizado o diário de campo para registrar pontos importantes no processo de observação sobre o objeto do estudo.

Neste período de imersão houve reflexões importantes sobre a função dos profissionais das eSF à luz da PNAB 2017 (BRASIL, 2017) na perspectiva de ações para efetivação de práticas colaborativas diante de casos complexos. Neste ínterim, foi discutido com os atores sobre dias e momentos da capacitação em serviço junto aos a eSF.

Todos os dados desta etapa foram realizados através de uma constante análise do ir e vir acompanhando o movimento da investigação, fundamentado na perspectiva problematizadora, essencial em estudos do tipo intervenção. Buscou-se sempre o conhecimento da realidade vivenciada pelos participantes com o objetivo de refletir e tecer questionamentos, no sentido de avaliar as práticas no campo da APS com vistas a possíveis mudanças. Antes da capacitação foi aplicada a ficha apresentada no primeiro contato com os sujeitos que participaram da intervenção.



Nessa perspectiva, ao serem indagados sobre quem atuava na liderança da equipe, 100% dos entrevistados relatam que é o profissional enfermeiro e 100% dizem que existe hierarquia entre os membros da equipe.

É importante destacar que a equipe estudada tem uma visão de liderança não colaborativa, pensando em um chefe comum que organiza o processo de trabalho. No processo de observação foi verificadas práticas de liderança mais restritivas, quer dizer, burocráticas e orientadas por tarefas, o que leva os profissionais de saúde a desenvolverem as atividades das funções atribuídas a cada profissão.

Para fortalecer a EIP e prática colaborativa na equipe podemos refletir à luz de Peduzzi (2017) em que destaca que é preciso estar atento às resistências, entre elas ao risco de reiterar conceitos e modelos tradicionais de auto-regulação e abordagem biomédica estritos, bem como de atuação profissional isolada e independente em um campo da saúde cada vez mais complexo, interprofissional e interdisciplinar.

Pensando ainda sobre a hierarquia no processo de trabalho, Peduzzi et al (2020) descrevem que a divisão social do trabalho transmuta diferenças técnicas em desigual valor social dos agentes, está presente em um critério que permite diferenciar as equipes integração e agrupamento como por exemplo: especificidades dos trabalhos especializados *versus* flexibilidade da divisão do trabalho.

Muitas vezes, a falta de reconhecimento do potencial colaborativo e a não identificação com o modelo de cuidado que prioriza a escuta, o acolhimento e o vínculo dificultam o processo de comunicação no trabalho. Isto acaba mantendo as relações de poder entre os próprios profissionais de saúde, com o estabelecimento de hierarquias entre as categorias e também dos profissionais para com os usuários e os familiares, que são vistos como meramente recebedores da assistência (OLIVEIRA, GUIZARDI E DUTRA, 2020).

Quanto ao trabalho em equipe, 50% referem que os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe e 66,7% percebem entusiasmo, energia e compromisso no trabalho. Uma grande maioria (83,3%) concorda que fazem parte da equipe (veste a camisa da equipe) e 66,7% relatam que há confiança e cooperação entre os profissionais da equipe.



D'Amour (2008) destaca essa dimensão de colaboração interprofissional, como Internalização no indicador Confiança, sendo então destaque na equipe em questão. É importante destacar que para a realização da Educação Interprofissional, os envolvidos precisam acreditar nesse formato de ensino, compartilhando a visão de que o processo de aprendizado é sobre os outros, com os outros e entre si (OLIVEIRA, GUIZARDI E DUTRA, 2020), tendo então este profissional ou estudante que se sentir inserido na equipe para participar ativamente das atividades do grupo em prol do usuário.

Na amostra avaliada, 50% dos entrevistados destacam que as tarefas são bem divididas entre os membros da equipe, cada um realizando a parte que lhe foi designado, de forma fragmentada e 66,7% descrevem que compartilham informações, que os objetivos da equipe são em consenso e que há compartilhamento de responsabilidades na equipe.

Este eixo de Formalização, segundo D'Amour (2008), converge para o indicador de Ferramentas de formalização, quer dizer, sistemas de informação que esclarecem e formalizam responsabilidades de membros da equipe, cabendo aqui uma reflexão pensando no processo de intervenção realizado na equipe pois, segundo Peduzzi et al (2020), o trabalho em equipe interprofissional é uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo.

Peduzzi et al., (2020) descrevem que as reuniões de equipe e outros espaços de troca formais ou informais também podem ser considerados no âmbito da esfera pública, já que visam à construção de acordos interprofissionais que representam a cogestão dos compromissos políticos sociais assumidos no âmbito do processo de trabalho dos serviços de saúde. Baseado nisso, dos sujeitos entrevistados, 83,3% dizem que na equipe existem reuniões técnicas para discussão de casos complexos, 66,7% referem não conhecer os casos complexos por micro área. Nas reuniões técnicas, 66,7% afirmam que os conflitos são gerenciados adequadamente quando surgem e 83,3% expõem que as reuniões são um espaço social democrático e agradável.



As equipes que organizam seu processo de trabalho e o cuidado assistencial com base na gestão democrática e no compartilhamento dos saberes entre os diferentes profissionais, população, serviços e setores, conseguem avançar e desenvolver os critérios nas demais dimensões avaliativas de maneira mais fluida (DOLNY et al., 2020).

Cerca de 83,3% descrevem que existe vínculo entre usuário e equipe e 50% relatam que o usuário exerce sua autonomia. Além disto, 66,7% declaram que o interesse e necessidades do usuário são respeitados durante o processo de cuidado.

Nesta perspectiva, Agreli, Peduzzi e Silva (2016) relatam que na medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas, podendo ocorrer a prática colaborativa.

A etapa da capacitação foi realizada em um dia e por 5 horas, pelo pesquisador, utilizando o tempo da reunião de equipe que, segundo observado por Dolny et al., (2020), foi o momento mais viável para ocorrer as atividades de qualificação de uma equipe, pois em sua amostra já existia o momento de reunião de equipe destinado para esta finalidade, como ocorreu também na presente pesquisa.

Nesta fase foram abordadas definições como: Caso complexo atribuídos a APS; Genograma; Ecomapa; Diagnóstico ciclo vital e Projeto Terapêutico singular. Neste momento a participação dos residentes de psicologia e enfermagem junto a equipe foi de suma importância pois acrescentaram definições e vivências ocorridas da residência dando mais dinamismo a capacitação.

Posteriormente, foi passado um vídeo da UNA-SUS UFCSPA (2013) – Caso Complexo, Amélia que aborda saúde mental no âmbito da APS. O caso Amélia foi usado como caso disparador para problematização acerca da resolubilidade e governabilidade da APS frente a um caso complexo.

À luz da reflexão acerca do caso apresentado junto com as definições de Casos complexos e ferramentas de saúde da família ocorreram reflexões quanto ao processo de trabalho da equipe.



Uma das reflexões da equipe foi descrita na fala: *“No momento, as reuniões de equipe estão mais espaçadas e alguns combinados estão se perdendo”* e com isso observa-se a importância de a ação educativa ser voltada para as práticas colaborativas, com foco na educação permanente. Sugere-se, que o processo de educação permanente desta equipe abranja também as nuances interativas e interpessoais que influenciam no trabalho interprofissional.

Após a capacitação, quando perguntado sobre como se dá a conduta de casos complexos, 16,7% respondem que o *‘médico e enfermeiro fazem o seguimento’*, 33,3% afirmam não ter discussão, voltados ainda a um pensamento biomédico e não ao usuário.

Neste momento, os residentes adentraram nas definições do processo saúde e doença e o modelo biomédico de atenção a saúde, para que ocorresse debate sobre a atenção centrada na doença e não no usuário.

Esse entusiasmo dos residentes, ao descrever o modelo biomédico e biopsicossocial vai ao encontro da fala de Peduzzi (2017) que ressalta que construir um grupo de trabalho com entusiasmo pelo desafio de superação do modelo tradicional de educação - uniprofissional e estritamente biomédica, é fundamental, sendo esses um dos destaques da capacitação que demonstra interesse no aprendizado de práticas colaborativas.

Em seguida, foi iniciada a discussão sobre os possíveis casos complexos da área de abrangência e da governabilidade quanto a resolução dos casos. Ainda neste momento a equipe pensa em caso complexo como um usuário um número significativo de comorbidades ou em hipermedicalização.

Uma reflexão da equipe foi quanto ao número de casos complexos existentes na área de abrangência, porém quando indagados ao número total dos casos, residentes e profissionais da equipe não souberam quantificar. Neste momento ocorreu uma retomada das discussões e definições de Caso Complexo e governabilidade da APS frente a esses casos e sobre o modelo biomédico coordenado pelos residentes. Ao fim de 10 minutos de discussão, iniciou-se a Etapa 3 – Busca ativa de um caso complexo.

Foi escolhido um caso complexo da área de comum acordo, ocorrendo em equipe o planejamento da abordagem a família escolhida. A equipe solicitou 15 dias



ao pesquisador para realizarem o planejamento da abordagem do caso escolhido e neste momento sanaram as dúvidas de alguns conceitos descritos na capacitação.

A equipe planejou uma visita domiciliar multiprofissional para avaliação dos familiares. Após a visita domiciliar realizada pela equipe e residentes de saúde da família adentramos na etapa de Monitoramento (etapa 4), em que foi apresentado o genograma e ecomapa da família, e diagnóstico de ciclo vital, destacando-se neste momento que 100% da equipe refere que as ferramentas foram de suma importância para entender a complexidade do caso.

Nesta etapa ocorreu um encontro do pesquisador com a equipe para a apresentação do genograma e ecomapa da família e diagnóstico de ciclo vital. Nesta, o mestrando observou um melhor entendimento da equipe quanto as definições de caso complexos, sobre a governabilidade da eSF na APS e a importância da atuação da equipe nestes casos.

O Caso exposto pela equipe teve 5 usuários aqui ditos como (Usuário 1; Usuário 2; Usuário 3; Usuário 4 e Usuário 5).

Durante a discussão do caso, todos os participantes opinaram ativamente (equipe e residentes) acarretando em decisões compartilhadas com destaque as ferramentas de Formalização que neste momento estão mais claras na troca de informações entre os profissionais de equipe e na formalização dos papéis dos profissionais frente ao caso.

Peduzzi et al (2020) descrevem que a ‘colaboração’ caracteriza-se como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, clareza de papéis e interdependência das ações, e a necessidade de lidar com situações de atendimento um pouco menos imprevisíveis e com menor urgência e complexidade. Na equipe em que ocorre a intervenção essa colaboração passa a ter maior compartilhamento com objetivos claros e centrado no usuário.

Na reunião a equipe optou iniciar a abordagem por um dos elementos da família, a Usuário A. Esta, foi incluída nos atendimentos de enfermagem para início do pré-natal com a enfermeiro residente. Essa opção de atendimento clínico-ambulatorial foi considerada pela equipe a mais efetiva devido ao atual momento de isolamento restritivo em que o estado passa, decorrente da COVID 19 (RONDÔNIA, 2020) em que não é possível a realização de grupos operativos na unidade. Também foi discutido visitas domiciliares dos ACS à residência para avaliação do cartão



vacinal dos Usuários D e C, o qual no prontuário de família não constavam atendimento destes.

O usuário E seria incluído no programa de tabagismo, se assim aceitasse, por meio de convite e intervenções da residente de psicologia junto a equipe e após avaliação e busca ativa o início do Plano Terapêutico Singular (PTS) de cada membro da família.

Quanto a Etapa 5 - Avaliação da intervenção, observou-se que o conhecimento das ferramentas da abordagem familiar ampliou a compreensão da equipe e auxiliou na elaboração de intervenções familiares e planejamento da equipe, acerca dos casos complexos da sua unidade. Percebeu-se também uma maior participação de todos os membros da equipe no processo e, pensando nas dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008), verificou-se a Dimensão de Formalização nos indicadores Ferramentas de Formalização em que os acordos e regras agora são bem expostos além de oficializar responsabilidades dos membros da equipe. Também foi observado na mesma dimensão, o indicador "Troca de Informação", quer dizer, a reunião da equipe é uma boa ferramenta que permite coleta e troca de informações entre os profissionais da equipe.

Para avaliação e análise dos dados (etapa 6), as 26 perguntas do pré e pós testes foram divididas dentro das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008) em: 4 perguntas envolvendo a dimensão 'Visão e Objetivos compartilhados'; 4 'Internalização'; 12 'Formalização' e 6 'Governança'. Após, foram calculados o número de respostas negativas e positivas dos participantes para cada eixo e por fim expostos no gráfico 1.

Vale salientar que o pós-teste foi realizado via *GoogleForms* decorrente a reorganização da AB frente a pandemia Covid 19 (RONDONIA, 2020) em que as unidades de saúde iniciaram atendimento para sintomáticos respiratórios agendados pelo *Call Center* do município de Porto Velho. Diante deste fato, não há mais reuniões de equipe para planejamento e discussões de caso, pelo menos momentaneamente.



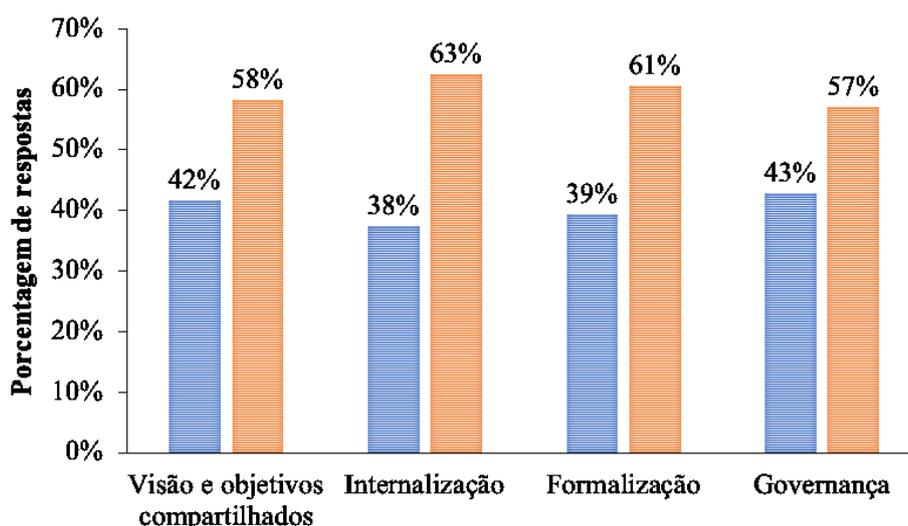


Gráfico 1 – Número de respostas positivas (laranja) e negativa (azul) dos entrevistados com dentro das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D’Amour (2008) na ação educativa realizada em Porto Velho, Rondônia, 2021

No gráfico 1 observa-se um número majoritário quanto as respostas positivas em todos as dimensões de colaboração interprofissional de D’Amour (2008) com destaque as dimensões de internalização com 63% de respostas positivas dando destaque ao indicador de Colaboração e confiança mútua entre os membros da equipe e da formalização, com 61% de afirmativas positivas, dando destaque Troca de informações mais efetiva quando ao caso complexo e Ferramentas de formalização mais claras utilizadas durante a reunião de equipe.

4. CONCLUSÃO

A implementação da intervenção proporcionou uma reflexão da equipe no controle dos casos complexos que estão em suas áreas de abrangência. Ao estimular a autonomia e discussão da equipe, observou-se que a intervenção contribuiu de forma significativa para reflexão do processo de trabalho envolvendo todos os profissionais, em uma perspectiva de possibilidades de se instituir práticas colaborativas no trabalho da equipe de saúde da família.

Uma das limitações foi a participação de todos os membros da equipe e dos residentes inseridos na eSF, como médicos, odontólogos e residentes de farmácia e educação física. Ouve dificuldade em conseguir que todos da equipe participassem uma vez que os profissionais que não participariam da intervenção não demonstraram interesse em preencher o questionário nas etapas pré e pós-teste.

Embora apresente limitações, este trabalho é relevante para compreensão de quais características da PIC são capazes de produzir efeito positivo quando a equipe esta envolvida na resolução de um caso complexo na APS e por consequência na melhoria do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface, Com. Saúde, Educação**, Botucatu, v.20, n.59, p.905-16, 2016.
- BARR, H. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review**. London, UK: Higher education academy, health sciences and practice network, 2005. 47p. Disponível em: http://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf Acesso em: 27 ago 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- D'AMOUR D, GOULET L, LABADIE JF, MARTIN-RODRIGUEZ LS, PINEAULT R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res** [Internet]. 2008; 8:188. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>
- DONLY, L.L. et al. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF) Braz. **J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.15-38 jan./feb. 2020. ISSN 2595-6825
- OLIVEIRA, A.T.P.; GUIZARDI, F.L.; DUTRA, E.B. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. In: GUIZARDI, FRANCINI LUBE (org.). **Em Mar Aberto: Colaboração e Mediações Tecnológicas na Educação Permanente em Saúde**. Porto Alegre : Rede Unida, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf. Acesso em: 17 abr 2021.
- PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R.F.C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico], Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.



PEDUZZI, M. et al . TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. 1, e0024678, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Mar 16, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

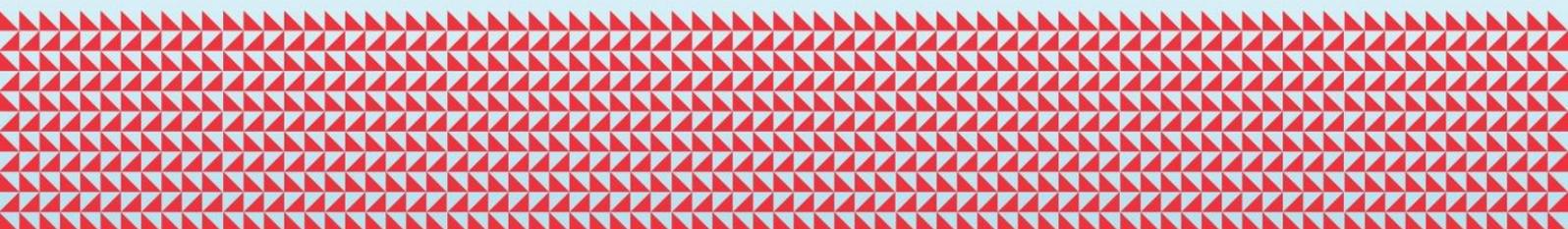
POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, **2019**

RONDÔNIA (Estado). Decreto nº 24.871, de 16 de março de 2020. Decreta situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Estado e dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e enfrentamento da propagação do COVID-19. Diário Oficial do Estado de Rondônia nº 49. Disponível em: <https://data.portal.sistemas.ro.gov.br/2020/03/decreton%C3%BAmero-24.871-covid-19.pdf>. Acesso em 21 jan 2021.



CAPÍTULO III

ACESSO E QUALIDADE À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DE RONDÔNIA – REVELAÇÕES DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA



ACESSO E QUALIDADE À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DE RONDÔNIA – REVELAÇÕES DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-3

Filipe Souza de Azevedo ¹
Ana Lúcia Escobar ²
Janne Cavalcante Monteiro ³

¹ Mestre em Saúde da Família. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE. Universidade Federal de Rondônia - UNIR.

² Professora Titular do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Professora Associada do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

A atenção integral à saúde da criança na atenção primária à saúde (APS) é desenvolvida por ações centradas na puericultura, com a finalidade de redução da mortalidade infantil e promoção do desenvolvimento saudável. O objetivo do estudo foi identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança na APS do estado de Rondônia. Trata-se de um estudo seccional, com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – Ciclo III (2015-2017) referentes ao estado de Rondônia. Os principais resultados apontam a falta de instrumentos para avaliação infantil, como régua antropométrica infantil (69,0%) e a caderneta de saúde da criança (70,6%), refletindo em uma baixa entrega de cadernetas para os usuários (68,9%). Pelas equipes, a utilização de ficha espelho da caderneta de saúde da criança ocorre em 63,3%; dentre as funções, consultas na primeira semana de vida em 53,3% dos casos, e o registro e acompanhamento de casos de violência ocorrem em 70% das equipes. A orientação alimentar atinge somente 77,5% dos usuários. Já ações como a vacinação e teste do pezinho atingem mais de 90% dos usuários. É possível identificar dificuldade ao acesso às ações e instrumentos para o cuidado em saúde da criança, orientações alimentares falhas e falta de acompanhamento dos casos de violência na rede de apoio; em contrapartida, observa-se adesão às estratégias de prevenção como a vacinação, e o teste do pezinho.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Qualidade da Assistência à Saúde.



1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica - denominada no Brasil, é definida como cuidados essenciais em métodos de trabalho e tecnologias práticas, acessíveis aos indivíduos, às famílias de uma comunidade, de baixo custo, de uso de tecnologia de leve densidade e alta complexidade, com desenvolvimento do espírito de autonomia e autodeterminação da comunidade. A APS é a estratégia de mudança e organização do Sistema Único de Saúde, com reordenação dos serviços de saúde a partir da configuração de redes de atenção à saúde. As linhas de cuidado, como a materno-infantil, atuam como modelos na reorientação dos serviços de saúde, apontando para ações voltadas à Saúde da Criança a serem desenvolvidas a partir da APS (MENDES, 2015).

A nível mundial, Freeman e colaboradores (2017) apresentam evidências da efetividade de intervenções comunitárias dos serviços de saúde pautados na APS, a partir do apoio dos sistemas de saúde e profissionais capacitados para o atendimento à criança, em especial de 1 a 59 meses de idade, refletindo assim na diminuição da mortalidade na infância, visto que a maioria das causas de mortalidade podem ser superadas nesse nível de atenção.

Com a estratégia saúde da família como eixo de organização e prática da APS no Brasil, há a consolidação da vigilância da saúde da criança como prática de saúde, tendo ações como monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância (DAMASCENO et al, 2016).

Os serviços de APS no Brasil se encontram heterogêneos quando se trata da atenção à saúde da criança, determinando uma baixa orientação dos serviços da APS e pouco preparo dos profissionais de saúde, com oferta de acesso ampliada a partir da expansão da APS, principalmente no Sul e Sudeste, porém sem a integralidade do cuidado e resolutividade necessária, com poucos estudos voltados para a longitudinalidade e coordenação do cuidado a partir da APS para a saúde da criança (DAMASCENO et al, 2016, TESSER et al 2018).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implantado em 2011 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e da qualidade da APS, com terceiro ciclo realizado no ano de



2017, no Brasil, permitindo um conhecimento mais aprofundado do que efetivamente ocorre com a APS (SANTOS et al, 2016), em especial, em Rondônia, que conta com cobertura de Saúde da Família em mais de 70% do estado, conforme DATASUS, porém com desigualdades entre os municípios.

Sendo assim, a partir das dificuldades que profissionais de saúde e usuários apresentam para a realização de ações voltadas à saúde da criança no âmbito da APS, o objetivo dessa dissertação foi identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança no estado de Rondônia.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional analítico, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, através de pesquisa em banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Ciclo III, coletados pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), responsáveis pela aplicação dos instrumentos da Avaliação Externa do PMAQ, em consórcio com a Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 2015 a 2017, disponíveis no portal do Departamento da Atenção Básica (DAB/MS).

O estudo analisou os resultados das equipes de Atenção Primária do estado de Rondônia, participantes do PMAQ – Terceiro Ciclo. No estado de Rondônia, foram incluídas 228 unidades básicas de saúde (UBS), de 50 municípios do estado no PMAQ - os municípios de Ouro Preto d'Oeste e São Felipe do Guaporé não participaram desta avaliação. O estado é dividido em sete regionais de saúde – Madeira Mamoré (com sede no município de Porto Velho), Vale do Jamari (com sede no município de Ariquemes), Central (com sede no município de Ji-Paraná), Zona da Mata (com sede no município de Rolim de Moura), Café (com sede no município de Cacoal), Cone Sul (com sede no município de Vilhena), e Vale do Guaporé (com sede no município de São Francisco do Guaporé).

Dentre as equipes de saúde da família e tradicionais, atuantes na APS, 369 equipes foram participantes e credenciadas para participar do programa de avaliação. Foram analisadas as opiniões de 1105 usuários entrevistados da área de território das equipes da Atenção Primária das UBS participantes do PMAQ – Terceiro ciclo. A amostra dos usuários foi calculada conforme o método proposto



pelo PMAQ, de uma equipe para quatro usuários, conforme a Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

Foram filtrados os dados relativos às equipes dos municípios do Estado de Rondônia contratualizados e certificados, e as variáveis relacionadas à atenção à saúde da criança. Os dados extraídos, relevantes à Saúde da Criança, são os resultados da avaliação externa do PMAQ – Terceiro ciclo, dos módulos I – Observação na Unidade Básica de Saúde, II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, e III – Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), das equipes dos municípios do estado de Rondônia, que passaram pelas etapas de adesão, contratualização e certificação do PMAQ.

As variáveis analisadas, podem ser categorizadas da seguinte forma:

Nas UBS:

- Equipamentos e materiais observados na Unidade de Saúde para uso em atendimento de crianças menores que dois anos: balanças e régua antropométricas infantis, disponibilidade de fitas métricas, disponibilidade de caderneta de saúde da criança;

Com os profissionais das equipes de Atenção Primária:

- Atenção à criança desde o nascimento até os dois anos de vida pelas Equipes de Atenção Primária;
- E com os usuários contemplados na Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil:
- Condições de saúde de crianças menores que dois anos de vida a partir do olhar do usuário;
- Atividades realizadas na consulta da primeira semana de vida das crianças dos usuários;

Os dados coletados foram armazenados e analisados no Microsoft Excel® e SPSS. Para análise estatística, inicialmente realizado o teste Qui-Quadrado para verificar se as frequências encontradas são as esperadas, assim como a existência de associação ou dependência entre as categorizações utilizadas neste estudo – regionais e municípios, com valor-p < 0,05. Para testar se existe diferença significativa de percepção de dois ou mais grupos, foi utilizado o teste não



paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes, com nível de significância de 5%. Sempre que se verificou a existência de diferenças significativas entre, pelo menos dois dos grupos no teste, foi realizado seguidamente um teste post hoc. Neste estudo, para se descobrir quais os grupos que diferiam entre si, foi utilizado o Método post hoc de Bonferroni (FIELD, 2009).

Este estudo fez parte de um plano de trabalho vinculado ao projeto Avaliação Externa das Equipes da Atenção Básica no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB - 3o Ciclo, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa parecer nº. 1.441.293/CAAE 02396512.8.0000.5149, de 07 de março de 2016.

3. RESULTADOS

Dentre as 228 UBS participantes e credenciadas para o PMAQ – Ciclo III, foram elegíveis 194 unidades no estado de Rondônia. Das 369 equipes de saúde destas UBS, com profissionais participantes da entrevista, 289 equipes foram elegíveis e que realizam ações às crianças menores de dois anos de vida. Participaram da “Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil, em Rondônia”, 1105 usuários, sendo elegíveis 223 usuários, que tinham crianças menores que dois anos e responderam sobre o atendimento para crianças na unidade de saúde.

Sobre os equipamentos e materiais presentes nas UBS durante a avaliação externa, estão discriminados na tabela 1.

Tabela 1 – Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, em Rondônia, segundo PMAQ – Ciclo III, 2017

Equipamentos e Materiais	n	%
Balança antropométrica infantil	161	82,9
Régua antropométrica infantil	134	69,0
Disponibilidade de fita métrica	185	95,3
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	137	70,6

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Nenhuma das UBS do estado de Rondônia apresenta todos os materiais listados que compõe a avaliação da saúde da criança. Destaca-se que as ferramentas, como a balança e a régua antropométrica infantil, para avaliação do crescimento das crianças dos territórios da UBS não são encontradas na sua totalidade. Chama mais



atenção a falta de cadernetas de saúde da criança disponíveis aos usuários em quase 30% das UBS de Rondônia.

Entre as regionais de saúde, obteve-se diferença estatisticamente significativa ao se avaliar a proporção de balanças infantis (valor-p = 0,018), régua infantil (0,001) e fitas métricas (0,007) – o que impacta na avaliação do crescimento e estado nutricional de crianças. A regional da Zona da Mata foi estatisticamente com a proporção mais baixa de balanças e régua infantil, com 62,9% e 40,7% do total da regional, enquanto o Vale do Guaporé foi a que teve maior proporção de régua infantil por unidade básica de saúde, com 100% (n = 7) das unidades, quando comparada às demais regionais.

A baixa oferta de cadernetas de saúde da criança entre todas as regionais de saúde não apresentou diferença significativa entre as regionais de saúde, em menos de 80% das UBS se encontrava disponível este instrumento para dispensação aos usuários. Essa realidade aparentemente não se reflete quando avaliada pelos municípios sede das regionais, como Ariquemes, onde todas as UBS tinham disponíveis exemplares da caderneta de saúde da criança, e municípios como Porto Velho, Ji-Paraná e Cacoal em mais de 80% das UBS apresentando a caderneta.

Da entrevista com os profissionais das equipes de saúde e verificação dos documentos, 289 profissionais referem que as equipes realizam puericultura para crianças até dois anos de vida, representando 78,3% das equipes participantes do PMAQ – Terceiro ciclo. A tabela 2 apresenta a distribuição dos resultados destas equipes.

Tabela 2 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – Ciclo III, 2017

Variável	n	%
Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	239	82,6
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	252	87,1
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	267	92,3
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	183	63,3
Registro de:	284	98,3
Vacinação em dia	282	97,5
Crescimento e Desenvolvimento	276	95,5
Estado nutricional	279	96,5
Teste do pezinho	280	96,8



Variável	n	%
Violência familiar	211	73,0
Acidentes	210	72,6
Nenhum dos anteriores	05	01,7
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	217	75,0
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	279	96,5
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	281	97,2
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	243	84,0

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Da tabela 2, evidencia-se que as equipes utilizam da caderneta de saúde da criança para realizar o acompanhamento de puericultura das crianças de seu território. Em contrapartida, a adesão de ferramentas como espelho da caderneta de saúde da criança para registro na unidade básica de saúde foi observada em um pouco mais de 60% das equipes de saúde participantes do PMAQ. O uso de protocolos voltados para crianças menores que dois anos, já previstos para a APS, são em 82,6% das equipes de saúde. O cadastramento atualizado de crianças no território também não foi de 100% das equipes.

Das informações registradas pelas equipes, foram levantados de forma satisfatória a avaliação da vacinação, crescimento, desenvolvimento e alimentação da criança até os dois anos de vida, apesar de não ter sido 100% das equipes. Nem todas as equipes apontam registros voltados para casos de violência familiar ou para acidentes.

As ações relacionadas à amamentação e alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida são apontadas pelas equipes do estado de Rondônia, em mais de 90% das equipes de saúde. O conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras não é de conhecimento da totalidade das equipes de saúde.

Ao analisar a avaliação externa das equipes de saúde, identifica-se a baixa utilização de espelhos da caderneta de saúde da criança ou outra ficha de registro na unidade. Ao comparar o registro em fichas de espelho do atendimento de puericultura, a regional do Cone Sul foi, estatisticamente, a que apresentou o menor número de registros (24,3%) e valor-p = 0,000, não tendo diferença somente



quando comparada à regional do Café (48,4%). As regionais do Vale do Guaporé (100%), Madeira-Mamoré (74%) e Central (77,2%) foram as que as equipes mais referiram ter ficha espelho quando comparada às demais regionais.

As ações de promoção do aleitamento materno exclusivo e introdução alimentar e aleitamento materno a partir dos seis meses tiveram bom desempenho entre as equipes e respectivas regionais de saúde. Ao se comparar as ações para o aleitamento materno exclusivo, a regional Madeira-Mamoré (74%) apresentou menor proporção quando comparada com as regiões Central (77,2%), Zona da Mata (60%) e Cone Sul (24,3%), que apresentaram ações na totalidade de equipes (valor- $p = 0,044$). Nas ações com relação à alimentação saudável a partir dos seis meses, a regional do Vale do Jamari (67,3%) se apresenta deficitária, sendo estatisticamente inferior às regionais Madeira-Mamoré, Zona da Mata, Vale do Guaporé, que atingem 100% das suas equipes, assim como a Central, que atinge 98,4% (valor- $p = 0,016$).

Sobre o acompanhamento dos casos de violência com os outros pontos de assistência na rede intra e intersetorial de enfrentamento à violência, quando comparada entre as regionais, a do Vale do Guaporé é inferior às demais, tendo acompanhamento em 42,8% dos casos (valor- $p = 0,017$). A regional Central apresentou o maior índice de acompanhamento desses tipos de casos.

Dentre os usuários entrevistados para a avaliação externa do PMAQ – Terceiro ciclo, aqueles aptos para responder as perguntas relativas ao cuidado de condições em saúde da criança foram os que tinham crianças filho ou filha de até dois anos de idade (24 meses de vida). Dos 1105 usuários, a amostra final é de 20,1 %, representando um total de 223 usuários.

A média de idade, em meses, das crianças dos usuários entrevistados é de nove meses e vinte dias, variando entre zero a 24 meses de vida. A média de consultas realizadas pelas equipes de saúde para essas crianças foi de quatro consultas.

Ao se comparar as regionais conforme a distribuição da proporção de usuários com crianças de zero a 24 meses, observa-se que as regionais do Café e do Cone Sul são, estatisticamente, as regionais com maiores proporções de usuários que tinham crianças elegíveis para responder as perguntas relativas aos cuidados de saúde da criança do PMAQ.



A tabela 3 apresenta os resultados referentes à atenção à saúde da criança da entrevista com os usuários.

Tabela 3 – Frequência das variáveis relacionadas à atenção à Saúde da Criança por usuários entrevistados, em Rondônia, segundo PMAQ – Ciclo III, 2017

Variáveis	N	%
Consulta na 1ª semana de vida	119	53,3
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	215	96,4
Vacinação atualizada	219	98,2
Motivos para a vacinação desatualizada	04	07,8
Na unidade não tem ou está em falta	03	75,0
A criança nunca recebeu	01	25,0
Consulta para criança na unidade	210	94,1
Atendimento pelo mesmo profissional	149	70,9
Agendamento de consulta	98	46,6
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	171	81,4
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	173	77,5

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

A partir da opinião dos usuários entrevistados, destaca-se positivamente a estratégia da vacinação, atualizada em 98,2% das crianças dos usuários entrevistados. Quando apontada o local da realização, encontra-se que mais da metade dos usuários buscam a unidade de referência, enquanto os demais procuram em outras localidades. Outra estratégia bem-sucedida é a realização do teste do pezinho até sétimo dia de vida.

Em relação às consultas realizadas pela equipe de saúde na visão dos usuários, pouco mais da metade dos usuários (53,3%) apontam ter sido realizada a consulta na primeira semana de vida. A maioria das crianças, de zero a dois anos de idade, realizaram de uma a cinco consultas com a equipe de saúde. Observa-se que 5,8% dos usuários apontam ter realizado nenhuma consulta.

Sobre a consulta na unidade, o atendimento pelo mesmo profissional da equipe foi apontado por aproximadamente 70% dos usuários, e que o agendamento para as consultas seguintes, somente 46% dos usuários referiram ter sido apontado ou orientado.

Chama a atenção que a orientação para aleitamento materno e alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida, medida que exige tecnologias leves e de baixa complexidade, foi referida por 77,5% dos usuários. A regional Vale do Jamari é a que apresenta o pior desempenho, com 58,3% dos casos desta regional, sendo



significativo quando comparada às regionais do Vale do Guaporé, Cone Sul e Zona da Mata (valor-p = 0,022).

A vacinação atualizada foi estatisticamente significativa quando comparada a regional Central com as demais regionais, visto que essa foi a única regional que os usuários não referem 100% das crianças com vacinação atualizada, sendo 91,6% dos usuários referindo de forma positiva (valor-p = 0,038).

A tabela 4 apresenta informações sobre as ações que a equipe de saúde desenvolve, assim como o local de realização, conforme apontaram os 119 usuários que receberam essa orientação na consulta da primeira semana de vida.

Tabela 4 – Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, em Rondônia, segundo PMAQ – Ciclo III, 2017

Variável	N	%
Local da consulta de 1ª semana de vida	119	100%
No domicílio	14	11,7
Na unidade básica de saúde	78	65,5
Em outra unidade básica de saúde	13	10,9
Em clínica particular	2	1,6
Em hospital particular	5	4,2
Outro serviço	7	5,8
Realização da pesagem da criança	97	81,5
Realização da medição da criança	96	80,6
Avaliação da amamentação da criança	78	65,6
Avaliação do umbigo da criança	89	74,7
Avaliação do registro de nascimento	95	79,8
Orientação sobre a posição adequada para a criança dormir	74	62,1
Entrega da caderneta de saúde da criança	82	68,9

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

A consulta da primeira semana de vida do recém-nascido é uma estratégia que atingiu aproximadamente 50% dos usuários entrevistados, tendo maior proporção para regional do Cone Sul, sendo apontada em 71,1% dos usuários. O principal local de realização dessa consulta é na própria UBS de referência dos usuários. Ao se comparar a realização de consulta na primeira semana de vida das crianças dos usuários entrevistados, encontra-se diferença estatisticamente significativa (valor-p = 0,029) entre a regional do Cone Sul em relação às regionais Central, Vale do Jamari e Madeira-Mamoré.

A macrorregião que engloba o norte do estado – Madeira-Mamoré, Vale do Jamari e Central, foram as que menos apresentaram a realização da estratégia de



visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de vida – por vezes, sem a realização da visita domiciliar, como ocorre na regional do Vale do Jamari e Central. A regional do Vale do Jamari é a que apresentou menor proporção de realização das atividades inerentes à primeira semana de vida.

Sobre a entrega da caderneta de saúde, observa-se que 68,9% dos usuários referem ter recebido na primeira semana de vida. Ao comparar entre as regionais, a regional Central é a que apresenta a maior proporção de usuários que receberam a caderneta nesse primeiro encontro (valor-p = 0,023).

4. DISCUSSÃO

A realização e desenvolvimento da puericultura como cuidado continuado centrado na criança e em sua família encontra-se fragilizado na atenção primária à saúde no estado de Rondônia.

Em relação aos materiais de apoio para avaliação infantil, Damasceno e colaboradores (2016) em seu estudo apontam que a maioria das unidades dispõe apenas de balança, fita métrica, régua e termômetro para desenvolver o atendimento voltado à criança, porém carecendo de ambiência para o atendimento. Pedraza (2016) aponta que a escassez de estrutura de saúde pode ter um efeito negativo no monitoramento de crianças e adolescentes. No estudo, apesar de apresentar falta de materiais como a régua antropométrica, não está prejudicada a avaliação antropométrica das crianças, tanto na visão do profissional como dos usuários, nem a cobertura e acompanhamento da vacinação na visão dos atores.

Observa-se que, domínios como a amamentação e alimentação, assim como a exploração do desenvolvimento na infância e cuidados com o recém-nascido, não estão sendo trabalhados adequadamente, tanto na visão das equipes de saúde como dos usuários. Damasceno e colaboradores (2016) apontam que a ESF é a principal estratégia para vigilância de saúde infantil, devido à adoção de instrumentos como monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, e imunização, mas que ainda prevalece o atendimento individual, com visão biomédica, não atendendo integralmente às necessidades das crianças e suas famílias.

Em relação à nutrição, Pedraza (2016) em sua revisão apontam que a deficiência no treinamento de profissionais de saúde da ESF são um dos maiores



fatores limitantes na vigilância nutricional em municípios brasileiros. Santos e colaboradores (2018) e Palombo e colaboradores (2018) apontam que, para amamentação, apesar das capacitações e educação permanente voltadas aos profissionais de saúde, ainda apresenta lacuna e não se sentem preparados para orientação e avaliação da amamentação exclusiva e total na infância.

Por outro lado, a vacinação é um dos domínios com melhor cobertura, tanto pelo monitoramento das equipes de saúde da família e pelo olhar dos usuários de saúde, inclusive com a manutenção conforme o calendário vacinal, apesar da oferta de imunobiológicos estar aquém do desejado pelo Ministério da Saúde. Outra estratégia efetiva está na realização da triagem neonatal – teste do pezinho, com cobertura em mais de 90% das equipes e usuários, mas com necessidade de reforçar a importância da realização na primeira semana de vida.

Santos e colaboradores (2018), em seu estudo em 115 unidades de APS em três municípios do Brasil, sendo dois na Região Sul (Cascavel e Londrina, Paraná), e um na Região Nordeste (João Pessoa, capital do Estado da Paraíba), envolvendo 1484 usuários, apresentam sucessos para ações de vacinação e triagem neonatal, justificadas pela melhoria na oferta das atividades como a imunização na atenção primária a saúde, seja por unidades em ESF como nas tradicionais.

Para as ações em Saúde da Criança, observa-se programas que fortaleceram suas estratégias devidos aos investimentos na área ao longo dos anos, no Brasil, como a própria Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, Programa Nacional de Triagem Biológica, ampliando o acesso aos serviços e incrementando ações de prevenção e promoção, impactaram diretamente na redução da mortalidade infantil (CRUZ et al, 2019).

Em relação às situações de violências e acidentes, observa-se poucos registros por parte das equipes de saúde, sendo questionado se há subdiagnóstico ou subnotificação dos casos, ou ausência da ocorrência destes problemas. Egry e colaboradores (2016) apontam que há dificuldades para o reconhecimento de que existe a violência, e que, em estudos na região metropolitana de São Paulo, com profissionais de saúde da APS, apresentam que o não enfrentamento dessas situações se dá por medo do contexto de narcotráfico no território, gerando medo e insegurança; sentem-se ameaçados e não reportam os casos de violência; consideram o âmbito familiar como privado e portanto não passível de intervenção



– o que pode interferir no acompanhamento desses casos na rede intrasectorial da saúde assim como nos demais setores de assistência aos casos de violência.

Carlos e colaboradores (2016), em um estudo qualitativo com profissionais da APS e famílias envolvidas com violência contra crianças e adolescentes, no interior do estado de São Paulo, apontam que as redes de apoio são fragilizadas e apontam lacunas, tanto para os profissionais, no que tange ao preparo para o seguimento e a organização dos serviços, como para os usuários, pela falta de acolhimento, não somente da criança ou adolescente vítima, mas como da família. As reflexões apresentadas podem ser as explicações para a dificuldade das equipes de saúde da APS realizarem o acompanhamento interdisciplinar.

Para o acompanhamento a longo prazo na puericultura, identifica-se dois problemas, tanto do ponto de vista dos profissionais, como dos usuários: a limitação para acesso às Cadernetas de Saúde da Criança e a falta de registro em espelho, prontuário ou fichas similares pelas equipes de saúde.

A caderneta de saúde da criança tem por objetivo promover maior envolvimento da família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mas hoje associada somente a melhores taxas de imunização. Estudos como de Amorim e colaboradores (2018), realizado em Belo Horizonte – MG, assim como de Costa e colaboradores (2014), realizado no interior do estado do Piauí, apresentam deficiências no preenchimento desse instrumento.

O Ministério da Saúde aponta como fundamental o uso da caderneta de saúde da criança para registrar as principais informações sobre a saúde da criança, sendo elemento preconizado por políticas públicas voltadas à saúde integral das crianças, incluindo a APS (AMORIM et al, 2018). Há também a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para promover a valorização e o preenchimento de forma adequada do instrumento, para que assim cumpra com seus objetivos e garanta a integralidade do cuidado (COSTA et al, 2014; AMORIM et al, 2018).

Damasceno e colaboradores (2016) apontam que a visita domiciliar é um facilitador de acesso à ESF, porém não foi evidenciado entre as ações das equipes de saúde no estado de Rondônia, visto a ausência da estratégia da visita domiciliar na primeira semana de vida entre a maioria das equipes. Santos e colaboradores (2019) salientam a importância da visita domiciliar para o estímulo à participação ativa das famílias na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.



A puericultura é uma proposta de acompanhamento da criança e sua família a longo prazo, tendo a educação em saúde como método primordial para a promoção e cuidados em saúde, com a necessidade da construção de vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. Santos e colaboradores (2019) apontam, a partir do estudo qualitativo com famílias acompanhadas por meio de visitas domiciliares, que o vínculo é potencializador das relações da criança no ambiente familiar e nas ações em saúde, com vistas para o estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil, e reforça a necessidade de fortalecimento das redes na atenção à saúde para o atendimento integral a crianças.

É importante também o olhar do usuário no processo de melhoria das ações em saúde da criança. Araújo Filho e colaboradores (2019), em sua revisão, ainda apontam problemas relativos aos processos e estruturas, assim como má avaliação, por parte dos usuários, em relação às orientações prestadas pelos profissionais de saúde. No geral, em Rondônia, foi identificado que o acesso dos usuários e as orientações realizadas são fragilidades na perspectiva do usuário.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado, foi possível identificar as principais fragilidades e potencialidades que os serviços da APS apresentam para as ações em saúde da criança no estado de Rondônia, refletindo nos atributos da APS, a saber: a dificuldade do acesso, falta de resolução dos problemas do território e a quebra do vínculo com os profissionais de saúde, acarretam à falha da integralidade do cuidado para as crianças e suas famílias.

A indisponibilidade de materiais como régua infantil e fita métrica prejudicam para a avaliação do crescimento pelos profissionais de saúde. Outro material de relevância no acompanhamento de crianças na puericultura é a caderneta de saúde da criança, que, no geral, foi um material que se mostrou indisponível em muitas UBS, e reflete na ausência da entrega deste instrumento para as famílias na consulta na primeira semana de vida.

Em relação aos profissionais das equipes de saúde da APS, na avaliação foi identificado no geral um bom desempenho das equipes. Chama a atenção que, apesar de apontarem a aplicação dos protocolos de atendimento para crianças até dois anos em suas rotinas, vale ressaltar que o Ministério da Saúde prevê a



puericultura como função básica da equipe de Saúde da Família, inclusive com materiais como o Caderno de Atenção Básica de Crescimento e Desenvolvimento Infantil como referência para o desenvolvimento de ações de puericultura, devendo ser aplicada por todas as equipes de saúde da APS.

A falta de medidas de orientação, em especial, para a alimentação, reflete em usuários que alegam não terem recebidos orientações sobre alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida. Além disso, a falta de conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. É necessário fortalecer a formação do profissional de saúde para a educação e promoção em saúde, e, em especial, para a alimentação saudável, que reflete diretamente no cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*.

As causas externas, como violências e acidentes, que figuram como causas de morbimortalidade entre crianças e adolescentes, são observados com menos registros e acompanhamentos quando comparados a outros quesitos, como o crescimento e desenvolvimento, assim como a dificuldade para o seguimento dos casos de violência na rede intra e intersetorial. É necessário tanto a organização e comunicação na rede como o preparo dos profissionais de saúde para acolhimento e seguimento dos casos.

A puericultura é estratégia voltada para a educação e promoção da saúde, de suma importância o trabalho de orientações para o desenvolvimento e alimentação, que refletem para uma infância saudável. As principais fragilidades apresentadas pelas equipes se encontram justamente na integralidade e longitudinalidade do cuidado, assim como nos processos educativos, como as orientações para o cuidado da criança às famílias.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, L. P. et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(2):585-597, 2018.
- ARAÚJO FILHO, A. C. A.; et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica de cuidadores de crianças: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de**



Atenção**Básica.**

Disponível:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf. Brasília – DF. 2018.

- CARLOS, D. M.; DE PADUA, E. M. M.; FERNANDES, M. I. D.; LEITÃO, M. N. C.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016.
- COSTA, J. S. D. et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 14 (3): 219-227, 2014.
- CRUZ, M. J. B. et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cad. Saúde Pública**; 35(11), 2019.
- DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2961-2973, 2016.
- EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na atenção básica: como os profissionais percebem? **Rev. Bras. Enferm.**;70(1):119-25, jan-fev 2017.
- ENLOFT, A. B. N. COTTA, R. M. M. ARAUJO, R. M. A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):61-72, 2018.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- PALOMBO, C. N. T. et al. Capacitação em aconselhamento nutricional: avaliação de conhecimento e aplicabilidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, 18 (1): 75-82, Recife, jan-mar 2018.
- PEDRAZA, D. F. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 16 (1): 7-19, Recife, jan-mar 2016.
- SANTOS, G. S.; PIESZAK, G. M.; GOMES, G. C.; BIAZUS, C. B.; SILVA, S. O. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. **Rev Fun Care Online**. 2019.
- SANTOS, N.; VAZ, E.; NOGUEIRA, J.; et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, vol: 34 (1), 2018.
- SANTOS, T. C.; OZORIO, J. C.; FERREIRA, A. V.; RIBEIRO, D. T.; NASCIMENTO, D. T.; CUNHA, F. M., et al. PMAQ-AB e os Pactos do SUS: função, dispositivo ou repetição? In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (Org.). Atenção Básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: **Rede UNIDA**. 2016.

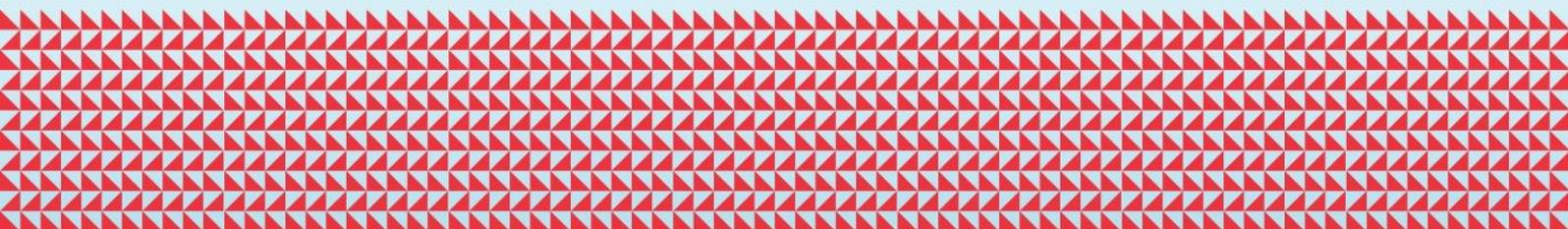


TESSER, C. D., NORMAN, A. H., VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 361-378, Rio de Janeiro, setembro de 2018.



CAPÍTULO IV

HOMEM NÃO VAI À UBS! UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE PROCESSOS FORMATIVOS E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO



HOMEM NÃO VAI À UBS! UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE PROCESSOS FORMATIVOS E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO

DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-4

Cristiane Czarnecki Mayorquim¹

Rafael Fonseca de Castro²

Edson dos Santos Farias³

Maria de Fátima Antero Sousa Machado⁴

¹ Médica e Odontóloga. Residência em Saúde da Família. Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Professora Adjunta do Departamento de Medicina da UNIR.

² Pedagogo e Cientista da Computação. Especialista, Mestre e Doutor em Educação. Professor Adjunto do Departamento Acadêmico de Ciências da Educação, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) e do Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar (PPGEProf) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Líder do Grupo de Pesquisa HISTCULT UNIR.

³ Educador Físico e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor do Departamento de Educação Física e Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Membro do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO) da UNIR.

⁴ Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Pós-doutorado em Educação. Professora aposentada da Universidade Regional do Cariri (URCA). Pesquisadora Bolsista da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

RESUMO

Estudos indicam que os homens estão mais propensos a adquirir patologias graves e crônicas, morrendo antes das mulheres, uma vez que o autocuidado não é um hábito entre eles. Costuma-se dizer que o homem não vai à Unidade Básica de Saúde (UBS). O presente artigo se refere à pesquisa que investigou as percepções de profissionais de equipes de Saúde da Família de Porto Velho, Rondônia, sobre a formação recebida e a atenção prestada à saúde do homem. Tratou-se de uma pesquisa exploratória cujos dados foram coletados via questionário misto online devido à pandemia global de COVID-19 (*Google Forms*). Entre os 44 participantes, estiveram médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene bucal, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e residentes em medicina de família e comunidade e multiprofissional. Mediante análise de conteúdo, os dados foram sistematizados em duas categorias: 1. percepções sobre formação para a atenção à saúde do homem; 2. aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço. Relacionando seus resultados, infere-se que há estreita ligação entre um processo formativo com lacunas e pouca atenção a conteúdos específicos sobre saúde do homem e um serviço muito restrito prestado a essa população. Nessa perspectiva, o estudo aponta a necessidade de processos educativos iniciais e permanentes, no serviço, de modo a intensificar e aprimorar a atenção prestada a este público.

Palavras-chave: Saúde do homem. Saúde da Família. Educação na Saúde. Atenção Primária à Saúde.



1. INTRODUÇÃO

“Homem não vai à UBS!”. Essa frase parece estar implicada em uma espécie de naturalização da cultura de que homem não quer cuidar da própria saúde e que, conseqüentemente, não procura os serviços disponíveis para tal. No Brasil, há um cenário cultural muito calcado em uma cultura machista, fortemente incidente sobre a sociedade brasileira, segundo o qual “homem macho não precisa de médico”. Contudo, para além desse cenário cultural, há outros fatores que contribuem para essa naturalização.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2019), a cada três mortes de adultos, duas são de homens. Outro ponto a ser destacado, segundo Alvarenga et al. (2012), é que, em média, os homens têm vivido sete anos a menos do que as mulheres, assim como estão propensos a adquirir mais doenças, como as do coração, cânceres e diabetes. O retardamento no cuidado à saúde masculina traz como consequência o agravamento das morbidades, situação que poderia ser evitada se os homens procurassem mais os serviços de saúde e realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária, visto que, a piora, por vezes, poderia ser evitável. Outra consequência lógica de um trabalho voltado à maior prevenção para esse público é a natural diminuição da demanda com a qual os setores secundário e terciário da atenção precisam lidar com essa população.

A instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008) foi um importante avanço para o enfrentamento dessa situação, visto que objetiva facilitar, ampliar e melhorar os serviços prestados a esse público. A efetivação dessa política, no entanto, constitui um grande desafio, tanto do ponto de vista dos processos formativos na área da saúde como da consolidação de protocolos na prática cotidiana das equipes de saúde. Salientamos, nesse contexto, a necessidade de fortalecer e desenvolver estratégias que visem a reduzir a morbimortalidade masculina, reconhecendo suas especificidades e dificuldades, em consonância com a política nacional. Conforme Chakora (2014), a política voltada ao público masculino tem eixos prioritários, que contemplam: acesso e acolhimento, doenças prevalentes, saúde sexual e reprodutiva, paternidade, prevenção de violência, entre outros.



Segundo Pereira e Nery (2014), os homens não estão dispostos a faltar no trabalho, tampouco, são educados para cuidarem preventivamente da própria saúde, uma vez que o autocuidado não é um hábito entre os usuários do sexo masculino na cultura brasileira. Daí a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, que precisam estar aptos a contribuir com as implicações inerentes à atenção à saúde do homem, assim como está preconizado pela PNAISH (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado formar os profissionais da saúde, objetivando promover mudanças também do ponto de vista da cultura estabelecida sobre a saúde masculina no Brasil. Entre as possibilidades estabelecidas pelo MS (2014), preconiza-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como perspectiva educacional de mudança da prática dos profissionais, a partir dos dilemas enfrentados na realidade, com base em conhecimentos e experiências das pessoas envolvidas no cotidiano da Atenção Básica (AB) e considerando as necessidades de saúde de pessoas e comunidades. Consideramos a EPS uma ferramenta importante para suprir possíveis lacunas de formação, assim como de atualizações teórico-práticas relacionadas à atenção à saúde do homem.

É válido ressaltar o esforço do MS para melhorar a condição do atendimento ao usuário do SUS, com a implantação de cursos de formação, mediante ações de EPS, com vistas a corrigir o descompasso entre a orientação da formação e as necessidades dos usuários. A EPS, conforme definida pelo MS (BRASIL, 2007; 2014), é a aprendizagem no/pelo trabalho, na qual aprender e ensinar se integram ao cotidiano das organizações e aos serviços. Ainda de acordo com o MS (BRASIL, 2007; 2014), a EPS tem como base a aprendizagem significativa, além da possibilidade de transformar práticas profissionais, configurando-se em uma vertente educacional com potencial proximidade de temas que possibilitam reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança organizacional e transformação das práticas.

Almeida-Filho et al. (2014) explicam e defendem que a EPS se insere no campo da saúde coletiva, adotando como premissa estar estrategicamente vinculada a situações das práticas diárias do trabalho, partindo do pressuposto de que o conhecimento, identificando-se as necessidades cotidianas, contribuindo para soluções práticas por meio de ações educacionais, reflexão, criticidade e vontade



política, transformando técnicas sociais em trabalho em equipe, com ações didático-pedagógicas centradas na resolução de problemas.

Diante desse contexto, a problemática discutida no presente artigo se refere à pesquisa que partiu do seguinte questionamento central: a saúde do homem ocupa lugar de relevância entre os processos formativos dos profissionais de saúde e entre as equipes na atenção à essa população? Como objetos de investigação, adotamos, então, os processos formativos e o serviço prestado, tendo como participantes da pesquisa profissionais de dez equipes de Saúde da Família (eSF) de cinco UBS da cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia. Estabelecemos como objetivo geral investigar as percepções dos profissionais das eSF sobre seus processos formativos e sobre a aplicabilidade de ações direcionadas à atenção à saúde da população masculina. Como objetivo subsidiário, procuramos identificar quais conhecimentos os profissionais de saúde demonstram ter sobre a PNAISH e estabelecer relações entre os a formação e a atuação dos participantes no que se refere à atenção à saúde do homem em Porto Velho.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo, exploratório transversal de abordagem qualitativa (GIL, 2017; MORAES, 2016), teve como objetivo investigar as percepções de profissionais das eSF sobre seus processos formativos e sobre a atenção prestada aos homens atendidos, realizado dentro dos limites do espaço urbano do município de Porto Velho, que, segundo o IBGE (IBGE, 2019), possui 34.090,952 Km² de área geográfica, uma população estimada de 529.544.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA, 2020), existem 16 UBS em atividade no município, sendo o foco desta pesquisa as cinco UBS que apresentam vínculo direto com a Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Tal escolha se justifica pela impossibilidade logística de uma pesquisa sem bolsa ou outro tipo de financiamento de abarcar todas as UBS do município e pela maior facilidade de acesso pela pesquisadora e seu orientador, docentes da referida universidade. No curso de Medicina da UNIR, os acadêmicos desenvolvem a parte prática das disciplinas relativas à AB desde o primeiro período, além do estágio da disciplina de saúde coletiva, no internato. Destacam-se, ainda, outros programas e projetos da UNIR na área da saúde, tais como: especializações, residências,



mestrados, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e projetos vinculados a editais de ampla concorrência. Levando em consideração esses projetos, elencamos para a investigação todas aquelas que tivessem vínculo com a universidade na época da pesquisa (2018-2020), totalizando cinco: Pedacinho de Chão, Socialista, Hamilton Raolino Gondin, Castanheiras e Dr. Ronaldo Aragão.

Sobre os participantes da presente investigação, contamos, inicialmente, com o total de 65 profissionais, sendo: 22 ACS, cinco médicos residentes em MFC, três residentes multiprofissionais em saúde da família, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, cinco cirurgiões-dentistas, cinco técnicos em higiene bucal e cinco médicos que compõem as eSF vinculadas a programas da UNIR. Como critérios de inclusão, consideramos todos os profissionais de saúde que faziam parte das eSF de todas as UBS onde a UNIR estava presente e; como critério de exclusão, aqueles que não faziam parte das eSF, que estivessem em licença ou gozando férias na época da realização da pesquisa. O fato de selecionarmos todos os profissionais das equipes se deve à importância que atribuímos à multiprofissionalidade das eSF nas ações de EPS voltadas à atenção à saúde dos usuários do SUS e, é claro, dos homens, não discriminando o estudo por um núcleo profissional específico, mas levando em consideração a importância de aspectos formativos e de atenção entre todos os profissionais que compõem as equipes.

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos um questionário misto (GIL, 2017), disponibilizado e aplicado on-line (*Google Forms*) em função da pandemia de COVID-19, composto por três blocos: o primeiro consiste na caracterização dos sujeitos: sexo, gênero, faixa etária, escolaridade e tempo de atuação na ESF; o segundo aborda a formação dos profissionais no que diz respeito à saúde do homem, composto de duas questões abertas e três fechadas e; o terceiro, que trata da rotina de atendimento à saúde do homem, contendo seis perguntas abertas e duas fechadas.

O questionário esteve disponível online por 30 dias, a contar da data de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP UNIR), sob o Parecer de nº 4.459.250, de 19 de dezembro de 2020, até o dia 19 de janeiro de 2021. Foram consideradas apenas as respostas obtidas nesse período. Ao final do tempo disponível para responderem o questionário, obtivemos respostas de 44



profissionais. O número variável de participantes por UBS (e por equipes) é resultado de múltiplos fatores, principalmente, do já diverso número de profissionais atuando em cada UBS/equipe e do efetivo de pessoas que se dispôs a participar da pesquisa em cada uma. Essa diversidade enriquece a pesquisa, com exceção do quesito gênero, pois participaram do estudo 40 mulheres e apenas quatro homens.

As análises foram construídas com base nos pressupostos da análise textual discursiva (MORAES, 2016), sendo os resultados apresentados, em formato de síntese, na sequência.

3. RESULTADOS

Os dados aqui apresentados se referem aos conhecimentos de profissionais de saúde a respeito da Atenção Integral à Saúde do Homem e estão sistematizados e analisados em duas categorias: (i) Percepções de profissionais da saúde sobre sua formação para a atenção à saúde do homem; (ii) Aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço. Ambas foram estabelecidas previamente, quando do desenho da pesquisa. Passaremos, a seguir, aos resultados de maior destaque de cada uma delas.

3.1. PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

A análise desta categoria se estabeleceu com base nas respostas ao bloco 2 do questionário, que tratou sobre os processos formativos relacionados à atenção à saúde do homem vivenciados pelos profissionais participantes, de acordo com suas percepções. Nessa parte do questionário, constavam seis perguntas, três abertas e três fechadas.

A primeira pergunta aberta assim questionava: *“Qual o seu entendimento (conhecimentos mais importantes) sobre a atenção à saúde do homem na Atenção Primária à Saúde?”*. Entre as respostas dos 44 participantes, as de 15 (34%) foram condizentes com o que é preconizado sobre atenção à saúde do homem pela PNAISH; 12 (27%) foram genéricas; cinco (11%) atribuíram seu saber ao “Novembro Azul”; sete (16%) foram evasivas; três (7%) deixaram em branco e dois (5%) disseram desconhecerem. No geral, verificamos que predomina, entre os



respondentes, falta de entendimento sobre a atenção à saúde do homem na APS, tendo em vista respostas genéricas ou relacionadas apenas ao Novembro Azul, além de outras evasivas e casos de profissionais que sequer conseguiram responder sobre o tema, totalizando 66% das respostas.

A segunda pergunta do questionário, também aberta, versava sobre a PNAISH: “*Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)? Fale sobre ela*”. Entre os 44 respondentes, embora apenas dez (20%) afirmaram conhecer a política e 16 respostas (36%) se apresentaram condizentes com essa política, de acordo com nossa avaliação. Consideramos um número baixo, pois outros 16 (36%) responderam desconhecer a política; seis (14%) indicaram conhecer pouco/superficialmente; três (7%) apresentaram respostas genéricas; dois (5%) deixaram a questão em branco e uma (2%) foi evasiva. Na somatória das respostas, fica sugerido que 64% a desconhecem.

Com relação aos resultados das questões fechadas, de números 3, 4 e 5, também do bloco 2 do questionário, os profissionais deveriam se referir a seus processos formativos, com enfoque em conhecimentos sobre saúde do homem. No que se refere a como os 44 sujeitos da pesquisa avaliam a abordagem dos conteúdos relacionados à saúde do homem em seus respectivos cursos de graduação, 18 (41%) afirmaram que poucas vezes tiveram contato com esses conteúdos; 14 (32%) mencionaram nunca terem estudado tal conteúdo em sua formação inicial; cinco (11%) registraram que não se recordam; quatro (9%) marcaram que esses conteúdos foram desenvolvidos de maneira satisfatória e três (7%) não responderam.

Os resultados demonstram que, na formação inicial da expressiva maioria dos respondentes, pouco foram abordados assuntos relacionados à saúde do homem. O dado mais preocupante é que somente quatro (9%) profissionais apontaram que esses conteúdos foram trabalhados de forma satisfatória em sua formação inicial. Cabe destacar, ainda, que cinco médicos (83%) e três enfermeiras (60%) responderam que poucas vezes foram abordados conteúdos sobre saúde do homem na graduação.

Sobre como os profissionais avaliavam seus cursos de graduação, com relação aos conteúdos pertinentes à saúde do homem, dos 44 participantes, 13 (29%) avaliaram como regular; 13 (30%) responderam ser nula; três (7%)



deixaram a questão em branco; onze (25%) registraram que foi pouco satisfatória; quatro (9%) satisfatória e nenhum dos sujeitos mencionou ter sido muito satisfatória.

São resultados que evidenciam que 29% avaliaram que o conteúdo foi ministrado de forma regular; 25% de forma pouco satisfatória; 9% de maneira satisfatória; 30% avaliaram como nula a apresentação de conteúdos sobre a saúde do homem e; nenhum dos participantes avaliou o trabalho pedagógico com conteúdos sobre saúde do homem como muito satisfatório em seus cursos de graduação. O fato de três (7%) nem ao menos responderem indica um provável desconhecimento dos mesmos sobre o assunto e tudo isso sugere o não protagonismo desse tipo de conteúdo nas formações iniciais dos participantes.

Quanto à participação em ações de formação permanente/continuada em saúde do homem, 20 profissionais (46%) informaram ter participado uma ou duas vezes; 16 (36%) nenhuma vez; cinco (11%) entre três e cinco vezes e; três (7%) cinco vezes ou mais. Dentre os 16 (36%) participantes das cinco UBS que relataram não terem participado de nenhuma formação permanente/continuada sobre saúde do homem, estão cinco profissionais (62,5%) da UBS Pedacinho de Chão, entre os quais a médica, o enfermeiro, o dentista, o THD e a ACS.

No que se refere à existência de algum programa de educação permanente/formação continuada sobre saúde do homem para as equipes de saúde, nas UBS onde atuam esses profissionais, 33 (75%) informaram não haver; cinco (12%) responderam que há; três (7%) citaram o “Novembro Azul”; dois (4%) não sabiam e um (2%) deixou em branco.

Além dos 33 (75%) profissionais das equipes de saúde (entre ACS, médicos, enfermeiros e dentistas) que informaram não haver qualquer programa de educação permanente/continuada sobre saúde do homem nas UBS onde atuavam, outros seis nem ao menos souberam responder se havia ou não um programa, indicando a inexistência desse tipo de ação no serviço de 39 dos 44 profissionais. Três (7%) responderam ser possível haver um provável programa de educação permanente/continuada sobre a saúde do homem e que estaria relacionado ao “Novembro Azul”, o que nos leva a inferir que esse programa acaba sendo a única ação prevista (planejada e sistematizada) ofertada ao público masculino.



3.2. APLICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE DO HOMEM NO SERVIÇO

Os resultados desta categoria são originários das respostas ao bloco 3 do questionário, que versou especificamente sobre a rotina de atendimentos à saúde do homem nas UBS investigadas. Nessa parte do questionário, constavam oito perguntas, entre as quais seis abertas e duas fechadas.

A primeira pergunta aberta assim questionava: “Qual a sua rotina de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Visita Domiciliar (VD) em relação à saúde do homem?”. Entre as respostas dos 44 participantes, 18 (40%) foram condizentes com a PNAISH; dez (23%) afirmaram não existir rotina; sete (16%) escreveram respostas restritas; seis (14%) respostas evasivas; uma (2,5%) foi equivocada e; duas (4,5%) em branco. Embora 40% dos participantes tenham emitido respostas que indicam que suas rotinas de atendimento nas UBS condizem com a PNAISH, os números também indicam 58% de respostas que sinalizam o contrário.

Sobre a rotina do atendimento na Visita Domiciliar, das respostas dos 44 participantes, 15 (34%) foram condizentes com a PNAISH; 15 (34%) foram evasivas; doze (27,5%) foram restritivas e; duas (4,5%) foram deixadas em branco. Ainda que 34% dos profissionais das equipes de saúde tenham revelado afirmativas condizentes com a rotina de atendimento domiciliar aos homens, 34% das respostas de outros participantes foram evasivas. As respostas restritivas, em branco e nenhum somaram um percentual de 32% e, quando comungadas aos 34% das evasivas, chegamos a 66% de respostas nulas ou equivocadas sobre o que é preconizado pelo MS em termos de atendimento em VD à população masculina, reforçando a hipótese de que falta uma abordagem específica a esse público na APS.

Na segunda pergunta do questionário, também aberta, “O que você acredita ser a sua atribuição específica na equipe em que você atua quanto ao cuidado integral à saúde do homem?”, 25 (56,5%) apresentaram respostas condizentes ao trabalho a ser desenvolvido sobre à saúde do homem; 17 (39%) emitiram respostas restritas e dois (4,5%) respostas evasivas. Avaliamos, a partir de nossos estudos, que 56,5% das respostas dos participantes da pesquisa são condizentes com a política nacional, mas respostas restritivas e evasivas somam um total de 43,5%, o que nos leva, mais



uma vez, a perceber lacunas no conhecimento de estratégias e ações direcionadas à saúde do homem.

Quanto à terceira pergunta, “*A UBS em que você atua segue o protocolo de atendimento da atenção à saúde do homem do MS ou protocolo local?*”, 23 (52%) afirmaram que não; 20 (45,5%) disseram que sim e; um (2,5%) deixou em a resposta em branco. Entre os profissionais que responderam atuar de acordo com um protocolo, destacamos o núcleo profissional dos ACS que, proporcionalmente, apresentou dez (50%) respostas positivas e a UBS Ronaldo Aragão, na qual duas (67%) profissionais responderam afirmativamente de acordo com a PNAISH.

Com relação à quarta questão, “*A equipe que você atua possui alguma estratégia para a captação de pessoas do público masculino para o atendimento integral à saúde do homem?*”, obtivemos 24 respostas (54%) “em parte”; dez (23%) “sim” e; dez (23%) “não”. Observamos que possíveis estratégias de busca ativa dos homens às UBS são pouco (ou nada) exploradas pelos profissionais das UBS, tendo em vista ser vaga a resposta “Em parte” que, somada aos que responderam não haver qualquer estratégia, chegamos a um total alarmante de 77% de respostas nulas ou negativas.

No que tange ao quinto questionamento, “*Quais ações de prevenção e de promoção à saúde do homem são realizadas na equipe em que você atua?*”, entre os 44 participantes, 21 (47,5%) responderam de forma condizente ao que preconiza a PNAISH; 13 (30%) respostas foram restritas; quatro (9%) afirmaram não realizar nenhuma ação; dois (4,5%) disseram desconhecer; três (7%) deixaram a questão em branco e uma (2%) resposta foi evasiva.

Destacamos que cinco (62,5%) profissionais da UBS Castanheira apresentaram respostas condizentes com a política nacional sobre adoção de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde do homem no serviço. Outro dado importante é que, na UBS Pedacinho de Chão, apenas um profissional escreveu resposta condizente com a política.

Quanto à sexta pergunta, “*Que outras medidas podem ser tomadas com relação à saúde do homem, baseadas na PNAISH, pela Equipe em que você atua?*”, coletamos 20 (45,5%) respostas de acordo com ações previstas na PNAISH; onze (26%) distintas do que é preconizado na política; seis (14%) em branco; quatro (9%) mencionando desconhecer a PNAISH; uma (2%) resposta considerada equivocada



e; outra (2%) evasiva. Esses percentuais indicam claramente que mais da metade dos profissionais (53%), ou apresentaram respostas equivocadas ou simplesmente desconhecem a PNAISH.

Ao questionamento sétimo, *“Como você avalia, de uma forma geral, as ações de atenção à saúde do homem pelas equipes de saúde da família em Porto Velho?”*, as respostas de doze (27,5%) dos 44 participantes foi insatisfatória; oito (18,5%) foram evasivas; sete (16%) não quiseram ou não souberam avaliar; cinco (12%) mencionaram que acontece em pouca quantidade; três (7%) classificaram como péssima; dois (4,5%) afirmaram ser boa; dois (4,5%) registraram regular; dois (4,5%) deixaram em branco; um (2%) respondeu ser diversificada; um (2%) afirmou ser “fraca” e; um (2%) registrou haver carência de divulgação.

Constata-se uma diversidade de respostas e a predominância de insatisfação e desinformação por parte dos profissionais das equipes a respeito do serviço de atenção à saúde do homem nas UBS. Somando as repostas Insatisfatória, Pouco, Carência de divulgação, Evasiva, Fraca, Péssima, Regular, e os que não definiram e deixaram em branco, alcança-se o total de 93%, dado que evidencia não haver qualquer rotina de atenção aos homens promovida por essas equipes.

O questionamento oitavo era o seguinte: *“Você atribui a falta de adesão dos homens aos serviços de saúde somente ao descaso com a própria saúde, ou outros fatores também contribuem para essa situação?”* Se sua resposta for não, cite que outros fatores”. Dos 44 participantes, obtivemos as seguintes respostas: 24 (56%) não ser somente descaso com a própria saúde; nove (21%) apresentaram respostas evasivas; sete (16%) afirmaram ser somente descaso; dois (5%) em parte e; um (2%) deixou em branco.

4. DISCUSSÃO

Na categoria “Percepções de profissionais da saúde sobre sua formação para a atenção à saúde do homem”, analisamos as impressões dos profissionais participantes sobre os conhecimentos adquiridos, com relação à saúde do homem, em seus processos formativos. Na categoria “Aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço”, analisamos quais conhecimentos sobre saúde do homem esses profissionais aplicam no cotidiano do serviço de saúde nas UBS de Porto Velho investigadas. Buscamos, por meio das duas categorias, problematizar a



relação entre os processos formativos e a aplicação prática de conhecimentos adquiridos e seus impactos na atenção à saúde do homem. A seguir, salientamos o que de mais relevante verificamos, em termos de discussões, a partir dos dados acima apresentados, destacando as falas mais marcantes dos participantes.

4.1. PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Julião e Weigelt (2011) afirmam ser de fundamental importância que as equipes de saúde tenham um olhar ampliado sobre as condições da população para o planejamento das ações de saúde, em especial, do homem. Todavia, Moreira et al. (2014) afirmam que os profissionais de saúde identificam a dificuldade dos homens em procurar uma UBS, mas demonstrando não reconhecerem suas reais necessidades de saúde e naturalizando essa situação, sem o desenvolvimento de ações de busca ativa a esse público-alvo e restringindo as atividades para essa população estritamente relacionadas ao “Novembro Azul”, como foi destacado nos resultados já apresentados e é possível observar nos depoimentos abaixo:

“Somente a campanha “Novembro Azul” e com ajuda da nossa ACS, levando informações e conscientização para a comunidade para dar continuidade da importância da saúde do homem como todo” (SESS. ACS - UBS Pedacinho de Chão).

“Nós trabalhamos com a campanha do Novembro Azul, nos reunimos, visitamos estes homens falando da importância dessa campanha, pois temos eles como público-alvo, toda equipe é muito empenhada e conseguimos exames palestras, atendimento” (RMBN. ACS - UBS Hamilton Raolino Gondim).

“Orientações individual e coletivas, por meio de palestras, abordando principalmente o risco de doenças relacionadas ao sexo e prevenção de câncer de próstata; anualmente realizadas no chamado Novembro Azul” (PMST. Médica - UBS Pedacinho de Chão).

Mesmo os profissionais que relataram possuir algum conhecimento relativo à PNAISH e que indicaram considerar importantes as políticas voltadas à saúde do homem, apresentaram, em geral, respostas limitadas, o que tende a comprometer as possibilidades de implementação dessas políticas. Veiga e Batista (2020) afirmam que a PNAISH tem como diretriz promover ações de saúde que favoreçam o entendimento da realidade masculina nos seus diferentes contextos socioculturais e político-econômicos, tangendo os diversos níveis de desenvolvimento e disposição dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de estados e municípios, devendo ser desenvolvidas a partir de cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento, saúde sexual



e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. Contudo, para alcançar uma atenção à saúde do homem efetivamente pautada nesses eixos, é necessária formação condizente para os profissionais das equipes de saúde. Sem a formação adequada, tratar-se-á de uma política apenas “no papel”, sem qualquer reflexo nos serviços prestados aos homens.

Entendemos que essa fragilidade formativa nos cursos de graduação com relação a conteúdos sobre a saúde do homem tende a dificultar muito a implantação da PNAISH. Antes mesmo de vislumbrarmos uma ainda distante (e quase utópica) implantação dessa política, essa fragilidade implica, direta e objetivamente, na qualidade da atenção prestada aos homens. Segundo Leal et al. (2012), a equipe de saúde deve possuir uma concepção singular sobre a saúde dos homens, mesmo precedentemente à PNAISH. Entretanto, a saúde dos homens ainda é segregada e interpretada pelo conhecimento que os profissionais dispõem da visão do lugar em que estão inseridos e do conhecimento adquirido na prática. Isso sugere que o atendimento aos homens se realiza mediante ações fortemente baseadas no empirismo forjado na prática do serviço, sem planejamento específico e sem conhecimento teórico. No caso do presente estudo, não se trata de uma equipe de saúde, mas de 44 profissionais que compõem seis equipes de saúde, em cinco UBS de uma capital federal.

Segundo Moura et al. (2014), existe um importante espaço a ser preenchido, desde a adequação da estrutura/ambiência para o atendimento na AB até o incentivo, o estímulo, o fortalecimento de ações de promoção e o tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes nessa população. No entanto, antes disso tudo, é necessário um conjunto de profissionais devidamente formados para a implantação de qualquer política no âmbito da APS. De acordo com Ribeiro et al. (2017), os conteúdos ministrados na graduação contemplam temas de processo saúde-doença individual e da família; então, a PNAISH (BRASIL, 2008) surgiu como uma estratégia para a construção e o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção à promoção de saúde específica para esse público.

Todavia, Moreira et al. (2014) destacam que a ausência de formação profissional específica sobre atenção à saúde do homem contribui para a baixa inserção dessa população nas ações da APS, o que indica a necessidade de se atentar



para o perfil e para as necessidades do profissional da saúde a ser capacitado. Julião e Weitgelt (2013) afirmam que a educação é um movimento importante para a sociedade, visto que proporciona a formação profissional para que possamos desenvolver um trabalho mais adequado às verdadeiras necessidades da população. No caso da saúde do homem, a afirmativa de que homem não vai à UBS requer maior discussão, principalmente, no que se refere às formas como esse público-alvo vem sendo concebido desde a formação inicial dos profissionais de saúde.

Essas lacunas nos processos formativos dos profissionais de saúde que atuam na APS geram uma série de consequências. A ESF deve oferecer um serviço de alta qualidade e resolutividade, valorizando a promoção da saúde, o que pouco vem se efetivamente quando se trata de saúde do homem entre as eSF pesquisadas em Porto Velho. Dessa maneira, formar os profissionais de cada equipe de saúde da família é um desafio essencial, devido à fragilidade da formação inicial e à falta de educação continuada e permanente no serviço verificados. Nessa perspectiva, os processos formativos se constituem em instrumentos de extrema importância para ofertar a atenção à saúde – de todos os usuários dos sistemas de saúde – com alto grau de resolutividade, com escuta e acolhimento dignos para os usuários.

Observamos, a partir desses dados, que, do ponto de vista da formação dos profissionais de saúde para a implementação de uma rotina de atenção à saúde do homem – com base na PNAISH (BRASIL, 2008) e no que é preconizado na literatura mais atual sobre saúde do homem – o caminho a percorrer ainda é longo, o que nos leva a instigar debate profundo e intenso sobre os processos formativos que estamos empreendendo no âmbito da atenção à saúde dos homens entre os profissionais atuantes na cidade de Porto Velho.

4.2. APLICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE DO HOMEM NO SERVIÇO

A situação deflagrada nos resultados apresentados anteriormente sobre a falta de conhecimento dos profissionais no que se refere a conhecimentos basilares acerca da saúde dos homens e sobre como abordá-los quando procuram o serviço saúde está diretamente relacionada ao serviço final prestado à população masculina. Essa situação diverge da amplitude e significância do quadro de morbimortalidade



que traduz a PNAISH (BRASIL, 2008), bem como da proposição e implementação de estratégias que promovam o acesso e o acolhimento aos homens e que contribuam, efetivamente, para minimizar os indicadores negativos que caracterizam o quadro de saúde-doença do público masculino e até mesmo da percepção sobre a própria PNAISH. Todavia, mesmo adiante do cenário até aqui verificado, também constatamos respostas muito próximas do que preconiza essa política:

“No atendimento no consultório questiono sobre questões de estresse, alimentação, rotina laboral e familiar, e dependendo da queixa do paciente questiono sobre questões relacionadas a rotina sexual e sexualidade, pois os homens sentem-se muitas vezes constrangidos em falar com uma médica mulher sobre assuntos relacionados ao sexo, e por isso prefiro falar sobre o assunto de forma mais aprofundada quando eles trazem como demanda pessoal, momento no qual costumam ser mais verdadeiros nas suas respostas sobre o assunto” (SRP. Médica - UBS Pedacinho de Chão).

“Nós trabalhamos de acordo com cada análise por paciente, são muitos usuários dentre eles quando solicitados a equipe atua em toda atenção básica com assistência a tal paciente” (RMBN. ACS - UBS Hamilton Gondim).

“Sim. Agendamentos de consulta, controle da saúde na comunidade, temos grupos na comunidade, no Novembro Azul buscamos falar com enfoque das palestras na unidade e na comunidade. Na UBS, eles vêm mais para consultas e atualizações vacina, exames” (FGS. ACS - UBS Pedacinho de Chão).

Nas respostas acima dispostas, podemos observar uma visão integrada de atendimento dos pacientes do sexo masculino, dando a oportunidade ao usuário de manifestar-se sobre o seu estado de falta de saúde. Moreira et al. (2014) apontam que as ações de promoção à saúde nos serviços de atenção básica constituem ferramenta fundamental para a atenção à saúde masculina, sendo a participação e o engajamento dos profissionais imprescindíveis para a qualidade das ações. Todavia, é fundamental que esses profissionais recebam formação adequada, de acordo com as especificidades dos diferentes grupos populacionais que constituem as comunidades nas quais atuam.

Contudo, nas respostas dos profissionais das diferentes equipes de saúde, observamos que a maioria não segue um protocolo, seja ele do MS ou local. O protocolo de atendimento à saúde do homem deveria ser o instrumento que estabelece o processo de trabalho de intervenção técnica e social que norteia os profissionais e reorganiza os serviços de saúde conforme à realidade local. A PNAISH (BRASIL, 2008) também orienta a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e à promoção da



saúde, à qualidade de vida e à educação como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais entre os homens. Quando questionados sobre ações de prevenção e de promoção à saúde do homem são realizadas na equipe onde atuam, dentre as respostas condizentes, destacamos as dos profissionais das UBS Hamilton Gondim, Pedacinho de Chão e Castanheira, de uma ACS, uma técnica de enfermagem e uma médica:

“Novembro azul, orientações e prevenção com palestras, planejamento familiar” (VAS. ACS - UBS Hamilton Gondim).

“Esclarecimento das dúvidas em geral nas reuniões e nos encontros da área, Novembro Azul” (JMS. Técnica de Enfermagem - UBS Pedacinho de Chão).

“Atividades educativas com ênfase com temas como hábitos saudáveis, enfrentamento das doenças crônicas, (hipertensão, diabetes, obesidade), utilizamos como estratégia para cooptação deste público, disponibilização de vagas nos horários após o expediente (das 18h até 19h). Aproveitar das consultas de pré-natal para estimular a presença do parceiro, e quando ela ocorre, apresentamos a carteira de serviço da unidade. Em todas as consultas individuais, busca-se a criação de vínculo e oportunidade da abordagem integral e não apenas da resolução do motivo que o levou ao atendimento” (CCS. Médica - UBS Castanheira).

Analisando as respostas observa-se uma estratégia sistematizada de atenção curativa e especializada à saúde masculina – além de bastante ênfase, uma vez mais, ao “Novembro Azul”. Modesto et al. (2018) relatam que a campanha “Novembro Azul” surgiu em 2003 na Austrália, a partir de um grupo de amigos que decidiram, através de uma brincadeira, iniciar um movimento voltado a alertar os homens sobre o câncer de próstata. Esse movimento foi ganhando espaço e adeptos no país e fora dele. No Brasil, em 2008, surgiu uma campanha de prevenção a essa neoplasia e, em 2012, ganhou o nome de “Novembro Azul”, contemplando outras ações direcionadas à saúde masculina, mas com enfoque maior ao câncer de próstata. Os referidos autores afirmam que é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo a prevenção de agravos e promover a saúde, respeitando as características de organizar o serviço de forma a atender às peculiaridades da população masculina. Entretanto, quando questionados sobre ações baseadas na PNAISH (BRASIL, 2008) que poderiam adotar nas equipes, mais da metade ou apresentou respostas equivocadas ou simplesmente desconhecia essa política, o que podemos enfatizar por meio dos seguintes relatos:



“Penso que se funcionasse o terceiro turno estendido (Corujão), seria uma maneira de facilitar o acesso do homem ao serviço de saúde” (RZ. Enfermeira - UBS Castanheira).

“Acredito que a formação de grupos para tratar: doenças mais comuns na população masculina, paternidade e cuidados do bebê” (FMS. Dentista - UBS Pedacinho de Chão).

“Não sei em relação ao PNAISH” (IMRB. ACS - UBS Castanheira).

Fazer Pit stops em buscas deles; Ter um dia na semana para consulta (EST. Técnica de Enfermagem - UBS Pedacinho de Chão).

Iniciando com os grupos voltados à saúde do homem (AMS. Enfermeira - UBS Ronaldo Aragão).

As respostas acima revelam que os profissionais das equipes, independentemente do núcleo profissional, demonstram ausência de conhecimento ou conhecimento equivocado sobre a PNAISH. Ao final do questionário, os profissionais deveriam responder de que forma avaliam as ações de atenção à saúde do homem pelas equipes onde atuam e o que observamos nas respostas é insatisfação, corroborando com tudo o que apresentamos até aqui em termos de lacunas formativas e no serviço prestado a essa população – evidenciando que não há uma rotina de atenção aos homens em nenhuma das UBS pesquisadas. Entre as respostas que demonstraram insatisfação, elencamos as de profissionais das UBS Castanheira, Ronaldo Aragão e Pedacinho de Chão, a seguir:

“Elas deixam a desejar, precisa de estratégias e apoio da Secretaria de Saúde do Município e Estado” (VOM. Auxiliar de Enfermagem - UBS Castanheira).

“Elas deixam a desejar, precisa de estratégias e apoio da Secretaria de Saúde do Município e Estado” (LLC. ACS - UBS Ronaldo Aragão).

“Insuficiente, não existe uma política de maior volume direcionada para esse público” (SRP. Médica - UBS Pedacinho de Chão).

Como os resultados claramente evidenciam, tanto a formação como os conhecimentos dos profissionais de saúde e a organização dos serviços não favorecem ações adequadas de captação ou de um simples atendimento a esse público, o que tende a inibir a presença dos homens que, em algum momento, procuraram os serviços de saúde. Situação que também é da ciência dos profissionais:

“Também ocorre devido a falhas no acolhimento e de orientação quanto a horário alternativo disponíveis que diminuem o tempo fora de seu trabalho orientação quanto ao direito receber declaração de comparecimento ou de atestado, tempo de espera para atendimento prolongado versus paciência masculina” (CCS. Médica - UBS Castanheira).

“Falta de ações voltadas ao logo do ano para a saúde do homem, tudo está relacionado a saúde da mulher e da criança” (IRS. ACS - UBS Hamilton Gondim).



“Tem outros fatores como trabalho, falta de tempo, por muitas vezes ser o único provedor da família, também por falta de conhecimento preconceito e etc.” (LLC. ACS - UBS Ronaldo Aragão).

Cordeiro et al. (2014) afirmam que a população masculina não está sendo incorporada como uma prioridade nas ações primárias à saúde, pois não se consegue visualizar estratégias que abordem, especificamente, as particularidades do cuidado ao homem. Camargo e Chirelli (2016), por sua vez, apontam falhas ao longo de todo o processo de atendimento ao usuário masculino, desde a entrada na UBS até a resolução de suas necessidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender e defender a importância da educação permanente na APS se torna essencial, na medida em que a maioria dos profissionais de saúde afirmam desconhecer a PNAISH. Embora tenha sido institucionalizada no Brasil em 2008, objetivando assegurar a integralidade do cuidado e da atenção à saúde da população masculina, ainda é notória a lacuna na formação dos profissionais em relação a essa política. A falta desse conhecimento traz muitas limitações na assistência integral à saúde dessa população.

Nesse contexto, o objetivo geral da pesquisa ao qual este artigo se refere foi avaliar, a partir das percepções dos profissionais de eSF de Porto Velho, aspectos relacionados à formação e à atenção à saúde do homem no contexto da APS. Para tal, aplicamos um questionário misto on-line, com perguntas sobre o perfil desses profissionais, sobre seus processos formativos e sobre a atuação no serviço, com foco na atenção à saúde dos homens. Buscamos, então, estabelecer relações entre os processos de formação e a atuação dos profissionais participantes no que se refere à atenção à saúde do homem.

As percepções dos profissionais, capturadas pelo questionário on-line, em função das medidas de restrição ao enfrentamento da pandemia global de COVID-19, foram organizadas e categorizadas mediante a análise textual discursiva em duas categorias de análise, definidas *a priori*: (i) Percepções sobre formação para a atenção à saúde do homem e (ii) aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço.

Na categoria 1, evidenciamos que 27 (62%) respostas apontam o despreparo por parte dos profissionais na abordagem aos homens. Tal despreparo deve estar



vinculado à formação curricular de graduação, com enfoque insuficiente no que se refere à saúde masculina, além de poucas ou inexistentes atividades de formação continuada voltadas a essa população, contribuindo para que os homens se sintam menos aceitos naquele espaço, com o qual já não se identificam. Na categoria 2, destacamos 24 (55%) respostas, entre todos os núcleos profissionais, afirmando que aos homens, além do descaso com a própria saúde, também padecem com outros fatores que contribuem para a falta de adesão aos serviços de saúde.

De uma forma geral, nossa pesquisa evidenciou consideráveis lacunas quanto à formação e quanto à aplicação de conhecimentos sobre a saúde do homem entre os profissionais participantes. Ainda mais preocupante é inexistência de perspectivas de melhora, nos dois casos, o que reflete diretamente na ausência de monitoramento das estratégias ao cuidado masculino, na falta de mecanismos voltados à qualificação profissional que possibilitem a melhor organização do trabalho e na carência de ações de prevenção e promoção da saúde, com vistas a reduzir as taxas de morbimortalidade.

Compreendemos, ao final, que o presente estudo contribui para a reflexão sobre a importância da formação dos profissionais da saúde quanto à aplicabilidade de ações estratégicas direcionadas à atenção à saúde da população masculina, no intuito de transformar práticas em saúde e construir relações longitudinais com o público masculino, aproximando-o dos serviços de saúde. Mas, afinal, por que o homem não vai à UBS? Para além de configurações histórico-culturais, a referida investigação apresenta evidências de que essa situação não passa somente pela “falta de vontade” dos homens cuidarem de sua própria saúde, mas, também, por uma lógica naturalizada de formação e de atenção – pelos profissionais de saúde – de menor importância a processos formativos e a práticas de atenção à saúde para essa população.

Desse modo, com a publicação deste estudo, aspiramos contribuir para investigações que versem sobre a prática educativa na saúde, ampliando programas de formação aos profissionais que atuam nas equipes de saúde, especialmente, no que se refere à atenção integral à saúde do homem, agregando conhecimentos, motivando discussões acerca da temática, considerando a educação na saúde e a educação em saúde em Porto Velho, no estado e Rondônia, na Região Amazônica e no Brasil.



REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, W. A.; SILVA, S. S.; SILVA, M. E. D. da C.; BARBOSA, L. D. da C. e S.; ROCHA, S. S. da. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 929-935, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde. Um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**. Agenda 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf. Acesso em: 01 mai. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília-DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_ho_mem.pdf. Acesso: 10 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: 2009 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília (DF): MS. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 30 abr. 2020.
- CAMARGO, S. M. de; CHIRELLI, M. Q. Cuidado aos homens no envelhecimento: a formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira da Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 29, 2016.
- CHAKORA, E. S. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 559, 2014.
- CORDEIRO, S. V. L.; FONTES, W. D. de; FONSÊCA, R. L. S.; BARBOZA T. M.; CORDEIRO, C. A. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4. 2014.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

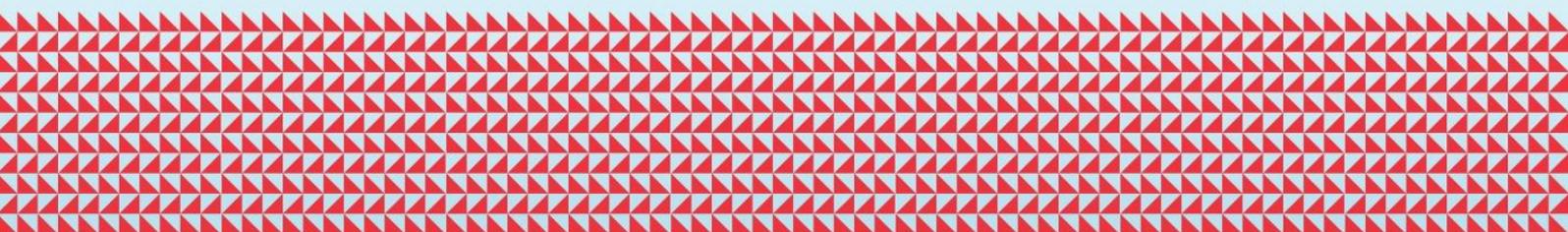


- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE CIDADES. 2019.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro>. Acesso em: 11 set. 2020.
- LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. dos S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da política nacional de atenção integral à saúde dos homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2607-2616, 2012.
- MODESTO, A. A. D. A.; LIMA, R. L. B de; D'ANGELIS, A. C.; AUGUSTO, D. K.; Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface**, Botucatu, n. 22. V. 64, jan.-mar.2018.
- MORAES, R. **Análise textual discursiva.** 3 ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016.
- MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. de; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 615-621. 2014.
- MOURA, E. C.; SANTOS, W.; NEVES, A. C. M.; GOMES, R.; SCHWARZ, E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429-438. 2014.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Medbook, 2014.
- PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.
- PORTO VELHO. **Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA).** 2020. Disponível em: <https://semusa.portovelho.ro.gov.br/>. Acesso em: 17 de abril de 2020.
- RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, 2017.
- VEIGA, L. de S.; BATISTA, F. M. de A. Saúde do homem: conhecendo as necessidades e a resistência masculina pela atenção à saúde. **UNASUS.** Terezina, 2020.



CAPÍTULO V

**ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA PARA O HIV: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**



ACONSELHAMENTO E TESTAGEM RÁPIDA PARA O HIV: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-5

Gennyffer Ferreira Gomes¹
Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes²
Kátia Fernanda Alves Moreira³
Jeanne Lúcia Gadelha Freitas⁴
Aldrin de Sousa Pinheiro⁵
Elileide Froes Jacome⁶

¹ Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Rondônia-UNIR.

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade federal de Rondônia- UNIR.

³ Professora Associada do Departamento de Enfermagem. Líder do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO). Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Professora Associada do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia- UNIR.

⁵ Professor Assistente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁶ Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Programa de Mestrado Profsaúde. Universidade Federal de Rondônia – UNIR

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar as percepções de enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre o aconselhamento e testagem rápida para o HIV. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido, no período de junho a agosto de 2020 nas unidades básicas de saúde da zona leste do município de Porto Velho, Rondônia, com enfermeiros que realizavam testagem rápida para o HIV. **Resultados:** do processo de análise emergiram os temas “implementação e rotina de testagem rápida para HIV” e “testagem rápida e aconselhamento para o HIV”. As capacitações em teste rápido e aconselhamento para o HIV foram promovidas pela gestão municipal de saúde. O exame é realizado a partir de demanda espontânea e nas consultas de pré-natal. Os relatos revelam que os usuários buscam realizar o teste-rápido repetidas vezes, como método de prevenção. Os profissionais consideraram a entrega do resultado o momento mais difícil, devido à falta de tempo, sentimento de despreparo e ausência do profissional psicólogo. **Conclusão:** fica evidente a necessidade de valorização do processo de aconselhamento nas capacitações sobre o teste rápido e aconselhamento, bem como, maior envolvimento da equipe multiprofissional na realização dos testes.

Palavras-chave: Aconselhamento; doenças sexualmente transmissíveis; enfermagem em saúde pública; atenção primária à saúde; HIV.



1. INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Pan-americana de Saúde (2019) cerca de 100.000 pessoas adquiriram o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no ano de 2018 em todo o mundo, destas, uma em cada cinco pessoas, tem de 15 a 24 anos (OPAS, 2019). A mesma organização também aponta que na América Latina as infecções apresentaram um aumento de 7% a partir de 2010 (OPAS, 2019).

No Brasil, em 2019 foram notificados 41.909 casos novos de infecções pelo HIV e 37.308 casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), configurando-se em uma taxa para aids de 17,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2020). Além disso, estima-se que cerca de 135 mil pessoas vivem com HIV sem saber seu estado sorológico, por isso, campanhas incentivam as pessoas a realizarem o Teste Rápido (TR) (AQUINO, 2019).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é estabelecida como a porta principal de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo esta ser a coordenadora e ordenadora do cuidado e das ações e serviços de saúde, considerando o indivíduo em sua singularidade e integração sociocultural. Visando a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, portanto, sendo imprescindível na prevenção e enfrentamento do HIV/aids (BRASIL, 2017).

Para organização das RAS, orienta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) ofereça seus serviços embasados no Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Saúde (MACC), estratificando uma determinada população em conformidade com a sua necessidade de atenção do serviço de saúde e no Modelo de Atenção aos Eventos Agudos (MAEA), realizando o acolhimento da demanda espontânea e classificando a situação de saúde do usuário (MENDES, 2012).

Neste contexto, a testagem rápida e aconselhamento se destacam como importante estratégia para expansão e acesso à triagem e ao diagnóstico de infecções pelo HIV, justificando a necessidade de medidas que estejam de acordo com os modelos citados anteriormente. Além disso, a ESF é estimulada pelas políticas de controle do HIV/aids na descentralização do cuidado das pessoas que vivem com o vírus, objetivando ampliar o acesso do diagnóstico até coordenação e operacionalização da assistência (SILVA et al, 2005).



A realização do teste rápido, acompanhado pelo aconselhamento, mostra-se como importante ferramenta que aumenta a aproximação com o usuário, encorajando-o a ser soberano nas tomadas de decisões de sua própria saúde, independente do resultado da testagem. Dessa forma, pretende-se contribuir para desconstrução de alguns significados estigmatizados, especialmente relacionados ao HIV/aids entre enfermeiros e descrever características que subsidiem futuras ações envolvendo a valorização do aconselhamento na rotina dos serviços. Para tanto, objetivou-se identificar e analisar as percepções de enfermeiros da ESF sobre o aconselhamento e testagem rápida para o HIV.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os locais de estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona leste do município de Porto Velho-Rondônia, totalizando sete unidades, que realizavam testagem rápida para o HIV. O trabalho de campo foi de junho a agosto de 2020, sendo realizada em média uma entrevista semanal. Foi utilizada a técnica *Snowball* (bola de neve), onde o participante indicava outro profissional, com as mesmas características, entre as UBS da Zona Leste, e assim sucessivamente. A técnica de amostragem bola de neve é uma técnica não probabilística, que utiliza cadeias de referência e permite que o número de participantes aumente a cada entrevista (VINUTO, 2014).

A coleta de dados teve início após esclarecimentos sobre o objetivo do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante, conforme recomendações da Resolução/CNS/466/12 (BRASIL, 2012).

O instrumento de coleta utilizado foi por meio de entrevista individual com roteiro, semiestruturado. As entrevistas foram realizadas presencialmente por um único entrevistador, em ambiente privativo, no local de trabalho dos participantes. Inicialmente, se pretendia realizar a entrevista com pelo menos um enfermeiro de cada UBS, porém, o enfermeiro de uma unidade recusou-se a participar.

Foram incluídos enfermeiros que atuavam há pelo menos seis meses na ESF, e realizavam TR para o HIV e outras infecções. Foram excluídos aqueles que possuíam atuação concomitante em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), visto que, poderiam ter processos diferentes da maioria dos profissionais da APS.



Ao todo, foram realizadas oito entrevistas, baseadas no critério de saturação dos dados obtidos. Para realização das entrevistas, seguiu-se um roteiro preestabelecido, porém flexível, o que permitiu formular outras perguntas que se mostrassem necessárias à medida que a entrevista avançava. Esse momento propiciou maior compreensão do fenômeno estudado e exploração dos dados apontados pelos entrevistados. As entrevistas tiveram duração aproximada de 30 minutos e gravadas em áudio utilizando equipamento celular modelo Iphone 7. Elementos provenientes de observação foram registrados em diário de campo.

O material obtido foi analisado conforme o método de interpretação de sentidos, com as seguintes etapas: leitura compreensiva do material selecionado; exploração do material; elaboração da síntese interpretativa (MINAYO et al, 2016). Para denominar os entrevistados, utilizamos a letra “E”, seguida do número equivalente à ordem cronológica de realização das entrevistas.

Este projeto de pesquisa integra o projeto matriz intitulado “Estudos sobre Morbidades em Rondônia”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia (CEP/NUSAU/UNIR), conforme CAAE: 85533318.9.00005300.

3. RESULTADOS

Dos oito entrevistados, sete eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 32 e 47 anos. Apenas um possui vínculo empregatício exclusivo e não cursou pós-graduação. Todos os outros possuem vínculos com as secretarias de saúde do município e do estado, sendo as especializações em saúde pública e/ou saúde família. Um dos entrevistados referiu mestrado em ensino em ciências da saúde. A graduação e pós-graduação dos participantes foram cursadas na modalidade de ensino presencial. O menor tempo de formação foi de três anos e o maior, 22 anos.

A maioria dos participantes atua na mesma equipe da ESF há mais de cinco anos, exceto um(a) entrevistado(a), que está há um ano. Todos os participantes integram equipes ESF compostas por médico, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, Agente Comunitário de Saúde e técnico de enfermagem.

Após o período de vivência no campo e realização das entrevistas, emergiram do processo de análise de dados elementos que compuseram dois temas, são eles



“implementação e rotina de testagem rápida para HIV” e “testagem rápida e aconselhamento para o HIV”.

Em síntese, 87,5% dos entrevistados receberam treinamento para realização da testagem rápida para o HIV pela secretaria municipal de saúde, em geral, realizam o exame a partir de demanda espontânea dos usuários. Os enfermeiros relataram que o exame é procurado por pessoas de ambos os sexos, com predomínio de exames realizados em gestantes devido o acompanhamento pré-natal. Consideraram o aconselhamento uma etapa muito importante do processo, apesar de muitas vezes não conseguirem realizá-lo, e, destacaram a importância de outros profissionais participarem da rotina de realização dos testes rápidos, já que nas suas realidades o enfermeiro tem sido único responsável por esta testagem.

Para elucidação e discussão dos nossos resultados, apresentaremos fragmentos de falas consideradas significativas e representativas do material coletado.

3.1. IMPLEMENTAÇÃO E ROTINA DE TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV

Neste tema, são apresentados os conteúdos que demonstram a maneira como aconteceu a implementação da testagem rápida para o HIV, bem como, a rotina assumida pelos serviços que compõem a realidade dos participantes.

Os entrevistados do estudo relataram que, para implementação dos testes rápidos nas UBS onde atuam, foram realizadas capacitações pela gestão municipal de saúde, entretanto um entrevistado referiu que realizou o treinamento via plataforma *online* do SUS. Dois entrevistados informaram que aprenderam a realizar a testagem rápida com outros colegas enfermeiros que já haviam passado pela capacitação, promovida pelo Município, entretanto, foram orientados pela gestão municipal de saúde a realizar os exames somente quando passassem pelo seu treinamento formal:

“... aprendi a fazer com a colega enfermeira que trabalhou aqui (...), mas depois eles pediram que todo mundo fosse realizar [refere-se a treinamento] (...)” E2.

“(...) quando foram inseridos os testes rápidos nas unidades de saúde, praticamente todos os enfermeiros, médicos e odontólogos foram convidados a fazer. Os enfermeiros foram meio que obrigados a fazer (...) tanto que só nós fazíamos (...)” E6.



Ao serem perguntados sobre o cotidiano de realização dos exames, todos os participantes afirmaram que os testes rápidos para o HIV são realizados, predominantemente, a partir da demanda espontânea, mas também costumam ser realizados oportunamente, durante consultas de rotina. Entretanto, eventualmente, é destinado um dia na semana somente para realização dos testes, o que depende do planejamento mensal da equipe. Além disso, referem que o exame é comumente realizado durante as consultas de pré-natal, exceto por um participante, que relatou fazer apenas a solicitação das sorologias quando se trata do acompanhamento pré-natal:

“...é variado, eu sempre coloco na minha agenda um dia pra fazer teste rápido, mas aí depende da oportunidade. A gestante começou o pré-natal, isso é de rotina...” E2.

“...pela rotina, como eu te falei eles vêm por demanda espontânea ou durante a ação de consulta de pré-natal...” E6.

3.2. TESTAGEM RÁPIDA E ACONSELHAMENTO PARA O HIV

O tema que apresentamos neste momento, nos traz as percepções dos enfermeiros sobre a realização da testagem rápida e aconselhamento para o HIV.

Os entrevistados relataram que, a princípio os testes rápidos para HIV eram procurados por homens homossexuais, mas que isso tem mudado e atualmente homens e mulheres heterossexuais e pessoas com relacionamentos estáveis também buscam pela realização do exame:

“Antes muitos homossexuais me procuravam, hoje isso já mudou (...) o teste rápido (...) é mais falado, então, (...), é mais procurado, (...) qualquer pessoa e geralmente casados com relacionamentos estáveis também procuram.” E1.

Os participantes também afirmaram que, frequentemente os usuários demonstram ter conhecimentos sobre o procedimento de testagem rápida e sobre a doença, mas desconhecem questões relacionadas à janela imunológica:

“Às vezes eles sabem o que é a doença, eles sabem como é feito o teste rápido, mas eles não sabem o que é janela imunológica (...)” E1.

Além disso, relatam que é comum observar usuários buscando a testagem rápida repetidamente, em virtude da crença na realização do exame como método de prevenção:



“Na prática nós vemos aí os mesmos usuários fazendo repetidas vezes o teste rápido, (...) eu acho que eles acham assim, se eu faço o teste rápido toda vez e não tenho nada, posso continuar fazendo sexo sem camisinha” E4.

“(...) a gente orienta, mas infelizmente tem paciente que volta de novo daqui seis meses com as mesmas queixas (...), eu acho triste, porque a gente orienta, acha que está fazendo um bom trabalho e (...) não tem esse retorno” E2.

Afirmaram também que o TR é realizado apenas pelo profissional enfermeiro, mesmo quando há outras categorias profissionais na unidade de saúde capacitados para a realização:

“Eu penso que o enfermeiro fica sobrecarregado, nós temos colegas da mesma unidade que já fizeram esse treinamento (...), porém a gente ainda encontra obstáculo na disponibilidade desses profissionais, que (...) se recusam a fazer (...) porque acham que vão agregar uma obrigação a mais (...)” E6.

Quanto ao aconselhamento, os entrevistados o consideram importante no sentido de preparar o usuário para receber o resultado, para que haja mudança de comportamento e para esclarecer concepções relacionadas ao HIV, tais como, a de doença irrelevante ou que o indivíduo estaria sentenciado à morte. Segundo os participantes, o aconselhamento está em destaque nesse processo, pois proporciona reflexão e autocrítica ao profissional de saúde que deverá considerar a individualidade e singularidade de cada usuário, além da necessidade de comunicação eficaz, com vistas à mudança de comportamentos:

“Esse pré-aconselhamento e pós-aconselhamento é o grande diferencial, (...) traz (...) reflexões para o trabalhador, de que forma abordar esse usuário, de que forma ele vai receber essa informação, e eu percebo que nos nossos treinamentos a gente não tem (...). A gente aprende muito a prática (...) eu acho que precisa é conversar mais.” E3.

Sobre a realização do aconselhamento na TR durante o pré-natal, os participantes enfatizaram atitudes automáticas e rotineiras que levam a não realização do aconselhamento:

“No pré-natal como a gente já faz isso de rotina, (...) a gente acaba negligenciando um pouco a parte do aconselhamento, (...) então ficou uma coisa mais automática, por questão de tempo e número de gestantes (...)” E1.

Todos os participantes consideraram que o momento mais difícil no processo é o momento de entrega do resultado para o usuário. Entre os fatores agravantes desta dificuldade estão a falta de tempo para dedicar-se ao momento, a maneira como o usuário reage ao receber o resultado e à ausência do profissional psicólogo na UBS. Quando o resultado é positivo, são realizadas orientações e



encaminhamentos necessários, além de avaliação dos parceiros(as). Um dos entrevistados relatou que chama o médico no momento de comunicação do resultado positivo e outro falou sobre a importância da abordagem livre de julgamentos:

“(...) eu só chamo o colega porque faz parte da equipe e eu acho que falar de um diagnóstico tão difícil (...), o paciente acaba se sentindo mais seguro com outro profissional ou médico em conjunto (...). Então ele vai para o SAE sabendo que vai ser recebido, que tem a possibilidade de tratamento, que vão ser feitos outros exames, que ele não está sozinho a partir daí (...). Acho que o resultado é a parte mais difícil (...)” E1.

“(...) eu não tenho tempo o suficiente de dar atenção como ela merecia naquele momento, por conta de eu ter outras pacientes (...). Eu acho que outro profissional, tipo um psicólogo, se tivesse ajudaria muito” E5.

4. DISCUSSÃO

Destaca-se inicialmente entre os resultados a necessidade de qualificação formal apresentada e cobrada pelos gestores locais, onde atuam os entrevistados, visto que somente após treinamento formal os profissionais puderam atuar na TR e aconselhamento para o HIV, acompanhando as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010). Entretanto, ainda são observados alguns obstáculos ou dificuldades neste processo.

Apesar da necessidade e importância de envolvimento da equipe multiprofissional, a maior participação neste processo tem sido dos enfermeiros e, eventualmente, dos médicos (ROCHA et al, 2016). Estudo realizado com matriciadoras de treinamento para TR mostrou que as oficinas promovem trocas de experiências e aproximação entre as equipes, sem diferenciação de categorias profissionais ou UBS de vínculo, buscando sensibilização e desacomodação dos profissionais, porém de maneira pontual (ROCHA et al, 2016).

A realização do TR anti-HIV na ESF foi um avanço importante no combate à epidemia do HIV/aids, devido ao rápido acesso ao resultado. Porém, como vemos em nossos resultados, a introdução desta ação, além daquelas que já estavam estabelecidas anteriormente, vem trazendo implicações na reorganização do processo de trabalho das equipes. Isso, muitas vezes, faz com que os profissionais e especialmente, os enfermeiros, não ofertem a TR anti-HIV e justifiquem pela falta de tempo (SILVA et al, 2005).



Um outro estudo realizado em Fortaleza, também observou que as ações sobre o HIV/aids na APS, podem estar reduzidas ao pré-natal e planejamento familiar, devido à obrigatoriedade da oferta de TR nessas ocasiões. Os usuários que não se enquadravam nestas situações costumavam ser referenciados para serviços especializados (SILVA et al, 2005).

É padronizado pelo Ministério da Saúde (MS), que o TR seja realizado na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre, além disso, também é recomendado que para os adolescentes e jovens de até 30 anos, seja realizado anualmente, e para população-chave (gays, Homens que fazem Sexo com Homens, trabalhadores(as) do sexo e pessoas que usam álcool e outras drogas), semestralmente. Deste modo, torna-se imprescindível que as agendas sejam organizadas conforme o MACC e o MAEA, estabelecendo-se assim um equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada, garantindo acesso e acolhimento às condições agudas e crônicas, tratadas pelos programas de prevenção do HIV/aids (BRASIL, 2020; MENDES, 2012).

Não obstante, a carência de planejamento das ações pelas equipes das ESF impacta diretamente na realização do TR e aconselhamento para o HIV. Isto porque, diferentemente de outros tipos de rastreamentos, o rastreamento do HIV sempre está ligado a uma rede de transmissão, assim como outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020).

As pesquisas objetivando identificar a busca espontânea pela realização do TR mostram-se escassas na literatura. Todavia, um estudo em 2012 realizado em uma cidade no sul do Brasil, identificou que a realização do pré-natal foi o principal motivo levantado pelas mulheres para realização do TR HIV, visto que é rotina preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, assim como observamos neste estudo (MESENBURG, 2017).

Também esteve entre os relatos dos nossos participantes o desconhecimento entre os usuários sobre questões como janela imunológica, período oportuno para realização da testagem e manifestações que demonstram uma baixa percepção acerca da própria vulnerabilidade em relação a transmissão sexual do HIV, o que também foi relatado e observado em outro estudo (SILVA, 2020). Essas informações são de fundamental importância para a realização do rastreamento, pois podem contribuir para resultados falsos-negativos.



As percepções dos nossos entrevistados sobre o conhecimento dos usuários e a frequência da procura pela realização do TR, revelou-se um sentimento de frustração, devido ao não seguimento de orientações que são frequentemente realizadas, ocorrendo uma “hiperutilização” do TR, segundo os entrevistados, pelos mesmos usuários. Com isso, surge aqui a necessidade de refletir sobre as concepções e formas de fazer acerca do aconselhamento, entre os nossos entrevistados.

Para Leite, Prado e Peres (2018) os serviços de saúde em geral, vêm desenvolvendo ações educativas de caráter impositivas, embasados na transmissão de informação, alicerçada no modelo assistencial voltado à doença, mediados pelo conhecimento tecno-científico, visando à mudança de comportamento dos indivíduos. Segundo os autores, essas práticas têm sido demonstradas como ineficientes no enfrentamento dos problemas de saúde das pessoas, pois, desconsideram o fato do processo saúde-doença ser estabelecido no âmbito social (LEITE, 2018).

Acompanhando esses dilemas, a pesquisa realizada entre novembro de 2005 a março de 2006 com 32 usuários de um CTA de uma região com maior quantidade de casos de aids de Minas Gerais-MG, relatou que o aconselhamento foi limitado ao risco, e no pós-teste foram utilizadas abordagens restritamente pedagógicas, superficiais e reduzidas ao aspecto informativo-prescritivo. Com isso, diante de um resultado negativo, os usuários tenderam à sensação de proteção, negligenciando as situações de exposição que os levaram ao serviço, ocasionando uma falsa sensação de imunidade, e assim buscando novamente a testagem (SOUZA, 2008).

Deste modo, o aprender e o ensinar estão vinculados ao modo de fazer, introduzindo afetos e considerando o empenho dos atores envolvidos. Neste caso, aprender está relacionado à modificação de determinados comportamentos, é descobrir novas práticas, fazer dobras no mundo onde as informações são fagocitadas, ingeridas, transformadas, resultando em outras subjetividades, atualizando as maneiras de estar no mundo (CECCIM&, FERLA, 2008). Com isso, entendemos que os conceitos relacionados aos temas educação em saúde, educação popular em saúde e promoção em saúde devem ser frequentemente discutidos pelas equipes que lidam com o aconselhamento, de maneira a contribuir com a reflexão e promover práticas com melhores resultados pelos profissionais envolvidos.



Neste estudo, averiguamos que mesmo com a presença de outros profissionais de nível superior nas UBS, na prática, o TR é realizado pelos enfermeiros, havendo um impasse com outras categorias profissionais na realização da testagem, devido às demandas intrínsecas de suas especialidades. Com isso, nossos participantes e outros enfermeiros relatam que devem realizar ações relacionados a inúmeros programas e políticas de saúde na APS, queixando por significativa sobrecarga de trabalho (ROCHA et al, 201; POPE et al, 2010).

Sendo assim, é notória a necessidade de promover o trabalho em equipe e as práticas colaborativas no âmbito das equipes de APS, para que sejam ampliados o acesso e a qualidade da atenção à saúde, além de poder proporcionar um contentamento no trabalho multiprofissional. Visto que, essas práticas são reconhecidas como resolutivas para o êxito na detecção, tratamento e prevenção de doenças globais, tais como, o HIV/Aids (MARINA & AGRELI, 2018; OMS, 2010).

Também destacamos, o notório sentimento de despreparo pelos entrevistados, em relação ao aconselhamento, até porque segundo os enfermeiros, nas capacitações das quais participaram, não foi dada ênfase no aspecto aconselhamento, privilegiando-se as tecnologias duras, o instrumento do TR e as leves-duras, a propedêutica da testagem, em detrimento das tecnologias leves do cuidado, campo onde se encontra o ato do aconselhamento-relação trazendo uma autonomia ao usuário (MERHY et al, 2004; GALINDO et al, 2013).

Corroborando com a importância do aconselhamento, estudo realizado na África do Sul, de setembro de 2009 a janeiro de 2011, identificou fatores que colaboravam e dificultavam na busca oportuna dos serviços de referências para início do tratamento. Os achados revelam que entre os usuários que buscaram o serviço o mais rápido possível, definiram o profissional como um “bom conselheiro”, atribuindo uma correlação do aconselhamento personalizado e apoio pós-teste, com uma melhor aceitação do diagnóstico e a procura mais rapidamente do tratamento (NAIK, 2018).

Com o acompanhamento do pré-natal, o aconselhamento se torna um momento oportuno para mensurar os fatores de vulnerabilidade e exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras IST, sejam no momento presente ou anteriormente, além de preparar essa mulher para um possível diagnóstico de HIV, e abordar sobre as adoções de medidas de prevenção (BRASIL, 2017). Entretanto,



baixos percentuais são observados entre as mulheres quando questionadas se receberam aconselhamento durante a realização da TR (MISUTA, 2018).

Estudos como de Costa, Filho e Medeiros (COSTA et al, 2015) mostram que quando é realizado o aconselhamento, é oportunizado o conhecimento sobre o HIV/aids, abordando questões como a transmissão vertical e as viabilidades de prevenção, colaborando com a autonomia da mulher sobre as decisões de sua saúde. O enfermeiro, bem como toda a equipe, deve estar à disposição para esclarecer essas mulheres nas demandas trazidas por elas (COSTA et al, 2015).

Em nosso estudo, segundo os entrevistados, a maior dificuldade é o TR positivo, corroborando com os achados de Vandekielf et al (VANDEKIEFT, 2001) quando identificou que a comunicação de más notícias tem sido apontada como uma das tarefas mais difíceis a serem realizadas pelos profissionais da área de saúde, visto que a formação em geral é muito mais voltada para habilidades técnicas, do que para habilidades em comunicação e diálogo (VANDEKIEFT, 2001).

Essa dificuldade na entrega do resultado, gera uma sensação de desconforto pelo profissional, tanto na divulgação do resultado, como no aconselhamento desse usuário, principalmente nos resultados positivos (ARAÚJO, 2018). Relaciona-se esse despreparado ao tabu que o diagnóstico do HIV carrega, sendo uma doença infecciosa historicamente ligada à morte e carregada de preconceitos, que geralmente culpabiliza o usuário, e com isso leva o profissional de saúde à não execução da testagem ou na terceirização do manejo das inúmeras reações emocionais do usuário, para profissionais que são vistos como especialistas nessas situações, tais como os psicólogos (ROCHA et al, 2018).

Estes resultados demonstram que os enfermeiros possuem dificuldades e necessidades relacionadas ao processo de testagem rápida e aconselhamento para o HIV, diante das quais os serviços e a gestão precisam ter atenção e serem capazes de responder adequadamente. Esta capacidade de resposta, poderá refletir não somente na realização de um TR propriamente dito, mas em todo o processo de cuidado envolvendo pessoas em uma abordagem para prevenção das IST, especialmente o HIV.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se a necessidade de ressignificação nas capacitações sobre TR e aconselhamento, de forma que sejam inseridos todos os profissionais das equipes de APS, com maior valorização do aconselhamento na testagem para o HIV e melhorias no acesso ao diagnóstico. Pois, este momento demonstra ser oportuno para realização de um diálogo acolhedor, proporcionando ao usuário uma ocasião de esclarecimentos acerca do HIV/aids, bem como, uma melhor aceitação do seu estado sorológico e precocidade na realização de medidas terapêuticas.

O estudo apresenta como limitação a participação de somente um grupo de enfermeiros, que representa apenas uma das regiões do município estudado, com isso, outros estudos que analisem as percepções multiprofissionais se mostram necessários. Ademais, é importante que as condições de acesso à TR e o aconselhamento também sejam analisadas na perspectiva das pessoas que utilizam os serviços, de maneira que se possa compreender fatores relacionados com mudanças que envolvam maior acesso à TR e adoção de comportamentos de prevenção, ou melhor manejo da situação de saúde, a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- Aquino V. 135 mil brasileiros vivem com HIV e não sabem. Ministério da Saúde, 29 de novembro de 2019. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/135-mil-brasileiros-vivem-com-hiv-e-nao-sabem> >. Acesso em: 01 de maio de 2020.
- Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700631&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de janeiro de 2021. Acesso em: 25 de janeiro de 2021.
- Campanha incentiva trabalhadores de saúde e jovens a conversarem abertamente sobre hiv. OPAS. 2019. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6067:campanha-incentiva-trabalhadores-de-saude-e-jovensaconversaremabertamente-sobre-hiv&Itemid=812 >. Acesso em: 16 de maio de 2020.
- Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456.



2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.
- Costa RHS, Silva RARD, Medeiros SMD. Cuidado de enfermagem diante da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 2147-2158. 2015. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3529>> Acesso em: 26 de janeiro de 2020.
- Galindo WCM, Francisco AL, Rios LF. Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/Aids. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 741-761, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de janeiro de 2020
- Leite MMJ, Prado C, Peres HHC. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. Difusão Editora. 2018.
- Marina P, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2018 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 03 de março de 2021.
- Merhy E, Magalhães JHM, Rimoli J, Franco TB, Bueno W. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 2004.
- Mesenburg MA, Wehrmeister FC, Silveira MFD. Teste de HIV solicitado e espontâneo: um estudo de base populacional com mulheres de uma cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, e00074415. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005003>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 2016. p. 95 p-95 p.
- Ministério da saúde (BR). Conselho nacional de saúde; ministério da saúde (br). conselho nacional de saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*, v. 150, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 25 de janeiro de 2021.



Ministério da Saúde (BR). Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS HIV/Aids: Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País. Brasília: Ministério da Saúde (MS). 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resposta_brasileira_2008-2009_UNGASS.pdf>. Acesso em: 29 de dezembro de 2020

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017; 22 set. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 de maio de 2020.

Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>> Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico HIV/AIDS, número especial. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>>. Acesso em: 01 de março de 2021.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2006/protocolo-para-prevencao-de-transmissao-vertical-de-hiv-e-sifilis-2007-manual-de-bolso>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2020.

Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SD. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de janeiro de 2020.

Naik R, Zembe W, Adigun F, Jackson E, Tabana H, Jackson D, Doherty T. What influences linkage to care after home-based HIV counseling and testing?. AIDS and Behavior, v. 22, n. 3, p. 722-732. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-017-1830-6>. Acesso em: 16 de agosto de 2020.



- Organização mundial da saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2021.
- Pope DS, Atkins S, DeLuca AN, Hausler H, Hoosain E, Celentano DD, Chaisson RE. South African TB nurses' experiences of provider-initiated HIV counseling and testing in the Eastern Cape Province: a qualitative study. *AIDS care*, v. 22, n. 2, p. 238-245. 2010. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120903040594>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2021.
- Rocha KB, Ew RDAS, Moro LM, Zanardo GLP, Pizzinato A. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. *Ciências Psicológicas*, v. 12, n. 1, p. 67-78. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v12n1/1688-4221-cp-12-01-67-pt.pdf>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2021.
- Rocha KB, Santos RRGD, Conz J, Silveira ACTD. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 22-33. 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n109/22-33/>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2021.
- Silva ITS, Valença CN, Silva RAR. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170019. 2017. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400222&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de janeiro de 2020.
- Silva LCL, Ribeiro LCS, Ferreira JA, Abrantes MSAP, Dias DEM, Santos MGMC. Conhecimento de homens jovens sobre infecção pelo hiv e fatores associados. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 34. 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100347>. Acesso em: 25 de janeiro de 2021.
- Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2005 Jun; 14(2): 97-104. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200005&lng=pt>. Acesso em: 08 fevereiro de 2020.
- Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 1536-1544. 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n7/1536-1544/pt/>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2021.



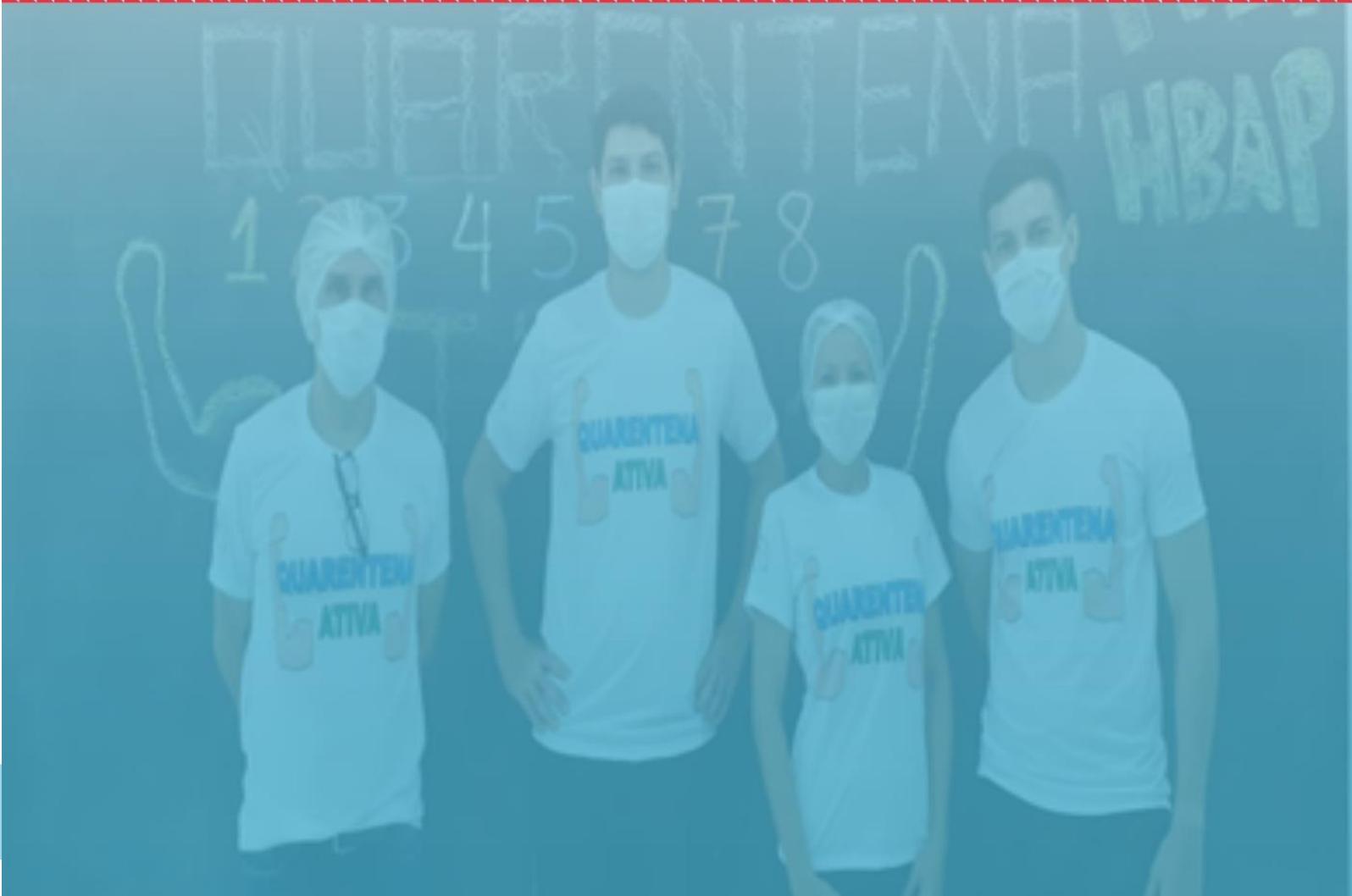
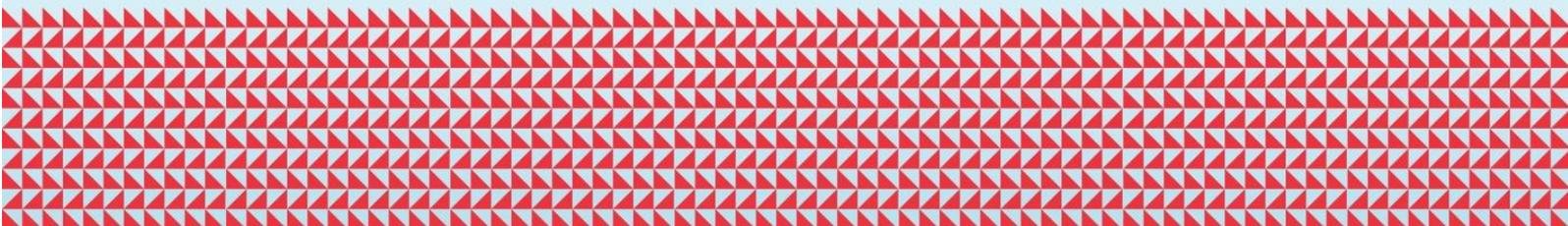
Vandekieft G. Breaking bad news. American family physician, v. 64, n. 12, p. 1975. 2001. Disponível em:<https://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html?fbclid=IwAR2r0oNzFV6mUq5YADcDfQpw2dGgZ8R_2IlyEDuUxo5vMsIbc-dTAFUr828>. Acesso em: 02 de janeiro de 2021.

Vinuto JA. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, n. 44. 2014. Disponível em:<<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>>. Acesso em: 06 de agosto de 2020.



CAPÍTULO VI

IMPLANTAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DE EXERCÍCIOS ONLINE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA



IMPLANTAÇÃO DE UMA PLATAFORMA DE EXERCÍCIOS ONLINE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.A0E832.1121-6

Marcelo Tiago Balthazar Corrêa¹
Fernanda Mello Ortigosa Nogueira²
Priscilla Perez da Silva Pereira³
Jeanne Lucia Gadelha Freitas⁴
Edson dos Santos Farias⁵
Josivana Pontes dos Santos⁶

¹ Especialista em Saúde da Família e Mestrando em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UNIR

² Mestre em Saúde da Família. Programa de Mestrado profissional em Saúde da Família-PROFSAÚDE

³ Professor Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR

⁴ Professor Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR

⁵ Professor Associado do Departamento de Educação Física. Universidade Federal de Rondônia – UNIR

⁶ Especialista em Saúde da Família e Mestre em Educação Escolar. Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UNIR

RESUMO

O artigo trata-se de um relato de experiência sobre um trabalho desenvolvido com servidores do hospital de Base Dr. Ary Pinheiro em Porto Velho-RO, durante o isolamento social provocado pela pandemia do COVID-19. O objetivo do trabalho foi descrever a experiência implantação de uma plataforma de exercícios online para profissionais de saúde em tempo de pandemia. As atividades foram realizadas de forma remota, com aulas assíncronas gravadas e compartilhadas em plataforma online, também foi produzido e divulgado material para instrumentalizar as pessoas com relação aos exercícios físicos. A plataforma ficou disponível logo após as medidas de isolamento e distanciamento social serem publicadas pelo estado Rondônia, ainda no mês de abril de 2020. O programa de treinamento teve um planejamento inicial de 15 dias, a sessão em média tinha 15 minutos, com dois blocos, cada bloco com duas seções, com quatro exercícios com 10 segundos de intervalo entre um exercício e outro e um minuto de descanso entre cada bloco. O público-alvo eram os servidores do HBAP e seus familiares. Dentre os principais resultados alcançados, destaca-se que 178 pessoas iniciaram o programa de exercícios proposto. Com 110 (61,8%) tendo completado o ciclo inicial. Os vídeos de exercícios postados na plataforma tiveram mais de 255 horas de visualizações. Em um período em que as pessoas não podiam frequentar academias, clubes ou locais de prática de atividade física. Essas horas de exercícios pode representar uma melhora na qualidade de vida dos profissionais de saúde, que talvez de outra forma não teriam realizados.

Palavras-chave: Promoção da saúde. COVID-19. Isolamento social. Atividade física.



1. INTRODUÇÃO

A pandemia em curso da doença de coronavírus 2019 (COVID-19) está causando uma enorme pressão nos sistemas de saúde em todo o mundo. A COVID-19 já infectou mais de 219 milhões de pessoas e causou 4,5 milhões mortes em todo o mundo (WHO, 2021).

Os profissionais de saúde são responsáveis pelo tratamento direto, atendimento, serviço ou ajuda de pacientes, consistindo principalmente de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem entre outros. Os profissionais de saúde precisam estar em contato próximo com esses pacientes infectados por vírus em seus ambientes contaminados no trabalho, levando a serem infectados em alguns casos, alguns até morrem em cumprimento do dever.

Um estudo recente mostra uma realidade alarmante de infecções por COVID-19 entre os profissionais da saúde. Na China do total de infectados 19,60% eram profissionais da saúde, o Vietnã tem a maior porcentagem de infecção, chegando a 57,14%. Também existem muitas infecções por COVID-19 entre os profissionais de saúde no Canadá e Cingapura, e suas proporções de infecções no total também são altas, representando 43,43% e 40,76%, respectivamente (XIAO; FANG; CHEN; 2020).

Já no Brasil um mapeamento epidemiológico, liderada pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR) e Zoox Smart Data aponta que entre 6.131 profissionais de saúde do Rio de Janeiro testados para covid-19, 11% tiveram resultado positivo.

Para conter a disseminação do vírus e possível colapso dos serviços de saúde, especialistas recomendaram uma série de medidas, entre elas, a quarentena ou popularmente chamada de isolamento social. Entende-se por quarentena como o período de restrição de circulação de indivíduos potencialmente expostos a determinado agente infeccioso (SMITH, FREEDMAN, 2020).

Pensando nas possíveis consequências do isolamento social, não podemos deixar de citar que além do impacto na economia e nas questões de ordem social, evidencia-se a diminuição dos níveis de atividade física (WHO, 2020). Embora o isolamento social seja uma medida estratégica para conter o COVID-19, pode ter consequências negativas não intencionais, aumentando o comportamento



sedentário e a inatividade física da população, o que muitos autores consideram uma pandemia em si.

Nesse sentido, torna-se necessário incentivar a prática de atividades físicas em casa como uma proposta importante e viável, especialmente para grupos vulneráveis e ou em períodos de emergência de isolamento social, como vivido na pandemia do COVID-19 (SOUZA FILHO, TRITANY, 2020).

Os programas de exercício físico em casa são considerados eficazes, seguros e de baixo custo, quando realizados sob orientação, de acordo com as especificidades de cada indivíduo, promovendo ganhos na aptidão física e nas habilidades relacionadas à saúde, impactando positivamente o funcionamento geral e a qualidade de vida (SOUZA, et al, 2019).

Assim, esses programas apresentam uma alternativa promissora e eficaz para aumentar e manter os níveis de atividade física na população e a resposta imune ao COVID-19, a ser adotada como política de saúde pública. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar as experiências no desenvolvimento de uma plataforma que ajuda os profissionais de saúde do Hospital de Base Ary Pinheiro (HBAP) a praticarem atividade física em meio a pandemia do novo coronavírus em Porto Velho-RO, o projeto foi intitulado "Quarentena Ativa.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que urgiu a partir da observação de um grande número de servidores do hospital de base Ary Pinheiro (HBAP), na cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, estarem em quarentena seja por terem sido infectados pela COVID-19, fazerem parte do grupo de risco ou por suspeita de infecção, impactando negativamente no nível de atividade física pela impossibilidade de deslocamentos a lugares públicos, parques, clubes e academias.

O site "Quarentena Ativa", ficou ativo entre os meses de maio a dezembro de 2020, com vídeos de exercícios físicos, informações sobre saúde e jogos educativos, entre outros. Os familiares dos profissionais de saúde também foram contemplados com o projeto. A plataforma digital ajuda a diminuir o estresse dos servidores que lidam diretamente com a pandemia do novo coronavírus. Em um estudo realizado por, Guimarães et al. (2020) os autores destacam vários pontos positivos no uso por



parte dos profissionais de educação física de ferramentas virtuais para orientar a atividade física durante a pandemia da COVID-19.

Neste sentido, se uniram o núcleo de cuidados com a saúde dos servidores, a Diretoria de Educação, Ensino, Pesquisa e Extensão do HBAP, com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia, em uma ação colaborativa com a proposta de articular ajuda e oferecer gratuitamente, à distância, atividades de educação física, orientações fisioterápicas.

Foram realizadas reuniões entre as equipes, para verificar a viabilidade do projeto. Foi priorizado utilizar plataformas gratuitas na *internet* como: plataformas de hospedagem e domínio de site, programas de edição de vídeos e imagens para execução do projeto e utilizar *smartphones* para realizar as gravações.

Na sequência, foi elaborado todo material para instrumentalizar as pessoas com exercícios físicos que elas possam realizar em casa, junto com a família. O programa de treinamento foi desenvolvido para ser oferecido aos profissionais do HPAP, foram planejadas para serem realizadas em um ciclo inicial de 15 dias, de acordo com alguns princípios de periodização do treinamento físico (MACEDO, et al, 2018). Cada sessão teve em média de 15 minutos, com dois blocos, cada bloco com duas seções, com quatro exercícios com 10 segundos de intervalo entre um exercício e outro e um minuto de descanso entre cada bloco.

Após elaboração desse material, foi criada a plataforma *online* para hospedar o conteúdo instrutivo já elaborado, e seria alimentada constantemente com os vídeos produzidos.

Assim, deu-se início as gravações dos primeiros vídeos, que alimentaram o site, com os profissionais de educação física residentes e a participação da assessora de comunicação do HBAP. Após a edição, os vídeos gravados foram disponibilizados na plataforma. O próximo passo foi a divulgação da plataforma aos servidores do hospital. Periodicamente foi necessário a manutenção e atualização da plataforma, com novos conteúdos que iam sendo elaborados.

3. RESULTADOS

Dentre os principais resultados alcançados neste projeto, destaca-se que a plataforma de exercícios foi acessada por 483 vezes por visitantes únicos, demonstrando que a plataforma despertou o interesse dos servidores. Embora 63%



desses visitantes não tenham iniciado o programa de exercícios propostos, muitos podem ter aproveitado o vasto material de qualidade ali apresentado. Nas orientações contidas na plataforma era possível encontrar informações importantes sobre a pandemia da COVID-19, orientações sobre a realização de atividade física para pessoas pós infecção por COVID-19, o risco do sedentarismo em tempos de pandemia, entre outros.

Os que iniciaram o programa de exercícios proposto foram 178 pessoas. Com 110 tendo completado o ciclo inicial de 16 dias de treinos propostos. Ou seja, 61,8% do que iniciaram, aderiram ao programa. Não conseguimos um *feedback*, dos motivos das pessoas que não completaram o treinamento.

Os vídeos de exercícios postados na plataforma tiveram mais de 255 horas de visualizações. Em um período em que as pessoas não podiam frequentar academias, clubes ou locais de prática de atividade física. discussão

Em nosso trabalho, 178 dos que iniciaram o programa de exercícios, 110 terminaram o ciclo inicial de 16 dias de treinos propostos. Ou seja, 61,8% aderiram ao programa. Número esse que se apresenta muito parecido ao encontrado em um estudo que pesquisou aulas remotas de atividade física para idosos na pandemia de Covid-19. Possamai, et. al., (2020) relatam que a taxa de aderência encontrada em seu estudo foi de 68%. Quando comparado com outro programa presenciais de atividade física no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), a adesão encontrada em nosso trabalho é até maior (GUARIGLIA, LOCH, 2018).

Em programas de atividades físicas ou exercícios físicos existem barreiras que dificultam a adesão e aderência ao programa, é importante destacar que a adesão diz respeito ao processo de iniciação em uma prática de exercícios, enquanto a aderência trata da sua continuidade (TELLES, et al., 2016). O Ministério dos esportes em (2016) realizou a pesquisa de Diagnóstico Nacional do Esporte, onde foi possível identificar as barreiras mais comuns apontadas para o abandono da prática de atividades físicas ou exercícios na população brasileira, as mais comuns são: falta de tempo ou ter outras prioridades, problemas de saúde, cansaço, preguiça ou desmotivação.

Um estudo recente sobre a Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19, em cidades do sul do Brasil, apontou que cerca de uma em cada quatro pessoas afirmaram que buscaram realizar atividades físicas durante o período da



quarentena, mesmo que em casa e a grande maioria afirmou não buscarem a orientação de um profissional de educação física (SILVA, et al., 2021). Um importante questionamento a ser feito é, essas pessoas possuem conhecimentos básicos, como por exemplo de: tempo de descanso, intervalo entre séries e entre outros? Ou seja, cada praticante um é seu próprio professor, entretanto um professor sem conhecimento especializado que repete algo que um dia foi lhe ensinado.

Para superar esses desafios entra a figura do profissional de Educação Física. É imprescindível destacar a sua importância na orientação de exercícios físicos, principalmente para diminuir os riscos de sofrer lesões, para melhor adaptação e evolução do exercício e motivação e apoio no treino, entre outras (OLIVEIRA, GHAMOUM, 2017).

Outro dado importante do nosso trabalho foi a quantidade de horas de vídeos de exercícios assistido, mais de 255 horas de visualizações. Nesse período pandêmico, houve uma diminuição no tempo de atividade física na população em geral, decorrente do distanciamento e isolamento social, levando as pessoas a serem terem comportamentos mais sedentários, aumentando o risco das doenças crônicas não transmissíveis e afetando a qualidade de vida (POSSAMAI, et. al., 2020). Portanto essas horas de exercícios realizados na plataforma tem o potencial de representar uma melhora na qualidade de vida dos profissionais de saúde, que de outra forma não seriam possível sua realização.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo vista os resultados discutidos neste relato de experiência, além da literatura utilizada acerca do tema, é possível tomar algumas conclusões.

Esse projeto com estratégia de vídeo aulas online e assíncronas se apresentou como uma alternativa promissora, eficaz e de baixo custo para melhorar o desempenho dos profissionais de saúde do HBAP em suas atividades de vida diária e auxílio nas mudanças de comportamento sedentário.

Por fim, é importante destacar a grande contribuição deste projeto no combate ao sedentarismo, na sua modalidade de aulas gravadas e assíncronas, bem como o vasto material ali disponibilizado. A prática de atividades de educação física e orientações fisioterápicas em casa, se apresentou como uma proposta importante



e viável, especialmente para os profissionais de saúde que nesse período de emergência sanitária e de isolamento social, como vivido na pandemia da COVID-19, que se encontravam sobrecarregados e estressados. Por tanto recomenda-se que atividades semelhantes possam ser adotadas como políticas de saúde para os servidores em outras instituições.

REFERÊNCIAS

- GUIMARÃES, J. A C., et al. Estudo transversal sobre uso de ferramentas virtuais para orientar a atividade física durante a COVID-19. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. 2020;25:e0150. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14410/11086> >. Acesso em: 16 Set. 2021.
- MACEDO, R. M. et al. Superior Cardiovascular Effect of the Periodized Model for Prescribed Exercises as Compared to the Conventional one in Coronary Diseases. **International Journal of Cardiovascular Sciences** [online]. 2018, v. 31, n. 4, p. 393-404. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180036>>. Acesso em: 16 Set. 2021.
- MINISTÉRIO DO ESPORTE. **Diagnóstico Nacional do Esporte**. Brasília: 2015. Disponível: <http://www.esporte.gov.br/diesporte/diesporte_grafica.pdf>. Acesso em 01 out. 2021.
- OLIVEIRA JUNIOR, J.; GUARIGLIA, D.; LOCH, M. Adesão e aderência a um programa de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 568-575, 2018. DOI: 10.12820/rbafs.v.22n6p568-575. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/11048>. Acesso em: 30 set. 2021.
- OLIVEIRA, P. M.; GHAMOUM, A. K. A importância do profissional de educação física na orientação dos exercícios e prevenção de lesões em academias ao ar livre. **Revista Vita et Sanitas da Faculdade União de Goyazes**, Trindade (GO), v. 11, n. 2, jul/dez., p.94-104, 2017. Disponível: <<http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/150/204>>. Acesso em 01 out. 2021.
- POSSAMAI, V. D., et. al. Uma nova realidade: aulas remotas de atividade física para idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23 n. 28, p. 77-98. São Paulo (SP), 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i0p77-98> >. Acesso em: 30 set. 2021.
- Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC. Ampliando as intervenções de atividade física em todo o mundo: adotando abordagens



maiores e mais inteligentes para levar as pessoas a se movimentar. *Lancet* 2016; 388: 1337-48.

SILVA, I. C., et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 11 [Acessado 30 Setembro 2021] , pp. 4249-4258. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29072020>>. Acesso em: 30 Set. 2021.

SMITH, A. W. e FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Jornal of Travel Medicine**, p. 1-4, 2020.

SOUZA FILHO B. A. B., et al. Efeito de 12 semanas de exercício físico domiciliar na aptidão física de idosos com câncer de mama em hormonioterapia. **Acta Fisiátrica** 2019; v. 26 n. 1. Disponível em : <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/163420>>. Acesso em 12 jun. 2021.

SOUZA FILHO, Breno Augusto Bormann de; TRITANY, Érika Fernandes. COVID-19: a importância de novas tecnologias para a atividade física como estratégia de saúde pública. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00054420, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X202000500505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de junho de 2020. Epub 18 de maio de 2021.

TELLES, T. C. B. et al. Adesão e aderência ao exercício: um estudo bibliográfico. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, on-line, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 109-120, 2016. Disponível: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBPE/article/view/6725/4286>>. Acesso em 01 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. 2020.

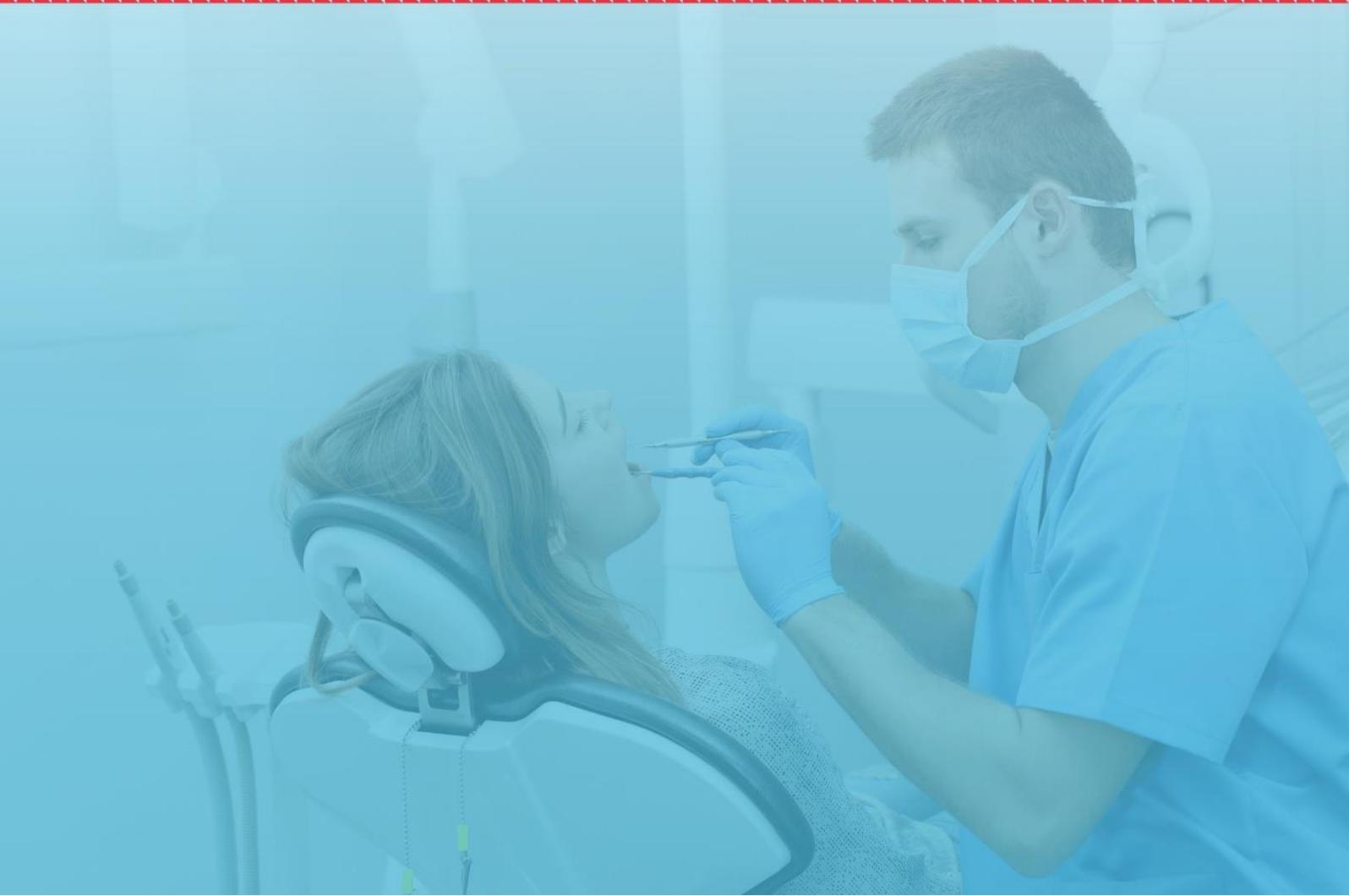
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatórios de situação de coronavírus (COVID-2019). 2021. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>. Acessado em 12 de set. 2021.

Xiao J, Fang M, Chen Q, He B. SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review. **J Infect Public Health**. V. 13, n. 6 p. 843-848 2020. Disponível em: <10.1016/j.jiph.2020.05.019>. Acesso em: 12 set. 2021.



CAPÍTULO VII

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA



SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DOI: 10.51859/AMPLA.A0E832.1121-7

Samuel Barbosa Macedo ¹
Priscilla Perez da Silva Pereira ²
Cleson Oliveira de Moura ³
Jeanne Lúcia Gadelha Freitas ⁴
Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo ⁵

¹ Mestrando em Estratégia de Saúde da Família (PROFSAÚDE). Universidade Federal de Rondônia - UNIR

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia - UNIR

³ Professor Adjunto do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia - UNIR

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia - UNIR

⁵ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF

RESUMO

Em atendimento às premissas da Atenção Primária à Saúde no Brasil, nos últimos 15 anos, o modelo de atenção odontológica passou de um caráter privado e curativista para um modelo mais centrado na prevenção da saúde. Entre as principais mudanças decorrentes desse processo destacando-se o acesso aos serviços. Entende-se como acesso o percurso pelo qual o paciente percorre até conseguir a contato com o profissional de odontologia. Este estudo é uma revisão de literatura sobre o estabelecimento das ações de saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil, como é realizado o cuidado atualmente e a importância da autoavaliação da saúde bucal como subsídio para avaliação das ações e melhoria da qualidade da assistência ao usuário. Foram utilizados artigos e publicações oficiais relacionados a temática. Para tal foram identificados 26 artigos publicados entre os anos de 2002 e 2021. Os resultados apontaram para uma inegável melhoria no acesso aos serviços odontológicos na APS, além de inserção de novos procedimentos que antes ficavam restritos à odontologia privada. No entanto ainda é possível observar a oferta heterógena dos serviços e o caráter curativo suplantando o foco na prevenção e promoção à saúde.

Palavras-chave: Autopercepção. Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.



1. INTRODUÇÃO

Em 2020, estimou-se que as doenças bucais tenham afetado cerca de 3,5 bilhões de pessoas no mundo – ou seja, quase metade da população mundial seria acometida por cárie dentária, entre outras doenças da cavidade oral (WHO, 2020; HAIKAL et al., 2017). A principal consequência da evolução das lesões de cárie são as perdas dentárias. Essas perdas levam a problemas de ordem funcional como mastigar, comer e falar. Também há problemas de ordem social: como mudanças no comportamento, dificuldade de inserção no mercado de trabalho e insatisfação/rejeição com a aparência física. Condições estas que podem trazer graves repercussões, como diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de constrangimento (CORRÊA et al., 2016).

As ações de saúde bucal foram introduzidas no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) nas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), no ano de 2000 (BRASIL, 2000). Esta política trouxe um avanço significativo no setor odontológico, com ampliação do acesso e com inversão nos tipos de tratamentos, passando do modelo tradicional curativista centrado nos efeitos da doença, para o cuidado integral e contínuo, desenvolvido em uma área definida, com equipe multiprofissional e com a participação popular (AYACH, 2015).

A criação de uma política voltada para o cuidado à saúde bucal ao nível da APS traz grandes benefícios à população, porém a política em si mesma não garante o acesso. Segundo Starfield (2002), o acesso é um dos atributos essenciais da APS, juntamente com a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Sendo o acesso considerado a “porta de entrada” para os serviços de saúde, esta deveria sempre ser facilitada ao usuário, pois a partir daí os demais atributos poderiam se fazer presentes.

Mesmo sendo um grande desafio para os serviços de saúde no Brasil, seja pelas características do atendimento ou pelas barreiras organizacionais e geográficas, o acesso satisfatório é uma das condições essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde, pois ele é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário na busca de atendimento para resolução das necessidades nessa área. As possibilidades de adentrar aos serviços de saúde envolvem algumas questões tais



como: disponibilidade ou não do serviço; distância; horários de atendimento; recursos disponíveis; capacitação técnica dos profissionais; bem como a acessibilidade; e aceitabilidade dos serviços (AYACH,2015; MENDES et al., 2012). De acordo com Moimaz et al (2016) os melhores níveis de satisfação com os serviços odontológicos estão associados a melhores níveis de resolatividade dos problemas odontológicos percebidos, demonstrando a importância de considerar o usuário e sua percepção como ator central no processo de estabelecimento de políticas em saúde pública.

Vale ressaltar, que a atenção odontológica no Brasil esteve historicamente vinculada à prática curativa, no conhecimento compartimentado e na fragmentação dos atos terapêuticos sem, no entanto, considerar a avaliação dos serviços pela percepção dos usuários (PINTO, 2020). Entretanto, o serviço público dá sinais de realinhamento conceitual e operacional, rompendo com o paradigma centrado só na doença e a atitude isolacionista. Destacam-se as experiências de inserção na ESF, de regulação e ampliação de acesso a linhas de cuidado e níveis tecnológicos, que incluem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como novas bases para a formação profissional (BRASIL, 2000).

Cabe ressaltar que o acesso é definido como a disponibilidade dos serviços de saúde em relação à oferta e acessibilidade é a possibilidade de o usuário conseguir chegar até o atendimento oferecido. (D'AVILA; ALEGRE, 2016).

No entanto, o acesso e a acessibilidade em saúde são os grandes desafios enfrentados pelos gestores atualmente na saúde pública. O acesso aos serviços engloba as dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais, políticas e o contexto social e assistencial. Estes aspectos podem até mesmo configurar-se como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários do sistema de saúde, pois o grau de acessibilidade pode ser medido pela relação entre as resistências apresentadas por essas barreiras e o poder de utilização dos serviços pelos usuários (AYACH, 2015; MENDES et al., 2012).

O acesso à consulta odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) infelizmente não ocorre de maneira universal sendo possível concluir que ele ocorre para menos de 50% dos usuários, sendo as regiões Nordeste e Sul com melhores desempenhos em relação ao acesso ao atendimento odontológico (VIEIRA et al., 2021). Neste capítulo temos como objetivo apresentar como se estabeleceram as



ações de saúde bucal na APS no Brasil, como é realizado o cuidado atualmente e a importância da autoavaliação da saúde bucal como subsídio para avaliação das ações e melhoria da qualidade da assistência ao usuário.

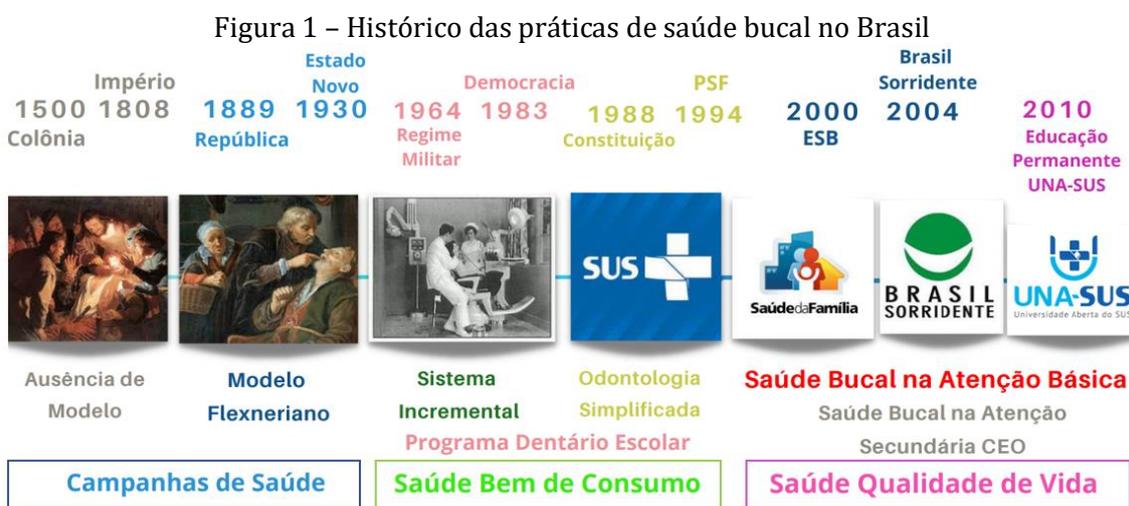
2. REVISÃO DE LITERATURA

Para esta revisão de literatura foi utilizada a seguinte estratégia de busca: saúde bucal AND acesso aos serviços de saúde AND atenção primária em saúde AND Brasil. Esta estratégia foi utilizada em português, inglês e espanhol nas bases eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed Central (PMC) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca foi realizada entre os meses de dezembro de 2020 e agosto de 2021 e foram utilizadas 26 referências neste capítulo.

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1978, a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada na cidade de Almaty, Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), definiu atenção primária como atenção à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance universal dos indivíduos e de suas famílias (PETERSEN, 2003).

A Figura 1 apresenta a evolução histórica da saúde e saúde bucal no Brasil desde a época do Brasil colônia até os dias atuais incluindo os seus principais marcos históricos (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2013).



Adaptado de VASCONCELOS; FRATUCCI (2013).

O modelo predominante no século passado tinha caráter focado nas extrações dentárias, acesso desigual e mais elitizado. A partir do período do regime militar pode-se observar uma preocupação, embora de forma incipiente, com os procedimentos voltados para algum nível de prevenção, mesmo que focada na limitação dos danos causados pela carie dentária, este fato fica evidenciado pelo Programa Dentário Escolar em meados da década de 1960.

No Brasil, a prática odontológica foi alvo de críticas da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1980, destacando seu caráter iatrogênico e mutilador, além do forte monopólio e tradição liberal privatista. Com a promulgação da Constituição de 1988 iniciou um marco para a saúde pública, com destaque para a saúde bucal como parte inseparável da saúde do indivíduo (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

A inserção de atividades de promoção e prevenção em saúde bucal teve um incremento significativo na década de 1990, a partir da criação da Portaria nº 184, que inseriu os procedimentos coletivos de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, possibilitando o financiamento com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Já nesta década de 2000, em agosto de 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou que a principal abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas seria por meio do desenvolvimento de sistemas de saúde fortemente embasados na APS (CUNHA et al., 2020). Em outubro de 2018, no aniversário de 40 anos da primeira conferência, a Conferência Global sobre APS produziu o documento intitulado Declaração de Astana, que salienta ser a APS o enfoque mais eficaz, eficiente e equitativo com vistas a melhorar a saúde sendo, portanto, fundamental para conseguir a cobertura universal de saúde. (CUNHA et al., 2020).

No âmbito da saúde pública a implantação do SUS trouxe, em 1988, a mudança do modelo de atenção à saúde até então existente. De um modelo hospitalocêntrico e de caráter curativo, passou-se a um modelo que também englobava as ações de prevenção e de promoção da saúde, baseado em atividades principalmente coletivas (MENDES et al., 2012). A esfera da APS como parte integrante do sistema de saúde, constitui a função central e foco principal, atuando



no desenvolvimento social e econômico global da comunidade (SELLERA et al., 2020).

Em 1994, estabelecem-se profundas modificações nos serviços de saúde pública, tendo como maior delas a criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje reconhecido como elemento estratégico na reorientação do modelo de saúde, passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família (CONILL, 2008).

A APS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível dos lugares onde pessoas vivem e trabalham (D'AVILA; ALEGRE, 2016). A Atenção Primária à Saúde é a base dos maiores sistemas universais de saúde do mundo, responsável por ser a porta de entrada preferencial do cidadão no sistema de saúde, assim como de integração e coordenação do cuidado necessário, sendo já demonstrado que a APS é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade (SELLERA et al., 2020).

O modelo de atenção à saúde do Brasil é orientado pelas diretrizes da atenção primária, tendo a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização e expansão, proporcionando maior acesso e resolubilidade, a partir do trabalho de equipes que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida, onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

A APS oferece a entrada no sistema devendo abordar todas as necessidades e problemas do usuário, oferecendo atenção integral ao indivíduo nas diversas fases da vida, tratando os problemas mais comuns do núcleo familiar e da comunidade (MOIMAZ et al., 2016).

No país, a oferta de ações, serviços e procedimentos é desenvolvida por uma rede de unidades de atenção primária à saúde em sua maioria de responsabilidade municipal, Assim, em 2020, o Brasil tinha 47 mil estabelecimentos de saúde distribuídos em praticamente todos os 5.570 municípios e Distrito Federal (PINTO, et al., 2020).

Um marco conceitual importante na discussão sobre a essência da APS são os seus atributos essenciais e derivados. São os essenciais: o acesso de primeiro contato com os serviços de saúde; a longitudinalidade do cuidado ao longo do tempo; a integralidade, que são os diversos serviços ofertados para suprir os



aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença; e a coordenação da atenção, que pressupõe a integração do cuidado (AGUIAR; ARAÚJO, 2002). Por sua vez, os atributos derivados são a orientação familiar, que considera a família como sujeito da atenção com potencialidades para o cuidado; a orientação comunitária, que é o reconhecimento das necessidades apresentadas pelas famílias em função do contexto geoeconômico e sociocultural em que vivem; e a competência cultural, que pressupõe a compreensão das características culturais dos usuários às situações de saúde facilitando a relação e a comunicação (FIGUEIRA, 2020).

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Tal avanço está ancorado na abrangência da ESF, seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016, com um significativo aumento da cobertura da ESF nos últimos 20 anos, culminando no aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro, ocasionando efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

No entanto, diferentemente de outros níveis de cuidado à saúde com centralidade no uso de tecnologias densas, a APS em decorrência de sua amplitude de atuação e seu foco principal no diagnóstico clínico a partir do conhecimento dos profissionais costuma apresentar significativas variações na capacidade de intervir nos problemas de saúde da população (SELLERA et al., 2020). Neste contexto, tornar-se necessário a criação de instrumentos para equalizar a APS e ao mesmo tempo, ao passo que aumentam os desafios de monitorar e avaliar seus resultados enquanto política pública de saúde (MOIMAZ et al., 2016; SELLERA et al., 2020).

2.2. A SAÚDE BUCAL NA APS

A inserção da odontologia no modelo de atenção da ESF se deu por meio da criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo o ponto de partida para a aplicação dos princípios da Atenção Básica à Saúde (APS) na atenção à saúde bucal brasileira. A Política Nacional de Saúde Bucal, implantada em 2004, previu a ampliação e qualificação dos Serviços de Saúde Bucal, ampliando o escopo e a resolutividade das ações de atendimento odontológico na APS com a criação do marco teórico da saúde bucal brasileira, a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (SCALZO et al., 2021).



Uma das principais estratégias da Política Nacional de Saúde Bucal foi a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses Centros consistem em serviços de referência às equipes de saúde bucal na atenção básica para a resolução de casos complexos que demandam um atendimento especializado e alguns não ofertados anteriormente pelo SUS. Os CEO têm o seu funcionamento organizado de acordo com a realidade epidemiológica local e articulado com as equipes de saúde bucal da atenção básica (GALVÃO; RONCALLI, 2021).

A PNSB tem como objetivos ampliar e garantir atenção odontológica, buscando práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas nos diversos níveis de atenção (SCALZO et al., 2021; GALVÃO, 2021). Desta forma, os serviços odontológicos curativos instituídos e prestados no âmbito da atenção primária à saúde devem se ocupar das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal são: a cárie dentária, a doença periodontal, o câncer de boca, os traumatismos dentários, a fluorose dentária, o edentulismo e a maloclusão (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). Uma das principais modificações propostas pela PNSB consiste no desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo por uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, outrossim, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2013).

É inegável a expansão da oferta da odontologia no SUS, sobretudo nos últimos 15 anos, porém os tensionamentos por mudança no modelo de atenção têm produzido cenários muito heterogêneos. Nos extremos, têm-se os serviços onde a organização é exclusivamente orientada para o atendimento por livre demanda, com predomínio de intervenções pontuais, em sua maioria de procedimentos cirúrgicos como exodontias, e aqueles onde os atendimentos ocorrem exclusivamente de forma programada, onde a restrição do acesso é o principal problema (CASOTTI et al., 2014).

Como forma de corrigir disparidades e aumentar a efetividade da odontologia no âmbito do SUS surgiu, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, que propôs reorientar a assistência pela promoção de



saúde como eixo do cuidado; universalizando o acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; e contemplando todos os níveis de atenção ao instalar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), permitindo o cuidado integral da saúde bucal, deixando de ser restrito à demandas pontuais (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

Em 2010, sete anos após a criação da PNSB, foi realizado novo levantamento epidemiológico nacional, o SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Dentre outras condições, foram avaliadas as prevalências de cárie, doença periodontal, edentulismo (uso e necessidade de prótese) e necessidades de tratamento odontológico. Comparando este inquérito epidemiológico com outro de igual dimensão realizado em 2003, observou-se uma sensível queda no índice de cárie, com um aumento na proporção de dentes restaurados, evidenciando uma melhora no acesso aos cuidados odontológicos. Além disso, o aumento de procedimentos restauradores em detrimento das exodontias fez com que houvesse consequente diminuição da necessidade de próteses na faixa etária adulta (BRASIL, 2012).

No entanto, para conseguir a efetividade das ações ofertadas é imprescindível o acesso equitativo aos serviços, com quantidade e qualidade satisfatórias, buscando a resolubilidade, sendo que uma das formas de fomentar a qualidade e a resolubilidade do sistema é a realização de avaliações periódicas do serviço de saúde prestado (MOIMAZ et al., 2016). Portanto, a avaliação do serviço de saúde pela população implica a possibilidade dos usuários intervirem na gestão, tanto na proposição de políticas e ações, quanto na fiscalização de sua efetivação, partindo do pressuposto do usuário como corresponsável e com competência para avaliá-la, da mesma forma nela intervir e modificá-la, sendo indicador fundamental de qualidade da atenção (AMORIM et al., 2019; MOIMAZ et al., 2016). Pesquisas envolvendo a avaliação da satisfação dos usuários oferecem subsídios à gestão e às equipes de saúde, preparando-os para desenvolver práticas mais relacionadas com as demandas da população. Além disso, possibilitam complementar e equilibrar a qualidade da prestação do serviço (MOIMAZ et al., 2016).



2.3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

O termo avaliação é originado do latim e significa valor ou mérito do objeto em pesquisa, junção do ato de avaliar ao de medir os conhecimentos adquiridos pela pessoa. O ato de avaliar é próprio do ser humano e o acompanha em todas as fases da vida. É um processo importante para o planejamento estratégico à medida que permite a formulação de juízos com o objetivo de chegar a conclusões fundamentadas, que sirvam de subsídio para futuras ações, quer sejam elas administrativas ou científicas (AYACH, 2015).

Para medir a atenção oferecida pela APS, a Política Nacional de Saúde Bucal propôs um protocolo regular para avaliação da qualidade dos serviços e práticas assistenciais. Tal protocolo previa a implantação de um processo de avaliação da atenção básica à saúde no Brasil, materializada por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que é padronizado nacionalmente pelas Políticas Nacional de Atenção Básica e Nacional de Saúde Bucal (AMORIM et al., 2019). A avaliação externa do PMAQ, conduzida por uma rede de mais de 40 universidades e centros de pesquisa federais, permitiu a expansão das premissas de Donabedian e Starfield, no enfrentamento de diversos desafios teóricos e metodológicos para estimar a qualidade dos serviços de APS no Brasil (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019). Estudos que investigaram o desempenho das Equipes de Saúde Bucal, a partir PMAQ-AB, verificaram desigualdades regionais na realização de procedimentos odontológicos preventivos e curativos no Brasil (AMORIM et al., 2019; CARREIRO; OLIVEIRA; COUTINHO, 2018). Outro instrumento de aferição da atenção odontológica é Oral Health Impact Profile (OHIP), composto por questionário estruturado com indicadores sócio dentais, que englobam os aspectos psicológicos e sociais, por intermédio da autoavaliação e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida (CORRÊA et al., 2016).

Em relação à acessibilidade, Mendes e pesquisadores (2012), consideram que é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, distinguindo-a em duas categorias: 1) sócio-organizacional e 2) geográfica. Sendo a primeira referente aos aspectos estruturais (funcionamento) dos serviços que interferem na relação destes com os usuários, por exemplo, o tempo de espera para o atendimento. São recursos de caráter não espacial que facilitam ou dificultam os esforços do usuário para obter atenção. A segunda pode



ser medida pela distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros. Estes parâmetros tornam a definição mais abrangente quando se acrescenta a adequação dos profissionais e dos recursos às necessidades da população (MENDES et al., 2012).

Com a implantação do SUS, o controle social tornou-se um princípio fundamental da execução do sistema, permitindo a possibilidade de os usuários intervirem nos seus serviços, por meio da proposição de ações e políticas de saúde. Nesse sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS, neste caso particular na atenção básica, pressupõe a concepção do usuário como corresponsável pela gestão do sistema de saúde, além da perspectiva de o usuário revelar aspectos essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços de saúde (AYACH, 2015; ROBERTO, 2017).

Uma das formas de avaliação é considerar a autoavaliação do usuário sobre sua própria condição de saúde. A autoavaliação da saúde bucal é um indicador subjetivo e complexo, que combina alguns componentes: físicos, emocionais e do bem-estar individual, e que é diretamente influenciado por questões sociais, econômicas e psicológicas que só podem ser explicadas e compreendidas quando os usuários são ouvidos e quando os seus autodiagnósticos e suas opiniões são consideradas (CORRÊA et al., 2016).

A partir de dados de um inquérito de abrangência nacional foi possível concluir que 34% dos entrevistados avaliaram negativamente sua própria saúde bucal, destacando como fatores determinantes para esta percepção: a dificuldade para se alimentar, a utilização de fio dental, a perda de dentes superiores, a pior autopercepção da condição de saúde geral, o motivo da última consulta e avaliação do atendimento recebido (BORDIN, 2017).

Não obstante, alguns estudos já evidenciaram que a autoavaliação negativa das condições de saúde bucal representa o fator preditor essencial da procura por atendimento odontológico, sendo inclusive destacada como um dos fatores determinantes de saúde bucal em países com os sistemas de saúde ainda em desenvolvimento (HAIKAL et al., 2017)

De acordo com Moimaz et al (2016, p. 5) os melhores níveis de satisfação com os serviços odontológicos estiveram mais associados a melhores níveis de resolutividade dos problemas odontológicos percebidos, demonstrando a



importância de considerar o usuário e sua percepção como ator central no processo de estabelecimento de políticas em saúde pública, tanto no âmbito da assistência, bem como da prevenção e promoção da saúde.

No que se refere à atenção à saúde bucal na APS, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam relacionadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários, os dias em que há atendimento na unidade, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que o usuário tem em relação a estes aspectos do acesso (ASSIS; JESUS, 2012).

Cabe salientar que a prestação desses serviços de saúde de forma eficaz é influenciada diretamente pelas condições de infraestrutura, disponibilidade e adequação de equipamentos, bem como de materiais e insumos que atendam às necessidades do serviço. Problemas nessa área comprometem o atendimento, a qualidade dos serviços prestados e o cumprimento de metas, impossibilitando a realização de procedimentos clínicos com eficácia (SCALZO et al., 2021). Além da infraestrutura física das Unidades Básicas de Saúde, deve haver condições de trabalho e divisão clara das atribuições de cada profissional a partir das ações e procedimentos ofertados à população (CUNHA et al., 2020).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da atenção odontológica no Brasil, historicamente ser vinculada à prática curativa, ao conhecimento compartimentado e poucas relações interprofissionais, temos percebido nos últimos 15 anos, no SUS, sinais de realinhamento conceitual e operacional, rompendo com o paradigma centrado, de forma isolada, na doença. Destacam-se as experiências de inserção da equipe odontológica na ESF, de regulação e ampliação de acesso a linhas de cuidado e níveis de tecnologia, incluindo os Centros de Especialidades Odontológicas. Indicando a transição em curso do modelo hegemônico centrado em procedimentos curativos para um modelo focado na prevenção e promoção na saúde, onde deve ser enaltecido o protagonismo do SUS como norteador destas mudanças.

Dessa maneira, as ações dos serviços de saúde bucal devem enfatizar abordagens que estimulem os indivíduos a valorizar as ações preventivas e que possibilitem um maior vínculo desses com os serviços odontológicos e com os



profissionais, a fim de que os pacientes tenham maior conhecimento dos hábitos de vida saudável e do processo saúde-doença, de modo que as autoavaliações sejam mais próximas a realidade sendo possíveis norteadoras das políticas públicas de acesso aos serviços de saúde

De modo a oportunizar a participação do usuário, como protagonista do planejamento de políticas e ações de serviços em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, se recomenda a realização de pesquisas que desvelem as reais necessidades de saúde da população nos mais variados contextos e territórios, para que alinhadas aos atributos da APS, possam promover maiores conhecimentos e práticas de hábitos de vida saudáveis, conforme proposta das políticas públicas de saúde bucal, em tempos de Sistema único de Saúde.

O tema relacionando a autoavaliação dos usuários deve ser mais pesquisado, pois os princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado são fortemente influenciados pelos vínculos e adesão dos pacientes aos tratamentos, para tal se faz fundamental que o usuário seja ouvido a partir de suas queixas considerando sua subjetividade e valores.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M.; ARAÚJO, C. H. Bolsa-escola: educação para enfrentar a pobreza. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://buscaintegrada.ufrj.br/Record/aleph-UFR01-000621074/Details>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- AMORIM, L. DE P. et al. User satisfaction with public oral health services in the Brazilian Unified Health System. **BMC Oral Health**, v. 19, n. 1, p. 126, dez. 2019. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-019-0803-8>. Acesso em: 09 abr. 2021.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 20, n. 1, pp. 239-248. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21192013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21192013>. Acessado 6 out 2021.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em:



<https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n11/2865-2875/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

AYACH, Carlos. A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal. 2015. 121 f. Tese (Doutorado em Odontologia)- Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/123926>. Acesso em: 24 jun 2021.

BORDIN, D. Determinantes da condição percebida de saúde bucal e da adesão ao autocuidado em adultos brasileiros. p. 97, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-911453>. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRAZIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p. : il.

BRAZIL; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>. Acesso em: 05 abr. 2021.

CARREIRO, D. L.; OLIVEIRA, R. F. R.; COUTINHO, W. L. M. Avaliação da satisfação com a assistência odontológica na perspectiva de usuários brasileiros adultos: análise multinível. p. 12, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-974768>. Acesso em: 28 jul 2021.

CASOTTI, E. et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S011>. Acesso em: 14 jun. 2021.

COIMBRA, M. B. et al. socioeconômicas e demográficas em usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, SP: um estudo longitudinal. p. 9, 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-09392012000300004. Acesso em: 15 fev. 2021.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3gfC4HQzBnfprcdP8793hJf/>. Acesso em: 07 abr. 2021.

CORRÊA, H. W. et al. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese



dentária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 503–524, jun. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-789498>. Acesso em: 01 abr. 2021.

CUNHA, C. R. H. DA et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1313–1326, abr. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1089509>. Acesso em: 06 abr. 2021.

D'AVILA, O. P.; ALEGRE, P. Avaliação de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde: p. 125, [s.d.]. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122016000100004. Acesso em: 01 ago. 2021.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**. 33. 64-71. 2009. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/123926>. acesso em 14 set 2021.

FIGUEIRA, M. C. et al. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, n. 125. pp. 491-503. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n125/491-503/pt/#> Acesso em 14 jun. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 19 jun. 2021.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00184119, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pqSBfPdgrPMFxsbxj9RSrQP/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2021.

HAIKAL, D. S. et al. Validade da autopercepção da presença de cárie dentária como teste diagnóstico e fatores associados entre adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00053716, 21 ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n8/e00053716/>. Acesso em: 28 jun. 2021

MARTINS, A. M. E. DE B. L. et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 912–922, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cynH8rMfyFGFdGkdvNTSddK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2021.



- MENDES, A. DA C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2903–2912, nov. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ws4NZpyTqBxpZNcgNpBq94P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.
- MENEGHIM, M. DE C. et al. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 523–529, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200028&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2021.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 20, n. 3, 18 maio 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-40122015000300010&lng=es. Acesso em: 24 ago. 2021.
- NEVES, M.; GIORDANI, J. M. DO A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809–1820, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n5/1809-1820/>. Acesso em: 24 ago. 2021.
- PARASCHIVA, D. C.; QUELUZ, D. P. Percepção de Trabalhadores de Empresa Metalúrgica Sobre Saúde Oral. **Odonto**, v. 20, n. 39, p. 145–156, 30 jun. 2012. Disponível em: <http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/486-odonto/v20n39/4113-percepcao-de-trabalhadores-de-empresa-metalurgica-sobre-saude-oral.html>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme: **The World Oral Health Report 2003. Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 31, p. 3–24, dez. 2003. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1046/j..2003.com122.x>. Acesso em: 18 mar. 2021.
- PINTO, L. F.; HARTZ, Z. M. DE A. Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4917–4932, dez. 2020.
- SCALZO, M. T. A. et al. Structural characteristics of oral health services in Brazilian Primary Health Care. **Brazilian Oral Research**, v. 35, p. e023, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/7wD9k4yVC8ZrmSMctph96Xq/>. Acesso em: 05 abr. 2021.
- SELLERA, P. E. G. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1412, abr. 2020. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401401&tlng=pt. Acesso em: 14 jun. 2021.

VALE, E. B. DO; MENDES, A. DA C. G.; MOREIRA, R. DA S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. suppl 3, p. 98–108, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900098&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2021.

VASCONCELOS, E. M., FRATUCCI, M.V.B. Práticas de Saúde Bucal. Unidades de Conteúdo Curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família - UNASUS- UNIFESP, u.24, 2013. Unidade 24. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade24o/unidade24o.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral Health: Key Facts**. WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Acesso em: 07 abr. 2021.



SOBRE OS ORGANIZADORES



Katia Fernanda Alves Moreira

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia. Professora e tutora da Residência multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Coordenadora e professora do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde/UNIR - Abrasco.

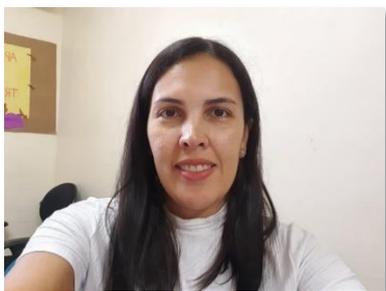
Coordenadora do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa Idosa, Planejamento e Gestão em Saúde e Ensino/Formação em Saúde.



Cleson Oliveira de Moura

Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia. Professor e tutor da Residência multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professor do quadro convidado do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde/UNIR - Abrasco. Membro do

Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde bucal, Planejamento e Gestão em Saúde e Ensino/Formação em Saúde.



Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem - FEN/Universidade Federal de Goiás. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia. Coordenadora, professora e tutora da Residência multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professora do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde/UNIR

- Abrasco. Pesquisadora do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Gestão em Saúde e Ensino/Formação em Saúde.

