

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde
Pública – ÚTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke
João Paulo Fernandes da Silva

Revisão de Citações e Referências

Luana Dias da Costa
Josivania Silva Farias

Revisão

Jose da Paz Oliveira Alvarenga.
Daniela Savi Geremia.
Stella Costa Valdevino.

Diagramação e Publicação

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres
Isis Gabrielle Ribeiro
Mesquita

Editores Científicos

Jose da Paz Oliveira Alvarenga.
Daniela Savi Geremia
Stella Costa Valdevino.

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde
Pública SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnosp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 18, n.2. - Brasília : Editora Ecos, 2024. / Organizadores / José da Paz Oliveira Alvarenga, Daniela Savi Geremia, Stella Costa Valdevino.

Trimestral

Obra publicada em 2025 para atualização da coleção

ISSN 1982-8829

1.Saúde da família I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília,
Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília,
Brasil
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de
Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de
Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da
Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)
Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid
(UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde
Coletiva (UFBA)
Fernando Passos Cupertino de Barros -
Universidade Federal de Goiás (UFG)
José da Paz Oliveira
Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Josivania Silva
Farias - Universidade de Brasília (UnB)
Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal
(Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública -
Lisboa/Portugal
Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da
Paraíba (IFPB)
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de
Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez -
Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

ARTIGO ESPECIAL

A longitudinalidade nas práticas de saúde: uma revisão no contexto da Estratégia Saúde da Família

ARTIGOS ORIGINAIS

Avaliação do processo de ensino e aprendizagem mediado por tecnologias na Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará

Representações Sociais de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre práticas preventivas do HIV/AIDS para adolescentes

Cobertura de estratégia saúde da família em municípios rurais remotos do Pará

A relação entre família e saúde

Hábitos de trabalho, esforço e qualidade de vida em profissionais da estratégia da saúde da família em município do semiárido nordestino

A equipe de saúde da família no cuidado de pessoas idosas restritas ao domicílio de um bairro de Juiz de Fora/MG: Um estudo transversal

RESUMO DE TESES E DISSERTAÇÕES

Prática de enfermagem na atenção primária à saúde no estado da Paraíba: teoria, crítica, abordagens e correlações com a *advanced nurse practice* (anp)

Educação para paz na formação em saúde

Ensino das doenças crônicas não transmissíveis no curso de graduação em enfermagem

RESUMOS

Revisão do protocolo do enfermeiro da Paraíba

Editorial

Profa. Dra. Daniela Savi Geremia (UFFS)
Prof. Dr. José da Paz Oliveira Alvarenga (UFPB)
Profa. Dra. Stella Costa Valdevino (UFPB)

A Estratégia Saúde da Família: desafios e inovações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como o principal modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, fundamentada em princípios como territorialização, coordenação, vínculo, continuidade do cuidado e participação comunitária. Ao longo dos últimos 30 anos, a ESF tem demonstrado sua capacidade de transformar realidades e impactar positivamente no cenário epidemiológico, social e demográfico da população brasileira.

Por meio da APS/ESF foi possível ampliar o acesso da população a serviços essenciais, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além do avanço na qualidade das práticas das equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada abordando as necessidades de saúde, considerando os diferentes aspectos que influenciam o bem-estar dos indivíduos e das famílias. Neste volume da Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, buscamos reunir uma coletânea de estudos que refletem os desafios, inovações e impactos desse modelo de atenção na construção de um sistema de saúde mais equitativo, universal e eficiente.

Os artigos apresentados abordam temas essenciais para a reorientação das práticas em saúde no contexto da ESF e são analisados, destacando a importância das ações e qualificação profissional no aprimoramento do cuidado em saúde. A avaliação do cuidado nutricional e das práticas preventivas também recebe atenção neste volume, evidenciando a necessidade de estratégias baseadas em evidências para garantir a integralidade do cuidado. A humanização das práticas e o uso de tecnologias na APS são elementos-chave para a melhoria dos serviços, contribuindo para uma APS acolhedora e resolutiva. Estudos sobre a atuação das equipes na atenção a idosos restritos ao domicílio e sobre a relação entre família e saúde trazem reflexões fundamentais sobre o papel da ESF no acompanhamento longitudinal e no fortalecimento dos laços comunitários.

Neste contexto, este volume reafirma o compromisso da pesquisa com a qualificação da ESF/APS, promovendo debates que subsidiem políticas públicas e a prática dos profissionais de saúde. A ESF continua sendo um campo fértil para a inovação, exigindo o aprimoramento contínuo de estratégias para responder às complexidades do cuidado em saúde. Esperamos que as reflexões aqui apresentadas

possam contribuir para o avanço das práticas e políticas que sustentam a APS como pilar fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Boa leitura!

A longitudinalidade nas práticas de saúde: uma revisão no contexto da Estratégia Saúde da Família

Longitudinality in healthcare practices: a review in the context of the Family Health Strategy

Longitudinalidad en las prácticas de salud: una revisión en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia

Thalia Cristine Novaes de Vasconcelos

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo

Anna Carolina Alves Machado

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Resumo

O objetivo é analisar, na literatura científica brasileira, as atividades, características do trabalho e limitações relacionadas à longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Revisão integrativa, na qual realizou-se levantamento de estudos publicados até 2021 nas bases Scielo e Lilacs. Considerando-se critérios de elegibilidade, 07 artigos foram incluídos na amostra final. As atividades/características identificadas foram classificadas e quantificadas conforme as dimensões da longitudinalidade. Predominaram as que estavam associadas às dimensões Fonte Regular de Cuidado e Relação Interpessoal, destacando-se a visita domiciliar feita pelo agente comunitário de saúde e as tecnologias relacionais, respectivamente. A dimensão Continuidade Informacional foi a menos abordada. Os limites impostos ao cuidado longitudinal concentraram-se na dimensão Fonte Regular de Cuidado, a exemplo da burocratização do acesso, falta de medicamentos e não integração do médico à equipe. O enfoque na longitudinalidade oportunizou a análise de potencialidades e contradições específicas das práticas de saúde na ESF. Reforça-se a necessidade de investigá-las, com vistas a mudanças no processo de trabalho, para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Prática de Saúde Pública.

Abstract

The goal is to analyze, in Brazilian scientific literature, the activities, work characteristics, and limitations related to longitudinality within the Family Health Strategy framework. Integrative review, in which a survey of studies published up to 2021 was conducted in the Scielo and Lilacs databases. Considering eligibility criteria, 07 articles were included in the

final sample. The identified activities/characteristics were classified and quantified according to the dimensions of longitudinality. The activities predominantly associated with the dimensions of Regular Source of Care and Interpersonal Relationship, with home visits conducted by community health agents and relational technologies, respectively, standing out. The dimension of Informational Continuity was the least addressed. The limits imposed on longitudinal care focused on the dimension of Regular Source of Care, such as bureaucratic access, medication shortages, and the lack of integration of the physician within the team. The focus on longitudinality provided the opportunity to analyze specific strengths and contradictions in health practices within the Family Health Strategy (ESF). It reinforces the need to investigate them, aiming for changes in the work process to strengthen Primary Health Care.

Keywords: Continuity of Patient Care, Primary Health Care, Family Health, Public Health Practice.

Resumen

El objetivo es analizar, en la literatura científica brasileña, las actividades, características del trabajo y limitaciones relacionadas a la longitudinalidad en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia. Revisión integradora, en la que se realizó un levantamiento de estudios publicados hasta 2021 en las bases de datos Scielo y Lilacs. Considerando los criterios de elegibilidad, se incluyeron 07 artículos en la muestra final. Las actividades/características identificadas fueron clasificadas y cuantificadas según las dimensiones de longitudinalidad. Predominaron aquellas asociadas a las dimensiones Fuente Regular de Cuidado y Relación Interpersonal, destacándose la visita domiciliaria realizada por el agente comunitario de salud y las tecnologías relacionales, respectivamente. La dimensión Continuidad Informacional fue la menos abordada. Los límites impuestos a la atención longitudinal se concentraron en la dimensión Fuente Regular de Atención, como la burocratización del acceso, la falta de medicamentos y la no integración del médico al equipo. El enfoque en la longitudinalidad brindó la oportunidad de analizar potencialidades y contradicciones específicas de las prácticas de salud en el FSE. Se refuerza la necesidad de investigarlos, con miras a cambios en el proceso de trabajo, para fortalecer la Atención Primaria de Salud.

Palabras-clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia, Práctica de Salud Pública.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à porta de entrada do SUS, onde Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) realizam atividades de baixa densidade tecnológica, garantindo o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde¹. No entanto, ao ampliar o conceito de APS, entende-se que, para além de uma estratégia de organização e integração do sistema de saúde, a partir de uma perspectiva da população, busca-se assegurar o cuidado no primeiro atendimento, assim como também, os recursos humanos e tecnológicos adequados e sustentáveis, contemplando o significado real da sustentabilidade, capaz de suprir as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de atender às do futuro^{2,3}. No Brasil, o que sustenta este conceito e alavanca a APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴.

A ESF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas um modelo que procura aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na lógica da vigilância à saúde, fortalecendo diretrizes e princípios doutrinários do SUS como universalidade, integralidade e equidade⁵, por isso, configura-se como principal estratégia de implementação e organização da APS⁶, baseada nos atributos essenciais propostos por Starfield⁷: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e, nos atributos derivados, quais sejam: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Tais atributos foram incorporados à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, persistindo nas versões atualizadas em 2011 e 2017^{5,8}.

Dentre os atributos supracitados está a longitudinalidade, que pode ser compreendida como uma relação pessoal duradoura entre os profissionais de saúde e os usuários das unidades de saúde⁷. É prevista como diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo definida como:

“continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.”⁹

Segundo Cunha e Giovanella¹⁰, enquanto característica central e exclusiva da APS, este atributo pode ser definido também como a relação terapêutica entre usuário e profissionais da equipe, que implica o reconhecimento e a utilização da unidade de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo, contextualizando-se em uma equipe

multiprofissional, visto que não responsabiliza unicamente a figura médica pelo cuidado ofertado neste nível assistencial.

Ademais, pode-se compreender a longitudinalidade a partir de suas três dimensões: a fonte regular de cuidado, que expressa o reconhecimento da unidade básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde; a relação interpessoal, que pressupõe o estabelecimento de vínculo duradouro que se configura em uma boa relação entre os profissionais de saúde e o usuário; e a continuidade informacional, base deste atributo, pois guia a conduta terapêutica ao fornecer informações cruciais sobre a vida das pessoas, referindo-se, portanto, à qualidade dos registros em saúde, sua manipulação e disponibilização, com o intuito de gerar o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe de saúde, possibilitando uma assistência integral, visto que os registros em saúde devem compreender aspectos clínicos, características sociodemográficas, valores e situação familiar do usuário¹⁰.

Logo, a longitudinalidade e as suas dimensões constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da APS. Neste sentido, estudos recentes avaliaram o atributo da longitudinalidade através do PCATool (Primary Care Assessment Tool), Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. Uma pesquisa de avaliação dos modelos de APS (unidade de saúde com e sem ESF), ao observar a longitudinalidade nos cuidados primários à saúde da criança em um município do Oeste do Paraná, aponta como resultados positivos da longitudinalidade o estabelecimento de um forte vínculo com as unidades de saúde, sugerindo que há o reconhecimento da fonte de atenção primária por parte dos usuários¹¹. Um outro estudo também avaliou o cuidado longitudinal nos diferentes modelos assistenciais na APS e verificou que os melhores resultados foram encontrados na ESF¹².

Com isso, acredita-se que as dimensões da longitudinalidade se concretizam por meio das práticas de saúde e, por esse motivo, identificar as atividades, na condição de componente do processo de trabalho em saúde, que estão sendo realizadas nos serviços pelos profissionais que trabalham na ESF também é importante para uma melhor compreensão de como elas estão sendo desempenhadas neste cenário. Para que a APS seja efetivamente uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, é necessário que seus atributos sejam considerados, pois só será possível alcançar uma APS de qualidade quando os seus atributos forem operacionalizados em sua totalidade².

Deste modo, este trabalho teve como objetivo analisar, a partir da literatura científica brasileira, as características do trabalho, as atividades e limitações relacionadas à afirmação da longitudinalidade no âmbito da ESF.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

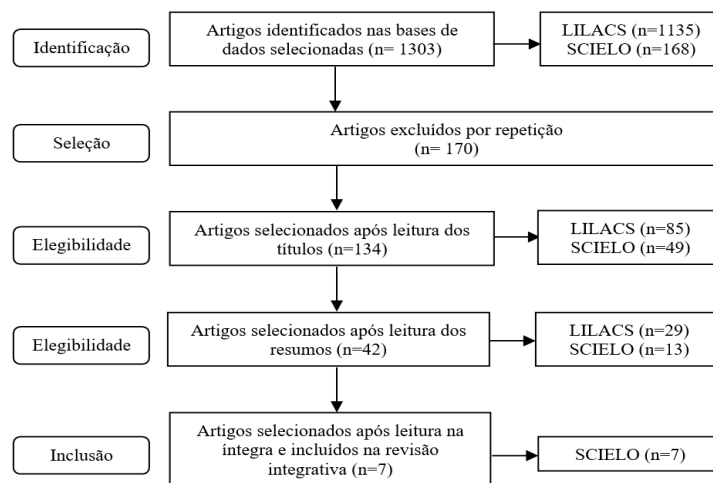
Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, construída a partir da elaboração de uma pergunta norteadora, seguida de exploração inicial da literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão¹³. Deste modo, buscou-se artigos científicos publicados até 2021, sem um ano inicial pré-estabelecido, em revistas indexadas nas bases Scielo e Lilacs, com vistas a responder à pergunta central: “Quais são as atividades/características do trabalho, voltadas para a afirmação da longitudinalidade, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no âmbito da ESF?”.

Foram utilizados, como estratégia de busca, os descritores (longitudinalidade OR continuidade da assistência ao paciente) AND (atenção primária OR saúde da família), validados no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde), buscando-se artigos exclusivamente em português, selecionando-se todos os índices. Foram incluídos artigos cuja temática central estivesse relacionada ao desenvolvimento de atividades de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família, sendo excluídos artigos que não detalharam tais atividades, a exemplo dos que utilizaram instrumentos avaliativos em sua metodologia, como o PCATool e PMAQ, e também os artigos cujo campo de estudo não fosse o Brasil.

Inicialmente, a busca levantou 1303 artigos relacionados à temática. Após a seleção de títulos e resumos, bem como exclusão de repetições, restaram 42 artigos. Por fim, realizada a leitura dos artigos na íntegra, considerando os que abordavam atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF voltadas para a longitudinalidade, foram selecionados os 7 artigos do tipo analítico-descritivo que compuseram o material de análise deste estudo. Segue abaixo o organograma detalhando as etapas realizadas para seleção dos artigos utilizados na revisão de literatura:

Figura 1. Organograma com etapas da seleção dos artigos para revisão da literatura.



Desta forma, a análise foi feita a partir da identificação das características do trabalho e atividades apresentadas nos resultados dos artigos, que foram classificadas e quantificadas conforme as dimensões da longitudinalidade propostas por Cunha e Giovanella¹⁰.

Resultados e discussão

A partir da análise do material, foram identificadas tanto as atividades realizadas na ESF voltadas para a afirmação da longitudinalidade, quanto às limitações relacionadas ao desenvolvimento do referido atributo. Os resultados foram produzidos a partir de estudos publicados entre os anos 2010 e 2021, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Relação dos artigos analisados que continham atividades/características do trabalho voltadas à longitudinalidade do cuidado.

Título/Revista	Autores/Ano de publicação	Abrangência da Pesquisa	Característica Metodológica
Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária/ Cadernos de Saúde Pública	Moreira et al., 2021 ⁶	Municipal	Qualitativo
Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia/ Revista de APS	do Vale et al., 2019 ¹⁴	Municipal	Qualitativo
Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços/ Physis: Revista de Saúde Coletiva	Santos, Romano e Engstrom, 2018 ¹⁵	Municipal	Qualitativo
Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal/ Cadernos Saúde Coletiva	Arce e Sousa, 2014 ¹⁶	Estadual	Qualitativo
Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional/ Revista da Escola de Enfermagem da USP	Baratieri, Mandu e Marcon, 2012 ¹⁷	Municipal	Qualitativo
Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família / Escola Anna Nery	Baratieri e Marcon, 2011 ¹⁸	Municipal	Qualitativo
Acompanhamento de usuários portadores de câncer por trabalhadores da saúde da família/Revista Latino-Americana de Enfermagem	Simino, Santos e Mishima, 2010 ¹⁹	Municipal	Quantitativo

Fonte: Autores.

Com base no total de estudos encontrados, podemos inferir que há uma produção ainda incipiente e exploratória acerca do detalhamento das atividades voltadas à longitudinalidade na ESF. Destaca-se o predomínio de artigos com abrangência municipal e o desenho qualitativo, sendo três dos sete artigos publicados em revistas de Enfermagem, número equivalente à área de Saúde Coletiva.

A continuidade do cuidado nas unidades de saúde tem como principais referências profissionais no acompanhamento ao longo do tempo da população tanto enfermeiros como Agentes Comunitários em Saúde (ACS)¹⁸, o que, em alguma medida, corrobora o interesse destacado destas duas áreas em relação ao tema. A partir das dimensões estabelecidas por Cunha e Giovanella¹⁰, os dados dos artigos foram sistematizados conforme as atividades e características do trabalho (Quadro 2) e as limitações das atividades (Quadro 3).

Quadro 2 – Distribuição das atividades/características do trabalho voltadas ao desenvolvimento da longitudinalidade identificadas nos estudos segundo suas dimensões.

ATIVIDADES/CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA ESF	
Dimensão: Fonte Regular de Cuidados	Nº de menções nos artigos
Visita domiciliar feita pelo ACS	5
Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar	4
Adscrição da clientela e estabelecimento de território definido	2
Serviço de portas abertas e sensível às necessidades do paciente	2
Ampliação do cardápio de ofertas de serviços na UBS	2
Busca ativa de usuários	2
Planejamento dos serviços nas práticas de saúde	1
Acesso à unidade	1
TOTAL	19
Dimensão: Relação Interpessoal	Nº de menções nos artigos
Tecnologias relacionais	6
Grupos de educação em saúde	4
Assistência integral	3
Apoio ao cuidador familiar	1
TOTAL	14
Dimensão: Continuidade Informacional	Nº de menções nos artigos
Planilhas de acompanhamento dos usuários	1
TOTAL	1

Fonte: Autores.

A fonte regular de cuidados foi a dimensão mais abordada em relação às atividades/características do trabalho. O que pode estar relacionado à proposta da ESF em promover uma relação mais estreita entre profissionais e usuários¹⁸, assim, o predomínio de

atividades que favorecem esta relação, a exemplo da visita domiciliar, facilitam o reconhecimento da unidade básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde¹⁰.

Conforme demonstrado no Quadro 2, a visita domiciliar (VD) feita pelos ACS foi a atividade mais citada em relação a esta dimensão. É possível que, por ser uma atividade há muito tempo desenvolvida pelos ACS, seja a mais estabelecida no cotidiano das equipes. A visita domiciliar, que começou em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é referida como uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário¹⁵, que redireciona o foco do atendimento à família e não mais ao indivíduo apenas, visto que a ESF propõe a noção de cobertura por família²⁰.

Os estudos são unânimes em apontar os ACSs como os profissionais que mais conhecem a realidade da população¹⁸, pois são eles que concentram as atividades desenvolvidas junto ao usuário ou sua família¹⁹. Isto porque, anteriormente, a composição da equipe mínima para Saúde da Família, definida pelo Ministério da Saúde, recomendava 4 ACS para 1 médico, 1 enfermeiro, 1 ou 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD)²¹. Todavia, com a última versão da PNAB, o número de ACS fica a critério da gestão municipal, não sendo mais obrigatório o quantitativo de quatro ACS⁹.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel crucial no SUS, contribuindo para a ampliação do acesso e aprimoramento da qualidade na APS. Essa contribuição era reconhecida nas PNAB 2006 e 2011, as quais promoviam uma cobertura universal. No entanto, tal consideração foi negligenciada na PNAB 2017, sendo apontada como uma ameaça ao vínculo dos profissionais com a comunidade. Isso acarreta consequências adversas para o cuidado integral e compromete o progresso na construção de um novo modelo de atenção, destacando a Unidade de Saúde da Família como a principal fonte de cuidados à população^{22,23}.

Além disso, os artigos revelam a importância dessa prática por ser um espaço que potencializa a formação do vínculo devido ao contato próximo que estabelece com os usuários e o contexto social em que estão^{15,17}. Assim, através de uma assistência contínua, a VD garante uma fonte regular de cuidado, pois promove a adesão e o reconhecimento pelas pessoas da unidade enquanto um local a ser procurado¹⁶.

Depois da VD, o trabalho em equipe foi uma das características mais identificadas, configurando-se como componente de destaque na ESF, que propõe a reorganização do processo de trabalho a partir da problematização com o modelo que centraliza os serviços de

saúde na figura médica²⁴. Nesse sentido, os estudos ratificam este achado ao apresentar o trabalho em equipe multiprofissional como um arranjo organizacional fundamental no processo de cuidar em saúde¹⁵ e no estabelecimento de uma assistência com maior integralidade, eficiência e resolutividade, que recebe a contribuição das reuniões de caso entre a equipe¹⁷.

Outro ponto muito importante trazido por um dos artigos diz respeito à articulação da equipe de saúde da família (eSF) com o NASF-AB (Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). O NASF-AB ampliou as categorias profissionais presentes na unidade ao incluir, por exemplo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Desse modo, essa equipe de apoio busca evitar o encaminhamento desnecessário dos usuários a outros serviços, fomentando a resolução dos problemas na própria unidade, de modo a possibilitar à população o reconhecimento da unidade como um local para se resolver diversos problemas de saúde, tornando-a uma fonte habitual de atenção¹⁶.

Algumas questões foram igualmente mencionadas em dois artigos, a saber: a busca ativa; a adscrição da clientela e estabelecimento de território definido; ser um serviço de portas abertas e sensível às necessidades do usuário; e a ampliação do cardápio de ofertas de serviços na unidade. A busca ativa é um princípio político das práticas no território e sua conduta é orientada para a identificação não apenas de agravos de notificação compulsória, mas também das necessidades de saúde de determinada comunidade²⁵.

Sobre esta prática, os estudos encontrados caracterizam a busca ativa como um fator importante para que a unidade não perca o contato com os usuários. Esse esforço em manter o vínculo e possibilitar o reconhecimento da USF como fonte regular de cuidado é feito quando o ACS verifica se o usuário que procurou o posto de saúde está cadastrado na unidade ou quando e por que falta a alguma atividade agendada junto à equipe. Os ACS fazem uma busca ativa de pessoas com patologias específicas, das situações, do que acontece na vida dos usuários e, com essas informações, ajudam a definir se uma família precisa receber mais visitas¹⁶. Em um dos estudos é apresentada uma experiência do programa hiperdia, que cita uma planilha de acompanhamento dos usuários com nome, o endereço, o número da família e o convívio com morbidades como uma estratégia que permite ao profissional da ESF confrontar o universo dos sujeitos cadastrados no programa com aqueles que realmente frequentam as consultas e os grupos de educação em saúde, de modo a facilitar a metodologia da busca ativa¹⁴.

No que diz respeito à adscrição da clientela e estabelecimento de um território definido, os artigos encontrados reforçam a ideia de que o trabalho na ESF está centralizado

em um território definido, compreendido como espaço geopolítico, demarcado pelo contexto sociocultural, econômico e político das famílias que ocupam esse espaço social. Espera-se, portanto, que as eSF possam conhecer o perfil demográfico, social, econômico e epidemiológico da população que está sob sua responsabilidade, nesse território¹⁹.

As eSF são responsáveis por realizar o acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada²⁶. Os estudos demonstram a relevância dessa atividade em prestar um cuidado contínuo à população, além de destacar o papel do agente comunitário, caracterizando-o como fundamental para o acompanhamento das famílias. Ademais, um dos artigos aponta a listagem de todas as gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos como meio facilitador de fazer uma cobertura efetiva no território¹⁶.

Com base nos estudos encontrados, percebe-se também que um serviço de portas abertas e sensível às necessidades do paciente favorece a longitudinalidade na medida em que atua de forma efetiva como primeiro contato. Com isso, promove-se a adesão a um novo modelo onde o primeiro contato não é necessariamente o médico e o atendimento não acontece por ordem de chegada, filas e senhas. Logo, deixar a porta do serviço aberta para quando o usuário precisar faz com que este o reconheça como fonte satisfatória e habitual de atenção às suas necessidades de saúde, à proporção que os serviços são resolutivos¹⁵.

Em relação à ampliação do cardápio de ofertas de serviços na unidade, os artigos interpretam essa prática como uma consequência do trabalho em equipe, visto que uma equipe multiprofissional integrada aumenta a diversidade do cardápio de ofertas de serviços, constantemente associados a ações preventivas e de promoção da saúde, fortalecendo o vínculo longitudinal e, mais especificamente, tornando a unidade uma fonte habitual de atenção¹⁵.

O planejamento dos serviços nas práticas de saúde e o acesso do território até a unidade foram menos identificados neste tópico, sugerindo possíveis dificuldades da ESF em relação a estas questões. Em relação a esse acesso, por exemplo, sabe-se ser este um dos principais desafios a serem enfrentados pela APS. A implantação da ESF no Brasil promoveu a expansão da cobertura dos serviços de saúde, mas, apesar dos avanços obtidos, a dificuldade de acesso a esses serviços ainda é algo presente²⁷.

No entanto, ainda que de forma incipiente, a questão do acesso foi considerada ponto positivo para que a unidade se configure como uma fonte regular de atenção à população. Isso porque favorece a longitudinalidade, pois quanto mais próximo o usuário está da USF, mais fácil e imediata será a prestação dessa assistência, evidenciando a importância da localização

geográfica adequada da unidade na área adscrita. Logo, a ESF deve alocar suas equipes de modo a estarem mais próximas do local de moradia dos usuários¹⁷.

Já em relação ao planejamento, Kawata et al.²⁸ afirmam que muitas equipes de saúde da família atuam de forma divergente às características centrais da ESF preconizadas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, pois raramente planejam suas ações em conjunto com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, e quando planejam, é de forma centralizada e pouco participativa. Ainda assim, o fato de o planejamento das ações ser visto como favorável à dimensão fonte regular de cuidado pode ser justificado por esta prática se constituir como um instrumento que permite acompanhar o cotidiano da produção de saúde a fim de que as demandas espontâneas da comunidade não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente²⁹.

Na dimensão relação interpessoal, as tecnologias relacionais foram as mais presentes, sendo mencionadas nos artigos através do acolhimento, comunicação aberta e eficaz, empatia entre profissionais e usuários, atenção redobrada, laços de confiança fortalecidos e construção de vínculo para existência de relação duradoura. Essas tecnologias podem favorecer o desenvolvimento de competência interpessoal³⁰ e, de acordo com os próprios artigos, a utilização delas no processo de trabalho demonstrou fortalecer a relação interpessoal nos espaços terapêuticos, considerada como potente produtor de vínculo e confiança na produção de cuidado¹⁵.

Nesse sentido, os artigos convergem no entendimento de que as práticas de saúde são processos intersubjetivos e que, por isso, o componente das relações interpessoais promove vínculos duradouros¹⁶. Com isso, a permanência por vários anos de um profissional na mesma unidade de saúde e o acompanhamento dos diversos problemas de saúde de um usuário pela mesma equipe de saúde são ações que contribuem para a criação desse vínculo, para o sentimento de integração da população à equipe e, conseqüentemente, para uma boa relação entre profissional e usuário a fim de gerar melhorias da qualidade das ações e de resultados na saúde da população¹⁸.

Depois das tecnologias relacionais, os grupos de educação em saúde e a assistência integral foram as questões mais citadas, visto que se traduzem no estabelecimento das relações entre os profissionais da ESF e as famílias, proporcionado pelo próprio modelo assistencial da ESF que permite o acompanhamento do indivíduo e de sua família de forma muito próxima¹⁸. Sendo assim, essas atividades conseguem fortalecer a longitudinalidade ao gerar nos usuários a aceitação para o acompanhamento ao longo do tempo por parte da unidade¹⁷.

Em relação aos grupos de educação em saúde, temos que, na ESF, há uma valorização de práticas grupais, que representam uma estratégia de aprendizado, mas também de formação de vínculo entre profissional e usuário. Desse modo, a longitudinalidade não está apenas no acompanhamento dos usuários e sua família, mas também acontece e traz benefícios no estabelecimento de uma relação duradoura com as pessoas por meio de grupos¹⁷.

Os estudos são unânimes em apresentar esta atividade como favorável às relações interpessoais duradouras que acontecem entre profissional-usuário, mas também entre os usuários, que podem trocar experiências e auxiliar uns aos outros na superação dos problemas¹⁷. Além disso, outro elemento trazido nos artigos refere-se à corresponsabilização do cuidado, pois ações coletivas de promoção da saúde contribuem na formação de vínculo e o vínculo influencia nas atitudes dos usuários, que passam a seguir as orientações dos profissionais e desenvolver corresponsabilização pela própria saúde⁶.

Esse fato reforça o que está previsto na literatura, que apresenta uma ESF focada na criação de vínculos e formação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários, bem como revela que a longitudinalidade também é constituída nesses aspectos, evidenciando que os princípios da ESF viabilizam a ocorrência do cuidado ao longo do tempo¹⁷.

Outra questão identificada nos estudos é a assistência integral, que está associada aos conceitos de clínica ampliada e abordagem multidisciplinar na assistência, o que aumenta as ações ofertadas pela equipe, em um escopo ampliado de práticas, e também colaboram para avanços na vinculação do usuário¹⁵. Os artigos também referem como assistência integral o acompanhamento do indivíduo no decorrer de seu ciclo de vida e, para além do indivíduo, a família também deve ser considerada, visto que, por meio da compreensão do contexto familiar do indivíduo e da realidade que está inserido, é possível identificar grande parte de seus problemas¹⁸. Contudo, é preciso confrontar a noção de integralidade como o somatório de diferentes saberes dos campos profissionais para as demandas específicas dos usuários, de modo que a integração de práticas interprofissionais busque superar a fragmentação, incorporando ações intersetoriais de modo a alcançar as necessidades sociais em saúde³¹.

Também foi citada como atividade que favorece a relação interpessoal o apoio ao cuidador familiar, sendo esta uma demanda que surge no território nas diferentes etapas de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos dos usuários. Este apoio se manifesta de diversas formas, quais sejam: apoio emocional ligado ao afeto, empatia, respeito e amor; apoio de reforço, realizado através da demonstração de reconhecimento ao cuidador e/ou familiar; apoio informativo relacionado a informações, conselhos, opiniões,

ensinamentos; e apoio instrumental que disponibiliza recursos, bens e serviços. Neste contexto, o apoio mais frequente prestado pelos trabalhadores é o emocional e, para tal, é necessário o uso de tecnologias relacionais¹⁹. A literatura aponta o cuidador familiar como um dos alvos de preocupação para a equipe da ESF e, por isso, é importante que os serviços e os profissionais de saúde estejam preparados para atender às famílias e aos seus cuidadores³².

Acerca da dimensão continuidade informacional, verificou-se ser a menos presente nos artigos, o que sugere ser uma dimensão pouco frequente no cotidiano das práticas, no que diz respeito à obtenção de informações necessárias sobre a vida dos usuários em geral, tendo como resultado a baixa qualidade dos registros em saúde, o seu manuseio e a não disponibilização em seu rol de atividades¹⁰.

Neste caso, houve apenas menção a uma ação, a planilha de acompanhamento dos usuários, estratégia levantada por um estudo e elaborada com o propósito de identificar indivíduos com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e/ou DM (Diabetes Mellitus) e criar indicadores para embasar as ações de saúde. Essa ferramenta permitiu monitorar a situação de saúde em cada microárea, ao considerar a dinamicidade dos sujeitos, as relações flexíveis no contexto familiar e o movimento migratório das famílias que podem modificar as condições epidemiológicas de cada território. Entre as informações contidas na planilha, estavam o nome, o endereço, o número da família e a relação com tais condições de saúde¹⁴.

Orienta-se que esse instrumento deveria ser preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde, quando das visitas domiciliares, constituindo-se como uma ferramenta em constante atualização e de uso compartilhado com os profissionais da eSF, porém ressalta-se que as baixas condições de disponibilidade e uso de tecnologias informatizadas podem contribuir para desestimular esta prática entre profissionais¹⁴, o que pode ter relação com a baixa presença desta categoria nos estudos.

Quadro 3 – Distribuição das limitações relacionadas ao desenvolvimento da longitudinalidade relatadas nos estudos segundo suas dimensões.

LIMITAÇÕES	
Dimensão: Fonte Regular de Cuidados	Nº de menções nos artigos
Burocratização do acesso	1
Pulverização de tarefas	1
Falta de medicamentos	1
Médico não integrado à equipe, atuando conforme modelo tradicional	1
Ausência de contrarreferência dos usuários	1
TOTAL	5
Dimensão: Relação Interpessoal	Nº de menções nos artigos
Construção de vínculo fragilizado devido à baixa interação entre NASF-AB e eSF	1
TOTAL	1
Dimensão: Continuidade Informacional	Nº de menções nos artigos
Falta de recursos orçamentários para implementação de novas formas de registro das informações dos usuários	1
Falha no registro de prontuário	1
TOTAL	2

Fonte: Autores

Conforme o Quadro 3, as limitações concentraram-se na dimensão fonte regular de cuidados, o que demonstra que, mesmo com a existência de muitos elementos potencializadores, a burocratização do acesso, a pulverização das tarefas, a falta de medicamentos, um acompanhamento não sistematizado, a falta de interconexão entre serviços e a não integração do médico à equipe dificultam a afirmação da ESF como fonte regular de cuidado.

De acordo com Santos et al.¹⁵, o excesso de demandas do serviço e a falta de tempo para realizar reuniões de equipe, discussão de casos e atividades de planejamento geram uma burocratização do acesso ao serviço de saúde e a pulverização de outras tarefas agregadas ao trabalho que impedem o usuário, os trabalhadores e os gerentes do sistema de saúde de visualizarem potencialidades assistenciais instaladas dentro do ambiente de cuidado.

Especificamente, a falta de medicamentos enfraquece a unidade no propósito de ser fonte habitual de atenção por fomentar conflitos e descrenças da população em relação aos profissionais, que têm que encaminhar a população para outros serviços¹⁶. Trata-se, portanto, de um elemento ligado à precarização da APS.

Um dos estudos aponta o médico como o profissional menos integrado à equipe, atuando em um modelo tradicional, por meio de consultas na unidade de saúde, realizando ações junto à comunidade apenas em visitas domiciliares no atendimento aos casos mais

graves¹⁸. Esta questão pode ser justificada pela hegemonia do modelo biomédico que propõe a esses profissionais uma organização fragmentada de trabalho, dificultando uma assistência integral. Desse modo, os usuários podem não reconhecer a unidade enquanto fonte habitual de atenção, pois esta assistência centrada em condutas médicas não colabora para a constituição de vínculos³³.

Outro artigo revela que existe a desarticulação da rede de serviços devido à ausência da contrarreferência dos usuários com câncer na ESF, pois há desconhecimento por parte dos trabalhadores de que a contrarreferência se faz presente¹⁹. Os conceitos de referência e contrarreferência pressupõem a organização dos serviços de saúde em redes sustentadas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos. Dessa forma, o sistema em rede deve fomentar e assegurar vínculos nas dimensões intraequipes, interequipes/serviços, entre profissionais da saúde e gestores, e entre usuários e serviços/equipes³⁴.

Quanto à continuidade informacional, encontramos duas limitações: a falta de recursos orçamentários para implementação de novas formas de registro das informações dos usuários e a falha no registro de prontuário. Ao apontar o primeiro ponto, Do Vale et al.¹⁴ referiam-se à falta de verba associada à implementação do cartão de acompanhamento do Hiperdia, estratégia que poderia ser aplicada de modo a favorecer a continuidade informacional.

Este cartão emerge como uma estratégia para solidificar a longitudinalidade e a integralidade do cuidado aos sujeitos com HAS e/ou DM, porque é um instrumento que possibilita o registro abrangente de informações sobre aspectos clínicos, laboratoriais e sociodemográficos dos sujeitos, como idade, sexo, ocupação, número de filhos, estado civil e hábitos de vida. Esses dados permitem conhecer alguns dos determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento, visando entender a singularidade dos sujeitos e fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, com o objetivo de promover autonomia e aprimorar a qualidade de vida. O cartão também inclui o registro de informações acerca do histórico de saúde, o desenvolvimento de comorbidades e o acompanhamento do processo saúde-doença¹⁴.

Já sobre a falha no registro de prontuário, o estudo que o menciona sugere que há uma dificuldade dos profissionais em reconhecer o registro nos prontuários como ação estratégica para avaliação e continuidade do cuidado ao longo do tempo. As informações tendem a se restringir a dados vitais e avaliações clínicas direcionadas à queixa apresentada pelas pessoas, fazendo um recorte da situação no dia específico em que o usuário buscou atendimento. Além

disso, algumas eSF ainda fazem uso de prontuários individuais, em detrimento dos prontuários familiares, dificultando o olhar sobre o sujeito no contexto de sua família¹⁶.

Ter a continuidade informacional como base nas unidades favorece o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde, orientando a conduta e avaliação do profissional¹⁰. Sem isso, a relação terapêutica estabelecida entre usuários e profissionais da equipe de APS é fragilizada, pois prejudica qualquer vínculo que venha a ser estabelecido, já que não há segurança nas informações requeridas, tais como histórico de queixas bem como de diagnósticos e condutas realizadas em consultas anteriores, e até mesmo informações que permitam entender o contexto sociocultural e os determinantes do processo saúde-doença. Essas informações, muitas vezes, são conseguidas em reuniões e conversas com a equipe, mas que, se limitando ao uso da fala e da memória sem o apoio da escrita, não terá o registro e armazenamento de dados necessários, prejudicando o acesso aos mesmos¹⁶.

Na dimensão relação interpessoal, encontramos como limitação a construção fragilizada de vínculo devido à baixa interação entre NASF-AB e eSF. Este achado sugere que há grandes esforços por parte da ESF em criar vínculos com os usuários a fim de se estabelecer uma relação duradoura. No entanto, Moreira et al.⁶ apontaram dificuldades da equipe NASF-AB em garantir a continuidade do cuidado na realidade estudada, mesmo diante de casos complexos e desafiadores, pois a lógica do trabalho estava baseada no encaminhamento para outros pontos da rede de atenção.

Essa atitude tende a distanciar profissionais e usuários ao direcioná-los compulsoriamente a outros serviços. Ademais, ao restringir os atendimentos clínicos a avaliações e encaminhamentos para outros serviços, os profissionais dos Núcleos estudados inibem a potência do próprio trabalho e limitam as contribuições para a APS integral. Nesse sentido, um cuidado continuado por parte do NASF traria mais potência para APS em virtude desses profissionais conhecerem os problemas sociais e de saúde dos territórios⁶, contribuindo para o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado na ESF.

Considerações finais

O presente estudo sistematizou, a partir da revisão do conjunto de artigos, diversas atividades/características do cotidiano do trabalho das eSF que contribuem para a afirmação do atributo da longitudinalidade do cuidado no âmbito da ESF, evidenciando as contribuições deste modelo de atenção para a construção efetiva de uma perspectiva abrangente de APS.

Neste particular, destacam-se a visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde e o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na afirmação da dimensão fonte

regular de cuidados; e os grupos de educação em saúde, as tecnologias relacionais, a construção de vínculo e a assistência integral na dimensão relação interpessoal.

Em contrapartida, algumas limitações, especialmente relacionadas à dimensão fonte regular de cuidados, dificultam este processo, a exemplo da burocratização do acesso, a falta de medicamentos e o profissional médico não integrado à equipe, questões que podem ser enfrentadas em processos de qualificação profissional, mas também de investimento político no enfrentamento da precarização da APS.

É importante considerar que, embora os atributos da APS devam estar integrados entre si, olhar especificamente para a longitudinalidade, a partir das dimensões propostas por Cunha e Giovanella¹⁰, mostrou-se como algo oportuno para a identificação e análise de potencialidades e contradições específicas do processo de trabalho na ESF, permitindo a desnaturalização das atividades dos profissionais, ou seja, não interpretá-las como mera rotina laboral, mas sim construir uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde com vistas a mudanças.

Por fim, com esta revisão da literatura, percebeu-se que há uma escassez de artigos empíricos publicados no Brasil que abordam, em profundidade, este objeto. Nesse sentido, novos estudos que assumam a longitudinalidade como tema central para investigar as práticas de saúde realizadas pelas eSF podem subsidiar estratégias para fortalecer a ESF e, conseqüentemente, a APS, analisando criticamente, revisitando propostas e inovando no campo da saúde.

Referências

1. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc* 2011; 20(4):867-874.
2. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. 2ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde—CONASS; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf/view>.
4. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42:18-37.
5. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Cienc Saude Colet* 2020; 25(4):1475–1482.
6. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saude Publica* 2021; 36:e00031420.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, MS; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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). *Diário Oficial da União* 2017; 22 Set.
10. Giovanella L, Machado E. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):1029-1042.
11. Frank B, Viera C, Ross C, Obregón P, Toso B. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate* 2015; 39:400-410.
12. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, Soares RSA, Trindade LL. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2019; 32:186-193.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (Sao Paulo)* 2010; 8:102-106.
14. Vale PRLF, Prata DRA, Cordeiro MB, Araújo CO, Leite RV, Goés ÂCF. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. *Rev. APS* 2019; 22(2).

15. Santos RM; Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis* 2018; 28:e280206.
16. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saude Colet* 2014; 22(1):62-68.
17. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46:1260-1267.
18. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2011; 15(4):802-810.
19. Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18:856-863.
20. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2017; 22(64): 77-86.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, Caderno 1: A implantação da unidade de saúde da família*; 2000.
22. Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42:11-24.
23. Fonseca A, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS em Revista* 2021; 3(3):210-223.
24. Guimarães BEB, Branco ABDAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev Psicol Saude* 2020; 12(1):143-155.
25. Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estud e Pesqui em Psicol* 2010; 10(1):281-295.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*; 1997.
27. Chávez GM, Viegas SMDF, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2020; 24:e20190331.
28. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18:313-320.
29. Silva BFS, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Benito GAV. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). *Saude Debate* 2015; 39:183-196.
30. Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2017; 70(5):981-987.

31. Nascimento LC, Souza FR, Arce VA. Concepções e Práticas De Integralidade em Saúde no Núcleo de Apoio à Saúde Da Família. *Rev Baiana Saude Pública* 2018; 42:26-40.
32. Biolo HF, Portella M. Vivência do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passo Fundo–RS. *Estud Interdiscip Envelhec* 2010; 15(2).
33. Terra LSV, Campos GWDS. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trab Educ Saude* 2019; 17:e0019124.
34. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* 2016; 21(1).

Proposta e aplicabilidade de modelo para avaliação do cuidado nutricional na Estratégia Saúde da Família

Proposal and applicability of a model to evaluate the nutritional care at the Family Health Strategy

Propuesta y aplicabilidad de un modelo de evaluación de la atención nutricional en la Estrategia Salud de la Familia

Dixis Pedraza

Resumo: A pesquisa objetivou propor e verificar a aplicabilidade de um modelo para avaliar o cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos de idade na Estratégia Saúde da Família. O desenvolvimento do modelo baseou-se na análise de implantação de uma intervenção e na proposta avaliativa para serviços de saúde de Donabedian. O modelo desenvolvido foi aplicado em 24 equipes de saúde de dois municípios do Estado da Paraíba. O modelo construído contempla parâmetros de estrutura (recursos humanos e disponibilidade de materiais e insumos) e processo (práticas gerais de profissionais de saúde, na vigilância do crescimento, na prevenção de carências nutricionais específicas, no contexto da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e de gestão/intersetoriais). A aplicação do modelo caracterizou o cuidado nutricional como fragmentado. O modelo elaborado poderá orientar o monitoramento, avaliação, gestão e qualificação do cuidado nutricional na Estratégia Saúde da Família. O grau de implantação das ações foi "intermediário", com melhor situação no município com equipes de saúde ampliadas com nutricionista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

Abstract: The research aimed to propose and verify the applicability of a model to evaluate the nutritional care for children under five years of age at the Family Health Strategy. The development of the model was based on the analysis of the implementation of an intervention and on the evaluation proposal for health services by Donabedian. The developed model was applied to 24 health teams from two municipalities in the State of Paraíba. The model development contemplates framework (human resources and availability of materials and inputs) and process (general practices of health professionals, in monitoring growth, in the prevention of specific nutritional deficiencies, in the context of the Breastfeeding and Feeding Strategy Brazil and management/intersectoral) parameters. The model application characterized the nutritional attention as fragmented. The model elaborated may guide the monitoring, evaluation, management and qualification of the nutrition care at the Family Health Strategy. The degree of implementation was "intermediate", with better situation in the municipality with health teams expanded with nutritionist.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Evaluation, Nutrition Programs and Policies.

Resumen: La investigación tuvo como objetivo proponer y verificar la aplicabilidad de un modelo para evaluar la atención nutricional a menores de cinco años en la Estrategia Salud de la Familia. El desarrollo del modelo se basó en el análisis de la implantación de una intervención y en la propuesta de evaluación de los servicios de salud de Donabedian. El modelo desarrollado se aplicó a 24 equipos de salud en dos municipios del estado de Paraíba. El modelo construido incluye parámetros de estructura (recursos humanos y disponibilidad de materiales e insumos) y proceso (prácticas generales de los profesionales de la salud, en la vigilancia del crecimiento, en la prevención de deficiencias nutricionales específicas, en el contexto de la Estrategia Amamanta y Alimenta Brasil y de gestión/intersectoriales). La aplicación del modelo caracterizó el cuidado nutricional como fragmentado. El modelo desarrollado puede orientar el seguimiento, evaluación, gestión y calificación de la atención nutricional en la Estrategia Salud de la Familia. El grado de implantación de las acciones fue "intermedio", con mejor situación en el municipio con equipos de salud ampliados con nutricionista.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación.

Introdução

Desde a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecida como modelo de reforma dos sistemas de serviços de saúde, baseado em práticas de prevenção, promoção, cura e reabilitação, capazes de superar o modelo hospitalocêntrico centrado na doença. A Conferência definiu, ainda, a APS como o primeiro elemento da atenção à saúde de forma continuada. Na atualidade, a importância atribuída à APS baseia-se na sua capacidade de melhorar as condições de saúde e o desenvolvimento da população^{1,2}. Os sistemas de saúde orientados na APS apresentam menores custos, melhores resultados e maior eficiência, com impactos positivos sobre indicadores de situação de saúde, diminuição dos efeitos das desigualdades socioeconômicas sobre a saúde e menores taxas de morbi-mortalidade infantil³.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estabelecida como principal alternativa para a reorganização da APS e o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁻⁴. Para isso, a ESF precisa constituir-se de uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, com práticas caracterizadas pela intersetorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular⁴. Nesse sentido, posteriormente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi instituído com o objetivo de apoiar as ações desenvolvidas nas equipes da ESF e ampliar a abrangência das mesmas por meio da atuação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento segundo os princípios da territorialização e da regionalização^{5,6}. Nesse cenário, o fortalecimento da APS conta com diversas políticas de saúde, dentre as quais a Política Nacional de Alimentação e Nutrição⁷ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança⁸.

Pesquisas avaliativas da ESF distinguem avanços relacionados ao componente demanda, como na universalização do acesso, cobertura, focalização, acolhimento e vínculo. Entretanto, mostram-se limitações no enfoque às necessidades de saúde e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, como na territorialização, participação comunitária e intersetorialidade. Destaca-se a manutenção do modelo hegemônico na forma de pensar e de atuar, com consequências negativas na integralidade da atenção que representa, possivelmente, o princípio do SUS mais comprometido⁴. Assim, para que a ESF possa desempenhar sua função de reorientação do sistema de saúde impõem-se enormes desafios

relacionados à infraestrutura, capacidade tecnológica, profissionalização da gestão, trabalho multiprofissional e relações de trabalho².

Essa conjuntura apresenta-se em condições da população brasileira marcada por um processo de transição epidemiológica que se caracteriza pela persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição; problemas de saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis; e o desafio imposto pelas doenças crônicas e seus fatores de risco^{2,9}. Assim, os serviços de saúde brasileiros estão sendo desafiados a dar respostas contínuas e integradas, distantes das práticas atuais, que respondam às necessidades do país².

A alimentação e nutrição, nesse sentido, constitui requisito básico na promoção e proteção da saúde^{9,10} e a promoção da alimentação saudável ação prioritária nas diretrizes nacionais para a promoção da saúde¹¹. A promoção da alimentação saudável representa, junto às ações no campo da atividade física e do uso de tabaco e álcool, uma das medidas preventivas mais importantes na APS, com benefícios associados à redução dos custos para o tratamento das doenças crônicas no SUS¹².

O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, de maneira qualificada e multidisciplinar, é essencial para o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde no contexto da APS¹³. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde caracteriza-se por falta de capacitação para atuar na área, delegando essas ações a um segundo plano, as quais ficam principalmente sob responsabilidade de médicos e enfermeiros¹⁴⁻¹⁶.

A despeito dessa conjuntura, a inserção do nutricionista na APS ainda é incipiente^{17,18}. A importância desse profissional para a ESF vem sendo argumentada considerando sua capacidade de lidar com os problemas de alimentação e nutrição a nível local com funções específicas na gestão de políticas e na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde^{14,19,20}. Sugere-se, também, que o nutricionista seja essencial para a integralidade da atenção, visão que é compartilhada, inclusive, por outros profissionais como médicos e enfermeiros^{11,14,15,19}. Além de ser o único profissional com formação adequada para atuar na área de alimentação e nutrição, o nutricionista tem papel essencial na promoção de práticas alimentares saudáveis e da segurança alimentar e nutricional, efetivando a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças^{11,14,19}. Nessa conjuntura, o NASF, sobretudo

com a participação desse profissional, constitui oportunidade impar para o fortalecimento e qualificação das ações de alimentação e nutrição na APS²¹.

Destarte, é preciso apropriar-se das discussões que perpassam a avaliação de intervenções e programas de alimentação e nutrição na APS, de forma a refletir sobre a produção do conhecimento e os desafios neste campo. Assim, o artigo propõe um modelo para avaliar o cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos de idade na ESF e verifica sua aplicabilidade em dois municípios da Paraíba.

Métodos

Desenvolvimento do modelo

Como fase prévia ao desenvolvimento do modelo, foi conduzida em 2017 uma revisão da literatura brasileira sobre a avaliação das ações de alimentação e nutrição direcionadas a crianças menores de cinco anos na APS/ESF. A estratégia de busca foi delineada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e da *SciELO*. No processo de busca utilizou-se o operador *booleano and*, na associação dos seguintes descritores: *Health Services Research; Health Evaluation; Program Evaluation* e *Health Research Evaluation* com *Nutrition Programs and Policies; Nutrition Programs, Nutrition Policy* e *Nutritional Surveillance*. Essa revisão resultou em uma lista de indicadores utilizados em dez estudos, que foram considerados para a elaboração do modelo. Posteriormente, foram elencados os itens a serem observados na avaliação (medidas), visando a mensurar os resultados e contemplar as justificativas teóricas de cada indicador.

Para elaborar o modelo do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF, considerou-se como referencial teórico-metodológico a análise de implantação de uma intervenção²² e a proposta avaliativa para serviços de saúde de Donabedian²³. Nesse contexto, fatores da estrutura e do processo foram definidos como mediadores do grau de implantação da intervenção. A estrutura refere-se aos recursos físicos, organizacionais e técnicos, e o processo aos procedimentos relacionados à prestação de serviços ao consumidor que dependem das condições estruturais²³. A seleção dos parâmetros de estrutura e processo baseou-se nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, em consonância com recomendações para a integralidade e efetividade das intervenções de nutrição na APS^{13,24-33}.

Aplicabilidade do modelo

O modelo desenvolvido foi aplicado em equipes da ESF de dois municípios do Estado da Paraíba, compostos um por 20 equipes e o outro por 28, com arranjos tanto do tipo convencional quanto do Programa Mais Médicos (PMM). Os dois municípios diferem enquanto à forma de atuação do nutricionista nas equipes de saúde, sendo um por meio dos NASF (Município 1) e o outro constituindo equipes ampliadas (Município 2). A aplicabilidade do modelo foi testada em 12 equipes de cada município, seis do PMM e seis convencionais. As equipes de saúde foram selecionadas aleatoriamente dentre aquelas vinculadas ao mesmo NASF.

A coleta de dados foi realizada, após teste piloto, por uma equipe de entrevistadores formada por alunos da área de saúde de universidade pública, sob a supervisão de um profissional experiente, entre 16-08-2017 e 29-12-2017. Os entrevistadores foram devidamente treinados para a padronização dos procedimentos, incluindo o preenchimento de um questionário que foi aplicado aos profissionais de saúde, a observação de consultas de puericultura e a análise do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), em conformidade com a proposta de avaliação desenhada. Na perspectiva de conter diferentes planos de explicação para o grau de implantação das ações de alimentação e nutrição, incluíram-se informações de três níveis de análise imbricados (equipes de saúde, profissionais e população). Nesta etapa, analisou-se a facilidade ou a dificuldade na obtenção dos dados. Considerou-se “dificuldade” quando as informações de interesse apresentaram problemas na coleta devido a desconhecimento, ausência ou não fornecimento dos dados. A identificação de deficiências possibilita a adequação do modelo para futuras aplicações.

O modelo avaliativo foi testado por meio de um sistema de escores no qual as subdimensões e dimensões derivaram da soma das pontuações dos seus componentes. O grau de implantação foi determinado pela soma dos escores da estrutura e do processo dividido dois (número total de dimensões, cada uma com o mesmo peso) (Quadro 1). Todos os escores foram categorizados em três níveis considerando seu valor em relação ao máximo de pontos possíveis: “incipiente” (0,0 a 33,3%), “intermediário” (33,4 a 66,7%) e “avançado” (66,8 a 100,0%). O cenário “incipiente” foi entendido como proposta de “atenção simplificada”, o cenário intermediário como “atenção fragmentada” e o cenário avançado como “atenção abrangente”. O grau de implantação das ações de alimentação e nutrição foi comparado

segundo o município e o tipo de equipe de saúde. Diferenças nos escores de implantação foram verificadas por meio do teste t de student.

O projeto de pesquisa foi elaborado e aprovado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado (CAAE: 71609317.9.0000.5187). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Desenvolvimento do modelo

A partir dos parâmetros das dimensões de estrutura e processo considerados necessários à implementação das ações de alimentação e nutrição^{13,24-33}, construiu-se um modelo lógico-operacional para a avaliação de serviços aplicada à atenção nutricional às crianças menores de cinco anos (Figura 1). O modelo resultou em três subdimensões para a estrutura e seis para o processo. Na estrutura incluem-se a capacitação e o conhecimento dos profissionais para o desenvolvimento das ações, a disponibilidade de equipamentos antropométricos e de suplementos, e a disponibilidade de documentos técnicos. A dimensão de processo considera as práticas de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS); a implantação da vigilância do crescimento, das ações de prevenção de carências nutricionais específicas e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e o desenvolvimento de ações de gestão e intersetoriais. No Quadro 1 é possível visualizar as dimensões, subdimensões e indicadores do modelo avaliativo com vistas a definir o grau de implantação do cuidado nutricional.

A subdimensão *Qualificação dos Recursos Humanos para as Ações de Alimentação e Nutrição* refere-se à qualificação dos profissionais para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição e à coordenação das mesmas. Inclui características sobre os recursos humanos em termos de formação, capacitação e conhecimentos na área de nutrição. Engloba tanto conhecimentos gerais de nutrição quanto específicos relacionados à vigilância do crescimento. Para avaliar os conhecimentos no contexto da vigilância do crescimento propõe-se verificar a adequação no uso e interpretação das curvas de crescimento de crianças menores de cinco anos por meio de *case scenarios* (Quadro 1). Alguns dos casos recomendados foram extraídos ou adaptados do manual de capacitação da Organização Mundial da Saúde para a interpretação de indicadores de crescimento³⁴.

A subdimensão *Disponibilidade de Equipamentos e Suplementos* compreende a existência na equipe de saúde de equipamentos antropométricos, sulfato ferroso e suplemento de vitamina A. A subdimensão *Disponibilidade de Documentos Técnicos* respalda a importância dos materiais educativos do Ministério da Saúde relacionados à nutrição em saúde coletiva. Sugere-se que a disponibilidade de materiais seja verificada mediante observação direta.

A subdimensão *Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Médicos e Enfermeiros* inclui as práticas desses profissionais, as quais foram estabelecidas considerando os níveis de intervenção do cuidado nutricional: diagnóstico, promoção e prevenção, e assistência/tratamento/cuidado¹³. As variáveis (ações) na subdimensão *Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Agentes Comunitários de Saúde* centram atenção na coleta de dados antropométricos e do consumo alimentar, na suplementação com micronutrientes e na orientação aos usuários sobre alimentação e nutrição, conforme recomendações para a atuação desse profissional²⁶.

A subdimensão *Implantação da Vigilância do Crescimento* propõe o uso de informações relacionadas às práticas nas consultas de puericultura e ao preenchimento da CSC. A adequação do processo de trabalho nas consultas de puericultura deve ser julgada obedecendo a critérios normativos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, preconizados pelo Ministério da Saúde, considerando, minimamente, a mensuração do peso, estatura e perímetro cefálico; o registro do peso, estatura e perímetro cefálico nos gráficos de acompanhamento do crescimento contidos nas CSC; e as orientações às mães sobre o peso, crescimento e perímetro cefálico da criança^{25,27}. Além disso, recomenda-se estimar o tempo da consulta, dado sua importância no cuidado. Propõe-se que o tempo seja considerado adequado quando ≥ 10 minutos³⁵. O preenchimento dos gráficos de perímetro cefálico x idade, peso x idade, altura x idade (se de posse da segunda e terceira versões do instrumento) e Índice de Massa Corporal x idade (se de posse da terceira versão do instrumento) das CSC deve ser considerado adequado quando as quantidades de registros estiverem consoantes com o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde segundo a idade da criança no momento do inquérito. São preconizadas 12 consultas para a assistência à criança menor de cinco anos, com 1º registro: aos 15 dias, 2º registro: 16 dias |- 1 mês, 3º registro: 1 |- 2 meses, 4º registro: 2 |- 4 meses, 5º registro: 4 |- 6 meses, 6º registro: 6 |- 9 meses, 7º registro: 9 |- 12 meses, 8º registro: 12 |- 18 meses, 9º registro: 18 |- 24 meses, 10º registro: 2 |- 3 anos, 11º registro: 3 |- 4 anos, 12º registro: 4 |- 5 anos²⁸.

A subdimensão *Implantação das Ações de Prevenção de Carências Nutricionais Específicas* inclui as ações do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó. Propõe-se que a implantação dos mesmos esteja baseada na sua adequação às respectivas recomendações. Para o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, as CSC devem ter quantidades de registros de suplementação com vitamina A nos quadros de anotações da suplementação preventiva de ferro e vitamina A e/ou nos quadros de anotações das vacinas em conformidade com a idade da criança segundo o preconizado pelo Programa (do 6º mês aos 4 anos e 11 meses as crianças devem ser suplementadas nove vezes com intervalo mínimo de seis meses entre duas administrações, com 1º registro: 6 |- 12 meses, 2º registro: 12 |- 18 meses, 3º registro: 18 |- 24 meses, 4º registro: 24 |- 30 meses, 5º registro: 30 |- 36 meses, 6º registro: 36 |- 42 meses, 7º registro: 42 |- 48 meses, 8º registro: 48 |- 54 meses, 9º registro: 54 |- 59 meses)³¹. Mesmo com a inexistência de parâmetros quantitativos específicos para o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o indicador deve ser avaliado com base em regulamentações afins. Nas crianças entre 6 e 24 meses, CSC cujos quadros de anotações da suplementação preventiva com ferro e vitamina A tenham um registro de frasco de xarope de sulfato ferroso a cada três meses (1º frasco: 6 |- 9 meses, 2º frasco: 9 |- 12 meses, 3º frasco: 12 |- 15 meses, 4º frasco: 15 |- 18 meses, 5º frasco: 18 |- 21 meses, 6º frasco: 21 |- 24 meses) pode ser considerado para indicar adequação. Para avaliar a implantação da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó sugere-se verificar as anotações de sachê em pó NutriSUS na Ficha de Controle de Distribuição dos Sachês. Conforme documentos técnicos da Estratégia, a adequação corresponde a crianças entre 9 e 51 meses que tenham registro mínimo de 36 sachês (esses limites de idade consideram o período de um ciclo da suplementação de 12 semanas em crianças com idade entre 6 e 48 meses)³².

A subdimensão *Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* trata a implementação pela equipe de saúde das ações preconizadas nessa Estratégia. Dessa forma, foca a formação de tutores, a realização de oficinas de trabalho, a elaboração de plano de ação para fortalecimento das ações previstas na Estratégia e a certificação da unidade/equipe de saúde³³.

A subdimensão *Gestão e Intersetorialidade* reforça a importância dos processos de gestão e das ações intersetoriais. Na proposta, a gestão é respaldada pelo envolvimento de algum

membro da equipe de saúde com atividades relacionadas ao gerenciamento das ações de alimentação e nutrição. A intersetorialidade foi elencada nas perspectivas educativas e da vigilância alimentar e nutricional no contexto de programas estratégicos (Programa Bolsa Família e Programa Saúde na Escola).

Aplicabilidade do modelo

Com raras exceções todas as variáveis do modelo mostraram-se de fácil obtenção e entendimento. Houve dificuldades na obtenção do dado sobre a implantação da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó. O formato e conteúdo da Ficha de Controle de Distribuição dos Sachês nem sempre possibilitaram a obtenção da informação desejada. Houve dificuldade relacionada à compreensão do nome da criança e incompletude dos registros de sachês, segundo as fichas controle. Em alguns casos também não foi possível ter acesso à ficha, ressaltando-se, por parte dos profissionais, irregularidade no fornecimento dos sachês e/ou desconhecimento ao respeito das responsabilidades dos diferentes setores (saúde e educação). Apesar dessas dificuldades, esse indicador deve ser mantido no modelo, tendo em vista a importância dessa ação. Para os resultados do presente estudo a pontuação desse indicador foi computada à implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

A Tabela 1 mostra os resultados do grau de implantação segundo o modelo avaliativo nos municípios de estudo. Observa-se que ambos os municípios apresentaram classificação “incipiente” no preenchimento das curvas de crescimento da CSC e na implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Além disso, situação similar foi apontada no Município 1 para a disponibilidade de documentos técnicos da área de nutrição, a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Enquanto a classificação da dimensão estrutura no Município 1 foi “intermediário”, no outro município foi “avançado”, com diferença estatística nos escores. O processo de trabalho em ambos os municípios foi classificado como “intermediário”, entretanto com maior escore no Município 2, o qual teve melhor avaliação na implantação da vigilância de crescimento, das ações de prevenção de carências nutricionais específicas e na gestão/intersetorialidade. Em relação ao tipo de equipe de saúde, observa-se que nenhum dos parâmetros considerados apresentou diferença ao se comparar as médias dos escores das equipes do PMM e convencionais, sendo classificados como “incipiente” o preenchimento das curvas de crescimento da CSC nos dois tipos de equipe e a disponibilidade de documentos

técnicos da área de nutrição nas equipes do PMM. A classificação do grau de implantação foi “intermediário” em ambos os municípios, com maior escore no Município 2; segundo o tipo de equipe, a classificação foi a mesma, entretanto sem diferença estatística significativa.

Discussão

Na avaliação de programas, o processo de construção do modelo lógico consta como a melhor técnica de delinear uma pergunta avaliativa e avaliar como um programa funciona, delimitando os fatores contextuais que podem influenciar no alcance dos resultados. A apresentação do modelo lógico otimiza tempo e recursos, possibilitando identificar com clareza a contribuição da intervenção e de outros componentes para o alcance dos resultados. Nesse sentido, uma intervenção pode ser concebida como um sistema de ação que inclui uma estrutura com atores que executam as ações para alcançar objetivos definidos³⁶. Com essa perspectiva, acredita-se que a discussão sobre o modelo lógico das ações de alimentação e nutrição possa contribuir para a compreensão das premissas teóricas do cuidado nutricional de crianças menores de cinco anos e na tomada de decisão antes mesmo que a avaliação propriamente dita seja feita. Poderá, assim, ter utilidade não somente para pesquisadores, como também para gestores, profissionais de saúde e as instâncias de controle social. Por meio do modelo lógico foram identificados os principais componentes da estrutura e do processo de trabalho na área de nutrição com o objetivo de reduzir os distúrbios nutricionais em crianças menores de cinco anos.

Cabe destacar que o modelo lógico mostrou-se de fácil aplicação, destacando-se as maiores dificuldades na obtenção das informações relacionadas à Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó. Nesse sentido, como alternativa, a implantação da Estratégia poderia ser avaliada *in loco* por meio da observação da disponibilidade do sachê em pó NutriSUS e das condutas de administração, considerando a normatização correspondente³². Em relação à obtenção das informações, a dependência do engajamento dos participantes e a diversidade de procedimentos propostos merecem atenção do ponto de vista da qualidade do material gerado, sobressaindo a necessidade de considerar a possibilidade de repostas nem sempre precisas dos profissionais. Estudos têm apontado que os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações do que os usuários^{37,38}. Por fim, há que enfatizar a importância da validação do modelo³⁹.

A aplicação do modelo lógico resultou em deficiências na implantação das ações de alimentação e nutrição, inclusive de programas específicos. Outros estudos realizados no Brasil de cunho quantitativo, como o presente, também têm relatado importantes deficiências na estrutura e no desenvolvimento das ações de nutrição pelos profissionais de saúde da ESF^{16,40,41}. Além disso, pesquisas avaliativas de intervenções têm mostrado insuficiências de implantação⁴²⁻⁴⁸ e revisões sistemáticas da literatura conseguiram mostrar a precariedade em temas específicos como a vigilância do crescimento⁴⁹, o preenchimento das curvas de crescimento da CSC⁵⁰ e a promoção do aleitamento materno⁵¹. Por sua vez, investigações qualitativas têm destacado como barreiras para o trabalho na área de nutrição na APS aspectos como condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis da população, estrutura física inadequada, problemas de organização nos serviços de saúde, sobrecarga de trabalho e grande demanda de atividades burocráticas, predomínio do modelo biomédico com relações assimétricas e subvalorização do cuidado preventivo, e inadequação dos profissionais de saúde em termos de capacitação na área de nutrição e/ou ausência de nutricionista^{40,52-54}. Circunstâncias como essas parecem ser realidade também em outros países⁵⁵⁻⁵⁷, entretanto com indícios dos benefícios de profissionais treinados nas práticas de cuidado^{55,57} e na satisfação do usuário⁵⁵. O treinamento dos profissionais de saúde na área de nutrição tem se mostrado efetivo tanto no desempenho profissional no cuidado nutricional quanto na melhoria da alimentação e do estado nutricional da criança^{58,59}.

Enquanto nesse estudo não houve diferenças entre equipes do PMM e convencionais na estrutura, no processo e no grau de implantação das ações de alimentação e nutrição, as análises segundo o município indicaram melhor situação quando o nutricionista forma parte das equipes de saúde de forma ampliada. Apesar de não ser possível precisar que o melhor desempenho do Município 2 seja devido à inserção do nutricionista na equipe de saúde, recomendando-se o planejamento de pesquisas posteriores nesse sentido, é prudente cogitar uma influência positiva relacionada às funções desse profissional na gestão e no cuidado nutricional, articulando uma ação conjunta com os demais profissionais e gerando corresponsabilização pelo trabalho dos temas de nutrição no âmbito do SUS²⁰. Resultados semelhantes foram encontrados com base na análise dos dados nacionais do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que mostrou melhor situação na estrutura e no processo de trabalho quando há apoio de nutricionista⁶⁰. Nesse estudo, os benefícios da inserção do nutricionista nas equipes de saúde podem decorrer, ainda, da quantidade de pessoas assistidas, dos vínculos estabelecidos com a comunidade, das

atribuições e da interação com os outros membros da equipe, que podem ser diferentes para o profissional que atua no NASF.

Os resultados da aplicação do modelo devem ser interpretados com cautela considerando a amostra de conveniência de dois municípios de um mesmo Estado da Federação e a possibilidade de viés principalmente nos aspectos avaliados a partir da percepção do profissional. De todo modo, há que destacar a importância dos achados a partir do recorte dos dois casos observados, uma vez que estudos de implantação das ações de alimentação e nutrição na APS no Brasil são escassos, sobretudo estabelecendo diferenças segundo realidades na composição das equipes de saúde. O grau de implantação “intermediário” em ambos os municípios revela um quadro preocupante que pode trazer prejuízos no estado nutricional e de saúde das crianças brasileiras e merece atenção do ponto de vista de capacitação, valorização, incentivo financeiro e estabelecimento de metas na área de alimentação e nutrição.

Conclusão

O modelo de avaliação elaborado utiliza com base as normativas das ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Essa primeira aplicação do instrumento demonstrou viabilidade na utilização dos indicadores propostos para contemplar as ações. Como dado de difícil obtenção destacou-se o uso das informações da Ficha de Controle de Distribuição dos Sachês da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó, o que atenta para lacunas na gestão da Estratégia. Os resultados observados sugerem que todos os indicadores permaneçam no modelo, com possíveis ajustes decorrentes de aplicações sucessivas e validação em diferentes contextos. O modelo elaborado poderá orientar o monitoramento, avaliação, gestão e qualificação das ações e programas de nutrição na ESF. O grau de implantação do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos foi “intermediário”, com melhor situação no município com equipes de saúde ampliadas com nutricionista.

Referências

1. Sumar N, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(2):202-12.
2. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(Esp.):158-64.
3. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):30-6.
4. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(1):221-32.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 24 jan.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 28 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* Ago 2016.
9. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011; 24(6):809-24.

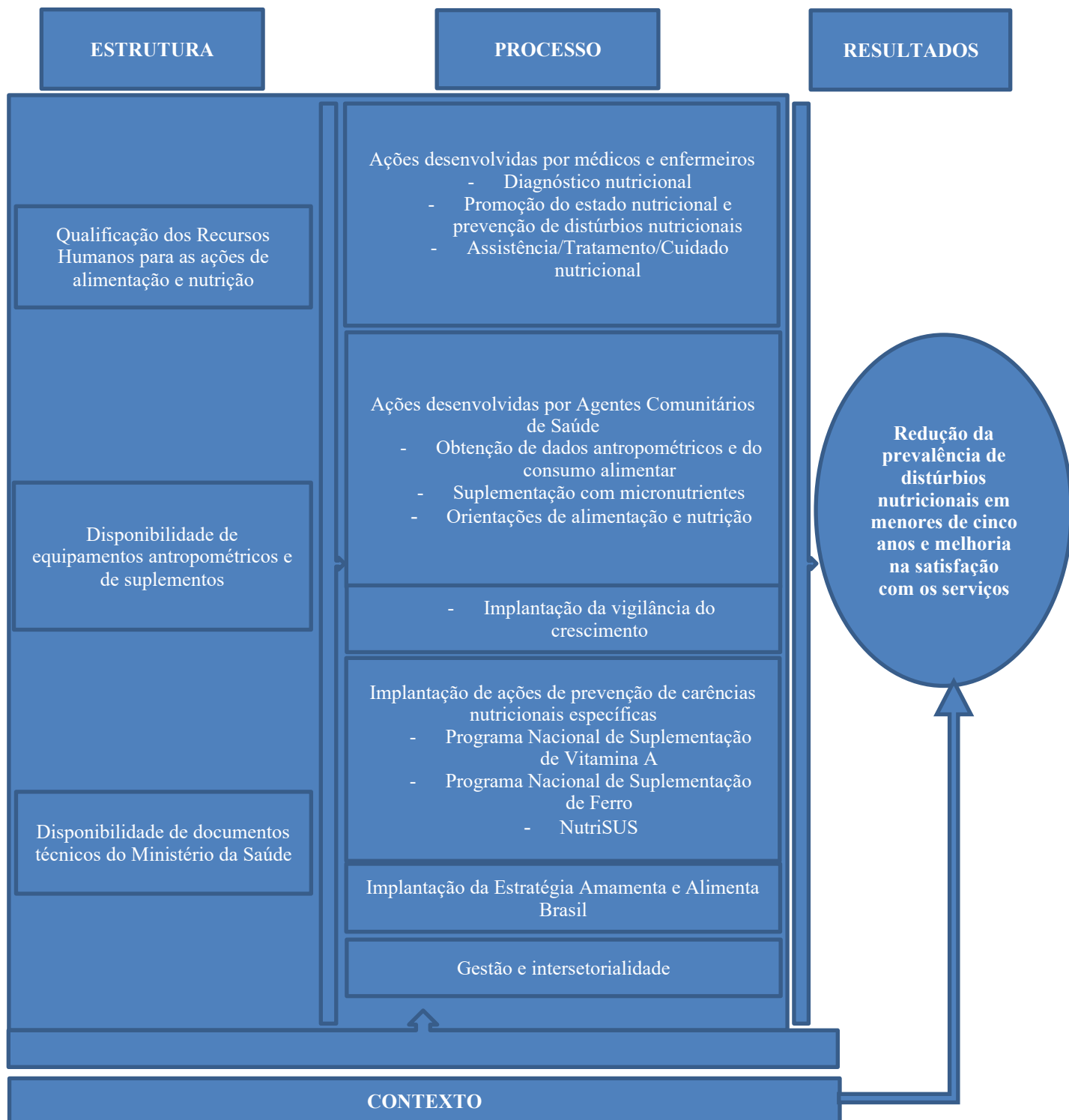
10. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em Saúde. *Divulgação Saúde Debate*. 2014;51:72-85.
11. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(1):73-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. Junqueira TS, Cotta RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(5):1459-74.
15. Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr*. 2012;25(1):89-106.
16. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, et al. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(1):49-57.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da Atenção Básica: Características das Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Retratos da Atenção Básica-2012, n. 2).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da Atenção Básica: Ações da Gestão para Qualificação das Equipes. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Retratos da Atenção Básica-2012, n. 2).
19. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(Supl. 1):797-804.
20. Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00164514.
21. Vasconcelos IAL, Sousa MF, Santos LMP. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. *Rev Nutr*. 2015;28(4):431-50.
22. Champagne F, Broussele A, Hartz Z, et al. A análise de implantação. In: Broussele A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.p.217-38.
23. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 27).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde. NutriSUS-Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
34. Organización Mundial de la Salud. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS: Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra: OMS; 2008.
35. Halfon N, Stevens GD, Larson L, et al. Duration of a Well-Child Visit: Association With Content, Family-Centeredness, and Satisfaction. *Pediatrics*. 2011;128(4):657-64.
36. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, et al. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.p.61-74.
37. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):979-87.

38. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*. 2015;39(105):387-99.
39. van der Knaap P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. *Evaluation*. 2004;10:16-34.
40. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da ação básica. *Cien Saude Colet*. 2018;23(1):61-72.
41. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Assessment of growth monitoring in child care visits at the Family Health Strategy in two municipalities of Paraíba State, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(4):847-55.
42. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22: E190028.
43. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00161516.
44. Ferreira CS, Cherchiglia ML, Cesar CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;13(2):167-77.
45. Venâncio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00010315.
46. Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde Debate*. 2017;41(N.Esp.3):129-43.
47. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, et al. Percepção de profissionais de saúde sobre o programa de combate à deficiência de vitamina A. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(1):93-9.
48. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, et al. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Cien Saude Colet*. 2013;18(3):827-36.
49. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):7-19.
50. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil-revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(1):122-31.
51. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(3):355-62.

52. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, et al. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1000-8.
53. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis.* 2017;27(3):793- 811.
54. Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(3):260-5.
55. Billah SM, Saha KK, Khan ANS, et al. Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. *PLoS ONE.* 2017;12(5):e0178121.
56. Ghodsi D, Omidvar N, Rashidian A, et al. Key Informants' Perceptions on the Implementation of a National Program for Improving Nutritional Status of Children in Iran. *Food Nut Bull.* 2016;38(1):78-91.
57. Bolka H, Abajobir AA. The practice of essential nutrition actions in healthcare deliveries of Shebedino District, South Ethiopia. *Adv Reprod Sciences.* 2014;2(1):8-15.
58. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, et al. Nutrition training improves health workers' nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. *Frontiers in Public Health.* 2013;1:37.
59. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, et al. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. *Nutr J.* 2013;12:66.
60. Machado PMO. Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros. [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.

Figura 1. Modelo lógico-operacional do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, construído com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde.



Fonte: Elaboração própria

Quadro 1. Dimensões, subdimensões e indicadores do modelo avaliativo para definir o grau de implantação do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, com respectivas pontuações (entre parêntesis).

GRAU DE IMPLANTAÇÃO [10,0: (1 + 2)/2]
1.- DIMENSÃO “ESTRUTURA” (10,0: 1.1 + 1.2 + 1.3)
1.1.- Qualificação dos Recursos Humanos para as Ações de Alimentação e Nutrição (4,0: 1.1.1 + 1.1.2 + 1.1.3):
1.1.1.- Recursos humanos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição (2,0: cada item = 0,5):
Desenvolvimento/coordenação das principais atividades de alimentação e nutrição (por nutricionista, médico, enfermeiro ou em trabalho multiprofissional = 0,5; por outro profissional = 0,25), médico e enfermeiro com pós-graduação ou residência em nutrição/nutrologia/pediatria (todos dois = 0,5; apenas um = 0,25), médico e enfermeiro com treinamento na Política Nacional de Alimentação e Nutrição ou na organização das ações de alimentação e nutrição na ABS/ESF (todos dois = 0,5; apenas um = 0,25), agentes comunitários de saúde com algum tipo de capacitação ou treinamento em nutrição (50% ou mais dos agentes = 0,5).
1.1.2.- Conhecimentos gerais sobre alimentação e nutrição (1,0: cada item = 0,05; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Identificação dos alimentos como fonte de energia e nutrientes, diferença entre alimentos e nutrientes, funções básicas da energia e dos nutrientes, necessidades de vitaminas e sais minerais versus necessidades de macronutrientes, importância do ferro, identificação dos nutrientes, importância dos alimentos ricos em proteínas, valor nutricional das frutas e dos vegetais, identificação de alimentos fontes de proteínas e ferro, relação entre peso corporal e a saúde da criança, recomendações relacionadas ao tempo sobre amamentação exclusiva e complementada, importância do leite materno para a criança, importância da amamentação para a mãe, indicações sobre a suplementação com vitamina A, indicações sobre a suplementação com ferro, indicações sobre a suplementação com múltiplos micronutrientes por meio do sachê NutriSUS, justificativas relacionadas à importância do incentivo à amamentação na primeira hora de vida da criança, importância da ingestão de suco natural de frutas cítricas durante as refeições, recomendações relacionadas ao consumo de frutas/verduras/legumes para crianças maiores de seis meses não amamentadas, definição de aleitamento materno exclusivo.
1.1.3.- Conhecimentos relacionados ao uso e interpretação das curvas de crescimento de crianças menores de cinco anos por meio de <i>case scenarios</i> (1,0: cada item = 0,05; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Caso 1: marcação do perímetro cefálico no gráfico, marcação do peso no gráfico, marcação do comprimento no gráfico, marcação do IMC no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de perímetro cefálico no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de peso no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de comprimento no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de IMC no gráfico; Caso 2: marcação do peso no gráfico, marcação do comprimento no gráfico, marcação do IMC no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de peso no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de estatura no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de IMC no gráfico; Caso 3: interpretação de ganho normal de peso; Caso 4: interpretação de crescimento linear descendente; Caso 5: interpretação de perda de peso; Caso 6: interpretação de estancamento do peso; Caso 7: interpretação de tendência de sobrepeso; Caso 8: interpretação de crescimento linear normal.
1.2.- Disponibilidade de Equipamentos e Suplementos (3,0: cada item = 0,5):
Antropômetro, estadiômetro, balança infantil, balança antropométrica, sulfato ferroso, suplemento de vitamina A.
1.3.- Disponibilidade de Documentos Técnicos (3,0: cada item = 0,2):
Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica, Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação, Guia alimentar para a população brasileira, Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica, Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica, Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar, Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas, Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde, NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional OU NutriSUS: caderno de orientações: estratégia de fortificação da alimentação infantil com

micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.
2.- DIMENSÃO “PROCESSO” (10,0: 2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4 + 2.5 + 2.6)
2.1.- Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Médicos e Enfermeiros (3,0: 2.1.1 + 2.1.2 + 2.1.3):
2.1.1.- Diagnóstico nutricional de crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Obtenção de dados de peso, obtenção de dados de altura, obtenção de dados do consumo alimentar, identificação das práticas de aleitamento materno, identificação de práticas alimentares relacionadas ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, identificação de sinais de deficiências de micronutrientes, identificação de crianças com desnutrição, identificação de crianças com sobrepeso/obesidade, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores do consumo alimentar.
2.1.2.- Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais de crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Informação sobre estratégias de promoção da segurança alimentar e nutricional da família, incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar, promoção da alimentação adequada e saudável nas consultas da criança, promoção da alimentação adequada e saudável em ações coletivas com famílias de crianças menores de 5 anos no seu núcleo, atividades relacionadas à suplementação com ferro/micronutrientes, atividades relacionadas à suplementação com vitamina A, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de ferro, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de vitamina A, cuidado nutricional a crianças com necessidades alimentares específicas (erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/aids, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias), reforço da importância do cumprimento do calendário de consultas como instrumento para a promoção do estado nutricional e vigilância do crescimento da criança.
2.1.3.- Assistência/tratamento/cuidado de crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,2; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Encaminhamento das crianças com distúrbios nutricionais para tratamento dietético com o nutricionista, encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família, tratamento das crianças com anemia, tratamento das crianças com hipovitaminose A, tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares.
2.2.- Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Agentes Comunitários de Saúde (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Obtenção de medidas de peso, obtenção de medidas de altura, obtenção de dados de consumo alimentar, suplementação com ferro, suplementação com vitamina A, orientações sobre alimentação saudável, incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar, orientação alimentar vinculada à suplementação com ferro, orientação alimentar vinculada à suplementação com vitamina A, orientações sobre alimentação e nutrição direcionadas a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
2.3.- Implantação da Vigilância do Crescimento (2,0: 2.3.1 + 2.3.2):
2.3.1.- Vigilância do crescimento das crianças menores de cinco anos nas consultas de puericultura (considerando o profissional encarregado pela consulta) (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):
Mensuração do peso, mensuração da estatura, mensuração do perímetro cefálico, registro do peso no gráfico da CSC, registro da estatura no gráfico da CSC, registro do perímetro cefálico no gráfico da CSC, orientações às mães sobre o peso da criança, orientações às mães sobre o crescimento da criança, orientações às mães sobre o perímetro cefálico da criança, tempo da consulta ≥ 10 minutos.
2.3.2.- Preenchimento das curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança das crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,25; pontuação de cada variável = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):
Preenchimento do gráfico de perímetro cefálico para a idade, preenchimento do gráfico de peso para a idade, preenchimento do gráfico de altura para a idade, preenchimento do gráfico de Índice de Massa Corporal para a idade.
2.4.- Implantação das Ações de Prevenção de Carências Nutricionais Específicas (2,0: 2.4.1 + 2.4.2):
2.4.1.- Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (1,0: pontuação = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):

Registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança.
2.4.2.- Programa Nacional de Suplementação de Ferro (1,0: pontuação = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):
Registro da entrega de xarope de sulfato ferroso na Caderneta de Saúde da Criança (um registro a cada três meses = 1,0; um registro a cada seis meses = 0,5).
2.5.- Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (1,0: cada item = 0,25):
Formação de tutores, realização de oficinas de trabalho, elaboração de plano de ação para fortalecimento das ações previstas na Estratégia, certificação da unidade de saúde.
2.6.- Gestão e Intersetorialidade (1,0: cada item = 0,1):
Planejamento para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição (planejamento), diagnóstico de alimentação e nutrição da população de abrangência com a identificação de áreas vulneráveis e grupos de risco (diagnóstico), preenchimento do Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família (gestão do Programa Bolsa Família), preenchimento do Mapa Diário de Administração de Vitamina A (gestão da suplementação com vitamina A), avaliação antropométrica e acompanhamento do estado nutricional das crianças nas creches e/ou escolas (intersectorialidade da vigilância alimentar e nutricional com o Programa Saúde na Escola), identificação e tratamento diferenciado das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família na avaliação antropométrica e acompanhamento do estado nutricional (intersectorialidade da vigilância alimentar e nutricional com o Programa Bolsa Família), orientações de alimentação e nutrição a crianças nas creches e/ou escolas (intersectorialidade da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil com o Programa Saúde na Escola), promoção da alimentação saudável em ações coletivas direcionadas a crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (intersectorialidade da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil com o Programa Bolsa Família), interpretação de relatórios gerados a partir do SISVAN Web ou do e-SUS para tomar decisões relacionadas às ações de alimentação e nutrição (tomada de decisões), participação em reuniões com a coordenação municipal para discutir questões relacionadas à gestão e implementação das ações de alimentação e nutrição nos níveis comunitário e municipal (coordenação).

Fonte: Elaboração própria

Tabela 1. Escores médios relacionados à estrutura das unidades de saúde e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, segundo o município e o tipo de equipe de saúde, classificatórios do grau de implantação do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos de idade na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2017.

Dimensão/Subdimensão/ Variável (Pontuação máxima)	Escore médios e classificação*		p	Escore médios e classificação*		p
	Município 1	Município 2		Equipes do PMM	Equipes convencionais	
ESTRUTURA						
Recursos humanos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição (2,0)	0,85 ± 0,12 Intermediário	1,08 ± 0,13 Intermediário	0,110	0,85 ± 0,11 Intermediário	1,08 ± 0,13 Intermediário	0,110

Conhecimentos de médicos e enfermeiros para atuar na área de nutrição (2,0)	1,67 ± 0,04 Avançado	1,68 ± 0,04 Avançado	0,464	1,68 ± 0,03 Avançado	1,67 ± 0,04 Avançado	0,440
-Conhecimentos gerais (1,0)	0,79 ± 0,01 Avançado	0,83 ± 0,01 Avançado	0,070	0,80 ± 0,02 Avançado	0,81 ± 0,01 Avançado	0,362
-Conhecimentos relacionados às curvas de crescimento (1,0)	0,88 ± 0,03 Avançado	0,85 ± 0,02 Avançado	0,358	0,88 ± 0,02 Avançado	0,86 ± 0,04 Avançado	0,353
Qualificação dos recursos humanos para as ações de alimentação e nutrição (Subdimensão 1) (4,0)	2,52 ± 0,50 Intermediário	2,76 ± 0,53 Avançado	0,140	2,53 ± 0,47 Intermediário	2,75 ± 0,56 Avançado	0,155
Disponibilidade de equipamentos antropométricos e de suplementos (Subdimensão 2) (3,0)	2,12 ± 0,18 Avançado	2,83 ± 0,07 Avançado	0,0009	2,62 ± 0,10 Avançado	2,35 ± 0,21 Avançado	0,120
Disponibilidade de documentos técnicos da área de nutrição (Subdimensão 3) (3,0)	0,73 ± 0,16 Incipiente	1,24 ± 0,21 Intermediário	0,032	0,84 ± 0,35 Incipiente	1,11 ± 0,37 Intermediário	0,162
Estrutura (Dimensão 1) (10,0)	5,37 ± 0,32 Intermediário	6,83 ± 0,26 Avançado	0,001	5,99 ± 0,32 Intermediário	6,21 ± 0,26 Intermediário	0,342
PROCESSO						
Atuação de médicos e enfermeiros no cuidado nutricional (Subdimensão 1) (3,0)	2,36 ± 0,06 Avançado	2,37 ± 0,05 Avançado	0,481	2,35 ± 0,07 Avançado	2,37 ± 0,05 Avançado	0,407
-Diagnóstico nutricional (1,0)	0,81 ± 0,03 Avançado	0,75 ± 0,03 Avançado	0,529	0,80 ± 0,02 Avançado	0,75 ± 0,03 Avançado	0,141
-Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais (1,0)	0,81 ± 0,02 Avançado	0,80 ± 0,03 Avançado	0,612	0,80 ± 0,03 Avançado	0,82 ± 0,02 Avançado	0,302
- Assistência/tratamento/cuidado (1,0)	0,74 ± 0,03 Avançado	0,82 ± 0,02 Avançado	0,037	0,75 ± 0,04 Avançado	0,80 ± 0,02 Avançado	0,148
Atuação do Agente Comunitário de Saúde nas ações de alimentação e nutrição (Subdimensão 2) (1,0)	0,84 ± 0,02 Avançado	0,72 ± 0,04 Avançado	0,498	0,75 ± 0,04 Avançado	0,81 ± 0,03 Avançado	0,171
-Diagnóstico nutricional (0,3)	0,27 ± 0,01 Avançado	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,599	0,20 ± 0,02 Intermediário	0,24 ± 0,01 Avançado	0,083
-Suplementação com micronutrientes (0,2)	0,13 ± 0,01 Intermediário	0,10 ± 0,01 Intermediário	0,681	0,11 ± 0,01 Intermediário	0,12 ± 0,02 Intermediário	0,391
-Promoção da alimentação saudável (0,5)	0,44 ± 0,02 Avançado	0,46 ± 0,01 Avançado	0,326	0,44 ± 0,02 Avançado	0,45 ± 0,02 Avançado	0,455
Implantação da vigilância do crescimento: atuação do profissional que realiza a consulta de puericultura (1,0)	0,64 ± 0,05 Intermediário	0,76 ± 0,04 Avançado	0,045	0,72 ± 0,04 Avançado	0,66 ± 0,05 Intermediário	0,221
-Tomada de medidas antropométricas (0,3)	0,28 ± 0,01 Avançado	0,30 ± 0,01 Avançado	0,045	0,28 ± 0,01 Avançado	0,29 ± 0,01 Avançado	0,341
-Registro de medidas antropométricas (0,3)	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,24 ± 0,01 Avançado	0,0012	0,18 ± 0,02 Intermediário	0,19 ± 0,02 Intermediário	0,372
-Orientações sobre o estado nutricional (0,3)	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,17 ± 0,02 Intermediário	0,387	0,19 ± 0,02 Intermediário	0,14 ± 0,03 Intermediário	0,071
-Tempo da consulta (0,1)	0,04 ± 0,01 Intermediário	0,05 ± 0,01 Intermediário	0,673	0,07 ± 0,01 Intermediário	0,04 ± 0,01 Intermediário	0,139
Implantação da vigilância do crescimento: preenchimento das curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança (1,0)	0,06 ± 0,01 Incipiente	0,21 ± 0,03 Incipiente	0,0004	0,16 ± 0,04 Incipiente	0,13 ± 0,03 Incipiente	0,323

Implantação da vigilância do crescimento (Subdimensão 3) (2,0)	0,70 ± 0,05 Intermediário	0,97 ± 0,05 Intermediário	0,001	0,88 ± 0,05 Intermediário	0,79 ± 0,05 Intermediário	0,202
Implantação das ações de prevenção de carências nutricionais específicas (Subdimensão 4) (2,0)	0,50 ± 0,09 Incipiente	0,92 ± 0,06 Intermediário	0,0003	0,71 ± 0,09 Intermediário	0,71 ± 0,09 Intermediário	0,500
-Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (1,0)	0,37 ± 0,06 Intermediário	0,50 ± 0,02 Intermediário	0,034	0,46 ± 0,04 Intermediário	0,42 ± 0,06 Intermediário	0,279
-Programa Nacional de Suplementação de Ferro (1,0)	0,13 ± 0,07 Incipiente	0,42 ± 0,06 Intermediário	0,001	0,25 ± 0,07 Incipiente	0,29 ± 0,07 Incipiente	0,349
Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Subdimensão 5) (1,0)	0,27 ± 0,09 Incipiente	0,48 ± 0,12 Intermediário	0,098	0,39 ± 0,13 Intermediário	0,35 ± 0,09 Intermediário	0,400
Ações de gestão e intersectorialidade desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde (Subdimensão 6) (1,0)	0,66 ± 0,04 Intermediário	0,82 ± 0,03 Avançado	0,009	0,72 ± 0,03 Avançado	0,76 ± 0,06 Avançado	0,279
-Gestão (0,6)	0,35 ± 0,03 Intermediário	0,48 ± 0,03 Avançado	0,015	0,40 ± 0,04 Avançado	0,44 ± 0,04 Avançado	0,246
-Intersectorialidade (0,4)	0,31 ± 0,02 Avançado	0,34 ± 0,02 Avançado	0,187	0,32 ± 0,02 Avançado	0,32 ± 0,03 Avançado	0,500
Processo de Trabalho (Dimensão 2) (10,0)	4,88 ± 0,10 Intermediário	5,88 ± 0,17 Intermediário	0,0000	5,35 ± 0,22 Intermediário	5,40 ± 0,19 Intermediário	0,381
Implantação das ações de alimentação e nutrição (10,0)	5,13 ± 0,18 Intermediário	6,36 ± 0,19 Intermediário	0,0001	5,67 ± 0,26 Intermediário	5,80 ± 0,27 Intermediário	0,346

Fonte: Elaboração própria. PMM: Programa Mais Médicos. * Incipiente: 0,0 a 33,3% da pontuação máxima; intermediário: 33,4 a 66,7% da pontuação máxima; avançado: 66,8 a 100,0% da pontuação máxima.

**Avaliação do processo de ensino e aprendizagem mediado por tecnologias
na Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará.**

*Evaluation of the teaching and learning process mediated by technologies in the
Family Health Strategy of Sobral, Ceará.*

*Evaluación del proceso de enseñanza y aprendizaje mediado por tecnologías en
la Estrategia de Salud de la Familia de Sobral, Ceará.*

Vitória Ferreira do Amaral
Quiteria Larissa Teodoro Farias
Jacques Antonio Cavalcante Maciel
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Florência Gamileira Nascimento
Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Resumo

O estudo avalia o processo de ensino e aprendizagem mediado por tecnologias dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral, Ceará. Estudo avaliativo, transversal, realizado em 36 Centros de Saúde da Família, em Sobral, Ceará, no período de dezembro de 2018 a maio de 2019. A população elegível foi composta de 86 profissionais com ensino superior, entre enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e gerentes. Os dados foram coletados mediante aplicação de um instrumento. Os critérios de inclusão foram: ter realizado curso em modalidade online e estar em exercício profissional, sendo excluídos: os que não responderam todos os itens do instrumento. As variáveis foram: cursos de especialização/aperfeiçoamento (360h), os cursos de atualização (180h) e cursos de curta duração/extensão (8h). Os principais achados mostraram associação significativa entre o sexo feminino, ser gerente dos serviços de saúde, realizar curso de especialização/aperfeiçoamento com o nível de aprendizagem mediado por tecnologias totalmente efetiva para Educação Permanente em Saúde. Conclui-se então que o desenvolvimento de cursos por tecnologias pode ser uma estratégia potente para o estímulo da EPS na ESF.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Tecnologia da Informação; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The study evaluates the teaching and learning process mediated by technologies of the professionals of the Family Health Strategy (FHS) in Sobral, Ceará. An evaluative, cross-sectional study conducted at 36 Family Health Centers in Sobral, Ceará, from December 2018 to May 2019. The eligible population consisted of 86 professionals with higher education, including nurses, doctors, dentists and managers. The data were collected using an instrument. The inclusion criteria were: having taken an online course and being in professional practice, being exempted: those who did not answer all the items of the instrument. The variables were: specialization / improvement courses (360h), refresher courses (180h) and short / extension courses (8h). The main findings showed a significant association between the female sex, being a manager of

health services, taking a specialization / improvement course with the level of learning mediated by technologies totally effective for Permanent Health Education. It is concluded then that the development of courses by technologies can be a powerful strategy to stimulate PHE in the FHS.

Keywords: Permanent Health Education; Information Technology; Primary Health Care; Family Health Strategy.

Resumen

Estudió la evaluación o proceso de enseñanza y aprendizaje mediado por tecnologías dos profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de Sobral, Ceará. Estudio de evaluación, transversal, realizado en 36 Centros de Salud de la Familia, en Sobral, Ceará, en el período de diciembre de 2018 a mayo de 2019. La población elegible estuvo compuesta por 86 profesionales con formación superior, entre enfermeros, médicos, cirujanos-dentistas y gerentes. Os dados foram recogidos aplicando un instrumento. Los criterios de inclusión foram: haber realizado el curso en modalidad online y estar en ejercicio profesional, quedando exentos: aquellos que no respondan a todos los ítems del instrumento. Como variáveis foram: cursos de especialización/aperfeiçoamento (360h), cursos de actualización (180h) y cursos de extensión/corto plazo (8h). Los principales mostrarán una asociación significativa entre el sexo femenino, ser gerente de dos servicios de salud, cursando un curso de especialización/perfeccionamiento con un nivel de aprendizaje mediado por tecnología totalmente efectivo para la Educación Permanente en Salud. Se concluyó que el desarrollo de cursos a través de tecnologías podría ser una poderosa estrategia para la estimulación de las EPS en la ESF.

Palabras-chave: Educación Permanente; Tecnología de la Información; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

Introdução

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma estratégia para fortalecer a integração de práticas educativas ao cotidiano do trabalho em saúde, de forma metodológica, reflexiva, crítica e científica, buscando transformar as práticas da formação, da atenção, da gestão, de políticas, da participação popular e do controle social no âmbito da saúde^{1,2}.

A dinamicidade dos processos de saúde, os novos arranjos e visões, corroboraram para que a Educação Permanente em Saúde (EPS) se tornasse uma ferramenta de fortalecimento e ressignificação das práticas no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, que nasce a princípio a partir da proposta de reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS)³.

Ao longo dos anos, a PNEPS vem promovendo avanços significativos na área da educação na saúde, e cada vez mais estão sendo instituídas estratégias de fortalecimento. Em 2017 foram realizadas seis oficinas regionais para discussão das áreas problemáticas na efetivação da PNEPS e a partir disso, foram desenvolvidas propostas para potencializá-la, uma delas foi o Programa para o fortalecimento das práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. A iniciativa se caracteriza por meio do repasse financeiro do MS diretamente aos municípios, para que apoiem e realizem ações de EPS nos territórios⁴.

Uma das diretrizes da PRO EPS-SUS baseia-se na viabilização das ações de EPS nos serviços por meio das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), a partir de modalidades formativas que se apoiem nos pressupostos da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde, com o fortalecimento da Atenção Básica e integração com os demais níveis de atenção à saúde⁴.

No estado do Ceará, foi elaborado o Plano Cearense de EPS que aborda em seus eixos prioritários o desenvolvimento de inovações metodológicas de educação na saúde⁵. Na macroregião de Sobral, essas ações são fortemente impulsionadas pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS), tanto no que concerne ao apoio pedagógico imerso no serviço, por meio de profissionais que atuam como tutores no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶. As ações mediadas pelas TDIC são realizadas por meio da Plataforma Sabóia, o Ambiente Virtual de Aprendizagem da ESPVS, que apoia os educadores nas ações de EPS e

Ensino Profissional e Técnico, com a criação de cursos online ou suporte online a cursos realizados de forma presencial⁷.

Além disso, diversas plataformas educacionais vinculadas ao Ministério da Saúde que ofertam cursos online com foco na formação profissional e EPS como o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o programa Telessaúde Brasil que ofertam cursos buscando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS⁸.

A ESF representa um espaço potente para a consolidação da EPS por desenvolver práticas compartilhadas em equipes com a utilização de diferentes tecnologias para o cuidado, e por seu caráter interdisciplinar na transformação do saber e da prática em saúde⁹, mas como essas práticas vêm sendo desenvolvidas no cotidiano das organizações?

Enquanto política de formação e desenvolvimento para o SUS, tanto no âmbito nacional, como estadual e municipal, o monitoramento e a avaliação dos processos formativos na saúde são importantes para o processo de ensino e aprendizagem e conseqüentemente para a gestão dos serviços de saúde, em todas as esferas de governo, ao fornecer conhecimentos que subsidiem a tomada de decisão propiciando uma maior eficácia e efetividade às atividades desenvolvidas¹⁰.

Estudos desta natureza colaboram para a reflexão dos processos mediados por tecnologias que requerem grandes investimentos dos órgãos que atuam na produção dos cursos online, para que estes sejam transformados em patrimônio público e disponibilizados em acesso aberto na Internet com o objetivo de potencializar as práticas de cuidado em saúde. Dessa forma, tornam-se relevantes, à medida que ainda há uma escassez de estudos que viabilizem a avaliação da efetividade dessas ações em relação a EPS.

A partir do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar os processos de ensino e aprendizagem mediados por tecnologias dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará.

Método

O estudo delinea-se em uma pesquisa avaliativa, do tipo transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa avaliativa consiste em realizar um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos, analisando sua pertinência, os fundamentos teóricos e a produtividade da mesma, bem como o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões¹¹.

O estudo transversal possibilita realizar mensurações num único momento do tempo, permitindo a verificação, numa amostra, das possíveis relações entre as variáveis que representam o desfecho e as variáveis que se relacionadas, sejam estes indivíduos, casos ou mesmo outros tipos de dados^{12,13}.

O cenário do estudo compreendeu a Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, na região Nordeste do estado Ceará. No período do desenvolvimento da pesquisa, que ocorreu entre dezembro de 2018 a maio de 2019, o município contava com 36 Centros de Saúde da Família (CSF) abrangendo zona urbana e rural.

Visando delimitar a amostra, a população do estudo é composta pelos profissionais de ensino superior que atuam nos CSF do município, a saber: enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e gerentes. Em 2018, os 36 CSF existentes no município contavam com 226 profissionais de ensino superior, na equipe mínima, sendo: 114 enfermeiros, 52 médicos, 60 cirurgiões-dentistas e 36 gerentes conforme registros da coordenação da Atenção Primária à Saúde do município. Desse total, 85 foram excluídos da população do estudo pelas seguintes justificativas: 8 estavam em gozo de férias/licença médica, 13 estavam em gozo de folga das atividades laborais, 52 nunca realizaram curso online e 12 recusaram participar do estudo.

Considerando a população do estudo de 141 profissionais, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para participar na pesquisa: ter realizado algum curso em modalidade online e estar em exercício pleno da profissão. Foram eximidos do estudo a partir dos critérios de exclusão os profissionais que não responderam a todos os itens do instrumento de coleta de dados.

Quanto aos tipos de curso online foram divididos em três variáveis, a saber: cursos de especialização/aperfeiçoamento, aos quais referem-se aos cursos com carga horária mínima de 360h e que necessitam da realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); os cursos de atualização, que tem uma carga horária mínima de 180h; e os cursos de curta duração/extensão, referindo aos cursos com carga horária mínima de 8h¹⁴.

Os dados foram coletados mediante aplicação de um instrumento de avaliação do processo de ensino e aprendizagem em saúde mediado por TDIC¹⁵. O referido instrumento

baseia-se em itens pertinentes à realização de cursos online por profissionais da saúde e apresentam-se para resposta em escala *likert* com escores de 1 à 4, onde o 1 representa a expressão “nunca”, o 2 “às vezes”, o 3 “quase sempre” e o 4 “sempre”, por meio deste, a aprendizagem por meio das TDIC se classifica, a partir da seguinte estratificação: não efetiva para educação permanente (15 a 30 pontos); parcialmente efetiva para educação permanente (31 a 45) pontos e totalmente efetiva para educação permanente (46 a 60 pontos)¹⁵.

Os dados foram organizados em banco de dados criado no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0, sendo assim, tabulados, codificados e realizado cruzamentos para efetivação da análise estatística descritiva e inferencial¹⁶. A primeira etapa da análise estatística compreendeu em uma análise dos dados coletados a partir de categorias, como sexo, faixa etária, categoria profissional, e a segunda etapa a aplicação dos testes de hipótese a partir do objetivo central da pesquisa.

Foram utilizados testes estatísticos que não necessitam da suposição da normalidade dos dados, visto que os dados da variável dependente se apresentam em qualitativos ordinais. Utilizando-se o teste Mann-Whitney para variáveis com escores de duas categorias e o teste Kruskal Wallis para variáveis com mais de uma categoria¹⁷. Ambos são testes não paramétricos e utilizados para avaliar a existência de diferença estatística significativa entre as variáveis ($p < 0,05$ e IC 95%).

O presente estudo foi submetido ao Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC) da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e após a autorização para o desenvolvimento da pesquisa no município, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) ao qual concedeu parecer favorável sob o número: 2.989.377.

Ressalta-se que, em todas as fases da pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos e realizado esforços para minimizar os riscos existentes, de acordo com o preconizado na resolução N° 466/12¹⁸ que orienta a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Resultados

Caracterização da Amostra

Participaram do estudo um quantitativo de 86 profissionais elegíveis a partir dos critérios estabelecidos, que representa 60,9% da população do estudo, em sua maioria do sexo feminino (69,8%). A partir da estratificação por categoria profissional/cargo, verificou-se a participação de 33,7% enfermeiros, 23,3% cirurgiões-dentistas, 17,4% médicos e 25,6% gerentes da ESF (tabela 1).

Tabela 1. Participantes do estudo segundo sexo e categoria profissional. Sobral, Ceará, Brasil, 2018

Variável	n	%	
Sexo	Masculino	26	30,2
	Feminino	60	69,8
Categoria/Cargo	Enfermeiro	29	33,7
	Cirurgião-Dentista	20	23,3
	Médico	15	17,4
	Gerente	22	25,6
	Total	86	100,0
Gerente?	Sim	22	25,6
	Não	64	74,4
Fez curso de Especialização/Aperfeiçoamento	Sim	29	33,7
	Não	57	66,3
Fez curso de atualização	Sim	29	33,7
	Não	57	66,3
Fez curso de curta duração/extensão	Sim	44	51,2
	Não	42	48,8
Quando foi a última vez que fez um curso EaD?	Há menos de 6 meses	28	32,6
	Entre 6 meses e 1 ano	26	30,2
	Há mais de 1 ano	32	37,2

Fonte: Própria

Quando indagados sobre as modalidades dos cursos online realizados 33,7% afirmaram ter realizado cursos de especialização/aperfeiçoamento e de atualização e 51,2% realizaram cursos de curta duração/extensão. A maioria dos profissionais (62,8%) realizaram algum desses cursos no último ano (tabela 1).

A efetividade das TDIC no processo de Educação Permanente em Saúde

Foram analisados os dados relativos à avaliação da efetividade das TDIC no processo de ensino e aprendizagem em comparação com as características dos cursos realizados e categoria/cargo dos profissionais da saúde da amostra do estudo (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos profissionais quanto ao nível de efetividade para EPS, o tempo de realização do curso e tipo de curso realizado. Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis		Nível de efetividade para EPS						p
		Não Efetiva		Parcialment e efetiva		Totalmente efetiva		
		n	%	n	%	n	%	
Sexo do profissional	Masculino	2	7,7	16	61,5	8	30,8	0,018**
	Feminino	2	3,3	23	38,3	35	58,3	
Categoria/cargo	Enfermeiro	2	6,9	13	44,8	14	48,3	0,065*
	Cirurgião-dentista	1	5	11	55	8	40	
	Médico	1	6,7	9	60	5	33,3	
	Gerente	0	0	6	27,3	16	72,7	
Gerente da ESF	Sim	0	0	6	27,3	16	72,7	0,011**
	Não	4	6,3	33	51,6	27	42,2	

Se fez curso de Especialização/Aperfeiçoamento	Sim	1	3,4	8	27,6	20	69	0,016**
	Não	3	5,3	31	54,4	23	40,4	
Se fez curso de atualização	Sim	1	3,4	13	44,8	15	51,7	0,772**
	Não	3	5,3	26	45,6	28	49,1	
Tempo de realização do curso (curta duração/extensão)	Sim	3	6,8	25	56,8	16	36,4	0,009**
	Não	1	2,4	14	33,3	27	64,3	
Quando foi a última vez que fez um curso EAD?	Há menos de 6 meses	0	0	13	46,4	15	53,6	0,622*
	Entre 6 meses e 1 ano	2	7,7	10	38,5	14	53,8	
	Há mais de 1 ano	2	6,3	16	50	14	43,8	

*Kruskal-Wallis ($p < 0,05$)

** U de Mann-Whitney ($p < 0,05$)

Fonte: Própria

Observou-se que participantes do sexo feminino estiveram associados ao nível de efetividade de TDIC “totalmente efetivo para a EPS”, assim como exercer o cargo de gerentes de serviços de saúde da ESF e ter realizado curso de especialização/aperfeiçoamento. Esta última variável teve a efetividade diminuída quando o tempo do curso, como no caso de cursos de curta duração/extensão que apresentaram nível parcial de efetividade para EPS.

As variáveis “categoria/cargo profissional” e o “nível de efetividade para EPS” não apresentaram análise significativa para o estudo, com valor de $p > 0,05$ (IC: 95%). No entanto, a partir da análise descritiva da tabela de contingência (Tabela 1), pode-se comparar as variáveis “enfermeiro”, “médico” e “cirurgião-dentista” aos níveis de efetividade “parcialmente efetivo para EPS” e “totalmente efetivo para EPS”, ao qual obteve-se números maiores e similares de representatividade”.

Não houve correlação estatística entre os cursos de especialização/aperfeiçoamento e os cursos de atualização com o nível de efetividade, mas pode-se observar a partir dos dados descritivos que em ambos, o percentual de profissionais com nível “totalmente efetivo para EPS” foi superior quando comparado ao de curta duração/extensão.

Tampouco entre as variáveis “tempo de realização do curso” e “nível de efetividade” houve correlação (IC 95%; $p > 0,05$) mas pode-se observar um maior quantitativo de profissionais que realizaram cursos no último ano, sendo há menos de 6 meses 53,6,1% e entre 6 meses e 1 ano 53,8% (tabela 2), minimizando assim os vieses relacionado de tempo ao responder o instrumento ao nível de efetividade “totalmente efetivo para EPS”.

Discussão

A ESF, enquanto cenário vivo e dinâmico¹⁹, requer que os profissionais de saúde estejam sempre em busca de novos conhecimentos e em processo de formação contínua, porém é apontada a necessidade de mudanças nas formas do ensino tradicional²⁰. A incorporação das TDIC no processo de formação dos trabalhadores em saúde é uma das estratégias tecnológicas que vêm sendo apontadas para que seja alcançada a ampliação do acesso à educação e qualidade do cuidado, inclusive pela própria PNEPS^{21,4}.

Os resultados da pesquisa evidenciam que os profissionais da ESF do município de Sobral-CE estão em constante busca pela atualização profissional, por meio de cursos em plataformas online, ao qual podem contribuir para a sua prática no serviço de saúde, seja de forma parcial ou total.

Em relação aos participantes, as mulheres representaram a maioria significativa, assim como em outros estudos que envolvem profissionais da saúde da ESF^{22,23} fato justificado, principalmente, pelo protagonismo feminino nos serviços assistenciais e de gestão do SUS, como entre as profissões abordadas em estudo, principalmente a enfermagem que foi a categoria mais prevalente²⁴.

Compreende-se ainda que, na ESF há um número maior de profissionais de enfermagem, na equipe mínima, se comparado as demais categorias em que participaram da

pesquisa. A prevalência da enfermagem é apontada na busca por cursos online na área da saúde, sendo a categoria profissional que mais participa de cursos online, com destaque para os de pós-graduação²⁵.

Em um panorama geral, os estudos acerca da utilização de cursos online, mostram que as mulheres se destacam nessa procura por terem forte representatividade desde a graduação, compreendendo 75% a 80% da população nesse meio. Essa realidade se estende para a vida profissional, conforme resultados no estudo. As mulheres reconhecem a importância das TDIC e visualizam nelas oportunidades de romper barreiras sociais, como as inequidades de gênero, por meio da busca incessante de qualificação profissional, o que por consequente repercute no nível de efetividade dos cursos para a EPS²⁶.

O processo de ensino e aprendizagem dos profissionais assistencialistas como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, apresenta-se parcialmente efetivo para EPS, demonstrando que nem sempre os cursos realizados transformam as práticas no serviço da ESF, mas ainda assim contribui de alguma forma para o processo de trabalho em saúde. Entende-se que o aprendizado em saúde é um processo complexo que se desenvolve exclusivamente no indivíduo, enquanto ser aprendiz. Os métodos pedagógicos empregados, seja mediado por TDIC ou não, buscam auxiliar cada um a percorrer o difícil e desafiador caminho da construção interna do saber²⁷.

Nesse aspecto, Costa et al²⁸ ressaltam que a EPS é uma estratégia que visa otimizar os processos de trabalho em saúde a partir de suas diretrizes norteadoras. No entanto, existem fragilidades para sua efetivação, que compreendem desde a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a ausência de envolvimento dos atores nesse processo, a hierarquia de poder político institucional, e que muitas vezes impede o desenvolvimento de um processo educativo permanente e sustentável.

É importante destacar que no presente estudo, a relação das variáveis “gerente da ESF” e “totalmente efetiva para EPS” demonstra que esses profissionais reconhecem e conseguem implicar em sua prática a aprendizagem por meio de cursos online, o que contribuiu para o êxito de uma de suas atribuições relacionadas ao gerenciamento da unidade, pois cabe a estes identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, promovendo assim a EPS^{29,30}.

Isso também evidencia que os modelos gerenciais baseados na gestão compartilhada são inovadores e repercutem na boa relação entre gerentes e trabalhadores, facilitando a gestão dos serviços e reverberando na efetividade plena da EPS na práxis²⁸.

No que concerne aos tipos de cursos mais realizados, os resultados indicam maior número absoluto para os cursos de curta duração/extensão, o que implica inferir que os cursos mais realizados são aqueles que ocupam a menor parte do tempo dos profissionais, por buscar conhecimentos mais objetivos, o que pode estar relacionado tanto à questões da jornada de trabalho da ESF e conciliação com o círculo familiar, quanto a outros processos formativos, assim como, pelo baixo custo e conseqüente divulgação mais abrangente no meio acadêmico/profissional, tornando-se mais acessível³¹.

Quando relacionado o nível de efetividade para EPS aos tipos de cursos realizados, os cursos de especialização se sobressaíram para totalmente efetivo. O que traz reflexões sobre a importância de utilizar as TDIC de forma colaborativa para conseguir atingir os objetivos da EPS. Farias et al³² abordam a relação tutor/educando como um dos fortalecedores do processo de ensino e aprendizado por meio das TDIC, por potencializarem as discussões e reflexões do ambiente de trabalho, o que é comum acontecer nos cursos de especialização/aperfeiçoamento.

Em um estudo realizado em Marília, na zona Centro Oeste do estado de São Paulo, com 167 profissionais que completaram o curso de especialização em saúde da família, oferecido pela UNA-SUS, indicaram que a partir da sua realização foi possível avançar em distintos aspectos direcionados pelos princípios e as diretrizes do SUS³³.

Verifica-se, portanto, que as TDIC têm se revelado aliadas estratégicas no enfrentamento dos desafios da educação, por possibilitar trocas relevantes, permitir o compartilhamento de conhecimento e ampliar as possibilidades de interação, como a redução de barreiras físicas relativas ao tempo e espaço³⁴. Como analisado no presente estudo, que evidenciou uma intensificação na busca por cursos online para capacitação nos últimos anos.

Destaca-se que, embora a aprendizagem mediada pelas TDIC seja uma alternativa potente para EPS, há a necessidade de um acompanhamento e comunicação efetiva, adotando esse método de maneira complementar, com a constante mediação dos tutores, para fomentar problematizações da realidade vivenciada no ambiente de trabalho tão necessárias à efetivação da EPS³².

De uma forma geral destaca-se que os processos formativos no âmbito da ESF do município de Sobral-CE, tem aberto espaço para a inserção das TDIC, que é um meio de oportunizar a formação permanente de profissionais da ESF, visando à melhoria na atuação do trabalho diante do contexto complexo vivenciado no serviço e possibilitando a recriação de práticas profissionais aliada às novas tecnologias³⁵.

Este estudo evidencia então que os investimentos proporcionados pelos órgãos públicos para o desenvolvimento de ações de EPS³⁶ são relevantes para contribuir com a ressignificação

das práticas profissionais, uma vez que se demonstrou no cenário de desenvolvimento deste estudo que a participação destes profissionais implica transformações da prática na ESF.

Conclusão

O estudo permitiu a avaliação do processo de ensino e aprendizagem mediados por TDIC dos profissionais da ESF do município de Sobral/CE. Notou-se uma qualificação que conseguiu materializar a EPS a partir da resignificação das práticas profissionais. Os principais achados mostraram associação significativa entre o sexo feminino, ser gerente dos serviços de saúde, realizar curso de especialização/aperfeiçoamento com nível de aprendizagem com utilização de TDIC totalmente efetiva para EPS.

Compreende-se que o estudo apresenta uma avaliação a partir dos profissionais de um município inquieto com os processos formativos, então todos esses aspectos que envolvem sua estrutura e processo colaboram nos resultados.

Em relação às limitações do estudo, apontam-se as demandas da ESF que acabaram dificultando o processo de coleta de dados, tendo em vista que os profissionais tinham que dedicar parte do tempo de trabalho para responder o instrumento, bem como, as exclusões existentes no estudo que diminuiriam o tamanho da amostra.

Considera-se importante afirmar que os cursos mediados por TDIC foram significativos, pois estavam aliados ao mundo do trabalho, o que proporcionou a articulação singular entre as salas de aulas virtuais e o campo de atuação profissional. Sugere-se, portanto, o desenvolvimento de outros estudos que possibilitem essa avaliação mediante outras realidades, para que se possa abranger um quantitativo maior de profissionais, incluindo os de nível médio/técnico.

Referências

1. Cezar DM, Costa MR, Magalhães CR. Educação à Distância como estratégia para a Educação Permanente em Saúde? *Em Rede - Rev Educ a Distância*. 2017;4(1):106–115.
2. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. *ABCS Heal Sci*. 2015;40(3):184–189. doi:10.7322/abcshs.v40i3.793
3. Bomfim ES, Oliveira BG, Rosa RS, Almeida MVG, Silva SS, Araújo IB. Educação

permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? J. res.: fundam. care. online 2017. abr./jun. 9(2): 526-535.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1º ed. Brasília-DF: Biblioteca Virtual em Saúde; 2018.

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

5. Ceará. Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS). 2020.

[https://www.saude.ce.gov.br/wp-](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/folder_CGEPs_plano_cearense_educacao_permanente_saude_2.pdf?x71626)

[content/uploads/sites/9/2018/06/folder_CGEPs_plano_cearense_educacao_permanente_saude_2.pdf?x71626](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/folder_CGEPs_plano_cearense_educacao_permanente_saude_2.pdf?x71626)

6. Dias MSA, Lima NA, Parente JRF, Silva MRF. A tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde. Saúde Debate. 2017. 41(114):683-693,

7. Ponte Neto OA. Educação Permanente em Saúde mediada por ferramentas de Educação à Distância : o caso da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.

8. Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde. Sobre nós. 2020.

<https://avass.ufrn.br/local/avasplugin/usuario/sobre.php>

9. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, et al. Family health strategy: a technological innovation in health. Texto & contexto enfermagem. 2015. 24(2):584-592.

10. Grimm SCA. Potencialidades e alcances do monitoramento como ferramenta de gestão da saúde. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

11. Hartz ZM de A (org) . Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz; 1997.

12. Lopes MVO. Desenhos de pesquisa epidemiológica. In: Roquayrol Epidemiologia & Saúde. Org: Roquayrol MZ, Silva MGC. 8. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.
13. Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. J. Hum. Growth Dev. 2018. 28(3):356-360.
14. Brasil. Resolução CONSUNI nº 04 de 04 de novembro de 2011, publicada no DOERJ de 25 de novembro de 2011: Trata da Implementação de cursos de extensão de curta e média duração. Brasília (DF), 2011. <http://uenf.br/reitoria/escolaextensao/files/2013/07/DO-25-11-11-p31-Resol.-CONSUNI-04-2011-Cria%C3%A7%C3%A3o-Escola-de-Extens%C3%A3o.pdf>
15. Nascimento FG. Utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação no processo de ensino-aprendizagem de profissionais de saúde: validação de um instrumento. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral. 2018.
16. Guetterman TC. Basics of statistics for primary care research. Version 2. Fam Med Community Health. 2019 May;7(2):e000067.
17. Nahm FS. Nonparametric statistical tests for the continuous data: the basic concept and the practical use. Korean J Anesthesiol. 2016 Feb;69(1):8-14
18. Brasil. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
19. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.
20. Mesquita LM, Valente GSC, Soeiro RL, Cortez EA, Lobo BMIS, Xavier SCM. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. Rev. bras. educ. med. 2020. 44(1):e010.
21. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate 2018. 42(1):208-223.
22. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. Purpose of work in the Family Health

- Strategy. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):77-86.
23. Nogueira FJS, Callou Filho CR, Mesquita CAM, Moura IFA, Souza ES, Bezerra FS. Saúde e Pesqui. 2019 jan-abr; 12(1): 151-158 - e-IS.
24. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. 2020.
<https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>
25. Otani MAP, Alves SD, Girotto MA, Marin MJS, Tonhom AFR, Nascimento EN, et al. A Educação a Distância na Formação de Profissionais da Saúde: Revisão Integrativa da Literatura. Ciai2016. 2016;2:232–241.
26. Abreu JMF. EaD e gênero: uma apreciação sobre a preferência da modalidade pelas mulheres nos cursos de graduação da UFMA. In: Congresso Internacional ABED de Educação a Distância. 20. Curitiba: CIAED, 2014.
27. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto PM. A Ampliação das Equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos Municípios Brasileiros. Trab Educ e Saúde. 2017;15(1):131–145.
28. Costa MAR, Souza VS, Benedetti GMS, Teston EF, Matsuda LM, Francisqueti V. Educação permanente em saúde e interface com a gestão do cuidado. Rev Sustinere. 2018. 6(1): 37-51.
29. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 4):1635–1641.
30. Roxo-Gonçalves M, Strey JR, Bavaresco CS, Martins MAT, Romanini J, Pilz C et al. Teledentistry: A Tool to Promote Continuing Education Actions on Oral Medicine for Primary Healthcare Professionals. Telemed e-Health. 2017;23(4):327–333.
31. Souza RMP, Costa PP. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de

Escolas de Saúde Pública. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe1):116–126.

32. Farias QLT, Rocha SP, Cavalcante ASP, Diniz JD, Ponte Neto OA, Vasconcelos MIO. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017;11(4):1–11.

33. Marin MJS, Nascimento EN, Tonhom SFR, Alves SBDA, Otani MAP, Giroto MA et al. Educação permanente : avanços de uma especialização em Saúde da Família na modalidade a distância. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. . 2017;11(4):1–12.

34. Brusamento S, Kyaw BM, Whiting P, Li L, Tudor Car L. Digital Health Professions Education in the Field of Pediatrics: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *J Med Internet Res*. 2019;21(9):e14231.

35. Xing W, Ao L, Xiao H, Cheng L, Liang Y, Wang J. Nurses' attitudes toward, and needs for online learning: Differences between rural and urban hospitals in Shanghai, East China. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).

36. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019. 43(1):12-23.

Representações Sociais de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre práticas preventivas do HIV/AIDS para adolescentes.

Social Representations of nurses from the family health strategy on HIV/AIDS preventive practices for adolescents.

Representaciones Sociales de enfermeros desde la estrategia de salud familiar sobre prácticas preventivas del VIH/SIDA en adolescentes.

Camila Harmuch

Ana Clara Luckner

Heitor Hortensi Sesnik

Gabriel Vale dos Santos

Rafael Brendo Novais

Lorraine de Souza Santos

Ana Luísa Serrano Lima

Marcelle Paiano

Resumo

O objetivo deste estudo foi apreender as Representações Sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as práticas preventivas do HIV/Aids destinadas aos adolescentes. Trata-se de um estudo qualitativo sobre a influência das representações sociais na atuação dos enfermeiros da ESF em relação ao HIV/Aids para jovens. Realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde no noroeste do Paraná, com 10 enfermeiros da ESF, nos meses de agosto a outubro de 2022. Entrevistas individuais com questões abertas, gravadas e analisadas pela Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados revelam a importância de repensar estratégias para promover a saúde dos jovens, incluindo a implementação de políticas intersetoriais e o aprimoramento das ações preventivas do HIV. Isso envolve melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, garantir recursos humanos adequados, reformular a abordagem do HIV, fortalecer a conexão entre equipes de saúde, escolas e famílias, e estabelecer parcerias para uma atuação mais eficiente e integrada. Conclui-se que a marginalização e discriminação ligadas à doença, afetando a percepção dos profissionais de saúde, e a importância do investimento e capacitação para a eficácia das ações preventivas, especialmente para adolescentes.

Palavras-chave: HIV; Enfermeiros de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Adolescente; Prevenção de Doenças; Representação Social.

Abstract

The objective of this study was to understand the Social Representations of nurses from the Family Health Strategy (FHS) regarding HIV/AIDS preventive practices aimed at adolescents. This is a qualitative study on the influence of social representations on the actions of FHS nurses in relation to HIV/AIDS for young people. Carried out in four Basic Health Units in the northwest of Paraná, with 10 FHS nurses, from August to October 2022. Individual interviews with open questions, recorded and analyzed using Bardin Content Analysis. The results reveal the importance of rethinking strategies to promote young people's health, including the implementation of intersectoral policies and the improvement of HIV preventive actions. This involves improving the infrastructure of Basic Health Units, ensuring adequate human resources, reformulating the approach to HIV, strengthening the connection between health teams, schools and families, and establishing partnerships for more efficient and integrated action. It is concluded that marginalization and discrimination linked to the disease, affecting the perception of health professionals, and the importance of investment and training for the effectiveness of preventive actions, especially for adolescents.

Keywords: HIV; Family Nurse Practitioners; Primary Health Care; Adolescent; Disease Prevention; Social Representation.

Resumen

El objetivo de este estudio fue comprender las Representaciones Sociales de los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) sobre las prácticas preventivas del VIH/SIDA dirigidas a adolescentes. Se trata de un estudio cualitativo sobre la influencia de las representaciones sociales en las acciones de los enfermeros de la ESF en relación al VIH/SIDA entre los jóvenes. Realizado en cuatro Unidades Básicas de Salud del noroeste de Paraná, con 10 enfermeros de la ESF, de agosto a octubre de 2022. Entrevistas individuales con preguntas abiertas, grabadas y analizadas mediante Análisis de Contenido Bardin. Los resultados revelan la importancia de repensar las estrategias para promover la salud de los jóvenes, incluyendo la implementación de políticas intersectoriales y la mejora de las acciones preventivas del VIH. Esto implica mejorar la infraestructura de las Unidades Básicas de Salud, garantizar recursos humanos adecuados, reformular el enfoque del VIH, fortalecer la conexión entre los equipos de salud, las escuelas y las familias, y establecer alianzas para una acción más eficiente e integrada. Se concluye que la marginación y discriminación vinculadas a la enfermedad, afectando la percepción de los profesionales de la salud, y la importancia de la inversión y la capacitación para la efectividad de las acciones preventivas, especialmente para los adolescentes.

Palabras clave: VIH; Enfermeras de Familia; Atención Primaria de Salud; Adolescente; Prevención de Enfermedades; Representación Social.

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), apresentou um aumento na prevalência entre adolescentes e jovens adultos nas últimas duas décadas em todo o mundo, superando os estereótipos anteriores de pacientes soropositivos. Atualmente, o HIV/Aids afeta uma diversidade de grupos, incluindo homens e mulheres, independentemente da idade e orientação sexual¹.

No Brasil, os adolescentes geralmente iniciam sua vida sexual por volta dos 15 anos, conforme os dados do Ministério da Saúde, que indicam um aumento nos diagnósticos de HIV/Aids, especialmente em meninos de 15 a 19 anos. Nessa fase, há um maior risco de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) devido à falta de uso de preservativos, ao número de parceiros(as) e à descoberta da sexualidade².

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a descentralização do cuidado às pessoas com essa infecção para a Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para facilitar o diagnóstico precoce, ampliar o acesso aos serviços de saúde, fornecer cuidados abrangentes aos pacientes e realizar ações preventivas no combate a essas ISTs³.

A expansão das equipes da ESF e a descentralização do cuidado às pessoas com HIV/Aids na APS resultam em um maior acesso aos serviços de saúde e em cuidados personalizados para o indivíduo, sua família e comunidade, embora ainda possam ser afetados pelos estigmas associados à doença atualmente⁴. Na APS, no que diz respeito às ações do enfermeiro na educação sexual de adolescentes, essas ações estão principalmente focadas em atividades de educação em saúde e atendimento individual por meio de consultas de enfermagem, com o objetivo de fornecer informações claras e aconselhamento para decisões conscientes⁵.

As campanhas para prevenção e promoção da saúde são processos de capacitação das pessoas, com o objetivo de aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la. Elas enfatizam a importância de uma abordagem abrangente, que vai além dos hábitos individuais de saúde, incluindo fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde⁵. Essas ações são realizadas prioritariamente pela Atenção Primária à Saúde (APS) e devem ser estrategicamente direcionadas ao público-alvo, por meio de ações planejadas e executadas por uma equipe multiprofissional, o que permite uma visão diversificada sobre a saúde. Nesse cenário, o enfermeiro possui habilidades que proporcionam a integralidade do cuidado, ao desvincular o cuidado centrado na doença da prevenção de fatores de risco^{6,7}.

A teoria da representação social⁸ é de extrema importância neste contexto, pois auxilia na compreensão de como o HIV/Aids é percebido e interpretado pelos profissionais de saúde, influenciando atitudes e comportamentos em relação à doença. Através da análise das representações sociais do HIV/Aids, é possível identificar estigmas e preconceitos que ainda cercam a doença, o que pode impactar o acesso ao serviço de saúde e o cuidado integral ao paciente.

Diante do exposto e da necessidade de se discutir as práticas preventivas do HIV/Aids na ESF, esta pesquisa teve como objetivo apreender as Representações Sociais dos enfermeiros da ESF sobre as práticas preventivas do HIV/Aids destinadas aos adolescentes.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico. Ao adotar essa abordagem, é possível compreender como tais representações influenciam as atitudes e comportamentos dos profissionais, o que pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias apropriadas de prevenção e promoção da saúde nesse contexto específico⁸.

O estudo foi realizado entre agosto e outubro de 2022 em quatro UBS de um município no noroeste do Paraná. A seguir, apresenta-se a organização dos entrevistados:

Tabela 1. Distribuição dos Enfermeiros Entrevistados por Unidade Básica de Saúde e Equipes da ESF, Brasil, 2024.

Unidade Básica de Saúde (UBS)	Número de Equipes da ESF	Número de Enfermeiros Entrevistados
Primeira UBS	3	3
Segunda UBS	3	3
Terceira UBS	2	2
Quarta UBS	2	2
Total	10	10

Fonte: os autores.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: ser enfermeiro e atuar na ESF por um período mínimo de seis meses. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estavam de férias, licença ou afastados no momento da coleta de dados.

A partir do contato prévio e autorização das UBS para a realização do estudo, os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa e, após aceitarem, foi agendada a entrevista no próprio local de trabalho, em um ambiente privativo, para garantir a privacidade do entrevistado.

Os dados foram coletados pelo pesquisador principal, por meio de entrevista semiestruturada contendo um roteiro sociodemográfico que incluía informações como: sexo, raça, nível de formação, tempo de trabalho, entre outros e três questões abertas que guiaram o estudo: Como você se sente trabalhando com a temática do HIV/Aids para jovens em sua área de atuação? Na sua opinião, quais aspectos facilitam o desenvolvimento dessas atividades? E quais aspectos dificultam o desenvolvimento dessas práticas com essa população?

As entrevistas foram audiogravadas em aparelho celular, com duração média de 40 minutos, e realizadas individualmente, em local pré-agendado, para garantir a privacidade dos

participantes. Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo, modalidade temática de Bardin (2011)⁹. A análise do processo consiste em três etapas: a pré-análise, que inclui a organização das unidades de registro e de contexto; a exploração do material para reordenar os dados e estabelecer esquemas de classificação; e a exploração do material. O conteúdo foi estruturado com base em tendências interpretativas identificadas no fenômeno investigado, resultando na identificação de pontos de convergência para a codificação e categorização.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que consistem no respeito e cumprimento da ética.

Resultados

Em consonância com os depoimentos dos entrevistados e a análise dos conteúdos, foi possível a construção de duas categorias: “Atuação profissional e práticas preventivas do HIV/Aids na atenção primária”, e “Qualidade do cuidado e os desafios enfrentados na prevenção do HIV/Aids entre jovens”.

Atuação profissional e práticas preventivas do HIV/Aids na atenção primária

Foi observado que a categoria em questão aborda diversas perspectivas sobre a atuação profissional em relação à prevenção de saúde entre os adolescentes. Os enfermeiros ressaltaram aspectos como a rotina de trabalho, a colaboração com o sistema educacional e o comportamento dos jovens.

Em relação ao planejamento de atividades de educação sexual para esse público, os profissionais mencionaram dificuldades devido à falta de organização no processo de trabalho e à ausência de estímulos para a realização de ações preventivas e de promoção da saúde. Esses desafios destacam a necessidade de investimento em estratégias que incentivem e facilitem a implementação de práticas eficazes de prevenção entre os adolescentes.

Em outros municípios eu tinha mais incentivo e mais liberdade para fazer as coisas, tinha um vínculo com as escolas da região. (ENF 8.).

Não temos rotina de reunião de equipe para sentar e falar o que iremos fazer. Como que a gente vai planejar atividade? (ENF 8)

Um técnico atende de 50 a 60 pessoas, não tem tempo nem de ir ao banheiro, quanto mais de conversar com alguém. Ele só vai passando para frente (ENF 8).

Os profissionais de saúde ressaltaram a importância do planejamento de atividades voltadas para o público jovem, a fim de facilitar a realização de orientações de maneira mais eficaz. De acordo com relatos, a falta de programação específica para esse grupo dificulta a abordagem e o envolvimento dos jovens. Destacaram ainda que, mesmo diante dessa limitação, oferecem orientações quando os jovens procuram a UBS para consultas médicas ou outros atendimentos.

Quando eles procuram por demanda espontânea ou quando acionam os agentes de saúde realizamos promoção sobre concepção e com os anticoncepcionais (ENF 2 ...).

Fazemos orientação para o jovem apenas quando eles procuram atendimento médico (ENF 5...).

Percebe-se que os profissionais executam tarefas baseadas no modelo biomédico. Essa observação indica a importância de uma integração mais ampla de estratégias de prevenção que considerem não só a dimensão biológica, mas também os aspectos psicossociais e comportamentais.

Nós não estamos mais trabalhando com saúde da família, eu não promovo mais saúde, eu apago fogo. Por isso não existe grupo, não existe palestra, não existe atividade nas escolas, a pandemia acabou com tudo (ENF 7 ...).

A metodologia de trabalho da prefeitura não é voltada para prevenção e promoção da saúde. Ela é voltada para o cuidado e reabilitação (ENF 8...).

Ao serem questionados sobre a abordagem ao público jovem, vários sentimentos foram destacados como necessitando de atenção por parte dos profissionais de saúde. É essencial que esses profissionais estejam preparados para lidar com tais emoções, a fim de garantir a eficácia na realização das atividades preventivas, sem causar desconforto.

Tema complexo, e o que a UBS tem não corresponde a expectativa do jovem. Precisa fazer algo dentro da realidade deles e as vezes não

temos ferramenta para isso. Quando chegam aqui é tarde demais (ENF 5...).

Não é tranquilo para mim, eu sinto diversas emoções. Eu fico ansiosa, eu acho difícil, porque eu vejo que os jovens não dão a devida importância brincam demais com o assunto (ENF 9 ...).

Eu tento passar de uma maneira que eles consigam entender, porem eu percebo que as vezes eu não consigo atingir eles. Por isso eu fico ansiosa por não conseguir atingir o meu objetivo (ENF 9...).

A lacuna existente entre as abordagens preventivas e curativas, aliada à falta de planejamento e incentivo, ressalta a importância de repensar as estratégias adotadas. A promoção da saúde dos jovens requer não apenas ações individuais, mas também a implementação de políticas intersetoriais que visem alcançar um maior número de adolescentes de forma eficaz e sem sofrimento, garantindo assim um impacto positivo e duradouro na saúde da população mais jovem.

Qualidade do cuidado e os desafios enfrentados na prevenção do HIV/Aids entre jovens

Ao serem questionados sobre as dificuldades nas ações preventivas do HIV junto ao público jovem, os enfermeiros destacaram a importância da estrutura física da UBS, da necessidade de recursos humanos adequados e da reformulação na abordagem dessa temática. Esses profissionais enfatizaram a importância de investimentos nessas áreas para melhorar a eficácia das medidas preventivas e reduzir a incidência do HIV entre os jovens.

Precisa muito de educação em saúde. Precisa ter educação sexual nas escolas. Existe muito machismo estrutural dentro da educação e das famílias (ENF 1...).

Especificamente o jovem sofreu um desprezo dentro do PSF, a gente tem agenda para idoso, criança, gestante, visita domiciliar e os adolescentes ficam negligenciados (ENF 2...).

Dificulta a estrutura. Não tem auxiliar na minha equipe e logo vou estar sem médica. O grosso dos pacientes acaba sobrando pra mim. Você acha que vou estar preocupada com adolescente, Deus me perdoa, mas é a demanda da realidade (ENF 3).

Em relação aos aspectos facilitadores, destaca-se a importância de fortalecer a conexão entre as equipes da ESF e as escolas da área de abrangência, bem como com a família do jovem. Essa parceria é fundamental para que os profissionais possam atuar de forma mais eficiente e integrada, visando o bem-estar e a saúde dos jovens atendidos.

Facilitaria ter palestras, atividades de grupo nas escolas. Porque quando o adolescente chega pra mim ele já tem uma IST ou a menina além da IST está grávida. Eu não tenho mais o que fazer (ENF 1...).

Então, a primeira coisa é trabalhar o vínculo da unidade com a escola (ENF 2...).

A escola seria a melhor parceira mais não tem tempo para desenvolver as atividades (ENF 3...).

O que facilita é o envolvimento e o apoio da família, principalmente quando traz o filho para receber informações (ENF 9...).

Para aprimorar as ações preventivas do HIV entre o público jovem, é necessário melhorar a infraestrutura das UBS, garantir a presença de profissionais qualificados, reformular a abordagem sobre o HIV, fortalecer a conexão entre equipes da ESF, escolas e famílias dos jovens atendidos, e estabelecer parcerias para uma atuação mais eficiente e integrada, visando o bem-estar e a saúde dos jovens.

Discussão

Na realidade brasileira, a história do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) tem sido marcada por diversos obstáculos sociais, como a marginalização, o preconceito, a discriminação e os estigmas associados à homossexualidade e à prostituição⁹. Apesar disso, mudanças nas estratégias de prevenção e desafios na implementação de políticas públicas reacendem os problemas existentes¹¹.

A APS desempenha importante papel na realização de atividades individuais, familiares e coletivas, com foco na prevenção de doenças, promoção da saúde, reabilitação, vigilância em saúde e ações educativas, contribuindo para melhorias na qualidade de vida e no equilíbrio saúde-doença dos pacientes¹².

O papel do enfermeiro nas atividades educativas na APS é fundamental, especialmente na prevenção do HIV/Aids. Contudo, a implementação dessas práticas enfrenta desafios significativos, incluindo barreiras psicossociais e abordagens conservadoras que dificultam a

orientação eficaz. Além disso, restrições na distribuição de preservativos e a limitação de tempo para o planejamento das atividades em função de outras demandas ocupacionais comprometem a continuidade dos esforços educativos¹³.

Na assistência a adolescentes, a falta de atendimento especializado e a busca não planejada revelam lacunas que não atendem às necessidades específicas desse grupo¹⁴.

Dessa forma, os enfermeiros, ao abordarem a prevenção do HIV/Aids entre jovens, destacam a dificuldade de planejamento de atividades na APS, a permanência do modelo biomédico e a necessidade de ações colaborativas com as escolas. A insuficiente compreensão da adolescência contribui para falhas nas políticas públicas, dificultando a identificação das reais necessidades dos adolescentes brasileiros¹⁵.

O princípio da integralidade em saúde, conforme estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), demanda que os profissionais adotem uma abordagem que transcenda a perspectiva biomédica, integrando aspectos ambientais e relacionais nas suas práticas¹⁶.

A prevenção do HIV/Aids entre jovens pode ser efetivamente promovida por meio de acolhimento humanizado, testes rápidos, aconselhamento individual e atividades educativas¹⁷. Contudo, a atuação dos enfermeiros frequentemente não se coaduna com as diretrizes do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem, em virtude de condições laborais adversas, deficiência na capacitação e falta de políticas de suporte¹⁸.

Ademais, o predomínio de um modelo assistencial normativo, centrado exclusivamente na reprodução, limita a discussão de temas relevantes com adolescentes, resultando em uma interação assimétrica que compromete a eficácia das intervenções preventivas¹⁹.

Além da atenção primária, a escola também pode desempenhar um papel importante na prevenção do HIV/Aids, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). Estabelecido em 2007, o PSE deve permitir a participação ativa dos alunos, promovendo discussões que fomentem a reflexão sobre práticas de prevenção²⁰.

Para combater o preconceito social relacionado ao HIV/Aids, os enfermeiros podem utilizar o aconselhamento humanizado. No entanto, enfrentam obstáculos como falta de recursos, tempo limitado e estrutura inadequada, o que dificulta a implementação de práticas preventivas eficazes¹⁷.

Portanto, é essencial que as políticas públicas direcionem esforços à capacitação desses profissionais, visando não apenas a diminuição das infecções, mas também o fortalecimento da APS nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{17,21}. Assim, embora os obstáculos sejam significativos, o investimento na formação de enfermeiros e na colaboração entre os setores de saúde e educação contribui para o êxito das ações preventivas²².

Em resumo, a abordagem da prevenção do HIV/Aids entre os jovens demanda uma compreensão profunda das representações sociais e dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, destacando a importância da capacitação, da integração entre saúde e educação, e da utilização de tecnologias leves para estabelecer vínculos e promover ações preventivas eficazes²³.

Por fim, o estudo pode apresentar algumas limitações, como a falta de consideração de outras variáveis que também podem influenciar a eficácia das medidas preventivas do HIV entre os jovens, tais como questões culturais, socioeconômicas e políticas. Além disso, a quantidade de entrevistados pode não representar completamente a diversidade de profissionais de saúde e realidades encontradas em diferentes regiões, o que poderia limitar a generalização dos resultados obtidos.

No entanto, a identificação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais, bem como a sugestão de estratégias e melhorias necessárias para potencializar a eficácia das medidas preventivas e reduzir a incidência do HIV nesse grupo populacional, pode fornecer insights valiosos para aprimorar as políticas e práticas de saúde voltadas para os adolescentes e jovens.

Considerações finais

O estudo demonstrou a relação da representação social do HIV/Aids pelos enfermeiros e os desafios enfrentados na implementação de políticas públicas e práticas de prevenção e cuidado. A marginalização, preconceito e discriminação relacionados ao HIV/Aids refletem a forma como o profissional representa e percebe essa doença. Além disso, a importância da Atenção Primária à Saúde e o papel dos enfermeiros na prevenção e cuidado do HIV/Aids destacam a necessidade de investimento e capacitações para garantir a eficácia das ações preventivas. A falta de atendimento especializado para adolescentes e as barreiras psicossociais também evidenciam a necessidade de uma abordagem mais integrada entre saúde e educação na prevenção do HIV/Aids, demonstrando a importância da compreensão profunda e da superação de desafios para enfrentar essa doença de forma eficaz.

Referências

1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – UNAIDS. Seizing the moment – Global AIDS update 2020. 2020. Disponível em: https://unAids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetect%C3%A1vel-intransmiss%C3%ADvel_pt.pdf. Acesso em: 28 fev. 2023.

2. Ferro LD, et al. Incidência da infecção pelo HIV e mortalidade por Aids em adolescentes no Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(3):9779-9786. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29269/23088>. Acesso em: 28 fev. 2023.
3. Celuppi IC, Meirelles BHS. Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2022;31:e20220161. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HhzxyCVhzqHLvjsRJfYJt6c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2023.
4. Damião JJ, et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com Hiv/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? *Saúde Debate*. 2022;46(132):163-174.
5. World Health Organization (WHO). Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/ottawa-charter-for-health-promotion>
6. Gotardo PL, Schmidt CL. Atuação do enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Conjecturas*. 2022;22(13):453-467. Disponível em: <http://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1701/1255>. Acesso em: 28 fev. 2023
7. Santos SLSF, et al. A atuação do enfermeiro educador na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. *Rev. Recien*. 2022;13(41):198-210. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/730/758>. Acesso em: 28 fev. 2023.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Muniz CG, Brito C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia?. *Saúde em Debate*. 2023;46(135):1093-1106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213510>. ISSN 2358-2898.
11. Cazeiro F, Silva GSN, Souza EMF. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. *Ciência Saúde Coletiva*. 2021;26(Suppl 3):5361-5370.
12. Soares JPR, Lourenço MP, Spigolon DN, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças: perspectivas de enfermeiros da atenção básica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2022;12:e4388. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4388>.
13. Lima MCL, Pinho CM, Dourado CARO, Silva MAS, Andrade MS. Diagnostic aspects and in-service training in the decentralization of care to people living with HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210065. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0065>
14. Pessoa DMS, Freitas RJM, Melo JAL, Barreto FA, Melo KCO, Dias ECS. Assistência De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde De Adolescentes Com Ideações Suicidas. *Reme: Rev. Min. Enferm*. 2020;24. <http://dx.doi.org/10.5935/1415->

[2762.20200019.](#)

15. Souza ACG, Barbosa GC, Moreno V. Suicídio na adolescência: revisão de literatura. Rev Uningá. 2018;43(1):95-98. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1202>.
16. Raimundo JS, da Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. Revista Mosaico. 2020;11(2):109-116.
17. Araújo EF, et al. Ações preventivas em enfermagem ao HIV/Aids na atenção primária de saúde. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem. 2021;15:e9047.
18. Souza J, et al. Fatores atribuídos a assistência de enfermagem aos portadores da infecção pelo vírus do HIV/Aids. Revista Eletrônica Acervo Saúde Enfermagem. 2021;10:e6832.
19. Ayres JRCM, et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012;16(40):67-81.
20. Paiva TS, Costa MR, Fernandes MTC, Alves CN, Silveira LMBO. O paradoxo do planejamento das ações para a prevenção do HIV/Aids em uma escola pública. REFACS. 2020;8(1):18-26. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/index>. Acesso em: 28 de março de 2023.
21. Santos SM, Freitas JLGS, Freitas MIF. Roteiros de sexualidade construído por enfermeiros e a interface com a atenção em infecções sexualmente transmissíveis/HIV. Esc. Anna Nery. 2019;23(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/x8sfZ4WHRJVm8kgNHXHBFJz/abstract/?lang=pt>. Acesso em 01 mar. 2023.
22. Silva VGF, et al. Parceiros sexuais sorodiferentes quanto ao HIV: Representações sociais dos profissionais de serviços de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2022;75(6):e20210867. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cmsP7w87WYfQhGwhDqH5STN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2023.
23. Argelim RCM, et al. Representações e práticas de cuidado de profissionais de saúde às pessoas com HIV. Rev. Esc. Enferm. USP. 2019;53:e03478.

Cobertura de estratégia saúde da família em municípios rurais remotos do Pará: um estudo comparativo

Coverage of family health strategy in remote rural municipalities of Pará: a comparative study

Cobertura de la estrategia de salud familiar en municipios rurales remotos de Pará: un estudio comparativo

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira
Janaína de Freitas Vale
Letícia Cristina Farias Pinheiro
Ianka Caroline da Silva Saldanha
Jade Cristina Leão Costa
Gleiciane Moraes Gonçalves
Juliana Sousa de Abreu

Resumo

Objetivo: Analisar o percentual de cobertura de Estratégia Saúde da Família em municípios rurais remotos do Pará comparando ao Norte, Brasil e por regiões de saúde. **Método:** Estudo observacional, ecológico com dados coletados de banco de dados secundário do Ministério da Saúde, para cálculo do percentual de cobertura de estratégia saúde da família do Pará e municípios rurais remotos. Foram analisados os dados de 2009 a 2020. **Resultado:** A média do percentual de cobertura da ESF do Pará foi estatisticamente inferior à encontrada na região Norte e no Brasil. Esse resultado também foi encontrado ao se analisar somente a cobertura nos municípios rurais remotos, do estado, região e Brasil, regiões de saúde do Araguaia e Xingú. O estudo evidenciou desigualdades na expansão dos municípios ao longo dos quadriênios. Houve correlação entre indicadores de consultas e exames para gestantes do Pará e dos rurais remotos. **Conclusão:** A expansão da cobertura populacional de ESF no Pará não foi capaz de superar a cobertura da região Norte e do Brasil. Nos municípios rurais remotos desse estado, a expansão foi marcada por desigualdade em municípios que possuem problemas históricos no contexto social e econômico.

Palavras-chave: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: To analyze the percentage coverage of the Family Health Strategy in remote rural municipalities of Pará compared to the North, Brazil, and by health regions. **Method:** Observational, ecological study using data collected from secondary databases of the Ministry of Health to calculate the percentage coverage of the Family Health Strategy in Pará and remote rural municipalities. Data from 2009 to 2020 were analyzed. **Result:** The average percentage coverage of the Family Health Strategy in Pará was statistically lower than that found in the Northern region and in Brazil. This result was also found when analyzing only the coverage in remote rural municipalities of the state, region, and Brazil, as well as in the Araguaia and Xingu health regions. The study revealed inequalities in the expansion of municipalities over the quadrienniums. There was a correlation between indicators of consultations and tests for pregnant women in Pará and remote rural areas. **Conclusion:** The expansion of the population coverage of the Family Health Strategy in Pará was not able to surpass the coverage

of the Northern region and Brazil. In the remote rural municipalities of this state, the expansion was marked by inequality in municipalities that have historical problems in the social and economic context.

Keywords: Nursing; Primary Health Care; Public Health; Family Health Strategy.

Resumen

Objetivo: Analizar el porcentaje de cobertura de la Estrategia de Salud Familiar en municipios rurales remotos de Pará en comparación con el Norte, Brasil y por regiones de salud. **Método:** Estudio observacional, ecológico utilizando datos recopilados de bases de datos secundarias del Ministerio de Salud para calcular el porcentaje de cobertura de la Estrategia de Salud Familiar en Pará y municipios rurales remotos. Se analizaron datos de 2009 a 2020. **Resultado:** El promedio de cobertura de la Estrategia de Salud Familiar en Pará fue estadísticamente inferior al encontrado en la región Norte y en Brasil. Este resultado también se encontró al analizar solo la cobertura en municipios rurales remotos del estado, la región y Brasil, así como en las regiones de salud de Araguaia y Xingú. El estudio reveló desigualdades en la expansión de los municipios a lo largo de los cuatrienios. Hubo correlación entre los indicadores de consultas y exámenes para mujeres embarazadas en Pará y áreas rurales remotas. **Conclusión:** La expansión de la cobertura poblacional de la Estrategia de Salud Familiar en Pará no pudo superar la cobertura de la región Norte y de Brasil. En los municipios rurales remotos de este estado, la expansión estuvo marcada por la desigualdad en municipios que tienen problemas históricos en el contexto social y económico.

Palabras clave: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Salud Pública; Estrategia de Salud Familiar.

Introdução

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os avanços na mudança do modelo assistencial e de boa qualidade evita/reduz internações indesejáveis. Pesquisas já realizadas no Brasil demonstram associação entre redução das taxas de internação e expansão da ESF, esses efeitos também medidos por estudos ecológicos evidenciam que a expansão da cobertura da ESF ocorreu de forma desigual no Brasil, com diferentes ciclos de expansão nas capitais^{1,2}.

As regiões do Brasil apresentam diversidade em seus povos, territórios e condições sociodemográficas, sendo necessário considerar as especificidades de cada região para que o serviço em saúde alcance e supere tais diversidades, combatendo assim a desigualdade e promovendo a equidade. O Norte do país possui características sociais de maior vulnerabilidade dentro dos seus municípios em comparação aos demais municípios brasileiros, e apresenta-se como região prioritária para o investimento em saúde a partir da destinação de recursos quando trata-se de Regiões de Saúde, considerando a demanda através dos índices da região³.

Em municípios localizados em áreas remotas é baixa a fixação de profissionais de saúde, contribuindo para a rotatividade, cadastro de equipe e numa pior cobertura⁴. Segundo características geográficas, a mediana relacionada das taxas de ESF na região Norte e Nordeste variam entre 3,0 e 3,8/10 mil respectivamente, analisando dados de acordo com o número de habitantes o Nordeste segue com parâmetros maiores recomendados pelos tipos de equipe em

comparação com o Norte, visto que, a taxa deve ser acima de 2,9/10 mil habitantes. Desta maneira, ao avaliar a proporção da extensão da cobertura das ESF à região Norte, em destaque para o estado do Pará, Rondônia, Amazonas e Amapá, apresentam em sua maioria extensões de áreas consideradas críticas por não alcançarem o mínimo esperado⁵.

Esses aspectos baseados no tipo de equipe, características sociodemográficas e geográficas do território compõem o cálculo da captação ponderada, do atual modelo misto de custeio da APS do Programa Previne Brasil. Municípios localizados em áreas mais afastadas dos centros urbanos, classificados como intermediários remotos ou rurais remotos, possuem o maior peso considerado para o cálculo de repasse de recurso federal para a APS^{6,7}.

As mudanças na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), na Política de financiamento da APS e na regulação apesar de melhorarem o acesso a saúde, não foram capazes de reduzir as profundas desigualdades regionais e sociais^{8,9}. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o percentual de cobertura de Estratégia Saúde da Família em municípios rurais remotos do Pará comparando ao Norte, Brasil e por regiões de saúde.

Método

Desenho e cenário do estudo

Trata-se de um estudo observacional, ecológico que analisou a cobertura populacional de ESF no período de 2009 a 2020, do Pará e de 26 municípios classificados como rurais remotos. O Pará está localizado na Região Norte, na Amazônia brasileira, com extensão territorial de 1.247.955,238 km², no qual habitam 7.581.051 pessoas distribuídas em 144 municípios, agrupados em treze regiões de saúde (RS): Metropolitana I, Tocantins, Marajó I, Marajó II, Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés, Baixo Amazonas, Tapajós, Xingú, Lago Tucuruí, Carajás, Araguaia (Figura 1)¹⁰.

Figura 1- Regiões de saúde do Pará



Fonte: Tabwin, IBGE.

O Pará possui 26 municípios classificados como rurais remotos que fazem parte de seis (06) regiões de saúde, corresponde a 8,06% (323) do Brasil. Os municípios classificados como rurais remotos são predominantemente rurais e mais distantes de centros urbanos e podem ter três modelagens: unidades populacionais que possuem entre 25.000 e 50.000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 25%; municípios em unidades populacionais que possuem entre 10.000 e 25.000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 50%; e municípios em unidades populacionais que possuem entre 3.000 e 10.000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 75%¹¹.

Fonte de dados

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2021. A fonte de dados foi o banco de dados do painel de indicadores da atenção básica do Ministério da Saúde do Brasil¹². Foi extraído o banco de dados completo de cobertura de saúde da família e de desempenho dos indicadores do PREVINE, em arquivo *comma-separated values* (CSV).

Variáveis

Extraíu-se as variáveis discretas: população do local e população coberta por ESF, mês e ano. Foram extraídas as variáveis categóricas: município, região de saúde e do Brasil, valor do indicador de proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas (primeira até a 20ª semana de gestação) e proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV por municípios e estado. Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Excel ®.

Análises estatísticas

O período selecionado para o estudo de cobertura populacional de ESF foi de 2009 a 2020. Enquanto, dos indicadores do PREVINE somente de os quadrimestres do ano de 2018 a 2020, uma vez que o painel não disponibiliza dados de anos anteriores.

O total de população coberta por ESF trata-se de um valor calculado de acordo com o indicador padrão, tendo como base a população da unidade territorial e a tipologia da equipe. Para o percentual de cobertura de ESF foi calculado a proporção da população coberta por equipe de ESF dividido pelo total da população do território do período, multiplicando-se por 100. Para cada ano de análise foi somado os meses e calculada a média aritmética.

Para comparação da cobertura de ESF entre as unidades de análise (Brasil, Região Norte, Pará e Regiões de saúde) foi calculado o indicador de cada ano. Por se tratar de uma análise de variável contínua, seguiu-se critérios para escolhas dos testes. Foi aplicado o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, por ser adequado para amostras: $2 < n < 51$ e variáveis amostras (k amostras) de modo simultâneo. Nas amostras com distribuição normal ($p > 0,05$) foi aplicado teste de iteração (*Runs test*) para selecionar as aleatórias ($p > 0,05$), que seguiram para análise de variância, por ANOVA: um critério. Somente as amostras não significativas nos testes acima foram submetidas ao Teste-t de *Student*.

O resultado da ANOVA: um critério significativo foi utilizado para conhecer a diferença nas amostras normalmente distribuídas, que não atenderam todos os requisitos para o Teste-t. O teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* foi aplicado nas amostras que não apresentaram distribuição normal, por permitir comparar três ou mais amostras independentes. Todos os testes foram realizados no programa *Bioestat 5.3*®. A estatística descritiva foi realizada no programa *Minitab 20*®, sendo analisada a média aritmética, desvio padrão, mediana e amplitude. Esses dados foram apresentados por meio de gráfico *Blox-plot*, variação individual e tabelas.

No programa *Joinpoint* ® 4.7.0. foi realizado o cálculo da variação percentual anual e da média do período (2009-2020) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância p-valor $< 0,05$. No modelo de regressão a variável dependente foi o percentual de cobertura de ESF, usou-se o padrão do programa para cálculo da taxa bruta multiplicado 100, o numerador foi o quantitativo de população coberta por ESF e como denominador o quantitativo da população da unidade de análise (ambos dos anos analisados). A variável independente são os anos do estudo. Foi adotada a configuração padrão do programa, para se obter o número máximo de pontos de mudança. Analisado em cada série e comparado com os dados suavizados no *Minitab*® para escolha do melhor resultado.

Os dados de cobertura de ESF dos municípios do Pará e de cada município rural remoto do Pará foram agrupados em quadriênios: 2009-2012, 2013-2016, 2017-2020. As taxas

calculadas foram plotados no software ArcMap 10.8 para criação dos mapas coropléticos. O indicador do PREVINE foi avaliado por quadrimestre de cada ano (2018-2020) e associados entre si e com o indicador de cobertura de ESF para verificar o grau de associação entre as variáveis. A partir da análise da normalidade, aleatoriedade e variância, pelos mesmos testes acima citado, o teste de correlação escolhido foi o teste não paramétrico de correlação de *Spearman*.

Aspectos éticos

Foram utilizadas fontes de dados secundários de domínio público, desta forma sendo dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomenda o parágrafo único do artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Os pesquisadores respeitaram todas as diretrizes éticas de pesquisa com seres humanos, conforme recomenda a Resolução do CNS, nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

No Brasil, entre 2009 a 2020, o percentual de cobertura populacional da ESF foi de 51,4% e 63,6%, respectivamente. A região Norte apresentou percentual de cobertura aproximado ao Brasil, 51,5% em 2009 e 64,7% em 2020. O Pará possuía 40,5% no primeiro ano estudado e passou para 57,6% no último.

A média do percentual de cobertura da ESF encontrada no período para o Brasil foi de 59,5% (Desvio padrão - DP: 4,8; IC 95%: 56,4; 62,6) e do Norte foi de 59,3% (DP: 5,1; IC 95%: 56,1; 62,6), não evidenciando-se diferenças significativas entre as médias dessas duas populações ($p = 0,92$). A média do Pará foi de 51,4% (DP: 7,1; IC 95% 46,8%; 55,8%), esse valor difere significativamente do Brasil ($p = 0,01$) e do Norte ($p = 0,01$). Apesar de estar abaixo dos percentuais e médias nacionais e da região, a comparação dos *boxes* da figura 2 evidencia uma maior amplitude da distribuição percentual do Pará quando comparado aos demais.

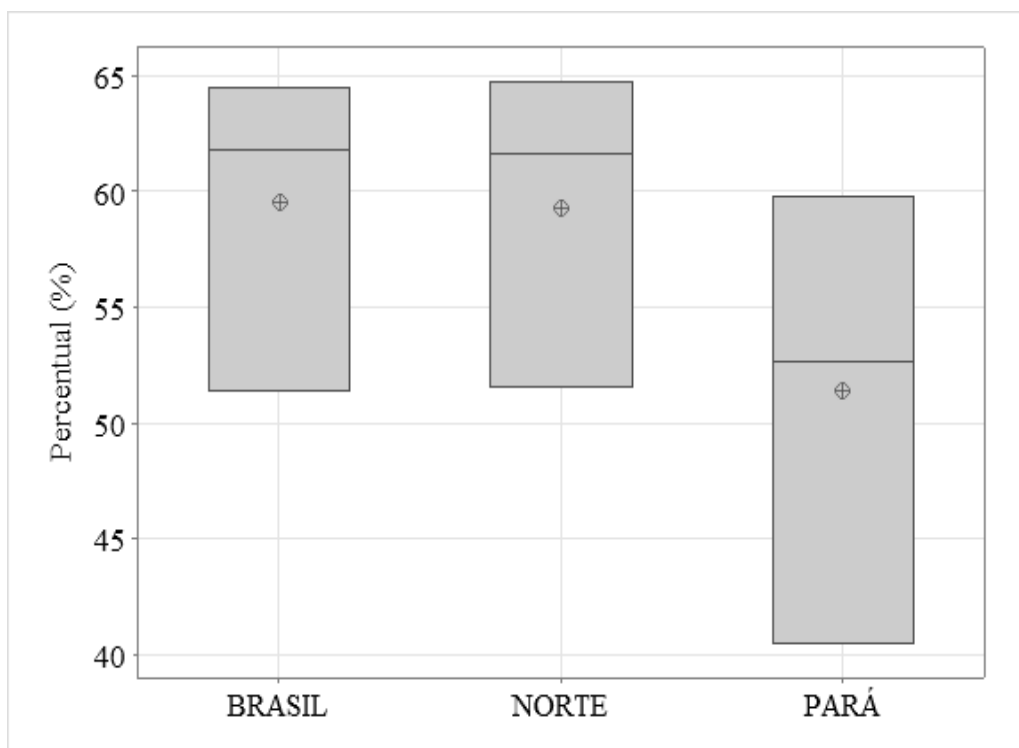


Figura 2 – *Box-plot* da distribuição percentual de cobertura da ESF do Brasil, Norte e Pará. 2009-2020. **Fonte:** Elaborado pela autora, a partir dos dados do painel de indicadores da APS (2021).

A análise da variação percentual média do indicador estudado demonstrou um maior crescimento percentual entre 2009 a 2020 no Pará, um incremento de 3,5% (IC 95%: 2,5; 4,5; $p < 0,05$). Enquanto no Brasil e no Norte, apesar da tendência também ser de crescimento significativo, a variação média foi de 2,2% (IC 95%: 1,7; 2,6; $p < 0,05$) e do Norte foi de 2,0% (IC 95%: 1,2%; 2,8% $p < 0,05$). A figura 2 apresenta a distribuição anual do percentual de cobertura de ESF do período analisado.

No modelo de pontos de inflexão, a variável de regressão são os anos. No Brasil, foi encontrado incremento anual de 3,5% (IC 95%: 2,7; 4,2; $p < 0,05$) no indicador entre 2009 a 2015. A partir desse ano, verifica-se um ponto de mudança com redução do incremento anual (APC: 0,6%; IC 95%: -0,2; 1,5; $p > 0,05$). No Norte, foram observados dois pontos de mudança, em 2012 e 2015, somente no período de 2012 a 2015 foi observado um crescimento significativo, com incremento anual de 4,9% (IC 95%: 1,4; 8,6; $p < 0,05$), nos demais períodos o crescimento foi menor e não significativo. O Pará teve crescimento significativo entre 2009 a 2017, com incremento anual do percentual de cobertura (IC 95% 4; 5,9; $p < 0,05$), a partir dessa inflexão foi registrada queda não significativa (Figura 3).

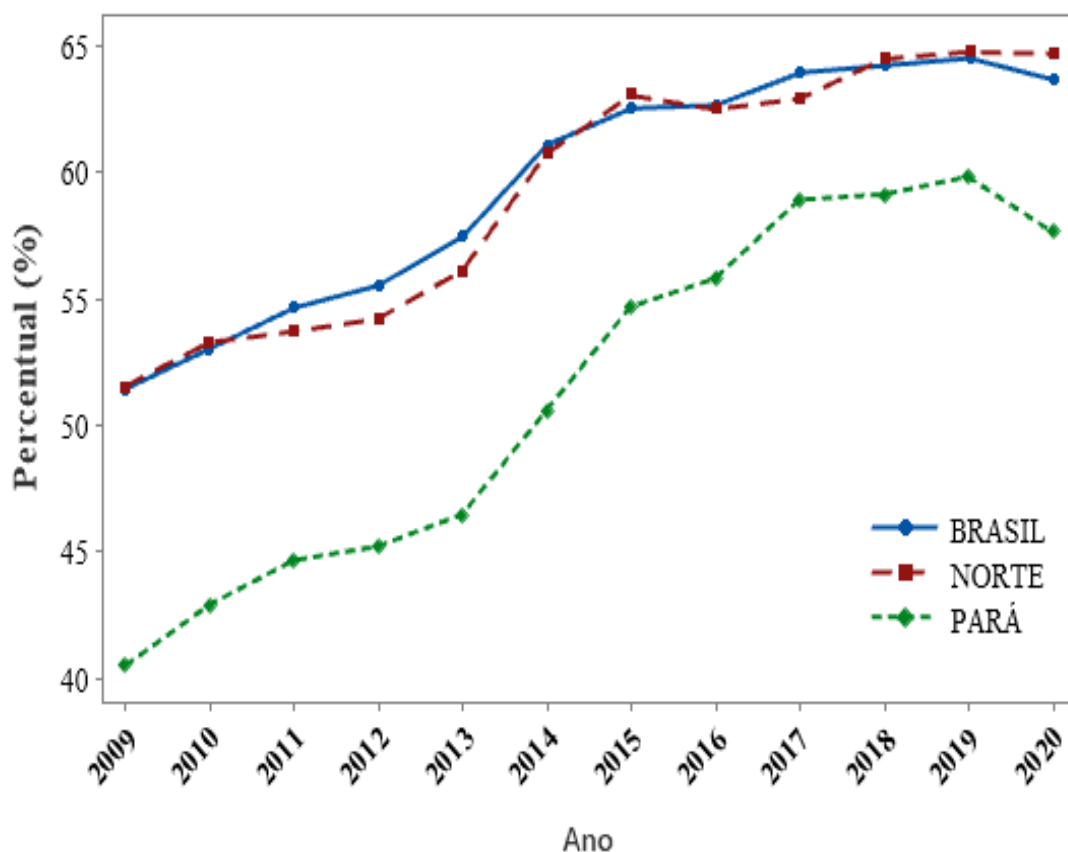


Figura 3 – Distribuição anual do percentual de cobertura de ESF no Brasil, Norte e Pará, no período de 2009 a 2020. **Fonte:** Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do painel de indicadores da APS (2021).

A tabela 1 apresenta o percentual de cobertura de ESF de cada um dos 26 rurais remotos incluídos do Pará, por regiões de saúde. A maior média do indicador analisado está em Santa Maria das Barreiras (Média: 95,9; DP: 8,2), seguido de Senador José Porfírio (Média: 91,1; DP: 13,5) e Salvaterra (Média: 79,4; DP: 6,5). Na região do Araguaia, em Sapucaia está o município com menor número de habitantes 5.930; enquanto na Marajó I está o município com maior percentual de população rural (88,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas descritivas do percentual de população coberta por Estratégia Saúde da Família em municípios rurais remotos e demografia, por regiões de saúde. Pará. 2009-2020.

Municípios por Regiões de Saúde	% cobertura de ESF		Tendência central e medidas de dispersão %cobertura ESF				Demografia	
	2009	2020	μ	σ	Md	At	Hab.	% Pop. rural*
MARAJÓ I								
Afuá	0,00	26,4	15,5	8,4	18,4	26,4	39.218	73,0
Cachoeira do Arari	0,00	19,4	15,9	7,6	15,9	25,7	23.767	79,1
Chaves	0,00	43,6	31,5	20,5	36,8	59,8	23.717	88,1
Muaná	34,4	47,0	43,5	11,1	48,2	27,2	40.349	57,5
Salvaterra	77,3	72,6	79,4	6,5	77,9	22,6	23.752	37,2

	SSBV	32,1	74,5	54,1	24,3	59,9	66,6	26.640	56,8
MARAJÓ II									
	Anajás	28,1	35,4	34,1	7,0	36,7	26,2	29.277	61,7
	Bagre	30,5	62,8	43,4	15,1	37,2	41,3	30.673	55,3
	Curralinho	20,3	39,2	39,4	8,6	42,1	26,9	34.448	61,7
	Gurupá	21,6	43,1	39,1	10,8	37,4	32,2	33.376	67
	Melgaço	97,3	61,3	71,4	23,8	68,8	75,1	27.654	77,8
BAIXO AMAZONAS									
	Curuá	27,3	99,7	66,2	36,3	80,2	74,2	14.393	52,8
	Faro	0,0	100	53,0	48,8	69,9	100,0	7.194	25,1
	Placas	0,0	24,1	16,9	12,3	17,9	39,2	30.982	79,7
	Prainha	12,8	69,3	55,6	19,2	58,9	58,4	29.866	69,5
TAPAJÓS									
	Aveiro	14,5	100	49,1	37,9	21,8	85,5	16.388	79,9
	Jacareacanga	5,8	83,8	29,3	32,3	15,6	79,9	8.239	65
	Rurópolis	9,9	43,3	29,9	18,3	35,3	43,9	50.510	61,9
	Trairão	20,5	59,1	48,2	16,2	56,2	40,4	18.989	66,3
XINGÚ									
	Anapú	47,4	74,2	67,9	8,6	69,6	29,0	27.890	52,1
	Pacajá	13,4	45,8	40,3	11,7	46,5	40,5	47.706	65,6
	Porto de Moz	60,2	55,9	53,7	5,3	54,0	13,6	41.135	57,1
	Senador José Porfírio	71,1	65,4	91,1	13,5	100,0	34,6	11.658	50,4
ARAGUAIA									
	Água azul do Norte	56,8	59,7	64,0	4,4	65,3	13,6	27.430	80,5
	Sta M ^a das Barreiras	70,2	98,8	95,9	8,2	98,5	29,8	21.449	63,1
	Sapucaia	63,4	100	75,3	17,4	66,5	43,4	5.930	34,1

Legenda: μ : Média. σ : desvio padrão. Md: Mediana. At: Amplitude total. Hab.: Habitantes (Base do painel da APS -2020) % Popul rural: considera o percentual Censo 2010. SSBV: São Sebastião da Boa Vista. DP: desvio padrão. Fonte: Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do painel de indicadores da APS (2021).

A figura 4 evidencia o percentual de cobertura de ESF nos 26 municípios rurais remotos do Pará incluídos no estudo. No quadriênio 2017-2020, houve um maior percentual de população coberta por ESF quando comparado ao período de 2009-2012. A região do Marajó I concentrou os municípios com os mais baixos percentuais de ampliação de população coberta por ESF.

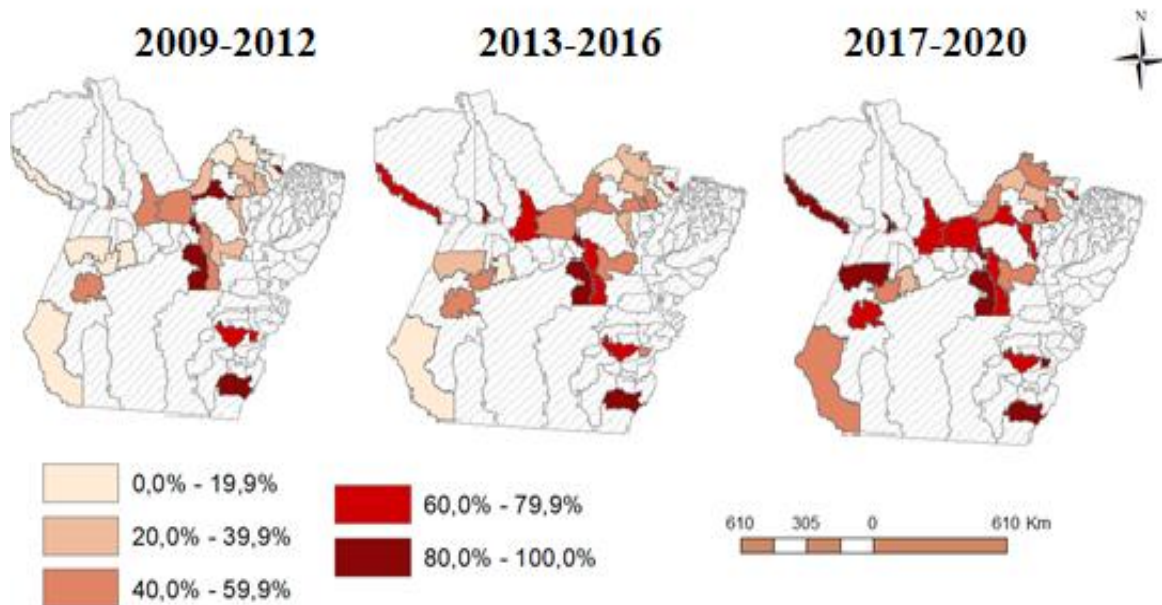


Figura 4: Distribuição quadrienal do percentual de cobertura de ESF dos municípios rurais remotos. Pará. 2009-2020. **Fonte:** Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do painel de indicadores da APS (2021).

A tabela 2 apresenta a estatística descritiva dos percentuais de cobertura de ESF dos 26 municípios rurais remotos do Pará comparado aos percentuais dos 322 do Brasil, 120 da região Norte e de cada uma das seis (06) Regiões de Saúde do Pará entre 2009 a 2020. Para comparação dos percentuais, de acordo com as medidas de tendência central e dispersão. O percentual de cobertura de ESF do total dos rurais remotos do Pará foi significativamente inferior aos do Brasil ($p < 0,05$), do Norte ($p < 0,05$) e das regiões de saúde do Araguaia ($p < 0,0001$) e Xingú ($p = 0,014$). Não houve associação com as demais regiões de saúde.

Tabela 2 - Percentual de cobertura de ESF dos rurais remotos do Pará em comparação aos do Brasil, do Norte, das Regiões de Saúde do Pará. 2009-2020.

Unidades de análise	% cobertura de ESF		Tendência central e medidas de dispersão				p-valor
	2009	2020	μ	σ	Md	At	
Pará	32,9	64,5	52,4	12,5	53,3	36,8	
Brasil	81,7	68,7	88,2	3,6	89,5	10,9	< 0,05 ^a
Norte	90,8	84,9	80,0	6,4	82,0	19,6	< 0,05 ^a
Regiões de Saúde							
Marajó I	24,0	47,3	39,9	10,3	44,5	27,3	> 0,05 ^a
Marajó II	39,6	48,4	45,5	7,8	43,9	29,3	0,11 ^b

Baixo Amazonas	10,0	73,3	47,9	27,5	57,0	67,5	> 0,05 ^a
Tapajós	12,6	71,5	39,1	22,7	30,3	60,5	> 0,05 ^a
Xingú	48,0	60,3	63,3	6,9	65,7	24,7	0,014 ^c
Araguaia	63,5	86,2	78,4	7,3	77,0	24,5	< 0,0001 ^c

Legenda: μ : Média. σ : desvio padrão. Md: Mediana. At: Amplitude total. a: *Kruskall-Wallis*; b: Teste-t; c: Anova: um critério. **Fonte:** Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do painel de indicadores da APS (2021).

A análise dos valores individuais da distribuição dos percentuais de cobertura de ESF dos rurais remotos agrupados por Pará e região de saúde é apresentada pela figura 4. A partir da média, é possível verificar maior dispersão dos valores nas regiões de saúde do Baixo Amazonas, Tapajós, Pará e Marajó I, respectivamente, e com menor dispersão na região do Araguaia, como observado pelos valores do desvio padrão na tabela 2. A figura 4, também observa as maiores amplitudes nas regiões do Baixo Amazonas, Tapajós e Pará.

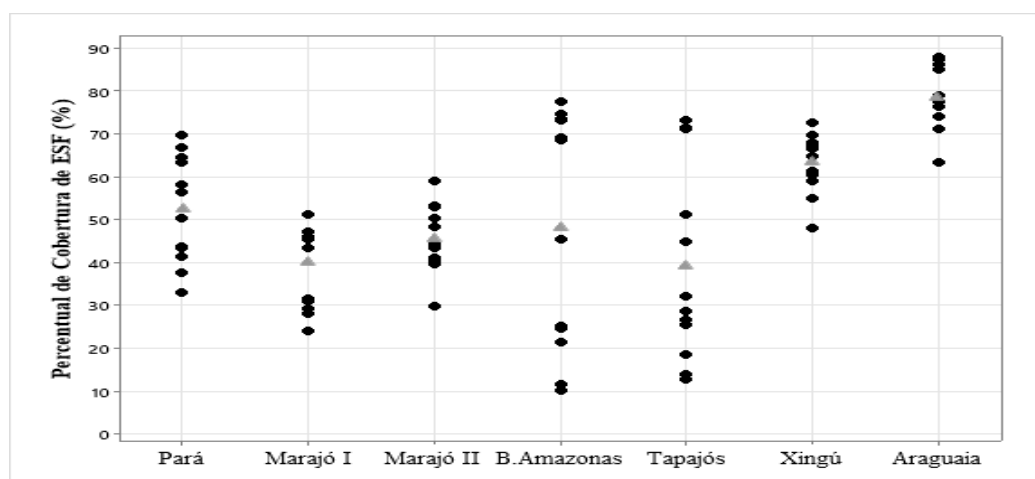


Figura 5: Gráfico de valores individuais dos percentuais de cobertura de ESF de rurais remotos agrupados, por regiões de saúde e Pará. 2009-2020. **Fonte:** Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do painel de indicadores da APS (2021).

A tabela 3 apresenta os indicadores de desempenho do programa PREVINE Brasil referente aos quadrimestres de 2018, 2019 e 2010. Foram analisados os indicadores de Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas (primeira até a 20^a semana de gestação) e Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Os resultados demonstram que houve correlação entre ambos indicadores do estado do Pará ($p < 0,0001$), assim como dos municípios rurais remotos do Pará ($p = 0,0009$), no entanto, não foi evidenciado correlação entre esses indicadores com % de cobertura de ESF destes municípios.

Tabela 3 - Indicadores de desempenho do PREVINE do estado do Pará e dos municípios rurais remotos do Pará. 2018-2020.

Indicadores	Tendência central e medidas de dispersão				r_s
	μ	σ	Md	At	
PARÁ					
Proporção de 06 consultas	18,3	5,0	18,0	14,0	$r_s = 0,97$
Proporção exames para sífilis e HIV	36,56	7,5	38,0	24,0	$p < 0,0001$
Pará - Rurais remotos					
Cobertura ESF dos rurais remotos	64,4	3,2	65,6	8,9	$> 0,05$
Proporção de 06 consultas	15,9	4,5	14,4	12,1	$r_s = 0,97$
Proporção exames para sífilis e HIV	26,1	4,4	24,6	14,5	$p = 0,0009$

Legenda: μ : Média. σ : desvio padrão. Md: Mediana. At: Amplitude total. r_s : Coeficiente de correlação de Spearman. **Fonte:** Elaborado pela autora, a partir do banco de dados do painel de indicadores da APS (2021).

Discussão

O presente estudo encontrou que, apesar dos avanços ao longo dos anos no percentual de cobertura dos municípios rurais remotos do Pará, há desigualdades entre as regiões de saúde. A média do percentual de cobertura de ESF dos municípios rurais remotos, agrupados por regiões de saúde, demonstrou ser significativamente mais baixa nas regiões Marajó I e Tapajós, e mais alta na Araguaia quando comparados a média de cobertura de todos os municípios agrupados que compõem o Pará. Esse estado, apesar de ter a maior amplitude de crescimento quando comparado ao Brasil e região Norte, teve menor média do percentual de cobertura de ESF.

No período entre 2006 e 2016 o Pará possuía o menor percentual de cobertura de ESF entre os estados da região Norte, 28% e 54,5% respectivamente. E, também, encontrava-se abaixo do geral da região e do Brasil, mas teve o segundo maior crescimento na variação percentual média do período (15,3%), ficando atrás de Rondônia (18,3%)¹³. Os dados do presente nestes estudos e da literatura prévia evidenciam que a baixa cobertura populacional de ESF é um problema histórico do Pará.

A baixa cobertura de ESF no estado do Pará e no grupo de municípios classificados como rurais remotos a exceção da região de saúde do Araguaia contribui para as dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde desse nível de atenção e para os demais, pela atenção primária ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e coordenadora do cuidado¹⁴.

No presente estudo, a análise dos municípios rurais remotos que tiveram os piores desempenhos nos últimos doze anos, demonstra uma concentração na região de saúde Marajó I. O resultado do desempenho desse indicador é ainda mais grave quando introduzido no contexto da população residente na região de saúde Marajó I, que possui precários indicadores

de escolaridade e mais de 75% da população residente vive com renda de menos de meio salário-mínimo do Brasil¹⁵, desta forma, altamente SUS dependente.

A maior concentração de municípios remotos está localizada na região amazônica. Uma alta concentração também é observada na divisa entre os Estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e oeste da Bahia. O Norte é a região que possui o maior percentual de municípios rurais remotos do país, 37,5% dos 323¹⁰. As características territoriais com ênfase a geografia dessa região e das populações tradicionais exigem modelagens de equipe, processos de trabalho e estrutura de Unidades Básicas de Saúde que atendam às peculiaridades das populações que habitam esse território. Esses aspectos também estão presentes em municípios classificados como urbanos que possuem populações ribeirinhas¹⁶. Para a região Norte admite-se o contingente mínimo populacional de 500 mil habitantes para a instituição de uma Macrorregião de Saúde, abaixo dos 700 mil exigidos para outras regiões¹⁷.

Apesar da atual política de financiamento da APS aumentar em duas (02) vezes o incremento do repasse para custeio aos rurais remotos em comparação aos urbanos⁶, o relatório do IBGE aponta que essa classificação deve ser avaliada com cautela em alguns territórios do Brasil. Em municípios da região amazônica, de grande extensão territorial classificados como predominantemente urbanos, que ficam localizados ao longo dos rios Amazonas (Oriximiná/PA, Óbidos/PA, Alenquer/PA, Coari/AM e Tefé/AM) e Xingu (Altamira e São Félix do Xingu) apesar de apresentarem forte concentração da população na área urbanizada maior parte do território desses municípios não possui características urbanas¹⁴.

As ESF fluvial e ribeirinha de municípios rurais do Amazonas, quando comparados a essas equipes de urbanos, possuem as maiores médias nos indicadores do pré-natal (06 e testagem para HIV e sífilis) do Previne. Entretanto, a cobertura ainda é insuficiente nas diversas tipologias de municípios que possuem essas modelagens de equipes¹⁵.

Os incrementos no financiamento para as modalidades de ESF fluvial e ribeirinha, e para a classificação rural remoto não foram suficientes para atender as necessidades relacionados à alta rotatividade de profissionais integrantes dessas equipes. Ademais, no dia a dia o enfermeiro atuante em áreas rurais e remotas precisa ainda enfrentar dificuldade de acesso em todo seu trajeto de trabalho, falta de materiais e medicamentos para a população e até indisponibilidade de alimentação e local e momento de descanso adequado, sendo que este profissional diariamente depara-se com situações que devem ser resolvidas, na maior parte por responsabilidade dele, de forma a viabilizar a assistência à saúde nas unidades rurais¹⁶.

No presente estudo, a análise da distribuição dos percentuais de cobertura de ESF nos quadriênios de 2009-2012, 2013-2016, 2017-2020 evidenciou variações no Pará e nos municípios rurais remotos. Essa mudança por ciclos foi observada na expansão da cobertura da

ESF em algumas capitais do Brasil. No Rio de Janeiro, entre 2009-2012 e 2013-2016, houve aumento no número de equipes e na cobertura populacional. Nesse mesmo período São Paulo, capital, teve uma estagnação desse indicador. Enquanto, a expansão em Salvador se deu em três períodos, 2005-2008, 2009-2012 e 2015-2017; já em Fortaleza foi entre 2006-2008¹⁷.

Entre as limitações do estudo, está a ausência de dados de alguns municípios, mas a análise por comparação de média suaviza essa inconsistência quando o número de registros e a frequência são baixos. Essa limitação é comum em banco de dados secundários, mas as melhorias nos registros e na obrigatoriedade de alimentação dos sistemas de informação em saúde do SUS atrelado ao repasse de recursos, pode qualificar os dados coletados e as perdas comumente observadas nesse tipo de estudo.

Conclusão

O presente estudo evidenciou uma baixa cobertura de ESF nos municípios rurais remotos do Pará, com os maiores percentuais em municípios da região de saúde Araguaia. A região de saúde Marajó I teve os municípios com os mais precários percentuais de cobertura, cuja média da região foi inferior à média do Pará, que por sua vez foi inferior às médias dos percentuais de cobertura do Norte e do Brasil.

Ao longo dos anos foi evidenciado expansão da cobertura populacional de ESF no Pará, no entanto, ainda se apresenta muito abaixo para garantir a equidade e o acesso universal às ações e serviços de saúde do SUS. Essa baixa cobertura aliada a históricos problemas sociais e econômicos do estado podem contribuir para os precários indicadores de saúde da população do estado.

O presente estudo contribui como evidência para avaliações futuras do impacto das recentes reformas na APS que incluem o modelo assistencial, financiamento e regulação. Por isso, o conhecimento de áreas críticas de cobertura dispõe de meios que possibilitam o estabelecimento de áreas prioritárias e o planejamento de políticas específicas de adequação da saúde primária.

Referências

1. ARAÚJO, M. A. C.; CARVALHO, N. R.; SILVA, M. A. M.; MOREIRA, T. M. M.; COSTA, A. L. C.; AZEVEDO, S. G. V.; OLIVEIRA, F. E. S.; FERNANDES, N. Efeito da estratégia saúde da família nas internações evitáveis de idosos nordestinos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 27, edição especial, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/64464>. Acesso em: 10 abr 2024.
2. SOARES FILHO, A. M.; VASCONCELOS, C. H.; DIAS, A. C., SOUZA, A. C. C.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVA, M. R. F. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência coletiva**, [S.l.], v. 27, n.1, p. 377-386, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202271.39342020>. Acesso em: 10 abr 2024.

3. MIRANDA, et al. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. v. 39, n. 4, 1 jan. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZhvTDQn6nxxDyKjFWDWQ8g/?lang=pt#>. Acesso em: 12 abr 2024.
4. OLIVEIRA, A. R.; SOUSA, Y. G.; DINIZ, I. V. A; MEDEIROS, S. M.; MARTINIANO, C.; ALVES, M. Cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Enf.**, [S.l.], v. 72, n. 4, p. 918-925, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0243>. Acesso em 13 ago. 2021.
5. SOARES FILHO, A.M et al. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(1):377-386, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>. Acesso em: 10 de Jan 2024.
6. HARZHEIM, E.; D'AVILA O. P.; RIBEIRO, D. C.; RAMOS, L. G. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 25, p. 1361-1374, Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. Acesso em: 10 abr. 2024.
7. FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; LIMA, J. G.; CABRAL, L. M. S. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 1605-1618, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>. Acesso em: 10 mai 2024.
8. GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>>. Acesso em: 10 abr 2024.
9. MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 10 abr 2024.
10. PARÁ. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução Nº 140, de 09 de agosto de 2018. Aprovar, a instituição das Macrorregiões de Saúde do Estado do Pará. Belém, 09 de agosto de 2018. Página 20. Diário oficial nº 33682 segunda-feira, 20 de agosto de 2018.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil: Uma primeira aproximação, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em 20 Jan 2021.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores da Atenção primária à Saúde. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>> Acesso em: 20 ago. 2021.
13. NEVES, R. G. et al . Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017170, set. 2018. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 set. 2021.
14. BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>. Acesso em: 1 set. 2021.
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações em Saúde**. Datasus, 2021. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 ago. 2023. Base de dados.
16. LIMA, R. T. de S. et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 6, p. 2053-2064, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Acesso em: 6 set. 2023.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.htm. Acesso em: 10 abr 2024.

A relação entre família e saúde: desvendando caminhos na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte/MG

Isabella da Paixão Alves
Marina Monteiro de Castro e Castro

Resumo: O artigo apresenta um estudo que teve por objetivo analisar o lugar da família na estruturação da Política de Saúde do Brasil, em especial, na Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa qualitativa, utilizou como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevistas com assistentes sociais inseridos na atenção primária em Belo Horizonte/ Minas Gerais. Viu-se como tendência uma abordagem familiar que não conceitua ou problematiza o conceito de família em sua relação com a saúde, apesar da visão ampliada com relação aos seus vínculos e à sua diversidade.

Palavras-chave: Política de saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT: The article presents a study that aimed to analyze the place of the family in the structuring of Brazil's Health Policy, especially in the Family Health Strategy. The qualitative research used bibliographical and documentary research as methodological procedures, as well as interviews with social workers working in primary care in Belo Horizonte/ Minas Gerais. The tendency was to see a family approach that does not conceptualize or problematize the concept of the family in its relationship with health, despite the expanded view of its links and diversity.

Keywords: Health Policy; Primary Health Care; Family Health.

RESUMEN: El artículo presenta un estudio que tuvo como objetivo analizar el lugar de la familia en la estructuración de la Política de Salud de Brasil, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia. La investigación cualitativa utilizó como procedimientos metodológicos la investigación bibliográfica y documental, así como entrevistas con asistentes sociales que trabajan en la atención primaria en Belo Horizonte/ Minas Gerais . Se observó un enfoque familiar que no conceptualiza ni problematiza el concepto de familia en su relación con la salud, a pesar de la visión más amplia de sus vínculos y diversidad.

Palabras clave: Política de Salud; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia.

Introdução

A relação entre as ações estatais em saúde e famílias não é algo dos tempos atuais. Se antes buscava-se disciplinar a família dentro dos princípios e comportamentos burgueses, a relação saúde e família ganha novos contornos a partir da consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Trazer luz a este debate faz sentido por não existir um sólido debate sobre o que é a família na Política de Saúde, como destacam Bertelli et al (2023)¹. Assim, apesar de existirem estudos de matriz crítica na saúde pública, a família segue sendo um assunto pouco tratado. A pesquisa então beneficia-se da utilização de um campo privilegiado de análise: a Atenção Primária à Saúde, pois trata-se de uma estratégia em saúde de base territorial, próxima ao cotidiano da população e, conseqüentemente, das famílias.

Assim, neste trabalho trataremos a Saúde da Família como uma “estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.”² Ou seja, compõe a Atenção Primária à Saúde (APS) de maneira estruturante, sendo porta de entrada dos serviços de saúde e orientadora da linha de cuidado, com capacidade de promoção e prevenção à saúde, bem como resolutiva para grande parte das demandas em saúde da população.

Ressalta-se o fato de que os documentos que norteiam a Política Nacional da Atenção Básica, embora tratem da estratégia de saúde da família, pouco se ocupam em elucidar o que é a família e quais suas possibilidades, acabando por reproduzir uma ideia naturalizada da família, tal como o debate é tratado de forma geral nas políticas sociais e na sociedade. Se não se preocupa em conceituar a família, o modelo de estratégia de saúde da família redireciona o modelo de assistência em saúde, mas só tem como partir de uma visão de que a família é um arranjo natural. Logo, se não se parte da concretude sócio histórica da família, tal conceito torna-se uma abstração, muitas vezes desconsiderando suas relações sociais, raciais e de gênero.

A família neste artigo é entendida enquanto uma construção social e histórica, não sendo algo natural em nossa sociedade, mas que se constrói pelas relações que se estabelecem no cotidiano da vida e das relações sociais, podendo

ser formada por laços consanguíneos ou não, por afetividade, solidariedade, abrangendo diversas composições, raças, culturas e orientações sexuais e identidades de gênero.

Apresentaremos algumas reflexões, problematizações e resultados da pesquisa, fruto de dissertação de mestrado, onde daremos destaque a um eixo de análise da pesquisa que trata das tendências da abordagem familiar e do trabalho com famílias na Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia e cenário de estudo

O caminho metodológico envolveu levantamento bibliográfico relevante e concernente ao debate proposto; pesquisa documental e pesquisa de campo realizada através de entrevistas com assistentes sociais que atuam na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte (BH).

Neste ponto cabe apresentar o cenário da pesquisa – o município de Belo Horizonte, uma vez que sua história e organização na saúde influencia na definição da metodologia de campo. Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e conta atualmente com uma população total de 2.521.564 habitantes, segundo dados do IBGE em 2020. Tratando-se assim de uma metrópole de importância e visibilidade com relação à sua história de construção do Sistema Único de Saúde e, especialmente, da Atenção Primária à Saúde.

Belo Horizonte é a primeira cidade planejada do país e foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897. Apesar de planejada em sua área central, assim como outras metrópoles BH possui diversas contradições, como o crescimento de áreas “desordenadas” para além dos limites da Avenida do Contorno. Dessa forma, a conformação urbana e o processo histórico da cidade vão impactar suas regiões. Ou seja, “essa forma de ocupação do espaço urbano determinou a existência de grupos sociais com diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, configurando perfis epidemiológicos e problemas de saúde diferentes.”³ Tal conformação urbana vai ser determinante no momento de organização da Estratégia de Saúde da Família.

A cidade organiza-se em 9 (nove) regionais, sendo na Política de Saúde chamados de distritos sanitários, como é possível perceber na figura abaixo:

A conformação sócio-histórica da cidade de Belo Horizonte pressupõe uma série de desigualdades em seus territórios. Para a estruturação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde adotou o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)¹ que “é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes para traduzir as desigualdades

¹ Para compreender melhor o IVS e visualizar o mapa e os bairros de Belo Horizonte, acesse <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>

intra-urbanas, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais.”⁴

Sendo assim, o IVS conta com indicadores como saneamento, habitação, educação, renda e saúde. Os setores censitários passam a ser classificados de acordo com o critério de risco: baixo; médio; elevado e muito elevado.⁴

Segundo Teixeira et al.⁵ (2012), a municipalização da gestão dos serviços de saúde foi uma importante estratégia para o SUS. Se antes a sua gestão era organizada pelas entidades federal e estadual, em 1994 o município de Belo Horizonte assumiu integralmente sua gestão.

Muito antes da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ou mesmo da municipalização dos serviços de saúde, os assistentes sociais já compunham a rede de saúde de Belo Horizonte. Segundo Oliveira⁶ (2008), em meados de 1985 a rede de saúde do município passou a contar com equipes de saúde mental em alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte. Essas equipes eram compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Logo, a pelo menos 38 anos assistentes sociais estão na rede da Atenção Primária à Saúde, mesmo em seu momento mais embrionário.

É neste percurso que o Serviço Social vai se afirmando enquanto profissão importante nas equipes da APS em BH, tendo como uma de suas principais competências o desenvolvimento do trabalho com famílias. Assim, o município de BH hoje se estrutura com o profissional de Serviço Social lotado nos Centros de Saúde, compondo as equipes de apoio à Saúde da Família. Desta forma, a sólida e longa incorporação de assistentes sociais na saúde do município os torna um corpo profissional importante para se compreender o trabalho com famílias na APS.

A pesquisa documental, utilizou-se de 2 (dois) documentos base: o primeiro documento, intitulado “Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida” de 2001.²

O segundo documento analisado, foi publicado no ano de 2023, e é denominado “Orientações Institucionais para atuação do (a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”. Os dois documentos deram base para o resgate histórico do trabalho com famílias na APS em Belo Horizonte.

² Este documento foi cedido, gentilmente, do acervo pessoal de uma assistente social que participou desse processo de construção, tendo participado da Comissão de Assistentes Sociais no início dos anos 2000 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com o suporte do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS/MG).

O Programa BH Vida tratou-se da iniciativa do município de Belo Horizonte na estruturação de sua Atenção Primária à Saúde a partir da lógica de redirecionamento do modelo em saúde para a Saúde da Família, sendo nomeado de “BH Vida/PSF” em alguns momentos. Datado em outubro de 2001, o documento apresenta-se enquanto um projeto que trata da atuação de assistentes sociais no então recém implantado Programa. O documento explicita que a sua construção foi realizada como um posicionamento a favor da implantação do PSF, e da incorporação de assistentes sociais e outros profissionais nessa nova organização de ofertar cuidado.

Assim, vimos que, o documento de 2001, expressa um primeiro movimento de estruturação do Serviço Social junto ao Programa de Saúde da Família no município.

Em fevereiro de 2002 ocorreu a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Belo Horizonte (cerca de 176) que puderam se constituir com profissionais da rede. O município ofereceu credenciamento de profissionais que já compunham a rede de saúde e um dos incentivos passou a ser o recebimento do incremento no salário que ficou inicialmente conhecido como “plus do PSF”. Com a meta de implantação de equipes abaixo da meta estipulada pela SMSA, logo houve a contratação de diversos profissionais médicos e enfermeiros. (Belo Horizonte, 2008)

Em 2003, iniciou-se um movimento diversos atores políticos para se pensar e direcionar o projeto para a atenção básica de Belo Horizonte. Esse momento foi nomeado de “BH Vida: Saúde Integral” e concretizado em um documento com o mesmo nome.⁴

Duas décadas depois em 2023, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte lançou o material “Orientações Institucionais para a atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS-BH”, organizado pela Gerência de Atenção Primária à Saúde da Diretoria de Assistência à Saúde. O documento segue certa tendência de publicações da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), que busca racionalizar o trabalho através de diretrizes técnicas, como o Manual do Agente Comunitário de Saúde de 2022 e o “Manual de Saúde Bucal”, também de 2022.

O documento 2 (2023) apresenta-se como uma referência que busca orientar assistentes sociais, gestores e demais profissionais sobre os processos de trabalho da categoria e fluxos institucionais. Em termos metodológicos, o documento de 2023 foi organizado a partir de questionários respondidos por assistentes sociais atuantes da APS de BH. Estes foram analisados por grupo de trabalho que também redigiu o documento final. Ressalta-se ainda que este foi disponibilizado para consulta pública e que foram feitas alterações conforme as sugestões.

Vemos assim, que o início dos anos 2000 marcam um avanço na organização

dos serviços de saúde no município de Belo Horizonte. O BH Vida incorporou 2625 ACS à rede de saúde. Vale lembrar que BH já havia passado por um projeto-piloto de implantação de pelo menos 22 equipes de saúde da família no ano de 1999. (Santiago, 2004). No ano de 2008, o município contava com 512 equipes de saúde da família.⁵ Atualmente, conforme consta em sítio eletrônico da Prefeitura de Belo Horizonte³, o município possui 152 centros de saúde somando, assim, 596 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Para além da análise documental, a pesquisa contou com entrevistas com 9 (nove) participantes, sendo entrevistada uma assistente social por regional (distrito sanitário) da cidade. As regionais são: Centro-sul, Barreiro, Leste, Oeste, Norte, Noroeste, Nordeste, Pampulha e Venda Nova. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, a solicitação de contato com a Unidade Básica de Saúde foi feita através dos Núcleos de Educação Permanente existentes em cada regional.

Para as entrevistas foi utilizado um roteiro semi-estruturado e foram lidos e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas tiveram em média a duração de 60 minutos, foram gravadas e transcritas para que pudessem ser analisadas. A entrevista contempla pontos como: o trabalho com famílias, a relação com a equipe multiprofissional, a intersetorialidade, organização e condições de trabalho, dentre outros.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, através dos números de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 70780823.0.0000.5147 e 70780823.0.3001.5140, respectivamente. Esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de financiamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho com famílias e as tendências da abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/MG

A estratégia de saúde da família redireciona o modelo de atenção em saúde, que representa um importante avanço, mas ao mesmo tempo traz em si diversos aspectos contraditórios nessa relação com o conceito de família e com as famílias, de modo concreto, no cotidiano do cuidado.

Vasconcelos⁷ (1999) trata das questões que circundam a priorização das famílias nas políticas de saúde, pois embora emergja o reconhecimento das abordagens à família e comunidade nos anos 1990, esse processo se deu com resistência de certos setores da sociedade pelo já conhecido viés conservador com que normalmente a família era evocada. O autor enfatiza que os setores intelectualizados da sociedade se mostraram reticentes à essa aproximação entre políticas sociais e famílias, por considerarem somente os aspectos repressivos da família, desvinculando dos movimentos sociais e da participação política, como o movimento campestino.

Acompanhando esse debate, a ênfase da família nos processos de cuidado em saúde revela duas faces contraditórias que se correlacionam. De um lado, uma face progressista onde a família é valorizada, descentralizando-se a produção do cuidado do modelo biomédico, e de outro lado, uma face conservadora que coloca sobre a família o ônus do desfinanciamento da política de saúde.⁸

A perspectiva que leva a concepção de família como protagonista e parceira na política de saúde avança nos anos 1990 e é denominada de familista, ou seja, trata a família de forma institucionalizada e formalizada.

É possível dizer que nos anos 1990 a saúde definitivamente abarca e recorre à família como expresso no próprio título do Programa de Saúde da Família - criado em 1994. Posteriormente, a PNAB (2006) amplia esta perspectiva com a Estratégia de Saúde da Família por ser considerada eixo estruturante da APS.⁹

³<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>

A Política Nacional de Atenção Básica trata da Estratégia em Saúde da Família, suas atribuições e composição das equipes que, atualmente, se estrutura da seguinte forma:

- I. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
 - II. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
 - III. auxiliar ou técnico de enfermagem; e
 - IV. agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.
- (...) Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.¹⁰

Em Belo Horizonte, não existem dados publicizados sobre o perfil de famílias atendidas pela ESF do município. Temos indicações acerca do IVS que é variável nos diferentes territórios da cidade, indicando-nos as formas como suas famílias vivem. Através das entrevistas vamos compreender, mais à frente, como os profissionais entrevistados percebem as vivências das famílias atendidas.

Conforme as colocações de Gelinski e Moser¹¹ (2015), a incorporação da família corresponde, na política de saúde, mais à reorientação do modelo em saúde do que a preocupação em estabelecer o papel da família no modelo da atenção básica. Percebemos, assim, uma sistemática ausência de aporte teórico sobre família e que nos documentos da saúde utiliza-se o conceito de família de modo naturalizado, com base no senso comum, referindo-se mais a uma incorporação do conceito de forma prática no cotidiano de profissionais da saúde.

A partir das problematizações apresentadas, que serviram como motor para a pesquisa, olhamos para a realidade do trabalho com famílias na Atenção Primária à Saúde. Desta forma, os resultados a seguir apresentados são provenientes da análise documental e das entrevistas realizadas, onde será dado destaque às tendências observadas na abordagem familiar e no trabalho com famílias.

Como vimos, o trabalho com famílias é central na estratégia de saúde da família. Desta forma, as informações da situação sociofamiliar são, habitualmente, requeridas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atribuições, para subsidiar a estruturação de suas ações, ou seja, as decisões sobre intervenções, procedimentos, orientações, dentre outros.

Pensar uma linha de cuidados para famílias atendidas, pressupõe uma concepção prévia que subsidia esta atuação/intervenção, ainda que esta concepção não esteja explícita.

Nos documentos analisados, a família aparece como algo dado e não é possível localizar referências com relação a sua construção histórica, não fazendo também referências à diversidade familiar ou sobre a relação da família e saúde mais diretamente. O documento 1₁₂ (2001) sinaliza uma percepção empírica do cotidiano de famílias, indicando a sua responsabilização, através da falta de capacidade da família em prover cuidados para com seus membros. O documento não expõe uma visão mais crítica e macro da situação da família ou de sua “funcionalidade” na política de saúde.

Podemos identificar que o documento de 2001 exprime uma visão de que o Estado assume as atividades da família ao passo que vemos a partir dos anos 1990, a política social trazer a família como principal responsável pela proteção social. De uma forma geral, o documento 1¹² (2001) reforça a interação com a comunidade, mas não enfoca o quesito territorialidade diretamente. Enquanto instrumentos de abordagem às famílias, o documento enfoca: realização de visitas domiciliares, entrevistas individuais e familiares, estudos sócio-econômicos e reuniões e palestras. Em um dos tópicos, o documento coloca a importância da participação do profissional em programas nas áreas de saúde da Criança e Adolescente, Adulto, Mulher, Idoso e Pessoas com Deficiência.

O documento 2¹³ (2023), com relação à família e abordagem familiar segue a mesma tendência, não fazendo indicações sobre a construção teórica e histórica sobre a família. Embora os termos “família, famílias, familiares, familiar” sejam mencionados 84 vezes.

As orientações reforçam a necessidade de acolhimento e atendimento individual, familiar e comunitário, fazendo referência aos conceitos de negligência e insuficiência familiar e enfatiza o conceito de vulnerabilidade. Dessa forma, o olhar sobre a família acaba por perpassar essa tendência. “Observamos que, as demandas sociais compreendidas através do conceito de vulnerabilidade, também são analisadas na perspectiva sistêmica, reforçando, assim, o caráter de ajustamento social.”¹⁴ (p.258). Também não existe referência sobre diversidade familiar ou levantamento sobre perfis de famílias atendidas nos documentos analisados.

Horst¹⁵ (2020) aponta, com base em seu estudo, 4 (quatro) tendências gerais sobre as concepções de famílias que aparecem nas produções do Serviço Social. A primeira dessas tendências descritas pelo autor é de família como algo que ultrapassa os laços consanguíneos, considerando-se os conceitos de solidariedade, laços afetivos, convivência, proteção, dentre outras características que coadunam com essa perspectiva de mutualidade.

A segunda concepção relaciona a família a uma espécie de sistema, com estruturas e padrões. “Nesse grupo, observa-se uma influência das tendências próximas a terapia familiar, visualizando a família enquanto um sistema, com suas alianças e regras.”¹⁵ Assim, tem forte influência da perspectiva sistêmica. A terceira tendência traz a concepção de família patriarcal burguesa, com papéis de gênero bem definidos e relações de poder e hierarquia.

Por último, o autor destaca que a última tendência presente nas produções do Serviço Social é da família enquanto laços de parentesco, consanguíneos, embora compreenda que hoje vários arranjos familiares são possíveis.

Nas entrevistas encontramos como resultado a predominância da compreensão de família que dialoga com a primeira tendência apresentada por Horst¹⁵ (2020), ou seja, as/os entrevistadas/os relacionam a família a laços afetivos, não necessariamente consanguíneos, que representem suporte e cuidado.

Família para mim? Família para mim é uma pessoa que eu me sinto bem. Família, não é só sangue, né? Família, é laço né? É laço, é bem-estar. Eu acho que é acolhimento também, e convivência. Acho que tudo isso para mim é família. Família não é só de consanguíneo, né? (Entrevistada 2)

Família é tudo aquilo que interage, né? Assim, eu acho que a família tá num processo de interação, de laços, de referências, de convivência, né? Então família é aquilo que se convive, que se interage, que se cuida, que tá dentro desse processo de comunicação e cuidado, e movimentação entre si. Hoje a gente não pode levar só em consideração os laços consanguíneos, os laços de parentesco. (Entrevistada 7)

Dessa forma, as entrevistadas lançam mão de uma compreensão ampliada do conceito de família, que não aparece nos documentos analisados. Os resultados das entrevistas apontam ainda para uma tendência, cada vez mais latente, na Atenção Primária à Saúde de compreensão da família como pessoas que coabitam o mesmo domicílio, fortemente influenciados pela lógica de cadastramento da população usuária do Sistema Único de Saúde.

O território é estruturante do trabalho em saúde na Atenção Primária. Assim, o perfil das famílias atendidas, no geral, pode variar de acordo com o território atendido. As composições familiares se alteram no relato das assistentes sociais entrevistadas, mas é possível identificar que em unidades que atuam em áreas com IVS elevado a predominância é de famílias chefiadas por mulheres. Com relação ao determinante gênero, as entrevistadas destacam a questão da sobrecarga da mulher nos cuidados inerentes à família, sendo algo percebido por elas no cotidiano de trabalho. No que

tange às questões étnico-raciais, apenas uma das entrevistadas evidenciou tal ponto em sua análise sobre as famílias do território em que atua, ressaltando que além de chefiadas por mulheres, as famílias atendidas pela Unidade Básica na qual atua são majoritariamente negras.

Ponto central nos resultados encontrados pela pesquisa trata da tendência de um trabalho com famílias mediado pelo conceito de risco e vulnerabilidades sociais.

As entrevistadas ressaltam que o trabalho com famílias é demandado quando se identificam situações que as equipes classificam como “conflituosas”, “problemáticas”. Logo, a principal tendência de um olhar para essas famílias perpassa os termos: negligência; maus tratos, insuficiência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas.

Os termos “negligência”, “maus tratos” e “insuficiência familiar” são reconhecidos e utilizados cotidianamente pelos profissionais da saúde. Berberian¹⁶ (2023) destaca como o termo negligência possui conteúdo moral, pois é utilizado como associação à valores negativos onde não se cumpre as responsabilidades impelidas, além de ser associado também à desleixo e preguiça.

Conflitos familiares no geral. A intervenção familiar ela tá presente em toda situação que a equipe apresenta uma situação de vulnerabilidade ali, né? Se chegou uma situação com um conflito familiar, se chegou uma situação por questões de relações intergeracionais, se foi por uma situação de violação de direitos. Então a gente faz essa intervenção de acordo com a demanda que é apresentada. (Entrevistada 7)

Ah eu vejo assim, a questão de por exemplo os casos que chegam para minha equipe é insuficiência familiar, conflitos familiares. A gente atua muito com a questão e acaba mediando conflito. Vulnerabilidade, idoso em situação de vulnerabilidade. Aí a gente vai acionar a família, vai tentar conversar, né? (Entrevistada 2)

Algumas das entrevistadas ponderam que o olhar do profissional precisa ser ampliado, no sentido de entender a realidade da família atendida, pois, geralmente, as famílias estão inseridas em um contexto de desproteção social, em que sua face visível à unidade de saúde se materializa sob a insígnia da negligência com seus membros vulneráveis, como crianças e idosos.

Os resultados observados demonstram como a equipe de saúde, muitas vezes, sugere intervenções voltadas para uma perspectiva de ajustamento das relações

familiares que se adapte às expectativas que os profissionais de saúde têm de como deve ser uma família.

Um eixo de cuidado que ganhou destaque na fala das entrevistadas foi sobre o tratamento em saúde mental. Os profissionais compreendem que este campo requer uma atuação que abarque a família e, quando da sua ausência, pode interferir e limitar o plano de cuidado proposto pela equipe. Uma profissional pondera que a maior participação da família no acompanhamento dos usuários da saúde mental tem êxito, quando o atendimento faz sentido para o próprio usuário e para a família; e destaca que a família percebe quando a intenção da intervenção se resume à responsabilização.

Sobre metodologias ou referenciais específicos sobre atendimento a famílias, as entrevistadas relatam não terem referência em nenhum material específico da saúde, nem nos níveis federal, estadual ou municipal.

As assistentes sociais, em uníssono, fazem uma análise mais ampliada do entendimento pessoal e profissional que tem sobre a família. Ressaltam o respeito à diversidade familiar e consideram os laços de afeto e cuidado decisivos para compreensão do que é uma família. Horst¹⁵ (2020) indica que a concepção de família enquanto laços afetivos e instância de cuidado corroboram com uma fundamentação da ideia de família a partir dos marcos das políticas sociais. Alerta ainda sobre o aspecto ilusório que tal perspectiva sobre a família pode apresentar, pois se, por um lado, o conceito de diversidade representa um avanço, por outro pouco problematiza a família e reafirma papéis e funções sociais.

Evidencia-se com isso que não há problemas na Saúde da Família em se considerar a família na sua dimensão ampliada a partir de suas múltiplas configurações. Esta posição se relaciona diretamente com a afirmação anterior, que reafirma a família em sua função protetiva por meio do cuidado. Assim, o que se coloca é que, para exercer o cuidado não importa por quem seja, o importante é ter alguém que cuide. Considerando o processo de transferência de responsabilidade pelos cuidados para a família, em um contexto de “desproteção social”, é conveniente ao serviço considerar a família em sua dimensão ampliada, atingindo até mesmo, as relações comunitárias.¹⁴ (p. 249)

As falas das entrevistadas demonstram como é importante o posicionamento e habilidade para contribuir com as equipes tanto no acompanhamento das famílias, quanto na compreensão do que é o trabalho de assistentes sociais enquanto equipe multiprofissional que apoia a estratégia de saúde da família.

Se a família tem sua expressão em diversas políticas sociais, na saúde podemos afirmar que na APS essa presença é estruturante das ações. Assim, as concepções acerca da saúde e da família são conceitos em constantes disputas, não existindo uma perspectiva única em suas análises. Como aborda Guimarães¹⁴ (2016), a saúde sofre importante influência das perspectivas funcionalista, positivista e sistêmica, que se expressa em seus documentos sob uma análise de risco, vulnerabilidades, ciclos de vida, dentre outros. A estratégia de saúde da família dialoga com esse caleidoscópio de desafios e contradições, mas segue demonstrando seu potencial de ofertar cuidado às famílias brasileiras.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa demonstram como principal tendência o enfoque da família na política de saúde a partir de conceitos como vulnerabilidades e risco social. Detecta-se ainda o uso dos termos como “negligência” e “insuficiência familiar”. Tanto os resultados da análise documental, quanto da pesquisa de campo, apontam que a apropriação dos termos se faz de maneira mecânica e pouco crítica, tornando-se um modo de se comunicar entre equipe que pouco contextualiza do que se está falando. O mesmo se dá com o termo “conflito”, que aparece especialmente na pesquisa de campo. Essa fragmentação analítica leva a uma falsa ideia de que famílias podem superar “espontaneamente” as suas situações de desproteção social, pois enfocam-se muito mais nos indivíduos do que no contexto social.

Localiza-se uma ampla utilização do termo família na política de saúde, sobretudo na Atenção Primária, onde a família torna-se objeto central de intervenção das equipes. Contudo, a análise do conceito de família segue praticamente ausente nas produções que abordam a Saúde da Família, perpetuando concepções idealizadas e naturalizadas de famílias.

Apesar de indicarem a ausência de aporte teórico no tema da família, vimos que, as intervenções profissionais com famílias são amplamente citadas pelas/os profissionais entrevistadas/os, demonstrando ser parte do seu dia-a-dia de trabalho. Assim, podemos dizer que as relações familiares tem sido mais o foco de intervenção do que a família em si.

Referências bibliográficas

1. Bertelli E, Regina K, Michelly Laurita Wiese. Reflexões sobre o dueto família e gênero na política de saúde brasileira. *Libertas*. 2023 Jun 26;23(1):165–80.
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte - análise de atenção primária à saúde. 2009.
4. Belo Horizonte. Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. HMP Comunicação. Secretaria Municipal de Saúde20, editor. 2008.
5. Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM. O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rona Editora. Vol. 1. 2012.
6. Nilo K, Barros Morais MA, de Lima Guimarães MB, Vasconcelos ME, Granha Nogueira MT, Aboud-Yd M. Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. 1st ed. 2008. Chapter 1, A saúde mental na Atenção Básica de Saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família, 17-25.
7. Mourão Vasconcelos E. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 1999 [cited 2023 Aug 10];23. Available from: https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.23%2C+N.53+-+set&pesq=&x=54&y=22
8. Ferreira VM. Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências [Internet]. *repositorio.ufpe.br*. 2017. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29595>
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Jun;23(6):1903–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_arttext&tlng=en
10. Estratégia Saúde da Família (ESF) [Internet]. Ministério da Saúde. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>
11. Mioto R, Campos M, Carloto CM. Familismo, direito e cidadania: contradições da política social. 2015. Chapter. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. 125-145.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Atuação do Serviço Social no Programa BH Vida. 2001. Acervo pessoal.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações institucionais para atuação do(a) assistente social na Atenção Primária à Saúde da rede SUS-BH.

2023. [cited 2023 Aug 10]; Available from <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/cartilha-orientacoes-institucionais-rede-sus-bh-04-09-23.pdf>.

14. Guimarães EMS. A abordagem familiar e comunitária na saúde da família: desvelando contradições e construindo mediações críticas. 2016.
15. Henrique C. Serviço Social e a temática família. *Libertas*. 2020 Dec 15;20(2):392–414.
16. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PUC-SP THAIS PEINADO BERBERIAN SERVIÇO SOCIAL E AVALIAÇÕES DE “NEGLIGÊNCIA” CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: Debates no Campo da Ética Profissional [Internet]. 2013 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17654/1/Thais%20Peinado%20Berberian.pdf>

Hábitos de trabalho, esforço e qualidade de vida em profissionais da estratégia da saúde da família em município do semiárido nordestino

Work habits, effort and quality of life in family health strategy professionals in a municipality in the semi-arid northeastern region

Hábitos de trabajo, esfuerzo y calidad de vida en profesionales de estrategia de salud familiar en un municipio del noreste semiárido

Fernanda Pereira Lelis de Lima

Tarcísio Viana Cardoso

Resumo

A Estratégia da Saúde da Família (E.S.F.) expandiu o acesso à saúde no Brasil e minimizou a morbimortalidade. Apesar dos desafios constantes, a Saúde da Família vem contribuindo com os atributos da Atenção Básica e os trabalhadores são os importantes atores sociais para a garantia das ações e cuidados. Entretanto, muitos dos trabalhadores de saúde se encontram expostos a sobrecarga de trabalho e precariedade de vínculo e de trabalho, fatores que podem impactar a saúde física e mental. O objetivo do presente estudo foi avaliar os hábitos de trabalho, esforço e qualidade de vida dos trabalhadores da E.S.F. no município de Guanambi Bahia. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. Foram utilizados os seguintes instrumentos validados: Escala de Borg, WHOQOL Bref e questionário socioeconômico. Foi possível observar que os componentes das equipes de saúde estão sujeitos a componentes negativos relacionados aos desgastes físicos, psicológicos e também ambientais, fatores que influenciam na qualidade de vida e concomitantemente nos hábitos de trabalho e esforços. Destarte, é preciso considerar que deve-se pensar em políticas públicas de saúde de atenção primária, mas também é proporcionalmente importante o entendimento da qualidade de vida dos trabalhadores que produzem saúde da família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Qualidade de Vida; Saúde Ocupacional.

Abstract

The Family Health Strategy (FHS) has expanded access to health care in Brazil and minimized morbidity and mortality. Despite ongoing challenges, Family Health has contributed to the attributes of Primary Care, and workers are important social actors in ensuring actions and care. However, many health workers are exposed to work overload and precarious employment relationships, factors that can impact physical and mental health. The objective of this study was to evaluate the work habits, effort, and quality of life of FHS workers in the municipality of Guanambi, Bahia. This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study. The following validated instruments were used: Borg Scale, WHOQOL Bref, and socioeconomic questionnaire. It was possible to observe that the components of health teams are subject to negative components related to physical, psychological, and environmental exhaustion, factors that influence quality of life and, concomitantly, work habits and effort. Therefore, it is necessary to consider that we must think about public health policies for primary care, but it is also proportionally important to understand the quality of life of workers who produce family health.

Keywords: National Health Strategies; Quality of Life; Occupational Health.

Resumen

La Estrategia de Salud de la Familia (E.S.F.) amplió el acceso a la salud en Brasil y minimizó la morbilidad y la mortalidad. A pesar de los constantes desafíos, la Salud de la Familia viene contribuyendo a los atributos de la Atención Primaria y los trabajadores son actores sociales importantes para garantizar las acciones y los cuidados. Sin embargo, muchos trabajadores de la salud están expuestos a sobrecargas de trabajo y empleos precarios, factores que pueden afectar la salud física y mental. El objetivo del presente estudio fue evaluar los hábitos de trabajo, esfuerzo y calidad de vida de los trabajadores de la E.S.F. en el municipio de Guanambi Bahía. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizaron los siguientes instrumentos validados: Escala de Borg, WHOQOL Bref y cuestionario socioeconómico. Se pudo observar que los componentes de los equipos de salud están sujetos a componentes negativos relacionados con el estrés físico, psicológico y ambiental, factores que influyen en la calidad de vida y, concomitantemente, en los hábitos y esfuerzos de trabajo. Por lo tanto, es necesario considerar que se deben considerar políticas públicas de salud para la atención primaria, pero también es proporcionalmente importante comprender la calidad de vida de los trabajadores que producen la salud familiar.

Palabras-clave: Estrategias de Salud Nacionales; Calidad de Vida; Salud Laboral.

1 Introdução

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é a principal doutrina de atenção primária à saúde (APS) retratada no Brasil, definida como um sistema de APS de abordagem comunitária e estabelecida a partir dos anos 2000. Esse modelo é nivelado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está relacionado aos atributos essenciais e derivados, bem como nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade.¹

Nesse contexto, a atuação da ESF promoveu progressos e aquisições significativos, no que tange a expansão de acesso ao atendimento à saúde e conseqüentemente, a redução da morbimortalidade por razões evitáveis e o decréscimo das desigualdades em saúde.² Diante disso, torna-se evidente a consideração da aplicação de ações sociais e o acesso à saúde por parte do governo. No entanto, é importante analisar os bastidores da saúde pública, posto que para alcançar esses objetivos, é fundamental a atuação dos profissionais de saúde, não obstante da função que exercem.³

São muitos desafios encontrados pelos profissionais da ESF, como grande procura por atendimento, carência de recursos, sujeição a violência e a complexidade dos problemas de saúde pública. Contudo, esses processos demandam esforço e colaboram para a vulnerabilidade do profissional. Por isso, podem levar ao estresse, o que afeta a saúde física e mental, bem como a excelência no serviço ofertado aos pacientes.⁴

Nesse sentido, Silva e colaboradores⁵ ponderam que estudos relatam a presença do desprazer e desgaste no trabalho. Para compreender tal fato, é importante salientar a respeito da determinação social da saúde, que elucida que a saúde é historicamente e socialmente determinada. Por isso, ela submete-se aos estados de desenvolvimento e das oportunidades que a sociedade traz para desfrutá-la. Diante de tal fato, as condições de saúde no capitalismo resultam do vínculo entre potenciais de fortalecimento e de desgaste, característicos às condições laborais e às condições de vida.

Partindo desse pressuposto, tal circunstância na Atenção Básica deve ser posta em análise quando acompanha-se o regime de acumulação do modo de produção, o que expõe potenciais de desgaste aos trabalhadores. Assim, esses elementos são caracterizados pela precariedade das condições de trabalho, carência de direitos trabalhistas, fracos vínculos de trabalho, bem como adversidades no ambiente ocupacional.⁵

Mello *et al.*⁶ destacam que a situação de adoecimento convive com o regime e desempenho no trabalho. Isso está relacionado com cenários de risco, quesito de produtividade, reveses no trabalho em grupo, falta de plano de cargos e salários, bem como déficits das demais esferas de cuidado. Em mesma linha, Viana e Ribeiro⁷ argumentam que, por mais que haja transformações na política da APS, a disposição do processo laboral e o desdém da valorização dificultam seus alcances. Sendo assim, o serviço de saúde no Brasil apresenta descoordenação entre a excelência do atendimento e os que concedem o serviço. Devido a isso, torna-se inviável fazer saúde pública de qualidade sem levar em conta o profissional que a institui.

Portanto, o convívio com trabalhadores de saúde e a visualização de relatos frequentes de piora da qualidade de vida no exercício da ESF, fomentaram a confecção do presente estudo, no qual busca estender o escopo e enfatizar sobre a relevância dessa temática, que em contrapartida, encontra-se em invisibilidade política.³

Nesse contexto adverso e patológico, onde aumentam as regulamentações, metas e a extensão da ESF, torna-se indispensável a produção de investigações sobre a saúde desses trabalhadores, ressaltando a influência dos hábitos de trabalho, esforço, e qualidade de vida em profissionais da ESF no município de Guanambi, no estado da Bahia.³

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é do tipo descritiva, transversal e quantitativa. Desse modo, trata-se de um estudo observacional e seccional que busca responder a pergunta de pesquisa com base na presença de uma determinada característica no momento de realização da pesquisa ou o enfoque pontual dos participantes. Portanto, esse método documenta uma circunstância presente em um dado período.⁸

No que concerne ao lado quantitativo, refere-se a uma forma objetiva de estudo baseada em dados numéricos e estatísticos, que busca testar teorias existentes e formular elementos para avaliação e comparação.⁹

2.1 Caracterização da amostra e amostragem

Teve como participação os profissionais de saúde elencados no Sistema de Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) no ano de 2015, com vínculo na Secretaria de Saúde do Município de Guanambi - BA, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em relação a área de estudo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰, Guanambi possuía uma população residente em 2022 de 87.817 habitantes. A área territorial é de 1.272,366 Km².¹⁰

2.2 Critérios de exclusão

Considerou-se como critérios de eliminação os profissionais que: estivessem afastados no exercício de suas funções no período de realização da pesquisa e falta de cadastro no SCNES; encontrassem em licença prêmio; estiverem em afastamento por problemas de saúde; não apresentassem no mínimo seis meses no setor; não concordassem em participar da pesquisa; desistissem de participar em qualquer fase da pesquisa; ter outro vínculo trabalhista formal.

2.3 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi realizado o levantamento numérico desses trabalhadores no município, no qual baseou-se nos relatórios do Departamento de Atenção Básica e o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Posteriormente, foi feita a programação de reuniões para elucidação sobre a pesquisa. Após aprovação pelo Comitê de Ética, iniciou-se a coleta de dados mediante entrevistas com cada trabalhador.

Utilizou-se a escala de percepção de esforço BORGCategoryRatio (CR 10), o questionário validado de qualidade de vida (WHOQOL Bref) e um questionário de levantamento de dados epidemiológicos.

Desse modo, a escala de BORG mede como o indivíduo percebe o esforço físico mediante a classificação de uma escala de 0 a 10.¹¹ Por isso, esse método fornece ao entrevistado âncoras verbais para que possa julgar a respeito da intensidade de um estímulo.¹²

O WHOQOL-bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, no qual demonstrou ser válido e confiável, o que apresenta propriedades psicométricas apropriadas. Esse questionário pode avaliar a qualidade de vida em quatro domínios: saúde física, psicológica, relacionamentos sociais e meio ambiente. Nele constam 26 questões, o que inclui dois tópicos acerca da qualidade de vida e saúde geral e os demais itens compõem um elemento de cada uma das 24 facetas do instrumento original. Esses itens possuem uma escala de Likert com 5 pontos, onde uma pontuação mais alta significa uma melhor qualidade de vida.¹³

Além disso, pensando nas variáveis que podem intervir na qualidade de vida, criou-se 33 perguntas objetivas aplicadas para conjunturas sociais, econômicas e culturais. Esse questionário foi aplicado com o propósito de obter informes que permitissem verificar o perfil dos entrevistados.

2.4 Análise de dados

Utilizou-se os testes de Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fischer ou G de Willians para correlatar e avaliar os dados colhidos no questionário epidemiológico com os índices de qualidade de vida. Os testes foram utilizados a depender da distribuição dos resultados em termos de frequência. Na análise inferencial apresentou-se as variáveis com valor de $P < 0,05$. As análises deste trabalho foram feitas com o auxílio do programa Epi Info 7.1.3.

2.5 Aspectos éticos

O trabalho foi proposto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estadual de Feira de Santana (UEFS), cujo registro está sob o CAAE 37540114.4.0000.0053 e protocolo número 944812, aprovado no dia 04 de Fevereiro de 2015.

Os trabalhadores convidados a compor a pesquisa foram comunicados sobre a natureza do projeto, seu objetivo e quais dados poderão ser alcançados.

Os indivíduos que consentiram na participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas vias.

As perguntas que foram disponíveis aos participantes atestaram o anonimato, no qual cada profissional recebeu apenas o número de identificação alfanumérico, o que preserva a confidencialidade das informações.

Cabe ressaltar que a pesquisa cumpriu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.¹⁴

3 Resultados e discussão

A presente pesquisa obteve participação de 197 colaboradores, nos quais foram segregados em quinze categorias conforme Tabela 1.³ Essa distribuição é fundamentada no estado de trabalho em equipe, que conforme Peduzzi *et al.*¹⁵, é a base da estrutura da ESF. Dada a sua importância, o trabalho em equipe é caracterizado pela precisão do estabelecimento de objetivos e responsabilidades partilhadas, a fim de possibilitar o desenvolvimento individual e coletivo para a assistência entre os profissionais envolvidos.¹⁶

Tabela 1 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) da distribuição por categoria profissional, dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015.

Profissão	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
-----------	----	----	----------	----------

Agente Comunitário de Saúde	101	51,27%	44,06%	58,44%
Auxiliar de Saúde Bucal	8	4,06%	1,77%	7,84%
Auxiliar de Serviços Gerais	6	3,05%	1,13%	6,51%
Assistente Social	2	1,02%	0,12%	3,62%
Profissional de Educação Física	2	1,02%	0,12%	3,62%
Enfermeiro(a)	20	10,15%	6,31%	15,24%
Farmacêutico(a)	2	1,02%	0,12%	3,62%
Fisioterapeuta	4	2,03%	0,56%	5,12%
Médico(a)	3	1,52%	0,32%	4,39%

Fonte: Cardoso, 2016.³

Tabela 1 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) da distribuição por categoria profissional, dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015. (conclusão)

Profissão	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
Nutricionista	2	1,02%	0,12%	3,62%
Odontólogo(a)	7	3,55%	1,44%	7,18%
Psicólogo(a)	2	1,02%	0,12%	3,62%
Recepcionista	11	5,58%	2,82%	9,77%
Segurança	1	0,51%	0,01%	2,80%
Técnico(a) de Enfermagem	26	13,20%	8,81%	18,74%
Total	197	100,00%		

Fonte: Cardoso, 2016.³

Conforme os dados obtidos, os grupos com maior quantitativo foram os agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros e recepcionistas, respectivamente.³ Dentre eles, os agentes comunitários de saúde, que atuam na linha de frente na promoção de hábitos saudáveis, podem ter demandas e desafios no processo de trabalho que impactam em sua saúde.¹⁷

Desse modo, Nunes *et al.*¹⁸ relatam a dificuldade em ouvir os problemas da população sem absorver a carga para si entre os ACS, assim como a presença de autocobranças, necessidade de acompanhar a sociedade e a tecnologia, frustrações, ansiedade, estresse e perda de privacidade. Como consequência, esses fatores contribuem para a sobrecarga e interferem na saúde física, mental e emocional desses profissionais.

Já em relação ao gênero, o sexo feminino (89,34%) obteve maior representatividade em relação ao sexo masculino (10,66%).³ Sendo assim, observa-se a feminização dos profissionais de

saúde, um fenômeno altamente registrado em espectro global com cerca de 75% da força de trabalho.¹⁹

A Tabela 2 apresenta as variáveis associadas ao processo de trabalho. Portanto, como apresentado, 188 indivíduos trabalham durante 40 horas semanais, enquanto que 8 trabalhadores possuem carga horária de 20 horas.³

Tabela 2 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) dos aspectos ocupacionais envolvendo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015.

Variável	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
Carga horária semanal				
20 HORAS	8	4,06%	1,77%	7,84%
40 HORAS	188	95,43%	91,50%	97,89%
48 HORAS	1	0,51%	0,01%	2,80%
Doença relacionada ao trabalho				
NÃO	119	60,41%	53,21%	67,29%
SIM	78	39,59%	32,71%	46,79%
Relação trabalho-doença				
NÃO	118	59,90%	52,69%	66,80%
SIM	79	40,10%	33,20%	47,31%
Usa transporte				
NÃO	75	38,07%	31,26%	45,24%
SIM	122	61,93%	54,76%	68,74%
Qual transporte				
BICICLETA	9	4,57%	2,11%	8,50%
CARRO	40	20,30%	14,92%	26,61%
MOTO	73	37,06%	30,30%	44,21%
NÃO SE APLICA	75	38,07%	31,26%	45,24%
Trabalho influencia na alimentação				
NÃO	72	36,73%	29,98%	43,90%
SIM	124	63,27%	56,10%	70,02%
Trabalha em pé				
NÃO	131	66,84%	59,77%	73,38%
SIM	65	33,16% 2	6,62%	40,23%
Trabalha andando				
NÃO	69	35,20%	28,53%	42,33%
SIM	127	64,80%	57,67%	71,47%
Trabalha sentado				
NÃO	127	64,80%	57,67%	71,47%
SIM	69	35,20%	28,53%	42,33%
Esforço repetitivo				
NÃO	54	27,41%	21,31%	34,20%
SIM	143	72,59%	65,80%	78,69%

Sente dor no trabalho				
NÃO	83	42,13%	35,15%	49,36%
SIM	114	57,87%	50,64%	64,85%

Fonte: Cardoso, 2016.³

Tabela 2 - Frequência absoluta (Fi), frequência relativa (fi) e intervalo de confiança 95% (IC95%) dos aspectos ocupacionais envolvendo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015. (conclusão)

Variável	Fi	fi	LI-IC95%	LS-IC95%
Carga horária extra				
NÃO	138	70,05%	63,13%	76,35%
SIM	59	29,95%	23,65%	36,87%
Trabalho excessivo				
NÃO	97	49,24%	42,06%	56,44%
SIM	100	50,76%	43,56%	57,94%
Tem metas				
NÃO	23	11,68%	7,55%	17,00%
SIM	174	88,32%	83,00%	92,45%
Metas exageradas				
NÃO	149	75,63%	69,03%	81,46%
SIM	48	24,37%	18,54%	30,97%
Metas diárias				
NÃO	154	80,21%	73,86%	85,60%
SIM	38	19,79%	14,40%	26,14%
Metas semanais				
NÃO	162	84,38%	78,45%	89,20%
SIM	30	15,63%	10,80%	21,55%
Metas mensais				
NÃO	72	37,50%	30,63%	44,76%
SIM	120	62,50%	55,24%	69,37%
Metas anuais				
NÃO	179	93,23%	88,70%	96,35%
SIM	13	6,77%	3,65%	11,30%
Cansaço devido às metas				
NÃO	92	47,42%	40,23%	54,70%
SIM	102	52,58%	45,30%	59,77%
Trabalha no fim de semana				
NÃO	145	73,98%	67,25%	79,97%
SIM	51	26,02%	20,03%	32,75%
Risco à saúde no trabalho				
NÃO	28	14,21%	9,66%	19,88%
SIM	169	85,79%	80,12%	90,34%

Influencia a vida familiar				
NÃO	165	83,76%	77,85%	88,62%
SIM	32	16,24%	11,38%	22,15%

Fonte: Cardoso, 2016.³

A respeito disso, estudos indicam que longas horas trabalhadas podem transfigurar o modo de vida dos colaboradores, o que caracteriza em estresse, más condições de sono, redução do autocuidado e de exercícios físicos. Muitas vezes isso vem acompanhado de hábitos alimentares não saudáveis, nos quais afetam a saúde mental, bem como a recuperação de doenças. Além disso, uma alta jornada de trabalho colabora para condutas precárias de saúde, impactando negativamente no bem estar geral do indivíduo.²⁰

A constância entre tempo e a assistência a ser executada, estado físico, social e psicológico, bem como atribuições e funções podem resultar em sobrecarga de trabalho. Dessa maneira, a jornada trabalhada associa-se a sobrecarga no que se trata da quantidade de afazeres excedentes e o tempo disponível, nos quais ultrapassam as limitações físicas e psíquicas do indivíduo. Conseqüentemente, isso torna-se um elemento apreensivo na qualidade de vida tal como na particularidade da assistência.²¹

No que tange a doenças diagnosticadas, 55,33% (n=109) alegaram não possuí-las e 44,67% (n=88) adquiriram pelo menos uma.³ Diante disso, pesquisas mostram que a exaustão entre profissionais da saúde leva a infortúnios físicos e mentais como problemas relacionados ao sono, depressão, doenças cardiovasculares e qualidade deficiente de cuidados de saúde, bem como diminuição do rendimento laboral.²² Ademais, o regime de trabalho pode interferir na saúde e acarretar em distúrbios biopsicossociais, o que o torna fundamental influenciador na qualidade de vida do trabalhador.²³

Diante do exposto, em 40,10% dos casos essas doenças tiveram relação com o trabalho, o que inclui artrose, depressão, osteoporose, lombalgia, lúpus, hipertensão, gastrite, hérnia de disco, osteoartrose, fibromialgia, bursite, litíase renal, bursite, entre outras.³ Isso correlata-se com o contexto de uma sociedade capitalista que mudou a maneira de comunicação, relacionamento, trabalho e informação nas últimas décadas, o que a torna causadora do aumento de doenças do trabalho. Desse modo, a busca por produtividade diverge com as limitações humanas, levando à evolução do sofrimento.²⁴

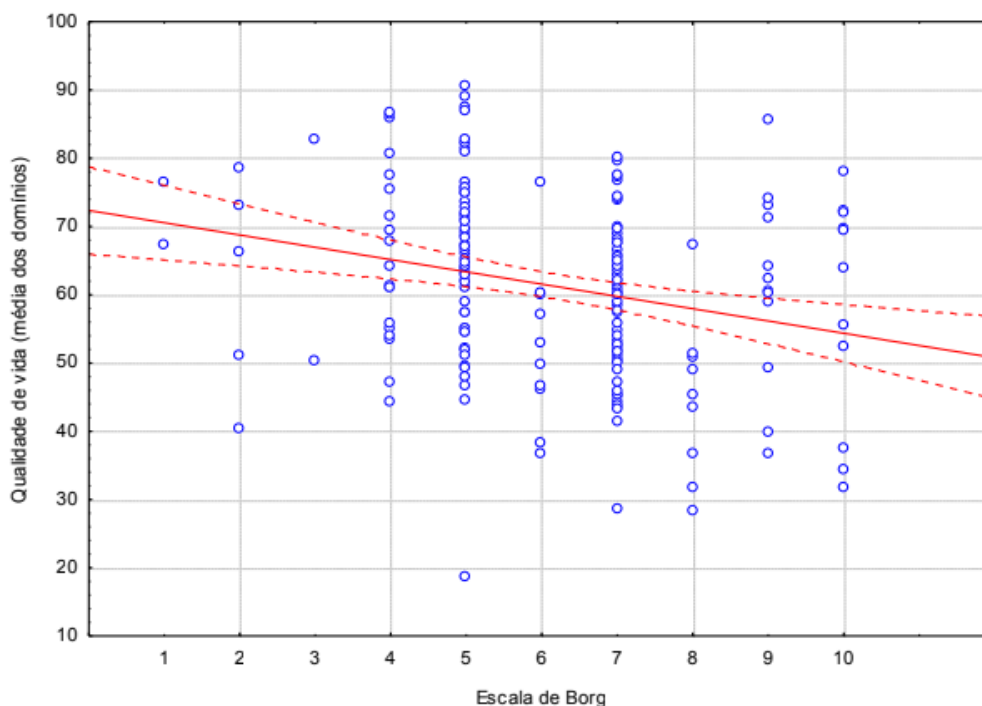
Em conformidade com Assis *et al.*²⁵, a Política Nacional de Atenção Básica chegou ao paradoxo de produtividade em relação a quantidade de consultas e visitas domiciliares. Nessa situação, equipes incompletas e sobrecarga podem motivar reveses de saúde, bem como a insatisfação no trabalho. Em razão disso, a busca de produção constante associa-se com execuções biomédicas, o que enfraquece a ESF.

Outrossim, 85,79% (n=169) dos participantes relatam o risco a saúde devido ao trabalho, enquanto que 72,59% (n=143) realizam esforços repetitivos, 57,87% (n=114) sentem dor no trabalho, 52,58% (n=102) passam por cansaço por conta das metas e 50,76% (n=100) possuem trabalho excessivo.³

A partir da pesquisa foi possível obter uma média de 61,51 pontos no WhoqolBref, onde o domínio ambiental apresentou a menor média. Enquanto isso, o domínio físico alcançou 61,90 pontos, o psíquico 63,19 pontos e o social uma pontuação de 66,96.³

Como resultado, no domínio físico somente 14 de 197 entrevistados estiveram no intervalo (85-100) considerado ideal. Já no psíquico, 32,49% encontram-se na lacuna 70-85 com relatos de ansiedade e estresse ocupacional. No domínio social, mais de um quarto estão entre 80-100, à medida que no ambiental mais da metade encontraram-se em 40-55. Em modo geral, 7,55% dos indivíduos obtiveram 91,25 pontos, e 143 profissionais compuseram a escala 47,5-62,25 e 62,25-76,75. Adicionalmente, esses dados são complementados na Figura 1 que demonstra o diagrama de dispersão entre os resultados logrados na escala de BORG e a média do WhoqolBref.³

Figura 1 - Diagrama de dispersão entre os valores obtidos na escala de Borg e a média dos domínios de Qualidade de Vida aferida pelo WHOQOL Bref para profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Guanambi, BA. 2015.



Fonte: Cardoso, 2016.³

Nesse contexto, atribuições que requerem atenção, bem como desgaste físico e mental podem exigir a adoção de posturas indevidas, rotações da coluna, movimentos monótonos e, conseqüentemente, ocasionar lesões musculoesqueléticas.²⁶ Diante do exposto, essas tarefas contribuem para o surgimento de lesões por esforço repetitivo (LER) e de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), qualificados por alterações corporais e agravantes ocupacionais. Contudo, essas conjunturas não impactam apenas o físico, mas também na motivação, satisfação e na qualidade de vida do trabalhador.²⁷

De acordo com Zhang²⁸, a sobrecarga no trabalho é proeminente e imperativa, na qual pode ocorrer, por exemplo, devido a deficiência de recursos para o cumprimento das obrigações impostas. Isso acarreta diretamente no bem-estar e satisfação dos funcionários. Além disso, as exigências do trabalho estão associadas ao comprometimento indireto na saúde. Isso ocorre porque o esgotamento é um processo que sucede em etapas que vão de estresse até problemas de saúde, sintomas físicos e desespero.²⁹

Sobrecarga excessiva, estresse, esgotamento e dificuldade de equilibrar trabalho e família podem levar a não visualização dos momentos gratificantes da assistência e prejudicar a satisfação no trabalho.²⁹ Nesse sentido, esse contentamento pode ser visualizado como um estado de prazer associado a experiências no trabalho e é considerado um pré-requisito para aprimorar a eficiência organizacional e proporcionar uma atenção de qualidade no serviço

público. Posto que trabalhadores satisfeitos possuem maior comprometimento organizacional, menos rotatividade e adquirem maior desempenho.²⁸

De acordo com Frota *et al.*³⁰, condições de organização da administração, sistema de trabalho e padrão das relações humanas são decisivos para o desenvolvimento do estresse ocupacional. Em outros termos, demandas psicológicas elevadas podem ser determinantes na qualidade de vida, principalmente quando pertinentes a baixa autonomia na ocupação laboral e ao baixo apoio social. Sendo assim, o esgotamento profissional está mais relacionado ao social do que ao individual.

Desse modo, a equipe multidisciplinar está sujeita a componentes negativos do ambiente laboral, tendo em vista a insalubridade e a presença de riscos ergonômicos, os quais influenciam no psicológico desses profissionais. Ademais, esses indivíduos podem se deparar com circunstâncias que exigem preparo emocional, como a falta de recuperação total e o óbito. Esses fatores levam a insatisfação pessoal e como resultado, atingem a qualidade de vida.³¹

4 Conclusão

Os resultados possibilitaram a verificação dos hábitos de trabalho, esforço e da qualidade de vida dos trabalhadores da ESF de Guanambi-Bahia. A partir disso surge a necessidade de refletir sobre a saúde pública e valorizar o qualitativo da atenção básica, enfocando no ser humano e no bem-estar dos profissionais. Ao garantir a qualidade de vida e um ambiente de trabalho saudável, haverá benefícios para o trabalhador e, conseqüentemente, para a assistência prestada. Ainda assim, estudos futuros são fundamentais para ampliar essa investigação a fim de proporcionar a qualidade de vida dos trabalhadores da ESF. Destarte, é preciso considerar que deve-se pensar em políticas públicas de saúde de atenção primária, mas também é proporcionalmente importante o entendimento da qualidade de vida dos trabalhadores que produzem saúde da família.

Referências

1. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da

- Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Coletiva*. 14 de junho de 2021;26:2543–56.
2. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):e00031420.
 3. Cardoso TV. Dor, esforço e qualidade de vida de profissionais da Estratégia Saúde da Família em Guanambi-Bahia [tese de mestrado]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2016.
 4. Santos RN dos, Marques FRV, Tiago KP, Martins KP, Brito DL, Souza ARB de, et al. Síndrome de Burnout e estresse ocupacional em profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Contrib LAS Cienc Soc*. 31 de janeiro de 2024;17(1):7690–707.
 5. Silva LMP da, Gaiotto EMG, Campos CMS, Soares CB. Potenciais de desgaste no trabalho da Atenção Básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Conjecturas*. 12 de outubro de 2022;22(14):401–41.
 6. Mello IAP de, Cazola LH de O, Rabacow FM, Nascimento DDG do, Pícoli RP. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. *Trab Educ E Saúde*. 11 de maio de 2020;18:e0024390.
 7. Viana VGA, Ribeiro MFM. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fam Ciclos Vida E Saúde No Contexto Soc*. 2021;1:216–27.
 8. Merchán-Hamann E, Tauil PL. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 28 de abril de 2021;30:e2018126.
 9. Soares WD, Abritta MLR, Freitas DA, Soares RSMV, Correa PDS, Finelli LAC. PESQUISA QUALITATIVA E QUANTITATIVA: UM ESTUDO COMPARATIVO. Em: *Revisão Bibliográfica: o uso da metodologia para a produção de textos [Internet]*. 1º ed Editora Científica Digital; 2022 [citado 9 de julho de 2024]. p. 39–45. Disponível em: <http://www.editoracientifica.com.br/articles/code/220508792>
 10. Guanambi (BA) | Cidades e Estados | IBGE [Internet]. [citado 9 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/guanambi.html>
 11. Porto VF de A, Bezerra TT, Zambon F, Behlau M. Fadiga, esforço e desconforto vocal em professores após atividade letiva. *CoDAS*. 21 de junho de 2021;33:e20200067.
 12. Ramos-Favaretto FS, Fukushiro AP, Scarmagnani RH, Yamashita RP. Escala de Borg: um novo método para avaliação da hipernasalidade de fala. *CoDAS*. 2 de dezembro de 2019;31:e20180296.
 13. West EC, Williams LJ, Stuart AL, Pasco JA. Quality of life in south-eastern Australia: normative values for the WHOQOL-BREF in a population-based sample of adults. *BMJ Open*. 9 de dezembro de 2023;13(12):e073556.
 14. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. — Conselho Nacional de Saúde [Internet]. [citado 25 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>

15. Peduzzi M, Agreli HLF, Espinoza P, Koyama MAH, Meireles E, Baptista PCP, et al. Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 5 de janeiro de 2022;55:117.
16. Guimarães BEDB, Castelo Branco ABDA. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. *Rev Psicol E Saúde*. 7 de fevereiro de 2020;143–55.
17. Magalhães NP, Sousa P da S, Pereira GV, Silveira MF, Brito MFSF, Rocha JSB, et al. Hábitos relacionados à saúde entre agentes comunitários de saúde de Montes Claros, Minas Gerais: estudo transversal, 2018. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 4 de agosto de 2021;30:e2020976.
18. Nunes RZ de S, Vitali MM, Souza CZ de, Amboni G, Tuon L, Gomes KM. Entre o sofrimento e a saúde: considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Rev APS [Internet]*. 25 de julho de 2022 [citado 29 de agosto de 2024];25(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/30082>
19. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Hum Resour Health*. 17 de outubro de 2019;17(1):72.
20. Woo D, Lee Y, Park S. Associations among working hours, sleep duration, self-rated health, and health-related quality of life in Korean men. *Health Qual Life Outcomes*. 24 de agosto de 2020;18(1):287.
21. Santos C de SCS, Abreu DPG, Mello MCVA de, Roque T da S, Perim LF. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. *Res Soc Dev*. 29 de março de 2020;9(5):e94953201–e94953201.
22. Leite WP, Leite CA, Guedes CAL, Leite MCA. BURNOUT COMO FENÔMENO OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO : BURNOUT AS AN OCCUPATIONAL PHENOMENON IN PRIMARY CARE PROFESSIONALS IN A CITY OF THE PARAÍBA BACKLANDS. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 29 de abril de 2024;22(1):07–21.
23. Lopes DR da S, Ferreira F de S, Honorato KAM, Maia JA, Araújo RCF de, Belchior A de S. ESTRESSE OCUPACIONAL DEVIDO À SOBRECARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: SCOPING REVIEW. *DêCiência Em Foco*. 2021;5(1):63–77.
24. Zenkner KV, Denardin EF, Jesus AA de, Strom BR, Silva ES da, Carlesso JPP. Saúde mental dos profissionais da saúde: o adoecimento de quem se dedica a cuidar a doença do outro. *Res Soc Dev*. 16 de junho de 2020;9(7):e916974747–e916974747.
25. Assis BCS de, Sousa GS de, Silva GG da, Pereira MO. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 16 de abril de 2020;12(6):e3134.
26. Teixeira EJS, Petersen R de S, Marziale MHP. Work-related musculoskeletal disorders and work instability of nursing professionals. *Rev Bras Med Trab*. 20(2):206–14.
27. Silva A, Bruno, Linardi R, D C, Nogueira G, Campos P, et al. ARTIGO ORIGINAL LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO E REDUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA. 25 de junho de 2020;12:2020.

28. Zhang Y. Disclosing the relationship between public service motivation and job satisfaction in the Chinese public sector: A moderated mediation model. *Front Psychol* [Internet]. 16 de fevereiro de 2023 [citado 20 de agosto de 2024];14. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1073370/full>
29. Chênevert D, Kilroy S, Johnson K, Fournier PL. The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: application of the job demands-resources model. *BMC Health Serv Res*. 20 de setembro de 2021;21(1):993.
30. Frota SCM, Nogueira LT, Cavalcante ALP, Ibiapina NMS, Silva AD da. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde atuantes na atenção básica: um estudo transversal. *Rev Pesqui Em Fisioter*. 7 de janeiro de 2021;11(1):32–9.
31. Soares LMB, Borges A dos S, Santos DO dos. Qualidade de vida no trabalho (qvt) nos profissionais de enfermagem. *Orientación Soc*. 17 de dezembro de 2020;20(2):e026–e026.

**A equipe de saúde da família no cuidado de pessoas idosas restritas
ao domicílio de um bairro de Juiz de Fora/MG: um estudo
transversal**

*The family health team in the care of homebound elderly people in a
neighborhood of Juiz de Fora/MG: a cross-sectional study*

*El equipo de salud familiar en el cuidado de ancianos confinados en
casa en un barrio de Juiz de Fora/MG: un estudio transversal*

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva
Luiz Miguel de Paula Moura
Raquel Maria de Oliveira Almeida
Jéssica de Castro Santos
Erika Andrade e Silva
Helen Vaz da Silva Gomes

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) exerce papel fundamental no acesso da pessoa idosa domiciliada à visita domiciliar, o que possibilita compreender e planejar intervenções de saúde. Objetivos: Caracterizar pessoas idosas restritas ao domicílio e identificar ações realizadas pela ESF. Métodos: Estudo transversal, com pessoas idosas restritas ao domicílio e seus cuidadores residentes na área de abrangência de uma UBS em Juiz de Fora/MG. Foi aplicado instrumento estruturado baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde. Resultados: A média de idade foi 79,53 ($\pm 8,99$) anos, maioria mulheres, casados ou viúvos. A doença crônica mais comum foi a Hipertensão Arterial. A média de tempo de restrição foi 62,10 ($\pm 44,32$) meses, maioria por condição física, todos têm cuidador. 70,0% recebem ou já receberam visita domiciliar de pelo menos um profissional da APS, 30% nunca receberam e 42,8% tiveram a visita interrompida. Maioria satisfeita com os procedimentos realizados pela equipe. Conclusão: A equipe de ESF realiza os procedimentos de acordo com o preconizado. O obstáculo é observado na continuidade do cuidado, devido a grande quantidade de interrupções e na abrangência da identificação da necessidade de visita.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Assistência a idosos; Visita Domiciliar.

Abstract

The National Health Strategies plays a fundamental role in giving homebound elderly people access to home visits, which makes it possible to understand and plan health interventions. Objectives: To characterize the elderly who are restricted to their homes and to identify actions carried out by the NHS. Methods: This was a cross-sectional study of homebound elderly people and their caregivers living in the catchment area of a UBS in Juiz de Fora/MG. A structured instrument designed by the authors was used. Results: The average age was 79.53 (± 8.99) years, the majority were women, married or widowed. The most common chronic disease was hypertension. The average time of restriction was 62.10 (± 44.32), mostly due to physical condition, and all had a caregiver. 70.0% of the elderly receive or have received a home visit from at least one professional, 30% have never received and 42.8% have had their visit interrupted. The majority were satisfied with the procedures carried out by the team. Conclusion: The ESF team carries out the procedures as recommended. The obstacle is observed in the continuity of care, due to the large number of interruptions.

Keywords: National Health Strategies; Old Age Assistance; House Calls.

Resumen

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) desempeña un papel fundamental en el acceso de las personas mayores confinadas en su domicilio a las visitas domiciliarias, lo que permite conocer y planificar las intervenciones sanitarias. Objetivos: Caracterizar a las personas mayores confinadas en sus domicilios e identificar las actuaciones llevadas a cabo por la ESF. Método: Estudio transversal de ancianos confinados en sus domicilios y sus cuidadores, residentes en el área de influencia de una UBS en Juiz de Fora/MG. Se aplicó un instrumento estructurado basado en las directrices del Ministerio de Salud. Resultados: La edad media fue de 79,53 ($\pm 8,99$) años, la mayoría eran mujeres, casadas o viudas. La enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión. El tiempo medio de restricción fue de 62,10 ($\pm 44,32$) meses, la mayoría debido a la condición física, y todos tenían un cuidador. El 70,0% recibe o ha recibido visita domiciliaria de al menos un profesional de APS, el 30% nunca la ha recibido y el 42,8% ha visto interrumpida su visita. La mayoría estaban satisfechos con los procedimientos llevados a cabo por el equipo. Conclusión: El equipo del FSE lleva a cabo los procedimientos según lo recomendado. El obstáculo se observa en la continuidad de la atención, debido al gran número de interrupciones, y en la exhaustividad de la identificación de la necesidad de visita.

Palabras-clave: Estrategias de Salud Nacionales; Asistencia a los Ancianos; Visita Domiciliaria.

Introdução

O envelhecimento da população provoca mudanças no perfil epidemiológico e demográfico do país. Este fator demanda aprimoramento de políticas públicas que assegurem o acesso aos direitos da pessoa idosa, principalmente no âmbito da saúde, com novas formas de cuidado prolongado e atenção domiciliar¹. Quando esses direitos não ocorrem da forma adequada, o cenário fica propício ao aumento da prevalência de doenças crônicas, limitações e incapacidades, o que pode ocasionar a restrição ao domicílio². Estudos realizados em Salvador (BA) e Belo Horizonte (MG) demonstraram a prevalência de pessoas idosas restritas em uma determinada área de abrangência, sendo 10,5% da amostra em Salvador restritos ao domicílio e 2,9% restritos ao leito, já na capital mineira foram identificados 18,6% restritos ao domicílio e 3,6% de acamados^{1,3}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e prestar assistência integral aos usuários, além de ser a porta de entrada para o sistema de saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de APS no Brasil composto pela Equipe de Saúde da Família (EqSF) formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS são os responsáveis por manter o vínculo com o usuário e identificar a pessoa idosa restrita

ao domicílio que precisa de atendimento domiciliar⁴. A qualidade da APS pode ser avaliada considerando seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural^{5,6}.

É possível, pela verificação dos atributos, avaliar indicadores da qualidade do sistema, a efetividade da atenção sobre a população e a cobertura dos serviços, satisfação do usuário, além de permitir que gestores analisem as facilidades e dificuldades dos serviços e proponham intervenções direcionadas⁷. Ademais, há evidências sobre a conexão crescente entre desfechos de saúde favoráveis e a maior abrangência dos atributos da APS⁶.

Dentre as ações realizadas pela EqSF, a visita domiciliar é um dos melhores recursos para avaliar as condições de saúde das pessoas idosas restritas ao domicílio de forma integral. Nela é possível perceber a realidade que a pessoa idosa vive, o ambiente domiciliar, instruir a família e cuidadores e realizar o planejamento das intervenções de acordo com as necessidades de saúde de cada indivíduo⁸. Contudo, os profissionais de saúde enfrentam muitos desafios na execução da assistência domiciliar, como falta de qualificação dos servidores, desafios na comunicação entre os profissionais, capacidade de atendimento insuficiente e pouca organização⁹.

Cabe a EqSF, tanto no espaço domiciliar quanto dentro da unidade, realizar a coleta de dados sobre o histórico de saúde-doença, avaliações, diagnósticos e traçar o plano de cuidado, respeitando as individualidades⁸. Segundo as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para o cuidado à pessoa idosa restrita ao domicílio, em uma avaliação completa durante a visita domiciliar espera-se que os seguintes itens sejam abordados pela equipe: capacidade funcional, histórico de doenças, medicações, estado de saúde percebido, atividades básicas e instrumentais de vida diária, memória, capacidade de tomar decisões, rede de apoio disponível, barreiras na manutenção da independência e riscos de segurança¹⁰.

A visita domiciliar, especialmente à pessoa idosa restrita ao domicílio, é capaz de favorecer o acesso deste grupo à EqSF, onde todos os profissionais têm papel fundamental. Visitas domiciliares bem realizadas garantem diversos atributos da APS e sua qualidade. Portanto, o objetivo do presente estudo é caracterizar as pessoas idosas restritas ao domicílio em um território e identificar as ações realizadas pela equipe de saúde da família, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Métodos

Estudo observacional transversal quantitativo e descritivo, realizado com pessoas idosas restritas ao domicílio e seus cuidadores que morem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Juiz de Fora. A UBS é situada na região norte da cidade e está cadastrada no programa de ESF e conta com três equipes de Saúde da Família compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e ACS. Além disso, a unidade possui vínculo com o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) onde recebe médicos residentes e com a Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFAC) onde recebe estagiários dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e serviço social. A escolha do local para realização da pesquisa ocorreu devido ao número de pessoas idosas registradas na UBS e a disponibilidade da unidade para participar da pesquisa.

Foram incluídas pessoas idosas restritas ao domicílio e/ou seus familiares ou cuidadores, que residiam na área de abrangência territorial da UBS. Foram excluídas pessoas idosas que tinham alteração cognitiva e eram cuidados por pessoas que também tinham alguma alteração na cognição que impedisse responder as perguntas. Para avaliação dos objetivos propostos foi utilizado um Instrumento estruturado pelos pesquisadores baseado no caderno número 19 do Ministério da Saúde¹⁰, que dispõe sobre o envelhecimento da população e cuidados domiciliares.

A caracterização da amostra foi realizada de acordo com as variáveis: idade em anos, sexo feminino ou masculino, estado civil, se mora sozinho, número de pessoas que moram na casa, número de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e pulmonares) e alteração cognitiva. Para verificar se a pessoa idosa recebe visita foi feita a seguinte pergunta: “Recebe visita domiciliar?”, com possibilidade de resposta “sim” ou “não”. Em relação à restrição ao domicílio foram observados o motivo da restrição, forma de identificação da necessidade de visita, tempo de restrição, se possui cuidador e qual o grau de parentesco entre a pessoa idosa e cuidador. Para caracterização dos procedimentos realizados durante a visita, foram questionados: mensuração da glicemia, avaliação de ferida quando presente, avaliação de lesão por pressão quando presente, realização de questionário de Atividade de Vida Diária (AVD), avaliação de mobilidade, estado cognitivo, umidade, realização de procedimentos invasivos como vacinação ou coleta de sangue. Para avaliar as orientações dadas pela equipe ao usuário ou cuidador foi questionado se eram abordados assuntos sobre alimentação, mudança

de decúbito, prevenção de acidentes domésticos, e se está satisfeito com as visitas recebidas.

A pesquisa foi realizada por equipe de dois pesquisadores treinados que realizaram a visita domiciliar à pessoa idosa após o ACS ou outro profissional da EqSF indicar um meio de contato para a sensibilização sobre a participação na pesquisa. Elas ocorreram entre dezembro de 2022 e abril de 2023. A partir da concordância da pessoa idosa ou do cuidador, o pesquisador realizou a visita domiciliar no endereço indicado, onde eram aplicados os instrumentos, respeitando as normas de sigilo, sua decisão de participar ou não da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando a pessoa idosa possuía alterações cognitivas que impedissem a compreensão das perguntas, a aplicação do questionário era realizada com o familiar/cuidador.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado com parecer nº 6.187.692.

Análise Estatística

A descrição das variáveis foi feita por valores de média e desvio padrão para as variáveis numéricas discretas e por valores de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. As descrições foram divididas em blocos de variáveis: caracterização da amostra por variáveis sociodemográficas e clínicas, identificação da necessidade de visita, procedimentos e orientações realizados pelos profissionais da EqSF e satisfação da pessoa idosa/cuidador. As análises descritivas foram realizadas no Programa R (versão 4.1.0), após tabulação dos dados em planilha Excel 84.

Resultados

Foram entrevistadas 30 pessoas idosas restritas ao domicílio de um universo de 52 presentes no cadastro da UBS. Destes, 13 eram cuidadores/familiares que foram entrevistados devido a alguma alteração cognitiva da pessoa idosa. Foram perdidas 22 pessoas pelos seguintes motivos: falecimento da pessoa idosa, pessoa não encontrada, pessoa idosa ou cuidador que se recusou a participar da pesquisa e pessoas restritas ao domicílio que não tinham mais de 60 anos.

A Tabela 1 traz as principais características sociodemográficas e clínicas das pessoas idosas participantes. A média de idade foi 79,53 ($\pm 8,99$) anos, a maioria do sexo feminino (73,3%) e casado ou viúvo (33,3%). A doença mais comum foi a Hipertensão Arterial, presente em 86,7% das pessoas idosas entrevistadas.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo (n=30)

Variável	Frequência (n/%)	Média (\pm desvio-padrão)
Idade		79,53 (\pm 8,99)
Sexo:		
Feminino	22 (73,3%)	
Masculino	8 (26,7%)	
Estado Civil:		
Solteiro	6 (20,0%)	
Casado	10 (33,3%)	
Divorciado	4 (13,4%)	
Viúvo	10 (33,3%)	
Escolaridade:		
Nunca frequentou a escola	2 (6,7%)	
Fundamental	20 (66,7%)	
Médio	7 (23,3%)	
Superior	1 (3,3%)	
Mora Sozinho:		
Sim	4 (13,3%)	
Não	26 (86,7%)	
Quantas pessoas moram na residência		3,36 (\pm 1,73)
Média do número de doenças crônicas		5,26 (\pm 1,98)
Diabetes:		
Sim	16 (53,3%)	
Não	14 (46,7%)	
Doenças Cardíacas:		
Sim	4 (13,3%)	
Não	26 (86,7%)	
Hipertensão Arterial:		
Sim	26 (86,7%)	
Não	4 (13,3%)	
Alteração Cognitiva		
Sim	13 (43,3%)	
Não	17 (56,7%)	

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 2 caracteriza a condição de restrição. A média de tempo de restrição foi 62,10 ($\pm 44,32$) meses, a maioria por condição física (70,0%) e todos têm cuidador, principalmente filhos (56,7%). Entre os participantes, 70,0% recebem ou já receberam visita domiciliar de pelo menos um profissional da EqSF e 30% nunca receberam visita. Entre os que já receberam visita, em, 42,8% delas foram interrompidas, sendo o tempo médio de interrupção 12,44($\pm 7,71$) meses. Relacionado aos profissionais que realizaram visitas, 61,9% receberam a visita do Enfermeiro, 14,2% do Técnico de Enfermagem, 76,2% de médicos e 47,6% do ACS.

Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas em relação à condição de restrição ao domicílio (n=30)

Variável	Frequência (n/%)	Média (\pm desvio-padrão)
Principal motivo da restrição:		
Condição Física	21 (70,0%)	
Condição Cognitiva	8 (26,6%)	
Condição Comportamental	1 (3,4%)	
Forma de identificação da demanda por visita		
Retorno de internação	2 (6,7%)	
Visita do ACS	8 (26,7%)	
Solicitação do usuário/cuidador	6 (20,0%)	
Não recebe visita atualmente	14 (46,6%)	
Há quantos meses é restrito ao domicílio:		62,10 ($\pm 44,32$)
Tem cuidador:		
Sim	30 (100%)	
Não		
Quem é o cuidador principal:		
Filho/Filha	17 (56,7%)	
Cônjuge	4 (13,3%)	
Outros parentes	6 (20,0%)	
Cuidador contratado	3 (10,0%)	

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 3 traz os procedimentos realizados nestas visitas. Entre as 21 pessoas idosas que recebem atualmente ou já receberam visitas, 16 responderam as informações sobre os procedimentos realizados pela equipe. Pessoas idosas que pararam de receber a visita há mais

tempo ou que houve troca do cuidador, afirmaram não lembrar das informações e suas respostas não foram consideradas. A maioria dos entrevistados relataram a realização dos procedimentos pela EqSF e que estão satisfeitos com as visitas.

Tabela 3 – Caracterização dos procedimentos realizados nas visitas domiciliares realizadas pelas EqSF (n = 16)

Variável	Frequência (n/%)
Mensuração de Glicemia	
Sim	9 (56,25%)
Não	7 (43,75%)
Avaliação de Ferida	
Sim	1 (6,2%)
Não	0 (0,0%)
Não tem ferida	15 (93,8%)
Avaliação de Úlcera de Pressão	
Sim	2 (12,5%)
Não	0 (0,0%)
Não possui úlcera de pressão	14 (87,5%)
Avaliação da realização de AVD	
Sim	9 (56,25%)
Não	7 (43,75%)
Avaliação de Mobilidade	
Sim	14 (87,5%)
Não	2 (12,5%)
Avaliação da Umidade	
Sim	2 (12,5%)
Não	2 (12,5%)
Não usa fralda	12 (75,0%)
Realiza procedimentos invasivos	
Sim	10 (62,5%)
Não	6 (37,5%)
Recebe orientações de forma geral	
Sim	15 (93,75%)
Não	1 (6,25%)
Recebe orientações sobre alimentação	

Sim	9 (56,25%)
Não	7 (43,75%)
Recebe orientações sobre mudança de decúbito	
Sim	1 (6,25%)
Não	3 (18,75%)
Não é restrito ao leito	12 (75,0%)
Recebe orientações sobre prevenção de acidentes domésticos (Quedas)	
Sim	8 (50,0%)
Não	8 (50,0%)
Está satisfeito com as visitas recebidas	
Sim	15 (93,75%)
Não	1 (6,25%)

Fonte: elaborada pelos autores

Discussão

O presente estudo encontrou uma média de idade de 79,53 ($\pm 8,99$) anos, maioria mulheres, casados ou viúvos. A doença crônica mais comum foi a Hipertensão Arterial. A média de tempo de restrição foi 62,10 ($\pm 44,32$), maioria por condição física, todos têm cuidador, principalmente filhos. Cerca de 70,0% das pessoas idosas recebem ou já receberam visita domiciliar de pelo menos um profissional da EqSF e 30% nunca receberam. As pessoas idosas que tiveram as visitas interrompidas totalizam 42,8%. Em relação aos profissionais que realizaram as visitas, 61,9% receberam a visita do Enfermeiro, 14,2% do Técnico de Enfermagem, 76,2% do médico e 47,6% do Agente Comunitário de Saúde. A maioria das pessoas idosas ou cuidadores relataram a realização dos procedimentos pela EqSF e estão satisfeitas com as visitas.

Os achados do atual estudo são semelhantes aos encontrados na literatura. Ursine; Cordeiro; Moraes, (2011) mapearam as pessoas idosas restritas ao domicílio de Belo Horizonte (MG) e também encontraram o maior número de mulheres, com idade média de 80 anos e em sua maioria não moram sozinhas, com baixa escolaridade e muitos que nunca frequentaram a escola³. Em Salvador (BA) também foi encontrado perfil semelhante, em amostra, com maioria mulheres, com uma média de idade de 70,04 anos, incluindo pessoas idosas restritas e não restritas¹. Faria et al, (2019) também estudou pessoas idosas restritas em Juiz de Fora (MG) encontrou predominância de mulheres com a média de idade de 80,17¹¹. Isso destaca a feminilização da população idosa, e o desafio que, apesar da longevidade, as idosas são alvos do maior número de comorbidades, o que resulta em perda de autonomia e

maior dependência¹². A condição de saúde mais encontrada no presente estudo foi hipertensão arterial sistêmica (HAS), assim como em outros estudos nacionais. A prevalência de HAS em pessoas idosas, tanto restritos quanto não restritos, é alta, variando entre 59,4% e 60,5%^{1,3,13,14}. O presente estudo apresentou uma média de comorbidades de 5,26 ($\pm 1,98$) para pessoas idosas em restrição, o que é alto quando comparado às pessoas idosas de forma geral no estudo de Augusto, que encontrou no máximo 2 doenças crônicas por pessoa idosa¹³. Um ponto importante a ser abordado é que a população que possui um perfil de múltiplas comorbidades é mais vulnerável a incapacidades físicas e mentais e suscetível a restrição ao domicílio, o que demanda mais atenção dos serviços de saúde^{12,15}.

O motivo principal de restrição ao domicílio neste estudo é de natureza física, como redução da mobilidade, O Acidente Vascular Encefálico (AVE) e problemas com a acuidade visual, seguidos de problemas de cognição relacionados à saúde mental e Alzheimer são os principais causadores de dependência física, corroborando os resultados do presente estudo^{1,2,16}. Em relação ao cuidador, constatou-se no presente estudo que todos eles têm cuidador e em sua maioria filhos, como encontrado por Ursine, Cordeiro, Moraes (2011), que identificou que as pessoas idosas restritas residem com o próprio núcleo familiar³.

Os procedimentos realizados pela EqSF na visita domiciliar à pessoa idosa foram avaliados de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁰. Foi possível perceber que os procedimentos para avaliação de glicemia, feridas, úlceras, Atividades de Vida Diária (AVD), mobilidade, cognição, umidade e procedimentos invasivos, quando necessários, além de orientações gerais sobre alimentação, mudança de decúbito e prevenção de acidentes domésticos eram realizados pelas equipes. Entretanto, muitos não tiveram continuidade do cuidado e pararam de receber visitas durante longos períodos de tempo e 30% das pessoas avaliadas restritas não tiveram acesso ao cuidado em ambiente domiciliar. Esta informação contrapõe os objetivos da APS longitudinalidade e coordenação do cuidado, que abordam justamente a continuidade de cuidado e a criação de vínculo entre usuário e UBS^{6,7}.

Os profissionais da EqSF que participaram de uma pesquisa sobre os procedimentos realizados durante a visita domiciliar em uma cidade do interior da Bahia explicitaram as limitações e dificuldades de transporte até a casa do usuário para realização de um cuidado integral¹⁷. O estudo também identificou que os procedimentos mais realizados nas visitas domiciliares eram trocas de curativos seguidos de aferição de PA,

acompanhamento e consultas¹⁷. No presente estudo, os procedimentos mais realizados foram a avaliação de estado cognitivo e mobilidade, além das orientações de forma geral e 62,5% das visitas realizaram algum tipo de procedimento invasivo. Destaca-se também a pouca ocorrência de feridas e lesões na população do presente estudo.

Espera-se que a necessidade de visitas domiciliares sejam reconhecidas através dos ACS, podendo ser solicitadas pelos usuários/familiares ou por outra instituição de nível secundário ou terciário¹⁰. Santos analisou a visão dos usuários da ESF sobre a visita domiciliar e constatou que os ACS são os profissionais que mais realizam visitas domiciliares. No presente estudo, os ACS foram responsáveis por identificar a necessidade de visita da maior parte dos participantes, o que vai de acordo ao preconizado e o médico foi o profissional que mais participou das visitas, seguido pela enfermagem. Este fato pode ser explicado pela população ainda ter uma visão do modelo biomédico com foco somente na cura de doenças, o que pode sugerir um comprometimento da integralidade do serviço oferecido^{16,18}.

Em relação a satisfação do usuário, o estudo obteve que a maior parte dos participantes está satisfeita com as visitas recebidas, assim como no estudo de Augusto et al (2019), que relacionou a percepção dos atributos com a satisfação e observou que as pessoas idosas comunitárias residentes em Belo Horizonte (MG) possuem uma boa percepção da APS na maioria das características avaliadas¹³. O estudo de Batista; Almeida; Limeira (2021) também buscou avaliar as visitas domiciliares realizadas pelo enfermeiro às pessoas idosas e observou a satisfação dos participantes com as visitas recebidas, mesmo entre os que não eram restritos²⁰. Em contrapartida, dois estudos realizados nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul avaliaram os atributos da APS sob a percepção de usuários adultos e obtiveram escores inferiores ao esperado, indicando insatisfação dos usuários^{7,20}. Este resultado se deu principalmente pela dificuldade de acesso, vínculo e comunicação do usuário com a UBS, além de desconhecerem o direito de receber visitas domiciliares e os demais serviços oferecidos pela UBS^{7,20} desafios que precisam ser superados inclusive na realidade do presente estudo, onde muitas pessoas idosas nunca receberam visita ou deixaram de receber, prejudicando a percepção dos atributos entre eles.

O estudo apresenta limitações como amostra reduzida devido aos cadastros de idosos restritos desatualizados que incluíam pessoas não idosas ou já falecidas, que foram excluídas, reforçando a necessidade de mais estudos com amostras maiores sobre o tema.

A pesquisa torna-se relevante devido à escassez de literatura sobre a relação da APS, visitas

domiciliares e sua relação com as ações da ESF a partir do preconizado. De certo, trará contribuições para o serviço e para a prática dos profissionais da APS no sentido de fortalecer a importância e estimular a realização da visita domiciliar enquanto instrumento essencial para assistência qualificada a pessoa idosa e garantidora dos princípios doutrinários do sistema único de saúde e da efetivação do Direito Humano à Saúde.

Considerações Finais

É possível concluir que a Equipe de Saúde da Família em sua maioria realiza os procedimentos preconizados pelo ministério da saúde durante as visitas domiciliares à pessoa idosa restrita ao domicílio e de forma satisfatória para o usuário. O obstáculo da equipe se dá em relação à continuidade do cuidado, devido a grande quantidade de interrupções identificadas, e na maior abrangência da identificação das pessoas idosas que necessitam de visitas domiciliares.

Torna-se relevante mais estudos acerca do tema, principalmente direcionados a população idosa restrita ao domicílio, além disso destaca-se a importância de viabilizar a participação social a fim de melhorar da comunicação e vínculo entre UBS e pacientes, disseminar serviços ofertados pela APS de forma abrangente e eficaz.

Referências

1. Soledade MS, Rodrigues JC, Machado MLG, Oliveira MG. Prevalência de Idosos Restritos em uma Comunidade de Salvador, Bahia. Seminário Estudantil de Produção Acadêmica [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jun. 26];18(0). Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/5916>
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral: [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2023 Jun 25];Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
3. Ursine PGS, Cordeiro H de A, Moraes CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. [internet]. 2011 [acesso em 2023 Jun. 25]; 16:2953–62. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600033>
4. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva. [internet]. 2021 [acesso em 2023 Jun. 25]; 26:2543–56. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
5. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. [internet]. 2002 [acesso em 2023 Jun. 25]; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun. 20]; Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjAwMg==>
7. Silva CB da, Santos EP dos, Gomes L dos S, Santos VCF dos, Ferreira GE. Atributos essenciais: fundamentalidade da avaliação para a qualidade da atenção primária à saúde. Brazilian Journal of Development. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Nov. 20];9(2):6595–611.doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-031>
8. Sousa NCB, Silva PS da. Cuidados realizados pelo enfermeiro da atenção primária à saúde ao idoso no espaço domiciliar. Enfermagem em Foco [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Jun. 23];12(6). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4704>
9. Silva JL da, Marins AM da F, Silva RMCRA, Pereira ER, Oliveira FT de. A Satisfação da Assistência Prestada ao Idoso na Atenção Primária à Saúde: Considerações de Enfermagem. Epitaya E-books. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun. 23];1(11):9–18. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1>
10. Ministério, Saúde. Cadernos de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 2006 [acesso em 2023 Jun 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
11. Faria J de O, Floresta AC de G, Pedro L de S, Machado MLSM. Sistematização do cuidado direcionado aos idosos atendidos no domicílio. Revista de Enfermagem do

- Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Ago. 16];9. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3017>
12. Amaral FLJ dos S, Motta MHA, Silva LPG da, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2012 [acesso em 2023 Ago. 16];17:2991–3001. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>
 13. Augusto DK, Lima-Costa MF, Macinko J, Peixoto SV. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Ago. 16];28:e2018128. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100017>
 14. Lourenço RA, Moreira VG, Banhato EFC, Guedes DV, Silva KCA da, Delgado FE da F, et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: estudo FIBRA-JF. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Ago. 16];24(1):35–44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29542016>
 15. Rzewuska M, de Azevedo-Marques JM, Coxon D, Zanetti ML, Zanetti ACG, Franco LJ, et al. (2017) Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). [Internet]. 2013 [acesso em 2023 Ago. 17] 12(2): e0171813. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171813>.
 16. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJE de S, Garcia Júnior CAS, Matos CC de SA, Pascoal MD de HA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Ago.16];26:99–108. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>
 17. Lima RA dos SS, Lopes AOS. Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família. ID on line Revista de psicologia. [Internet]. 2016 [acesso em 2023 Ago.16];10(32):199–213. doi: <https://doi.org/10.14295/online.v10i32.580>
 18. Santos KP dos, Bernardinelli FMM, Santos FX dos, Crivelaro PM da S, Fidelis FAM, Bastos VC do N, et al. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Ago.18];9(1):4439–45. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-305>
 19. Batista GB, Almeida LA, Limeira CP da S. Visita Domiciliar do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Sob o Olhar do Idoso / Nurses' Home Visit in the Family Health Strategy: From the Perspective of the Elderly. ID on line Revista de psicologia. [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Ago.18];15(56):70–87. Disponível em: <https://online.emnuvens.com.br/id/article/view/3138/0>
 20. dos Santos LS, da Silva CB, de Lima Trindade L, Galli K da SB, Bergamin E, Heinz MK. Atributos derivados da atenção primária à saúde: Avaliação por usuários. Seven Editora. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Ago.18];734–44. doi: <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-058>

Prática de enfermagem na atenção primária à saúde no estado da Paraíba:

Teoria, crítica, abordagens e correlações com a *advanced nurse practice* (anp)

Autor: José da Paz Oliveira Alvarenga

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Data da defesa: 27/05/2022.

Local disponível para consulta ao documento:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/44599/1/2022_Jos%c3%a9daPazOliveiraAlvarenga.pdf

Resumo de tese de doutorado realizado junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGCS/UnB). A tese constitui um componente do estudo nacional multicêntrico “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos” voltado ao estado da Paraíba. Teve por objetivo analisar, a partir da teoria, da crítica e das abordagens, a prática de enfermeiros(as) em atuação na APS da Paraíba, correlacionando-a à *Advanced Nurse Practice*. Estudo de métodos mistos, abordagem que integra dados quantitativos e qualitativos. Desenvolvido na Paraíba, no âmbito da APS, nos serviços do modelo tradicional de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os do modelo da Estratégia Saúde da Família. Os participantes da quantitativa foram enfermeiros(as), enfermeiros(as) obstétricos(as), enfermeiros(as) sanitaristas e enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família selecionados(as) junto à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Do total de 1.635 enfermeiros(as), a amostra do componente quantitativo da pesquisa foi constituída por 462 profissionais. Para a pesquisa qualitativa, o critério de seleção foi feito de forma aleatória, tanto para os municípios quanto para os(as) enfermeiros(as). Os municípios foram selecionados segundo a classificação do IBGE em: intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente, rural remoto. A amostra qualitativa foi composta por 45 enfermeiros(as). Na coleta para pesquisa quantitativa adotou-se o questionário eletrônico, constituído de seis blocos de questões: (1) Identificação Pessoal; (2) Formação Profissional; (3) Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento; (4) Condições de Emprego, Trabalho e Salário; (5) Práticas Coletivas nas UBS/ESF; e (6) Práticas Individuais. Na pesquisa qualitativa, os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos foram processados através do *software* SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, por meio de análise estatística descritiva e inferencial. No processamento e na análise dos dados qualitativos utilizou-se o *software* NVivo®. As categorias e subcategorias identificadas foram analisadas segundo a modalidade temática de Bardin. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado sob Parecer nº 619.308 e CAAE 20814619.2.0000.0030. Os(As) participantes da pesquisa assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados

evidenciaram que dentre os profissionais pesquisados existe uma predominância do sexo feminino, idade entre 36 e 40 anos, residência no município onde se trabalha, vínculo por concurso público, formação por instituições privadas, e cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização. O acesso às informações técnico-científicas relativas à APS/ESF foi confirmado por 88,1% dos(as) profissionais pesquisados(as). O principal meio de acesso sendo utilizado é *digital*, e as fontes governamentais representam o principal local onde as informações são acessadas. As condições de trabalho, emprego e salário foram marcadas por infraestrutura inadequada e falta de material, equipamento e insumos, registrando-se inclusive a falta de apoio dos gestores municipais. Existe carga horária excessiva, com sobrecarga de trabalho e salários incompatíveis. Pode-se inferir que no escopo de práticas desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) existem correlações com as práticas avançadas de enfermagem. Quanto às práticas coletivas, citam-se a classificação de riscos; a regulação (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde; e a articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção, tendo em vista que, na APS, o(a) enfermeiro(a) é o primeiro contato. Como práticas individuais que apresentam esta correlação identificaram-se a consulta de enfermagem; a solicitação de exames; a prescrição de medicamentos; a solicitação de exames laboratoriais e exames de imagens, como ultrassonografia. Conclui-se que a autonomia exercida pelos(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa é importante para a APS/ESF no estado da Paraíba, sendo um dos fatores favoráveis para a melhoria das condições de saúde da população; além disso, as práticas desenvolvidas, apesar das adversidades que se apresentam no cotidiano de trabalho, são consideradas resolutivas.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde. Modelos de Atenção. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem. Trabalho e Práticas de Enfermagem. Prática Avançada de Enfermagem.

Educação para paz na formação em saúde: diálogos e utopias em Paulo Freire

Autor: Cláudio Claudino da Silva Filho

Orientador: Marta Lenise do Prado

Data da defesa: 21/02/2017

Local disponível para consulta ao documento:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180700>

Resumo

O objetivo desta tese é compreender como os graduandos(as) em saúde, ao longo de seus itinerários formativos, significam/ressignificam a violência, reconhecem/compartilham experiências de aprendizagem para o enfrentamento da violência como prioridade de saúde, por meio de um processo dialógico. Defende-se a tese de que mudanças nas relações interpessoais e a incorporação do modelo problematizador de abordagem da violência no currículo pavimentam o caminho para a construção de uma cultura de paz na formação em saúde em uma perspectiva transversal e transdisciplinar. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem participativa, baseando-se transversalmente nos pressupostos educativos de Paulo Freire e que, metodologicamente, se inspira nos Círculos de Cultura, propostos pelo mesmo educador, aqui utilizado como itinerário de pesquisa. Foram realizados cinco encontros, com duração média de três horas cada um, e participação de vinte e três graduandos de sete cursos diferentes da área de saúde, vinculados(as) a três instituições de ensino superior do oeste catarinense. A investigação temática iniciou após deferimento ético pelo CEPSH UFSC, sob parecer de aprovação nº 1.354.895 (07/12/15), CAAE nº 51302415.1.0000.0121. No primeiro tema/manuscrito, os(as) graduandos(as) significavam, inicialmente, relações violentas com papéis polarizados entre “vítima” e “agressor”, nas quais o educador e os profissionais de saúde/preceptores quase sempre são percebidos como culpados. Durante os encontros, emerge a implicação do(a) educando(a) com o seu próprio processo formativo, reconhecendo a necessidade de quebra dos silenciamentos coniventes com a perpetuação das violências em seu processo de formação. Ressignificam a partir daí a relação violenta como dialógica, com papéis fluidos, mutáveis e não antagônicos. No segundo tema/manuscrito, significam que a formação inicial não aproxima o acadêmico ao tema da violência, sendo essa “aproximação” percebida como conteúdo, na perspectiva da competência em termos de conhecimentos e habilidades “mensuráveis” e tecnicistas, sendo esse fenômeno enxergado como agravo em seus sinais e sintomas. Ressignificam que a violência precisa ser abordada para além de temas específicos sobre seus tipos/modalidades/expressões. No terceiro tema/manuscrito, os(as) graduandos(as) significam a sua formação em saúde e as relações de ensinar e aprender como produtoras e reprodutoras de violências, apontando que a aprendizagem, quando ocorre, se constrói individualmente pela própria vivência de violências ou pelas demandas em experiências de campo. Ressignificam que pouco importa a forma ou o conteúdo da inserção desse “tema” na formação, desde que haja mudança nas relações entre os sujeitos que ensinam e aprendem dialogicamente, para construção de saberes, visando não só ao enfrentamento de violências, mas sobretudo ao estímulo a uma cultura de paz. Esta, se for compreendida na graduação em saúde de modo transversal e transdisciplinar, possivelmente, trará ganhos mais substanciais na retomada de valores formativos que previnam as violências, e não apenas lidem na formação com os seus efeitos.

Palavras-chave (DECS/BVS): Educação superior; Violência; Currículo; Formação profissional em saúde; Estudantes de ciências da saúde; Pesquisa em educação de Enfermagem.

Ensino das doenças crônicas não transmissíveis no curso de graduação em enfermagem

Autor: Eleine Maestri

Orientador: Jussara Gue

Martini Data da defesa:

29/06/2016

Local disponível para consulta: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/174427>

Diante da necessidade de formação generalista existem políticas, planos e programas direcionados a determinados cenários, principalmente aqueles voltados para a formação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde comprometidos com a rede de saúde e preocupados em desenvolver ações que objetivam alcançar as metas nacionais estabelecidas. Considera-se de extrema importância a abordagem de forma transversal de conteúdos tais como aqueles pertencentes à esfera das doenças crônicas não transmissíveis ao longo dos cursos de graduação das mais diversas áreas da saúde. O objetivo geral foi compreender o processo de ensino aprendizagem das doenças crônicas não transmissíveis em um curso de graduação em Enfermagem. Como objetivos específicos, propôs-se: conhecer as principais temáticas e recomendações para o processo de ensino aprendizagem durante a formação dos profissionais sobre doenças crônicas não transmissíveis publicadas em teses e dissertações da Enfermagem, no período pós as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de graduação em Enfermagem; Descrever os componentes curriculares que abordam o ensino das doenças crônicas não transmissíveis e compreender a forma de seleção dos conteúdos em um curso de Graduação em Enfermagem; Identificar as metodologias utilizadas no ensino das doenças crônicas não transmissíveis em um curso de graduação em Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade estudo de caso, realizada em um curso de graduação em Enfermagem, de uma universidade na região Sul do Brasil. Participaram da pesquisa quinze estudantes por meio de entrevista em grupo; onze professores através de entrevista individual, além de dados documentais do projeto pedagógico do curso e onze planos de ensino. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015 a março de 2016, após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. Para ordenação e organização dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011) com três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A análise dos dados resultou em três temas centrais: Doenças crônicas não

transmissíveis: a produção da pós-graduação em Enfermagem no Brasil; Conteúdos relativos às doenças crônicas não transmissíveis; e Metodologias de ensino utilizadas na abordagem das doenças crônicas não transmissíveis. Considera-se que no processo de ensino são focalizadas as necessidades epidemiológicas da região, mas ainda existem lacunas e fragilidades na constituição do projeto pedagógico, na seleção de conteúdo e metodologias para o ensino das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, sugere-se às instituições de ensino em Enfermagem: incluírem nos planos de ensino espaços para a discussão e reflexão sobre as políticas públicas de saúde enfatizando as necessidades epidemiológicas, dentre elas, as doenças crônicas não transmissíveis; realizando discussões e reflexões entre os componentes curriculares para a abordagem transversal dos aspectos que envolvem as doenças crônicas não transmissíveis; proporcionando formação para os professores, incluindo uso de metodologias de aprendizagens ativas; e intensificando a integração ensino, serviço e comunidade para além das atividades de estágio, pesquisa e extensão fortalecendo o vínculo e alcançando transformações na realidade.

Revisão do protocolo do enfermeiro da Paraíba

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira

De acordo com a lei do exercício da Enfermagem nº 7498 de 1986¹, bem como no Decreto 94.406 de 1987² é privativo ao enfermeiro realizar consulta de Enfermagem e quando integrante da equipe de saúde a prescrição de medicamentos pré-estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Na Estratégia de Saúde da Família no Brasil, o Ministério da Saúde por meio da Portaria 2436 de 2017³ normatiza que o enfermeiro deve realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme **protocolos** (grifo nosso), diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão. Objetivou-se revisar, atualizar, ilustrar, ampliar e republicar o Protocolo do Enfermeiro da Paraíba. Trata-se de um e-book compilado com os Cadernos de Atenção Básica e Programas de Saúde Pública para a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS), revisado no período de abril a maio de 2022. Foi ampliado de 19 para 24 capítulos, inseridas ilustrações, acrescidos capítulos referentes à Prática Avançada da Enfermagem como a inserção de dispositivo intrauterino (DIU), além de ter sido organizado por ciclos de vida e ordem alfabética dos temas para facilitar a consulta pelo profissional. O Protocolo do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba⁴ respalda o enfermeiro na sua prática diária e está disponível na forma de ebook no site do COREN-PB pelo endereço eletrônico <https://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/ebook-Coren-1-1.pdf>.

Palavras-chave: protocolo clínico; enfermeiro; atenção primária à saúde.

Review of the paraíba nursing protocol

According to the Nursing Practice Law No. 7498 of 1986¹, as well as Decree 94,406 of 1987², it is exclusive to nurses to carry out Nursing consultations and, when part of the health team, to prescribe medications pre-established in the Public Health Programs and in a routine approved by the health institution. In the family health strategy in Brazil, the Ministry of Health, through Ordinance 2436 of 2017³, regulates that nurses must carry out nursing consultations, procedures, request complementary exams, prescribe medications according to **protocols** (our emphasis), clinical and therapeutic guidelines, or other technical regulations established by the federal, state, municipal or Federal District manager, observing the legal provisions of the profession. The aim of this study was to review, update, illustrate, expand and republish the Paraíba Nurses' Protocol⁴. This is an e-book compiled with the basic care notebooks and Public Health Programs for the Primary Health Care team, revised between April and May 2022. It was expanded from 19 to 24 chapters, illustrations were inserted, chapters related to advanced nursing practice such as the insertion of an intrauterine device (IUD) were added, and it was organized by life cycles and alphabetical order of the topics to facilitate consultation by the professional. The Primary Health Care Nurse Protocol in the state of Paraíba supports nurses in their daily practice and is available in e-book form on the COREN-PB website at <https://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/ebook-Coren-1-1.pdf>.

Palavras-chave: clinical protocol; nurse; primary health care.

Revisión del protocolo de enfermería de Paraíba

Según la Ley de Práctica de Enfermería nº 7498 de 1986¹, así como el Decreto 94.406 de 1987², es privilegio del enfermero realizar consultas de Enfermería y, cuando forme parte del equipo de salud, prescribir medicamentos preestablecidos en los Programas de Salud Pública y en una rutina aprobada por la institución de salud. En la estrategia de salud de la familia en Brasil, el Ministerio de Salud, a través de la Ordenanza 2436 de 2017³, regula que los enfermeros deben realizar consultas de enfermería,

procedimientos, solicitar exámenes complementarios, prescribir medicamentos de acuerdo con **protocolos** (énfasis añadido), directrices clínicas y terapéuticas, u otras normas técnicas establecidas por el gestor federal, estatal, municipal o del Distrito Federal, observando las disposiciones legales de la profesión. El objetivo fue revisar, actualizar, ilustrar, ampliar y republicar el Protocolo de Enfermería de Paraíba⁴. Se trata de un libro electrónico compilado con los cuadernos de Atención Primaria y Programas de Salud Pública para el equipo de Atención Primaria de Salud revisado de abril a mayo de 2022. Se amplió de 19 a 24 capítulos, se insertaron ilustraciones, se agregaron capítulos referidos a la práctica avanzada de Enfermería como la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), además de estar organizado por ciclos de vida y orden alfabético de temas para facilitar la consulta por parte del profesional. El Protocolo de Enfermería en Atención Primaria de Salud en el estado de Paraíba⁵ apoya a los enfermeros en su práctica diaria y está disponible en formato de libro electrónico en el sitio web del COREN-PB, <https://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/ebook-Coren-1-1.pdf>.

Palavras-chave: protocolo clínico; enfermera; atención primaria de salud.

Referências:

- 1) Lei 7498 de 25 de junho de 1986 – alterada pelas leis nºs 14.434/2022 E 14.602/2023. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986/>.
- 2) Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício profissional da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>
- 3) Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1, p. 68, 2017.
- 4) Protocolo do Enfermeiro da estratégia saúde da família no estado da Paraíba; Disponível em: <https://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/ebook-Coren-1-1.pdf> .