

rebracisa

ISSN 2594-7303

Revista Brasileira de Ciências em Saúde
Brazilian Journal of Health Sciences

Número Especial do
**Trabalhos de Conclusão de
Residência Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da
Família – PRMSF 2023**



Tema Central:
**Desafios e perspectivas da
atuação do (a) residente no
Programa de Residência
Multiprofissional no território
da Estratégia Saúde da Família**



Volume I Número
Especial Maio de
2023

rebracisa

Revista Brasileira de Ciências em Saúde
Brazilian Journal of Health Sciences



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Rui Costa – Governador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro – Reitora

Evandro Sena Freire – Vice-Reitor

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Elias Lins Guimarães – Pró-Reitor

Márcia Morel – Gerente Acadêmica

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Alessandro Fernandes de Santana – Pró-Reitor

Neurivaldo de Guzzi Filho – Gerente de Extensão

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

George Rego Albuquerque – Pró-Reitor

Daniela Mariano Lopes da Silva – Gerente de Pesquisa

Sergio Mota Alves - Gerente de Pós-Graduação

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cristiano de Sant'Anna Bahia – Diretor

Roseanne Montargil Rocha – Vice-Diretora

Editores/Editors

Regiane Cristina Duarte — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Ricardo Matos Santana — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Editores Associados/Associated Editors

Amanda Silva Rodrigues — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Ana Paula Melo Mariano — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Eduardo Ary Villela Marinho — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Elena Lucia Anna Malpezzi Marinho — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Ligia Vieira Lage dos Santos — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

João Luís Almeida — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Jane Lima dos Santos — *Univ. Est. de Santa Cruz, BR*

Luciana Debortoli de Carvalho — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Marcelio Ferreira Marques Filho — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Nayara Alves Severo — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Sílvia Maria Santos Carvalho — *Univ. Estadual de Santa Cruz, BR*

Conselho Editorial/Editorial Board

Bianca Waleria Bertoni — *Universidade de Ribeirão Preto, BR*

Fábio Carmona — *Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, BR*

Ari Melo Mariano — *Universidade de Brasília, BR*

Ivan Bezerra Allaman — *Universidade Estadual de Santa Cruz, BR*

Fábio Mathias Corrêa — *Universidade Estadual de Santa Cruz, BR*

Teddy Talbot — *União Metropolitana de Educação e Cultura, BR*

Assistência Editorial/Editorial assistance

Ranieri Coelho Salgado

Laís Almeida Andrade

Thiago Silva Gonçalves

ISSN 2594-7303

rebracisa

Revista Brasileira de Ciências em Saúde
Brazilian Journal of Health Sciences

Volume 1 — Número Especial
Maio de 2023

Número Especial do
**Desafios e perspectivas da atuação do (a)
residente no Programa de Residência
Multiprofissional no território da Estratégia
Saúde da Família**

Tema Central:
**Ciências da Saúde:
Saberes e Práticas: desafios na contemporaneidade**

Ilhéus, Bahia,



Brasil 2023

Direitos desta edição reservados à
Universidade Estadual de Santa Cruz—UESC
Pró-Reitoria de Extensão—PROEX
Departamento de Ciências da Saúde—DCS

Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, km 16, Bairro Salobrinho
CEP 45662-900, Ilhéus, Bahia, Brasil
Tel.: (73) 3680-5108/5116/5114 – FAX: (73) 3680-5501/5114
<http://periodicos.uesc.br/index.php/rebracisa>
E-mail: rebracisa@uesc.br

Projeto gráfico e capa:
Ricardo Matos Santana

Diagramação:
Álvaro Coelho

Revisão:
Juan Facundo
Raquel da Silva Ortega
Laura Almeida
Quele Pinheiro Valença

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)



Bibliotecária: Quele Pinheiro Valença

1. Programa Previne Brasil e reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência	9
2. Promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes: um relato de experiência	19
3. Para além dos muros das instituições: um olhar psicossocial acerca da atenção domiciliar no SUS	27
4. “Cuidados fisioterapêuticos em pacientes acamados com ave na atenção primária à saúde: um relato de experiência”	35
5. Territorialização em saúde, conceitos e métodos utilizados por psicólogas na APS: Revisão Integrativa	41
6. Assistência social e o cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde: relato de experiência	51
7. Atendimento ao paciente do Programa hiperdia: um olhar multiprofissional	57
8. Práticas intersetoriais entre residentes multiprofissionais em saúde da família e o centro de referência de assistência social	63

Programa Previne Brasil e reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência

Aceito em: 28/02/2023

Previne Brasil Program and reorganization of the work process in Primary Health Care: An experience report

Programa Previne Brasil y reorganización del proceso de trabajo en Atención Primaria Salud: relato de una experiencia

Thaís dos Santos de Souza

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Jamille Sales da Cruz

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Dayana Silva Leal

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Taline Ferreira Santos

Enfermeira. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Tércia Freire de Melo

Odontóloga. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Soraya Dantas Santiago dos Anjos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Orientadora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

RESUMO

Introdução: O Programa Previne Brasil, instituído em novembro de 2019 estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diante disso, houve a necessidade de reorganização processo de trabalho das equipes de APS para o alcance das metas estabelecidas pelo programa. **Objetivo:** Relatar a vivência de uma enfermeira residente do PRMSF/UESC em uma atividade intervencionista para implementação do Programa Previne Brasil, indicadores e metas a serem alcançados pelo município no financiamento da APS. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa por meio de um Relato de Experiência, vivenciada entre 10 de agosto a 12 de dezembro de 2022. **Resultados e discussão:** Dos 11 convites enviados as equipes, 83,33% (n=10) foram preenchidos. Resultou no processo de sensibilização sobre a temática e a construção de arcabouço técnico-científico por meio do processo de educação permanente associado aos princípios da Política Nacional de Humanização e aprendizagem significativa. Além da reorganização do processo de trabalho, houve a abertura de espaços de diálogo saudável, estímulo a autonomia, valorização profissional e gestão compartilhada entre os integrantes da equipe. **Considerações finais:** Observou-se que o processo de educação permanente é instrumento potencializador para o processo de reorganização e valorização da equipe, diminuindo a dicotomia entre teoria e prática, gerando impactos benéficos à qualidade da assistência e conseqüentemente, houve melhoria no desempenho dos indicadores do Previne Brasil.

Palavras-chaves: Financiamento da Assistência à Saúde; Educação Permanente; Aprendizagem Ativa; Estratégia Saúde da Família; Internato não Médico.

ABSTRACT

Introduction: The Previne Brasil Program, established in November 2019, established the new funding model for funding Primary Health Care (PHC) within the Unified Health System. Therefore, there was a need to reorganize the work process of the PHC teams to achieve the goals established by the program. **Objective:** To report the experience of a PRMSF/UESC resident nurse in an interventionist activity for the implementation of the Previne Brasil Program, indicators and goals to be achieved by the municipality in the financing of PHC. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach through an Experience Report, experienced between August 10th and December 12th, 2022. **Results and discussion:** Of the 11 invitations sent to the teams, 83.33% (n=10) were filled. It resulted in the process of raising awareness about the theme and building a technical-scientific framework through the permanent education process associated with the principles of the National Policy on Humanization and meaningful learning. In addition to the reorganization of the work process, there was the opening of spaces for healthy dialogue, stimulation of autonomy, professional development and shared management among team members. **Final considerations:** It was observed that the process of permanent education is an instrument that enhances the process of reorganization and appreciation of the team, reducing the dichotomy between theory and practice, generating beneficial impacts on the quality of care and, consequently, there was an improvement in the performance of the indicators of the Prevent Brazil.

Key word: Health Care Financing; Permanent Education; Active Learning; Family Health Strategy; Non-Medical Internship.

INTRODUÇÃO/ REFERENCIAL TEÓRICO/ OBJETIVO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a Atenção Primária à Saúde pode ser conceituada como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária¹.

Designada como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se nos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário a fim de atender as necessidades apresentadas pelo indivíduo, família e/ou comunidade de um território. Esta configuração doutrinária permite que a mesma consiga ser responsável pela função de coordenadora do cuidar e ordenadora das ações e serviços dispostos na RAS, contribuindo assim, para a resolutividade de 80% das situações de saúde apresentadas².

O financiamento da APS no SUS é de responsabilidade tripartite, entre a união, os estados e municípios, com responsabilidades comuns aos três entes federados, cabendo a união o custeio das ações e serviços de saúde, e aos municípios e execução da APS. Nesta conjectura, em 2019, por meio da Porta-

ria no. 2.979/2019 foi instituído o Programa Previne Brasil em todo o território brasileiro, estabelecendo assim, o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde³.

Este novo modelo representou uma mudança radical na lógica do financiamento da APS, visto que, diferente do modelo anterior, baseia-se em quatro critérios para o repasse dos recursos financeiros aos municípios e Distrito Federal: (1) capitação ponderada; (2) pagamento por desempenho; (3) incentivo para ações estratégicas; e (4) Incentivo financeiro com base em critério populacional³.

Destarte, o novo financiamento norteia-se pelo alcance das metas e indicadores de saúde a serem avaliados ao longo de cada quadrimestre, assim, o não alcance destas resulta na redução do valor financeiro a ser recebido pelos municípios e Distrito Federal. Programado para entrar em vigência no ano de 2020, foi atravessado pela instauração da situação de calamidade pública decorrente da Pandemia pelo Sars-Cov-2, causador da COVID-19 e este processo foi postergado, sendo suas regras de implementação gradualmente revisadas.

Observa-se que, na pandemia, a APS consolidou-se como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, diminuindo assim, as lacunas assistenciais decorrentes do distanciamento social e isolamento⁴. Além de, assumir papel estratégico no enfrentamento à emergência de saúde, tanto por ser acesso e primeiro contato da população como serviço de saúde, quanto pelo desenvolvimento da campanha de vacinação da

Covid-19 e continuidade das ações de vigilância frente as ondas da doença⁵.

Todavia, a APS também sofreu impactos negativos, especialmente, no primeiro ano da pandemia. Período este, marcado pelo fechamento de unidades de saúde e restrição de acesso da população aos serviços de saúde devido ao risco de contágio e os impactos decorrente das medidas de isolamento/distanciamento social adotadas. Sendo os maiores impactos no acompanhamento às condições crônicas de saúde - como hipertensos e diabéticos - e visitas domiciliares. Gerando repercussões sobre cadastramento da população e, conseqüentemente, no critério de ponderação per capita e alcance dos indicadores pactuados.

Ressalta-se que, desde o ano 2020 estão definidos e pactuados 7 (sete) indicadores globais³. Sendo a avaliação do desempenho destes indicadores nos municípios auferida de forma global a cada quadrimestre por meio do Indicador Sintético Final e seu valor convertido na porcentagem do financiamento recebido pelo município. Durante os dois anos iniciais de implantação do Previne, foi observado nos resultados disponibilizados pelos relatórios de indicadores de desempenho da SISAB que muitos municípios não atingiam a meta proposta para cada indicador. Este fato, acabava explicitando a necessidade de se repensar o processo de trabalho na APS, introduzir estratégias para evitar a redução do quantitativo monetário repassado aos municípios e, conseqüentemente, impactos nas ações e serviços prestados^{3,5}.

E neste contexto, que a Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde identifica a demanda por desenvolver atividades junto as equipes de saúde da APS acerca do Previne Brasil. E, a presença de enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissionais em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), foi identificado como um agente potencializador para deflagrar as atividades na perspectiva de contribuir com a reorganização do serviço, favorecendo o alcance das metas e indicadores, tanto a nível local quanto a municipal.

Nesta direção, a presença de residentes nas unidades de saúde da rede da APS, promove o desenvolvimento e aprimoramento de competências e habilidades das equipes de saúde, e a melhoria da qualidade de vida da população, por meio do estímulo à reflexão do processo de trabalho, inovação das práticas de cuidado em saúde e a defesa dos princípios e diretrizes do SUS^{6,7}.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESC, criado em 2018, define no seu projeto político pedagógico a atuação teórico-prática em três cenários diferentes: a) Campo prática; b) Estágio opcional; c) Rodízio obrigatório. O campo de prática são, ao longo dos dois anos nas

Unidades Básica de Saúde, junto as equipes de saúde da família. No segundo ano, são oportunizados o Estágio Opcional cujo local é da livre escolha do residente, na Rede de Atenção à Saúde ou Gestão do SUS no interior do próprio município ou em outros municípios⁸.

O Rodízio Obrigatório (R.O.) busca consolidar e desenvolver as competências e habilidades dos residentes por meio da apropriação do conhecimento dos fluxos, redes prioritárias de atenção à saúde e equipamentos que a compõe a RAS, sob a perspectiva da integralidade e produção de conhecimento por meio do apoio matricial, da educação permanente e de propostas de intervenção entre a Unidade de Saúde da Família e a referência escolhida⁸

Inserida em uma equipe de saúde da família, vivenciado a produção do cuidado, educação permanente em saúde e a gestão local da unidade básica de saúde, experimente os desafios impostos pelo Previne Brasil, o incipiente conhecimento do conjunto dos trabalhadores sobre o mesmo, os resultados dos indicadores abaixo dos parâmetros definidos o que despertou o interesse de buscar o Rodízio no espaço-equipe da gestão municipal da APS.

Assim sendo, a enfermagem baseia seu processo de trabalho nos pilares assistenciais, gerenciais, no ensino e pesquisa. A inserção desta profissão em setores de gestão da saúde que englobam o gerenciamento direto e indireto dos recursos físicos e humanos, bem como, a execução das funções de planejamento, organização, liderança, controle e manejo das situações impostas pela dinamicidade da realidade imposta é potencializador de uma formação que atenda às necessidades de saúde da população e ao fortalecimento do SUS⁹.

Diante disso, a vivência possibilita ao profissional enfermeiro o empoderamento, arcabouço teórico e prático para realizar o manejo das situações em saúde apresentadas pelos diversos segmentos que compreende a gestão em saúde e do cuidado à saúde. Além do que, devido ao processo de retomada do Programa Previne Brasil e os baixos desempenhos em seus indicadores por parte das equipes, tornaram-se um campo de potencialidades para o exercício do processo de educação permanente e gerencial do profissional em questão no PRMSF/UESC.

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – PRMSF da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC em uma atividade intervencionista em um módulo assistencial para implementação das ações de APS para o alcance das metas e indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência desenvolvido por uma enfermeira residente do PRMSF/UESC referente ao desenvolvimento de ações para reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde durante o Rodízio Obrigatório em um dos Módulos Assistenciais de um município localizado no sul do estado da Bahia, na perspectiva do Programa Previne Brasil, no período de 10 de agosto de 2022 à 12 de dezembro de 2022.

2.2 CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

O cenário da experiência ocorreu em um recorte do Sistema Municipal de Saúde do município supracitado, em um dos seus módulos assistenciais, que engloba a unidade de lotação da residente. Esta decisão foi tomada com base na intencionalidade educacional do próprio Rodízio Obrigatório do PRMSF/UESC, ao qual prevê em seu Termo de Referência a necessidade da articulação entre o setor escolhido para o R.O. e o território de abrangência da USF - cenário de prática da residente, além da potencialidade para o desenvolvimento das habilidades e competências inerentes à Enfermagem e a utilização da ferramenta do Apoio Matricial, no interior da equipe com os demais residentes.

Os Módulos Assistenciais, que são definidos como áreas geográficas integradas pelo conjunto de bairros e os equipamentos de saúde do setor público e privado organizados numa rede de hierarquização segundo níveis de complexidade que atendem a população do módulo. Estes módulos devem ser supervisionados por um coordenador ou apoiador de módulo

O módulo assistencial, cenário prático da ação localiza-se na região do extremo norte da cidade. É composto por 8 (oito) Unidades Básicas de Saúde e uma equipe formada por 283 (duzentos e oitenta e três) profissionais e trabalhadores da saúde dos mais diversos segmentos que detem responsabilidade sanitária por 7 (sete) bairros. Estes profissionais, subdividem-se e formam as 11 equipes Saúde da Família com Programa de Agentes Comunitários de Saúde atuantes do território, sendo que, 10 (dez) equipes encontram-se lotadas no meio urbano e 1 (uma) em meio rural. Ressalta-se que, em cada módulo encontra-se uma unidade básica de referência que oferta serviços de maior complexidade para atender a demanda referenciada pelas unidades básicas com equipes de saúde da família assistências alocadas do módulo.

2.3 A EXPERIÊNCIA

O rodízio obrigatório é uma atividade pedagógica programada para ser executada no segundo ano da residência. Nele, os residentes deverão ser inseridos em pontos da RAS, tendo como área prioritária a Atenção Primária em Saúde (APS). E, para o desenvolvimento do rodízio após a escolha e definição do serviço que o residente será inserido, este deverá elaborar um plano de trabalho que deve explicitar a *intencionalidade educacional, expectativas referentes à escolha, potencialidades para o enfrentamento de desafios, produto ofertado ao serviço que o acolher e produtos ofertados a Unidade Básica de Saúde advindos das capacidades e habilidades desenvolvidas*⁸.

Ressalta-se que o plano deve ser dinâmico, em consonância com a área de concentração e intencionalidade educacional do próprio rodízio. Deste modo, o plano de trabalho é uma proposta prévia das propostas de diagnóstico e intervenção que poderão ser implementadas, entretanto, deve ser assegurada a flexibilidade e (re) adequação do mesmo para atender ao que a realidade apresentar.

O plano de trabalho intervencionista previamente elaborado deste relato detém sua ênfase na área da Gestão da Saúde, entretanto, buscou atender a 2 (dois) pilares constituintes da profissão enfermagem em sua redação, compreendendo o processo da indissociabilização entre as atividades gerencias, de ensino e pesquisa. Deste modo, após a sensibilização dos gestores administrativos de cada unidade, o plano foi implementado em 5 atividades programáticas a saber:

1. Levantamento das potencialidades e fragilidades presentes em cada equipe por meio de um instrumento previamente elaborado e deflagrado via mídias sociais buscando traçar o panorama da equipe, das populações-alvo relacionados aos indicadores do Previne Brasil e as tecnologias na saúde utilizadas pelas equipes;
2. Visita técnica objetivando apropriação da realidade;
3. Capacitação teórica sobre o Programa Previne Brasil, englobando o cálculo das metas e parâmetros de acordo com a realidade local e estratégias de alcance da completude;
4. Capacitação teórico-prática sobre os códigos do SIGTAP, CIAP-2, CID-10 e lançamento correto no e-SUS/PEC/CDS;
5. Entrega do Relatório individualizado por equipe.

A aplicação do instrumento teve início com a sensibilização dos gerentes das unidades básicas de saúde e profissionais das equipes de saúde. O primeiro contato foi realizado por meio do aplicativo de mensagens instantâneas, WhatsApp, onde o chamado trazia de modo sucinto a proposta e o link

de acesso ao formulário. Para o preenchimento do formulário, foi solicitado que um representante da equipe o preenchesse, independente da função ou cargo exercido.

Posteriormente, após a devolutiva das informações os dados foram processados e analisados, e orientou a formulação das intervenções que foram singularizadas ao cenário. Após identificação do perfil das equipes, era pactuada uma agenda para realização de um momento in loco, onde se organizava uma roda de conversa acerca do Programa Previner Brasil e seus efeitos no processo de trabalho das equipes de saúde da APS.

Para que a intervenção tivesse efetividade, foi necessário apropriar-se das rotinas gerenciais, educativas e tecnológicas que envolve o campo da gestão da APS e da saúde. Esta apropriação, se deu por meio do aprofundamento dos referenciais teóricos da área gerencial associada as diretrizes preconizadas na Política Nacional de Humanização, como o acolhimento e gestão participativa, favorecendo deste modo, o entendimento, diálogo e reflexão. E, para que o processo de identificação das demandas fosse condizente com os princípios da referencial base, optou-se pelo incentivo da integração de forma participativa, por meio de encontros, reuniões e rodas de conversa com as equipes.

Estes momentos oportunizaram a construção, (re) construção de concepções e práticas em relação a demandas próprias da APS, além daquelas específicas do Programa Previner Brasil. E neste percurso, revelando-se que, grande parte das equipes apresentavam laços interpessoais fragilizados relacionados à falta de cooperação no trabalho, ausência da utilização de instrumentos gerenciais, como a reunião de equipe, planejamento e programação local, bem como, incipiente entendimento quanto a responsabilidade e o papel de cada um, enquanto agente integrador e instituinte de processos que fortaleçam o trabalho em equipe.

Com isso, frente as demandas oriundas da necessidade de horizontalidade do diálogo e da auto-percepção como agente ativo dentro de uma equipe, foi necessário utilizar da abordagem metodológica baseada no processo problematizador-reflexivo sobre as condutas fragilizadoras exercidas por alguns integrantes, como por exemplo, a terceirização da responsabilidade da alimentação dos sistemas de informação e-SUS e ausências não justificadas nas reuniões de equipe.

No findar dos momentos entre as equipes, os integrantes que sinalizavam alguma dificuldade de teor teórico-prático para a alimentação correta do sistema de informação, eram convidadas a realizarem uma capacitação, previamente agendada para a sua qualificação profissional sobre temática. Normalmente, estas capacitações ocorriam nas unidades de saúde da lotação da equipe e, caso esta não

dispusse de computadores disponíveis para a atividade, ela era remanejada para a unidade de lotação da residente.

E após cada ciclo de construção por equipe, era ofertado um relatório individualizado composto pela lista nominal de pacientes por indicador, bem como, metas calculadas para a realidade da equipe, dicas, orientações e códigos válidos para o alcance da completude por indicador. Reforçado que, a contemplação do indicador deve apresentar sinergismo com qualidade dos serviços ofertados, planejamento estratégico e trabalho de equipe.

Contudo, a partir desta vivência, percebeu-se que, apesar de instituído há quase 3 (três) muitas equipes de saúde ainda apresentam dificuldades em adequar-se ao modus operandi do Programa Previner Brasil. Seja esta inadequação fruto de uma fragmentação do processo de trabalho, seja por meio ausência de recursos tecnológicos para adequar-se à demanda ou até mesmo ao valor de visão negativo atribuído ao novo financiamento.

Constatou-se também que, apesar da criticidade ao novo modelo, ao qual muitas das vezes foi descrito como “quantificador” pois daria ênfase apenas ao quantitativo de atendimentos/procedimentos executado ou a frustração do recebimento dos resultados do quadrimestre, via-se a tentativa por parte da equipe da busca pelo equilíbrio entre a qualidade dos serviços ofertados e o alcance das metas. Deste modo, apesar das adversidades locais de cada realidade, buscou-se criar junto com as equipes estratégias tangíveis, de forma que fosse deflagrada a sensibilização para a mudança do processo de trabalho e superação das adversidades coletivamente.

E neste cenário de diálogo interdepende, as residentes mediava o processo de construção e (re) construção, entretanto, sendo a própria equipe responsável pela própria sensibilização dos integrantes, estimulando assim, a cada posicionamento, o sentimento de pertencimento, participação e comunicação para deflagrar o estímulo necessários para as futuras mudanças de condutas.

2.3.4 Aspectos éticos-legais

Salienta-se que este trabalho está de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na Resolução nº 510/2016, não havendo obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ¹⁰.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil das equipes

Dos 11 convites enviados as equipes do Módulo Assistencial I, 90,91% (n=10) retornaram preenchidos. E dos respondidos, observou-se que majoritariamente foram completados pelos profis-

sionais Enfermeiros (n=8; 80%), seguido pela profissão Administrador (n=1; 10%) e Nutricionista (n=1; 10%). Essa informação, corrobora com a visão do protagonista do enfermeiro na organização de serviço de saúde, inclusive, no Programa Previne Brasil, visto que, o mesmo em sua formação apresenta o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades e competências gerenciais ^{9,11}.

Além disso, constatou-se que dentre as 7 unidades participantes, 28,57% (n=2) continha dentro de seu espaço físico duas ou mais equipes inseridas, com uma média de 21 integrantes por equipe conforme informações disponibilizadas pelo questionário. Ao que se refere a presença do segmento técnico de enfermagem, constatou-se que 40% (n=4) das equipes apresentam apenas 1 representante da categoria, seguido 10% (n=1) das equipes que possuem 2, 20% (n=2) apresentam 3 e 30% (n=3) apresentam 4 técnicos de enfermagem em sua equipe.

Ao que se refere ao segmento Agente Comunitários de Saúde (ACS), observou-se uma média de 12 ACS por equipe, indicando assim, provável completude da cobertura territorial e consonância com a Política Nacional da Atenção Básica vigente¹. Este fato, quando direcionado ao critério de capitação ponderada previsto pelo novo financiamento, demonstram a importância do elo entre o ACS e a comunidade, visto que, sem a realização do cadastro e sua atualização recorrente. Pois, sem o vínculo desenvolvido por esse ponto de intersecção, o cliente não busca a unidade de saúde para resolução das suas situações de saúde e, conseqüentemente, não gera dados computáveis para a base do Programa Previne Brasil.

Ressalta-se que, apesar de muitas equipes apresentarem configuração de equipe mínimas (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico/auxiliar de enfermagem e até 12 ACS), 40% delas (n=4) possuem integrantes de nível de formação superior oriundos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Fig. 1)¹.

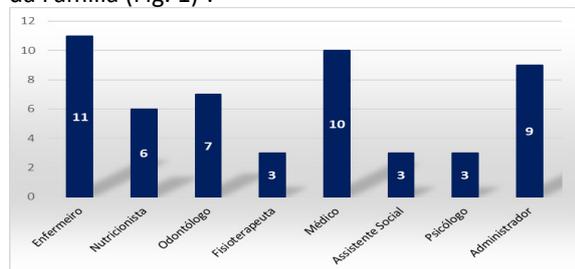


Fig. 1 – Perfil dos profissionais de nível superior que compõem as equipes participantes, Bahia, 2022.

Constata-se que, o fato de haver a inserção de equipes de residência em introduzidas em unidades do território de abrangência do módulo à nível de APS auxilia no processo de matriciamento, bem

como, na oferta de categorias profissionais que muitas das vezes, são encontradas em outros níveis de atenção ou setores especializados, a exemplo de psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, odontólogos e nutricionistas. Essa inserção, contribui para o cuidado da pluralidade inerente aos indivíduos que se encontram sob a tutela sanitária das equipes, visto que, potencializaria o princípio da integralidade devido ao sinergismo de diversos núcleos de saber.

3.2 Perfil das tecnologias na saúde utilizadas

As tecnologias na saúde podem ser compreendidas como um conjunto de instrumentos capazes de potencializar a promoção a saúde, prevenção de agravos, detecção diagnóstica, tratamento, reabilitação e avaliação dos casos ¹². Bem como, podem ser utilizadas para melhorar a assertividade da conduta e efetividade da gestão do cuidar. Com isso, o conhecimento prévio destas tecnologias promove um processo de planejamento efetivo e condizente com a realidade observada, diminuindo erros, desperdícios e enfraquecimento dos bens e recursos utilizados.

Um dos exemplos atuais e dispositivo para alimentação, retroalimentação e validação dos critérios presentes nos indicadores do Programa Previne Brasil é o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Esta plataforma, considerada uma inovação tecnológica dentro da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) visa por meio da reestruturação do Sistema de Informação da APS auxiliar o processo de acompanhamento das situações de saúde do território, assim como, facilitar o diagnóstico situacional, o planejamento efetivo de ações e condutas e apoio à gestão ¹³.

Com isso, ao analisar as informações contidas no relatório, observou-se que das 10 equipes, 50% (n=5) possuía em sua unidade até 4 (quatro) computadores pessoais (PCs) em funcionamento e conectados à internet, 30% (n=3) das equipes possuíam 3 (três) PCs, 20% (n=2) possuíam 5 (cinco) e 10% (n=1) possuíam 2 (dois). Este dado, acaba corroborando a necessidade da informatização integral das unidades, tendo em vista que, a alimentação do banco de dados é um dos fatores primordiais para o alcance dos indicadores do novo financiamento.

E ao compararmos o quantitativo de máquinas disponíveis e o quantitativo de profissionais, nota-se um déficit na razão entre os elementos. Este fato, associado a intensa rotina de atendimentos intra e extra unidades pode facilitar o surgimento de subnotificações ou lançamentos com má qualidade dos dados, que impactarão diretamente no índice sintético local e municipal.

Ademais, outro agravante que pode decorrer deste cenário é a terceirização do processo de lançamento dos dados sensíveis no e-SUS/PEC. Com isso, informações confidenciais como diagnósticos,

condutas e contrarreferências podem ser violadas e divulgadas, bem como, a inserção de códigos errôneos, atribuindo assim, ao paciente, outra situação de saúde não condizente com a realidade ¹⁴.

Além das tecnologias materiais, observou-se que as gerenciais como reunião de equipe estava presente em todas as equipes, entretanto, a maioria relatou que os encontros se realizavam apenas uma vez ao mês ou que poucos participavam ativamente. A partir disso, percebeu-se a necessidade de reforçar o encontro como elemento primordial para gestão do processo de trabalho, alinhamento das perspectivas e superação das limitações.

Segundo Brasil *“Reuniões promovem a integralidade das ações de saúde e contribui para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita”*, facilitando assim a identificação precoce de situações de saúde, a eficiência do planejamento e eficácia das intervenções implementadas¹.

Deste modo, a implementação da escuta ativa e reconhecimento das origens dos sentimentos de aversão ao momento foram necessários para iniciar o processo de sensibilização da equipe para tornar a implementação da reunião de modo frequente, resolutiva e construtiva, e não apenas, um espaço de poder horizontal, punitivo e não resolutivo.

3.3 Planejamento baseado na cogestão

A Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS) instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, reforça em sua redação a implementação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde por meio do estímulo de uma relação horizontal entre gestores, profissionais e clientes. Como consequência deste diálogo, seria possível a promoção do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos no processo de planejamento, implementação e avaliação das intervenções de atenção à saúde estipuladas ¹⁵.

Frente a isso, a PNH traz em suas diretrizes a importância da Gestão Participativa e cogestão, conceituando-as como:

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo ^{15,p.8}

Deste modo, a inserção destas diretrizes no modo de fazer e promover saúde possibilitaria a criação de um espaço de construção coletiva

e horizontal, capaz de garantir respostas eficazes e assertivas frente as necessidades e interesses dos usuários. Com isso, ao associarmos sua essência ao processo de reorganização do processo de trabalho, objetivando a inclusão do Programa Previne Brasil, possibilitou a melhora do diálogo entre os diversos atores, melhorando a qualidade do serviço ofertado e valorização do profissional, e, conseqüentemente os indicadores.

Tendo em vista que, muitos profissionais se autopercebiam, principalmente da categoria elementar na saúde, como agentes passivos do processo, durante os encontros foi necessário a desconstrução deste paradigma. Esta visão errônea pode ser atribuída a redação textual presente nas normas técnicas dos indicadores, ao qual apesar de direcionar profissionais que validam as informações por meio dos códigos na base de dados, esquece de reforçar que o ato de alimentação é apenas uma das etapas do processo e que a perspectiva da APS é coletiva.

Deste modo, observou-se que, ao inserir a diretoria da cogestão e gestão participativa alança-se a diretoria da valorização profissional¹⁵. Valorização está para além da renumeração financeira, mas perpassa a valorização da dignidade deste trabalhador como peça significativa nas tomadas de decisões, gerando assim, formação de espaços laborais e relacionamentos interpessoais saudáveis.

Além disso, em vários contextos demandou-se a utilização de técnicas de gestão de conflitos nas equipes das unidades de saúde acompanhadas, devido aos conflitos de interesses entre os integrantes. Estas situações-problemas, na maioria dos casos, eram passíveis de categorizá-las dentro da estratificação dos conflitos organizacional (necessidades valores, tarefa, relacionamento e processo) e, a partir da identificação da causa, tentava-se barganhar soluções factíveis para contornar as fontes geradoras de conflitos, respaldando-se em referenciais teóricos, autoanálise dos indivíduos dentro do processo e estímulo a motivação¹⁶.

Ao realizar a busca na literatura de estudos que dessa ênfase ao processo laboral de trabalho da implantação do novo financiamento sob a perspectiva da PNH, observou-se que, em sua totalidade, estes visavam apenas relatar as ações pontuais das atividades no foco tecnicista. Este fato, associado a pressão pelo alcance dos indicadores, pode gerar um desequilíbrio frente o processo crítico-reflexivo da necessidade de humanização dos métodos aplicados para a completude dos indicadores. Resultando neste cenário, locais laborais prejudiciais e de comando centralizado e vertical.

3.4 Educação Permanente a luz da aprendizagem significativa

Instituída em 13 de fevereiro de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) dentro do Sistema Único de Saúde, tem o objetivo de ser um instrumento fortalecedor do trabalhador em seu processo de trabalho. Esta concepção parte do princípio de que a Educação Permanente na Saúde (EPS) é considerada uma estratégia político-pedagógica que busca elucidar lacunas e prover a autonomia do profissional do processo de trabalho em saúde, levando em consideração os campos do ensino, da atenção à saúde, da gestão do sistema e a participação do controle social¹⁷

E, para que o seu processo de ensino e aprendizagem alcance êxito, o processo educativo deve ser inclusivo, a fim de, contemplar as singularidades que integram os indivíduos. Frente a isso, observa-se que grande parte das questões levantadas durante as rodas de conversas com as equipes partiam de uma carência de conhecimento acerca da temática, entre elas, a utilização correta dos códigos dos Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – SIGTAP ou Código Internacional de Doenças versão 10 – CID10. Este fato, associado a outros faziam com que, por mais que a produção estivesse elevada, a alimentação do banco de dados E-SUS/PEC não era efetivo, corroborando assim, queda dos indicadores e o surgimento dos sentimentos de fracasso e incompetência relatado pelos profissionais. Este fato, associado a poucas máquinas disponíveis faziam com que houvesse um contraste entre o quantitativo elevado de atendimento e o quantitativo alimentado no banco de dados e-SUS/PEC. E a sobreposição destes fatores, corroboravam para a queda dos indicadores e, o surgimento dos sentimentos de fracasso e incompetência relatado pelos profissionais.

Deste modo, ao usar a modalidade de Educação permanente associada à teoria da Aprendizagem Significativa postulada por David Ausubel encontra-se um ponto de sinergismo que contempla ambos os princípios, bem como, os preconizados na Política Nacional de Humanização. Segundo Honorato e colaboradores, esta linha filosófica da pedagogia visa quebrar com o paradigma do ensino tradicional bancário, fazendo com que, o processo de ensino e aprendizagem instituído instigue a curiosidade e interesse em participar ativamente do processo de construção do conhecimento¹⁹.

Com isso, durante os encontros, foi possível construir locais de troca por meio de um diálogo horizontal, onde os mesmos eram capazes de identificar a importância e contribuição de cada integrante no sistema de produzir e promover saúde na APS. Esta forma de abordagem, permite que os atores inseriram seus conhecimentos previamente adquiridos,

identifique as pré-disposições para a aprendizagem e a adequação necessária das técnicas e materiais didáticos utilizados¹⁹.

Além disso, notou-se durante os momentos, a quebras de paradigmas acerca do processo de acolhimento, escuta ativa e priorização de capacitações que os mesmos ansiavam ter. Notoriamente, identificou-se que muitas equipes possuíam uma alta rotatividade de profissionais, ocasionando de que alguns integrantes. Dentre os profissionais inseridos neste contexto, encontrava-se um administrador, que não havia tido a oportunidade de vivenciar previamente a capacitações ligadas ao Programa Previne Brasil, sendo o momento realizado *in loco*, o primeiro contato aprofundado da temática.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que embora o Programa Previne Brasil esteja instituído desde 2019 ainda apresenta uma dicotomia entre a literatura e sua implementação por parte da equipe. Além da falta de certos conhecimentos acerca do programa, nota-se o déficit oriundo da ausência ou inserção de tecnologias na saúde, como computadores suficientes, momentos de planejamento internos efetivos e a precarização nas relações de trabalho.

Deste modo, ao associarmos o processo de educação permanente em saúde aos princípios da humanização e aprendizagem significativa observamos a criação do sentimento de pertencimento e inserção da realizada, facilitando assim, o entendimento sobre sua significância no de reorganização do processo de trabalho.

Ademais, observa-se que o processo de educação permanente se torna, quando aplicada de modo humanizado, potencializador para o processo de reorganização e valorização da equipe, diminuindo a dicotomia entre teoria e prática. E, deste modo, melhora das relações interpessoais, do planejamento e conseqüentemente, da assistência e indicadores.

5 REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- [2] STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- [3] BRASIL. MS. Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Bra-

sil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.

[4] BOUSQUAT, A. et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Co-vid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, 2020.

[5] BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

[6] BRASIL. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 jun. 2005.

[7] VIEIRA A *et al.* A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. Revista de Gestão e Sistemas de Saúde- RGSS, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 371-383, set./dez. 2019.

[8] COELHO FERREIRA, VS *et al.* Projeto Político Pedagógico do PRMSF. 2018.

[9] COFEN. CFE. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 2017.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

[11] ARAÚJO, AS.; COMASSETTO, I. O protagonismo do Enfermeiro na organização de serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, 2021.

[12] FIOCRUZ. FOC. Dicionário de educação profissional em saúde. Tecnologias em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 25 jan. 2023.

[13] BAHIA. SES. Departamento da Atenção Básica. e-SUS. 2019. Disponível em <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/e-sus/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

[14] BRASIL. MS. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília – DF, 2018.

[15] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. HumanizaSUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

[16] MALAKOWSKY, HF; KASSICK, C. O conflito no ambiente de trabalho: Um estudo sobre causas e consequências nas Relações interpessoais. Rev. Gestão e Desenvolvimento, Novo Hamburgo, Ano XI, v. 11, n. 1, p. 113-128, jan. 2014.

[17] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

[18] BRITO, ME. Adoecimento mental e suicídio no trabalho: Negação da condição humana pelo trabalho. Revista da Escola Nacional de Inspeção do Trabalho. V. 1, ano 6, 2022.

[19] HONORATO, CA *et al.* Aprendizagem Significativa: uma introdução à teoria. Revista Mediação, Pires do Rio - GO, v. 13, n. 1, p. 22-37, 2018.

Promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes: um relato de experiência

Mental health promotion of pregnant and puerperal women accompanied by residents: an experience report

Jamille Sales da Cruz

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Thaís dos Santos de Souza

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil

Dayana Silva Leal

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil

Tércia Freire de Melo

Odontóloga. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Jamille Amorim Carvalho Paiva

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva - Gestão de Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um papel importante tanto como locus de cuidado como de disseminação de informações adequadas acerca da gestação, parto e puerpério. Dessa forma, é imprescindível que, desde a gestação, a mulher receba orientações adequadas sobre o período puerperal, sobre as transformações biopsicossociais, a fim de prevenção de processos patológicos. O presente relato tem como objetivo relatar a experiência do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes em uma Equipe de Saúde da Família em Itabuna-BA.

Metodologia: Foram realizados dois encontros, na modalidade de roda de conversa, nas quais participaram mulheres em período gestacional e puérperas com filhos menores de 1 ano. A roda de conversa 1 foi conduzida pela psicóloga e assistente social residentes e a roda de conversa 2 foi ministrada por duas enfermeiras e a fisioterapeuta residentes. **Resultados e discussão:** A educação em saúde proporciona a troca de experiências favorece com que a gestante e sua rede de apoio sintam-se seguros e preparados para atender as necessidades do recém-nascido e da puérpera. Por meio da realização de visitas puerperais posteriores às ações educativas, observou-se uma boa adaptação ao período puerperal nas mulheres que participaram das rodas de conversa e receberam orientações durante as consultas individuais. **Conclusão:** O trabalho multiprofissional oportunizou o estabelecimento de vínculos baseados no respeito e na confiança e reforço da autonomia e segurança da mulher para enfrentar os desafios do processo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Cuidado pré-natal; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Introduction: The Previne Brasil Program, established in November 2019, established the new funding model for funding Primary Health Care (PHC) within the Unified Health System. Therefore, there was a need to reorganize the work process of the PHC teams to achieve the goals established by the program. **Objective:** To report the experience of a PRMSF/UESC resident nurse in an interventionist activity for the implementation of the Previne Brasil Program, indicators and goals to be achieved by the municipality in the financing of PHC. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach through an Experience Report, experienced between August 10th and December 12th, 2022. **Results and discussion:** Of the 11 invitations sent to the teams, 83.33% (n=10) were filled. It resulted in the process of raising awareness about the theme and building a technical-scientific framework through the permanent education process associated with the principles of the National Policy on Humanization and meaningful learning. In addition to the reorganization of the work process, there was the opening of spaces for healthy dialogue, stimulation of autonomy, professional development and shared management among team members. **Final considerations:** It was observed that the process of permanent education is an instrument that enhances the process of reorganization and appreciation of the team, reducing the dichotomy between theory and practice, generating beneficial impacts on the quality of care and, consequently, there was an improvement in the performance of the indicators of the Prevent Brazil.

Key word: Health Care Financing; Permanent Education; Active Learning; Family Health Strategy; Non-Medical Internship.

INTRODUÇÃO/ REFERENCIAL TEÓRICO/ OBJETIVO

No Brasil, em meados do século XVI, o parto era realizado na própria residência da mulher que, apoiada pela sua família, tinha uma maior autonomia em relação a posição de parir. A cena do parto era acompanhado por uma parteira, com o objetivo de auxiliar no processo, necessitando do médico apenas em partos considerados difíceis¹.

Início do século XVII, as parteiras foram sendo substituídas pela figura do cirurgião, proporcionando ao parto uma visão médica centrada, a partir da necessidade de institucionalização em hospitais. Neste contexto, a mulher passou a ser um agente passivo do seu processo parto, sem o direito de escolha da posição e sem autonomia. Nota-se que, esta concepção passiva verticalizada prioriza o cenário de condutas que facilitam o processo de trabalho do profissional médico, reforçando deste modo, a noção errônea da soberania dos profissionais de saúde sobre os corpos femininos¹.

Em 1984, foi instituído no país o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que promoveu o fortalecimento de ações voltadas para a qualificação do pré-natal e educação em saúde sobre a importância do aleitamento materno, a fim de prevenir doenças e agravos ao público materno-infantil². No ano de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, o que refletiu positivamente na melhoria da assistência à gestação, parto e puerpério³.

No ano de 2004, foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que, assegurando os princípios do SUS, promoveu diretrizes para redução da mortalidade materno-infantil, valorizando ações de prevenção, promoção, reabilitação e tratamento, estabelecendo como direito das mulheres o exercício do autocuidado e da autonomia².

Instituída em 2011, a Rede Cegonha possibilitou a redução das taxas de morbimortalidade materna- infantil por meio de um pacote de ações compostos em 4 (quatro) estruturas: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança. Dessa forma, as ações da rede tinha como objetivo proporcionar um atendimento com qualidade, segurança e humanizado desde o planejamento reprodutivo, descoberta da gravidez, pré-natal, parto até o acompanhamento da criança nos seus 2 primeiros anos de vida⁴.

A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), foi instituída em 2022, fortalecendo algumas diretrizes da rede cegonha e ampliando as ações e serviços de atenção a saúde materno-infantil, com o incentivo a ampliação de ambulatórios especializados para acompanhamento de pré-natal de alto risco, atendendo o compromisso da agenda global de 2030 das Nações Unidas (NU), que objetiva a estimativa de 30 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos⁵.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidar e ordenadora dos serviços e ações.

Estas características, associadas aos seus diretrizes e princípios proporciona o estabelecimento do primeiro contato e fidelização desta gestante as equipes de referência, proporcionando deste modo, a garantia das integralidade e longitudinalidade preconizados pelo SUS. Sendo também, um importante espaço de educação em saúde sobre as intensas mudanças trazidas pelo período gestacional, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico. Por ser o serviço de contato mais próximo das usuárias, além de realizar a prestação de cuidado integral às queixas de sintomatologia, pode promover melhor resolutividade em questões psicossocioculturais¹.

No período puerperal, compreendido desde a expulsão da placenta até a 6ª semanas após o parto, o corpo da mulher sofre diversas alterações físicas e psíquicas que interferem em várias dimensões da sua vida, aumentando a susceptibilidade para aquisição de ansiedade patológica e depressão pós-parto, afetando assim a sua qualidade de vida⁶.

Autores como Mello e Neme (1994) dividem o puerpério em três períodos: imediato (desde o período da dequitação até 2 horas após o parto), mediato (após 2 horas até 10 dias pós-parto) e tardio (após 10 dias do parto)⁷. Outros autores trazem uma classificação adicional que é o puerpério remoto, caracterizado por um intervalo de 46 dias pós-parto até a recuperação completa e retorno do ciclo menstrual ao normal⁸.

No período puerperal, o corpo da mulher vivencia um declínio da função hormonal, que repercute de forma negativa na pele, cabelo e unhas, influenciando negativamente na sua autoestima. Em virtude do momento após o parto ser ansiosamente esperado, são criadas certas expectativas, anseios e metas que, quando não alcançadas, provocam sentimentos de desesperança, ansiedade e impotência. Potencializados pelo fator da baixa hormonal, esses sentimentos aumentam a susceptibilidade para o surgimento de depressão pós-parto, transtorno de ansiedade, dentre outros⁹.

Recente estudo realizado com puérperas adolescentes demonstrou que, ao se avaliar o nível de qualidade de vida, os domínios social e econômico obtiveram menores escores, evidenciando que o momento pós-parto promove limitações em várias áreas, principalmente quando não há rede de apoio, contribuindo para o desemprego e a diminuição do contato social. Outrossim, em estudo desenvolvido na Coreia do Sul, constatou-se que mulheres no pós-parto remoto que retornaram ao trabalho, apresentaram um déficit na realização do autocuidado devido acúmulo de tarefas e sobrecarga¹⁰.

Uma pesquisa para avaliação da relação mãe-bebê no puerpério destacou que o apoio familiar foi um fator que auxiliou na manutenção da saúde mental materna, porém, a sua existência não impediu que sintomas ansiosos fossem instalados. Apontou-se a existência de uma forte correlação desses sintomas às complicações do período gestacional, o que aumentou a probabilidade de adoecimento psíquico. Contudo, a falta de apoio familiar, dificuldades conjugais e vulnerabilidade socioeconômica foram considerados fatores de risco para a ansiedade materna severa¹⁰.

A ansiedade, em condições saudáveis, é um importante mecanismo de luta-fuga, porém quando atinge um limiar patológico, promove diversas alterações indesejadas que impactam na prática de atividades diárias e em outras dimensões da vida do indivíduo. Nesses casos, é de suma importância a realização de uma avaliação psicológica desde o período gestacional, com o intuito de evitar a progressão de sintomas ansiosos para transtorno de ansiedade e depressão pós-parto¹¹.

A Educação em saúde, importante ferramenta do campo das tecnologias leves, também é fator protetor para a prevenção de patologias físicas e psíquicas, pois, através do empoderamento materno, observa-se a diminuição da insegurança no cuidado com o recém-nascido e no autocuidado, a diminuição de sentimentos negativos, a facilitação do processo de adaptação e o aumento da capacidade de resposta à demandas do bebê, possibilitando uma vivência de maternidade segura¹⁰.

Neste contexto, verifica-se a importância das equipes de APS tanto como locus de cuidado como de disseminação de informações adequadas acerca da gestação, parto e puerpério, com potencial para redução da susceptibilidade na aquisição de doenças, diminuição de ansiedade e medo decorrentes da desinformação. Assim, objetiva-se com este trabalho relatar a experiência do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes em uma Equipe de Saúde da Família do interior da Bahia. A partir disso, busca-se enfatizar as potencialidades e os desafios desse fazer coletivo em uma equipe de saúde da família (que conta com discentes da residência multiprofissional em saúde da família).

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um do relato de experiência acerca da vivência de um grupo de residentes

inseridos em uma Equipe de Saúde da Família de um município do Sulda Bahia, que é campo prático do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

2.2 CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

A equipe de residentes é composta por 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta. Quanto aos profissionais vinculados a unidade, a equipe é composta por 1 nutricionista, 2 odontólogos, 1 médico, 10 agentes comunitários, 1 administrador, 1 atendente de farmácia, 4 técnicos de enfermagem, enfermeiro, 1 técnico de saúde bucal e 1 digitador. A Unidade de Saúde da Família vinculada a residência possui um território misto, que compreende desde usuários classe média alta à de baixa renda.

O território da equipe é misto, compreendendo usuários de classe média alta a usuários de baixa renda; é dividido em 10 microáreas, com especificidades e demandas distintas, mesmo que geograficamente muito próximas entre si. Os atendimentos ocorrem por demanda programada e espontânea, são ofertados os serviços de hiperdia, pré-natal, citologia, crescimento e desenvolvimento, saúde do idoso, visitas domiciliares, dentre outros.

2.3 A EXPERIÊNCIA

Considerando a importância de se assegurar uma atenção resolutiva e integral à gestação, parto e puerpério, bem como as principais dúvidas apresentadas pelas gestantes nos atendimentos individuais, em Setembro de 2021 a equipe de residentes elaborou e apresentou um plano de ação para a Equipe de Saúde da Família, que constava de uma intervenção educacional com gestantes e puérperas, com o intuito de prevenir agravos psicológicos e repercussões negativas frente aos desafios que a gestação promove tanto para a mulher, quanto para sua rede de apoio.

Foram realizados dois encontros, na modalidade de roda de conversa, a qual é uma modalidade que propõe a horizontalidade das discussões, dando voz aos sujeitos, com o intuito de construção mútua de conhecimento, através de diferentes matrizes culturais¹². Quanto aos participantes eram mulheres em período gestacional e puérperas com filhos menores de 1 ano. Foram disponibilizados convites por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e realizadas as rodas de conversa em dias de atendimento do programa de pré-natal na USF.

A roda de conversa 1 foi realizada em Dezembro de 2021 na sala de reuniões da USF, com tempo de duração de 1 hora e participação de 4 gestantes

e 1 puérpera. O momento foi conduzido pela psicóloga e assistente social residentes, que abordaram temáticas referentes ao acolhimento psicológico, licença maternidade e paternidade, projetos de apoio financeiro a gestantes de baixa renda existentes na prefeitura. Ao final, foi disponibilizado um lanche e realizada uma avaliação a partir da dinâmica de evocação de palavras.

A roda de conversa 2 foi realizada em Junho de 2022 na sala de reunião da USF, com tempo de duração de 1 hora e participação de 6 gestantes, 2 integrantes da rede de apoio e 1 puérpera. Esse momento foi ministrado pelas duas enfermeiras e a fisioterapeuta residentes, que abordaram como temáticas a importância da realização de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, aleitamento materno, dúvidas sobre o parto e puerpério, exercícios fisioterapêuticos que favorecem a dilatação do colo de útero no momento do parto, cuidados com o recém-nascido. A metodologia utilizada nesse encontro foi a caixa de perguntas sobre as temáticas, onde o público-alvo pudesse responder, o que estimulou a participação das mulheres para relatarem as suas percepções e vivências.

2.3.1 Aspectos éticos-legais

Salienta-se que este trabalho está de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na Resolução nº 510/2016, não havendo obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP¹³.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As equipes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, atuam como apoio matricial para as Equipes de Saúde da Família dos dois maiores municípios da área de abrangência da Universidade, o que contribui para melhor resolutividade da assistência, visto que conta com a presença de psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas e enfermeiros¹⁴, complementando a equipe mínima estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual é composta obrigatoriamente apenas por enfermeiro, médico e técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo facultada a participação de odontólogo, técnico ou auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de endemias e de saúde¹⁵.

Neste contexto, a equipe multiprofissional de residentes exerce um papel primordial, no sentido de reconfigurar uma forma de trabalho, por vezes, mecanizada em uma abordagem humanizada, com intuito de estabelecer um atendimento não restrito à doença ou condição de saúde, mas também na prevenção, redução de

danos, reabilitação, promoção da saúde e diagnóstico precoce ¹⁴.

Os resultados foram organizados em duas categorias de análise, onde se buscou demonstrar a importância da longitudinalidade do cuidado nos períodos de gestação, parto e puerpério e como a equipe multiprofissional se tornou facilitadora no processo, assegurando uma atenção resolutiva e integral neste ciclo da vida ¹⁴.

A primeira categoria de análise foi o momento de acolhimento psicológico no ciclo gravídico-puerperal, onde o principal objetivo do acompanhamento materno-infantil é garantir um cuidado humanizado e integral desde o período inicial da gravidez até o parto e puerpério, repercutindo assim no nascimento de uma criança saudável e no bem-estar do binômio mãe-bebê. Uma atenção de pré-natal e puerperal de qualidade centra-se em condutas acolhedoras que promovam fácil acesso aos serviços de saúde, atendimento integral em todos os níveis de atenção, desde o atendimento em unidades básicas de saúde a ambulatorios de alto risco em hospitais¹.

O primeiro momento foi marcado por uma roda de conversa com a psicóloga residente que ministrou sobre a importância do acolhimento psicológico desde o período gestacional até o puerperal, refletindo sobre a importância do estabelecimento de uma rede de apoio.

No primeiro trimestre a gestante sofre por alterações comportamentais, o que aumenta sua irritabilidade, algumas também sofrem com ambivalência (querer e não quer a gestação), além do medo de abortar. O segundo trimestre é marcado por sentimentos de passividade, há o início da movimentação fetal, alteração da estrutura do corpo e em algumas mulheres acontece diminuição do desempenho sexual. No terceiro trimestre é possível observar que as queixas durante as consultas aumentam, o medo e ansiedade manifestam-se com mais intensidade, devido à proximidade do parto¹.

A psicóloga residente abordou ainda sobre sinais e sintomas psicológicos de alerta, principalmente no período puerperal, visto que neste ocorrem diversas alterações físicas e psíquicas, devido ao momento de mudança de rotina e necessidade de readaptação.

O período do puerpério, a mulher vivencia diversas alterações psíquicas, sendo este o momento de maior vulnerabilidade, pois o bebê que era idealizado passa a ser vivenciado. Há alterações corporais que demandam um maior tempo para retorno, preocupações relacionadas ao aleitamento materno, medo de ficar presa para sempre ao bebê ou que o leite materno não pro-

movia o seu desenvolvimento. Outras mudanças emocionais que podem ser vivenciadas são: *baby blues* (sintomas depressivos transitórios que são perceptíveis a partir do terceiro dia após o parto com duração de 2 semanas), depressão, lutos vividos devido ao período de transição da gestação para o puerpério e entre outros ¹⁶.

A assistente social residente promoveu uma orientação sobre os direitos constitucionais e previdenciários que os pais detêm nesse período, com destaque para a importância do acompanhante no período do parto e pós-parto, a licença maternidade e paternidade, a necessidade de atualização de cadastro familiar no Auxílio Brasil, bem como a possibilidade das famílias de baixa renda conseguirem uma parte do enxoval com a prefeitura da cidade.

Com a participação de 4 gestantes e 1 puérpera, essa primeira roda de conversa utilizou a metodologia de exposição dialogada, no momento em que surgiam dúvidas, houve permanente abertura para que as mulheres indagassem e compartilhassem suas percepções e conhecimentos prévios. Foi um momento muito importante e ao final as participantes foram convidadas a avaliar a atividade por meio de uma palavra, onde as mais emitidas foram esclarecedor, enriquecedor e produtivo.

Dessa forma, é imprescindível que, desde a gestação, a mulher receba orientações adequadas sobre o período puerperal, sobre as transformações biopsicossociais que o momento traz e a importância da integração da família como rede apoio. Assim, intenta-se promover um espaço de preparação, não somente física para a espera do neonato, mas também psíquica dos pais e familiares, visando à prevenção de processos patológicos e, até mesmo, a promoção de um olhar atento para detecção precoce de alterações na saúde mental das puérras ¹⁷.

A segunda categoria de análise foi a educação transformadora, a qual proporcionou espaços educativos estabelecidos em uma USF são uma das principais ferramentas promotoras de saúde e de prevenção de agravos, o que proporciona um sentimento de capacidade no usuário do serviço, frente aos desafios. No período gestacional, ocorrem diversas alterações psíquicas, medo e insegurança frente ao novo. Desse modo, é crucial que os profissionais busquem compreender o contexto de vulnerabilidade de cada gestante e puérpera, tais como: se a mulher tem rede de apoio, se houve perdas gestacionais, sobre planejamento da gravidez, situação socioeconômica, dentre outros aspectos. A partir dessa visualização, será possível reconhecer períodos de maior vulnerabilidade e atendê-la sem banalizar suas queixas, exercendo uma abordagem acolhedora e empática ¹⁶.

O segundo momento de roda de conversa foi liderado pelas enfermeiras 1 e 2 e pela fisioterapeuta residente, que organizaram as orientações conforme os 3 trimestres de gestação. As orientações em relação ao primeiro trimestre foram ministradas pela fisioterapeuta residente, que abordou sobre as mudanças físicas, vícios de posições devido ao aumento do peso corporal e sobre os exercícios que devem ser realizados para evitar sobrecarga de musculatura.

As orientações do segundo trimestre foram realizadas pela enfermeira residente 1, que explicou sobre a transformação das mamas e os cuidados para mantê-las hidratadas, sobre corrimentos vaginais normais e anormais na gestação, importância da atualização vacinal, ingestão hídrica e alimentação saudável, além de enfatizar as características de contrações de treinamento (Braxton Ricks). Por fim, as orientações do terceiro trimestre foram ministradas pela enfermeira residente 2, que explicou sobre os sinais de parto, intervalos entre contrações, cuidados com o coto umbilical, como realizar o banho no recém-nascido e esclareceu dúvidas sobre aleitamento materno.

É importante salientar que essas orientações também foram realizadas nas consultas individuais, de acordo com o trimestre que cada gestante se encontrava. Desse modo, optou-se por utilizar, neste momento, a metodologia da caixa de perguntas, na qual as participantes retiravam uma pergunta da caixa e respondiam o que tinham de conhecimento prévio ou obtido a partir das orientações individuais em consultório, tendo sido um momento produtivo de troca de saberes.

A educação em saúde é uma prática preventiva que transforma a realidade dos indivíduos, na medida em que proporciona autonomia para que se compreenda as formas e meios de melhorar a sua qualidade de vida ¹⁶. Por meio da realização de visitas puerperais posteriores às ações educativas, observou-se uma boa adaptação ao período puerperal nas mulheres que participaram das rodas de conversa e receberam orientações durante as consultas individuais. Além disso, a partir da abordagem multiprofissional e a articulação dos diferentes saberes, percebeu-se o alívio da ansiedade para as mães, bem como para os integrantes da sua rede de apoio. Esta foi alcançada pelas próprias participantes das ações educativas, ao disseminarem o que aprenderam sobre o parto e o pós-parto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência apresentada, conclui-se que a educação em saúde promove uma ampliação da clínica realizada na Atenção Primária à Saúde, proporciona a troca de experiências e favorece com que a gestante e sua rede de apoio

sintam-se seguros e preparados para atender as necessidades do recém-nascido, mas também compreendam que a mulher necessita ser cuidada e amparada em suas limitações, principalmente, quando ela passa pelo período de transição de nulípara para primípara.

O presente relato também evidenciou a importância de se exercer uma escuta qualificada, que oportunize sanar as principais dúvidas, realizar aconselhamentos e encaminhamentos, evitando o excesso de tecnicismo. Por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, oportunizou-se o estabelecimento de vínculos baseados no respeito e na confiança, e, por vezes, o exercício da função de participantes da rede de apoio das gestantes, com o intuito de reforçar a sua autonomia e segurança para enfrentar os desafios do processo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

- [01] Souza MP; Araújo M A S.; Vieira ACB. (2016). Educação em Saúde para o parto humanizado: desafios do enfermeiro na atenção primária. Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos. Goiânia: Universo.
- [02] Medeiros PF de.; Guareschi NM de F.. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Revista Estudos Feministas, v. 17, n.1, 2009 .
- [03] Paim JS.. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n.6, 2018.
- [04] Cavalcanti PC da S. et al.. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. Physis, v. , n. 4, 2013.
- [05] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 715. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- [06] Condeles PC. et al. Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. Rev. Rene [online], vol.20, e41421, 2019.
- [07] Mello AR de; Neme, B. Puerpério: fisiologia e assistência. Obstetrícia básica: São Paulo, v.22, p. 158-163, 1994.
- [08] Rezende J. Obstetrícia. 11ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008.
- [09] Baratieri T.; Soares LG.; Kappel, EP; Natal S.; Lacerda JT.. Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na Atenção Primária: Revisão Integrativa. Rev. APS., v. 22, n. 6, p. 682-701, jun.2021.
- [10] Chemello MR.; Levandowski DC; Donelli TMS.. Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. Rev. SPAGESP [online]. , vol.22, n.1, p. 39-53, 2021.

[11] Elias EA ; Pinho J de P; Oliveira, SR de. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: contribuições para a enfermagem. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 12, n. 2, ago. 2021.

[12] Pinheiro LR.. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. *Pro-Posições*, v. 31, 2020.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016.

[14]Silva LB.. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, v. 21, n. 1, 2018.

[15] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

[16] Arrais A da R.; Mourão MA; Fragalle B.. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade [online]*. v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014.

[17] Santos MLC; Reis JF; Silva R de P; Santos DF; Leite FMC.. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery [online]*, v. 26, e20210265, 2022.

Aceito em: 28/02/2023

Para além dos muros das instituições: um olhar psicossocial acerca da atenção domiciliar no SUS

Beyond the walls of institutions: a psychosocial look at home care in the SUS

Más allá de los muros de las instituciones: una visión psicossocial sobre la atención casa en SUS

Janaína Sampaio Bomfim

Psicóloga, residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). E-mail: janainainasbomfim01@gmail.com. Telefone: (77)988816747. Este autor assume a responsabilidade por todos os aspectos da confiabilidade e liberdade de viés dos dados apresentados e sua interpretação discutida

Rosane Lopes Araújo Magalhães

Mestre em Psicologia da Saúde (USP), Professora assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Email: rlamagalhaes@uesc.br. Este autor assume a responsabilidade por todos os aspectos da confiabilidade e liberdade de viés dos dados apresentados e sua interpretação discutida Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil.

RESUMO

A Atenção Domiciliar reconfigura modos pensar o cuidado em saúde. Envolvendo a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em domicílio, ela é uma possibilidade de atendimento que ultrapassa a estrutura física de uma instituição. Necessita-se ampliar o debate sobre essa temática, pois, além de apresentar cada vez mais demandas e ser uma área que requer práticas humanizadas e com olhar psicossocial de qualquer profissional de saúde, foi um contexto fortemente afetado pela pandemia do COVID-19. O estudo tem objetivo discutir sobre questões associadas ao Atendimento Domiciliar, a partir da experiência em estágio opcional, realizado por uma psicóloga residente. Trata-se de um trabalho qualitativo, em relato de experiência. O eixo central foi a experiência de realizar visitas domiciliares e o percurso metodológico ocorreu por meio da leitura de anotações em diários de campo. A partir disso, houve uma redução fenomenológica, possibilitando uma compreensão global e pré-reflexiva. Em seguida, foi realizada a seleção de temáticas que considerada grande importância nessa vivência, havendo assim uma elucidação do vivido, interpretação e considerações. Dessa maneira, buscou-se descrever a experiência e discutir acerca de 5 unidades de significados. Pôde-se perceber o quanto que essa possibilidade de assistência possui variadas demandas, seja individual, familiar ou comunitária e a importância de retorno do incentivo governamental para o fortalecimento de práticas de saúde em equipe. Além disso, considera-se que a prática da Atenção Domiciliar não pode ser acrítica para produzir saúde e para isso as discussões em torno das questões psicossociais precisam estar cada vez mais presentes.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, Equipes multiprofissionais, Acolhimento Psicossocial.

ABSTRACT

SUS Home Care reconfigures the ways of thinking about health care. Involving prevention, promotion, treatment, rehabilitation and palliative care at home, it is a possibility of care that goes beyond the physical structure of an institution. It is clear that there is a need to broaden the debate on this topic, since, in addition to presenting itself with more and more demands and being an area that requires humanized practices and with a psychosocial perspective from any health professional, it was a context strongly affected by the pandemic of COVID-19. This is a qualitative work, in the form of an experience report. The central axis was the experience of carrying out home visits and the methodological course took place through the reading of notes in field diaries. From this, there was a phenomenological reduction, enabling a global and pre-reflective understanding. Then, the selection of themes that were considered of great importance in this experience was carried out, thus having an elucidation of the experience, interpretation and considerations. In this way, we sought to describe the experience and discuss about 5 units of meanings. It was possible to perceive how much this possibility of assistance has varied demands, whether individual, family or community, and the importance of returning government incentives to strengthen team health practices. In addition, it is considered that the practice of Home Care cannot be uncritical in order to produce health and, therefore, discussions around psychosocial issues need to be increasingly present.

Keywords: Home Care, Multiprofessional Teams, Psychosocial Reception.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma possibilidade de atendimento que ultrapassa a estrutura física de uma unidade de saúde. Ela envolve a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em domicílio, de maneira integrada com a Rede de Atenção em Saúde¹. E o seu público-alvo são pessoas que, com estabilidade clínica, tenham demandas de saúde que envolvam restrição ao leito ou lar, de maneira temporária ou contínua, ou, ainda, com outras vulnerabilidades nas quais seja necessário cuidado em domicílio².

O início da regulamentação da AD no Brasil ocorreu em 2006, pelo Ministério da Saúde com a publicação da Resolução RDC nº 11/2006³. Em 2011, há uma expansão do serviço, que é representada pela criação do Programa Melhor em Casa e a Política Nacional de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, em 2016, entra em vigor uma nova portaria, que aborda acerca da Atenção Domiciliar e suas equipes de saúde.

A AD representa um grande avanço na política pública de saúde do país, contribuindo para que o princípio da Universalidade e Integralidade seja mais contemplado e para o rompimento da hegemonia do modelo biomédico. Dessa maneira, desafiando a lógica tradicional de produção do cuidado, ao ultrapassar os muros das instituições de saúde³. Assim, a AD reconfigura modos de se pensar o cuidar.

Infer-se dois tipos de caracterização quanto aos atendimentos ofertados: o usuário pode ser atendido de maneira individual ou em conjunto com sua família e, quanto a profissionais, pode ser realizado por apenas um profissional ou pode ser compartilhado

por outros, de diferentes categorias, ou por outros, de diferentes categorias, ou de outros níveis de atenção, setores e serviços³.

A relevância desse estudo se dá no sentido de ampliar o debate sobre a Atenção Domiciliar, na atenção primária do SUS. O que tem sido cada vez mais importante tanto pelo aumento do envelhecimento da população, quanto de doenças crônicas e para resultar na diminuição da ocupação de leitos hospitalares⁴.

Destaca-se ainda que a pandemia do COVID-19 representou um grande desafio sanitário, que atingiu diretamente os processos de trabalho e o cuidado no território em saúde⁵. Sendo assim, a Atenção Domiciliar também foi extremamente afetada, pois foi necessário que profissionais de saúde pudessem se abster de adentrar domicílios⁶. Então, nesse momento no qual tal pandemia está com um maior controle e as visitas voltaram a ocorrer, faz-se necessário dar luz a essa temática, evidenciando a importância da retomada da Atenção Domiciliar e reflexões sobre o assunto, podendo contribuir com o planejamento de estratégias das equipes multiprofissionais em saúde.

Percebe-se a importância de que tal discussão se faça por uma perspectiva psicossocial, não só para contribuir com a atuação de profissionais de Psicologia, mas como também e, sobretudo, em relação ao acolhimento pelas equipes multiprofissionais de saúde. Acolhimento esse o qual a Política Nacional de Humanização⁷ prevê, afirmando que a prática humanizada deve atravessar todos os fazeres, sendo papel de qualquer profissional de saúde.

Cabe ressaltar que o Conselho Federal de Psicologia⁸, em sua norma técnica sobre a atuação da

Psicologia na Atenção Básica do SUS, que sugere a inserção de profissional de Psicologia nas visitas domiciliares, entre outras, ofertando um olhar para a singularidade dos sujeitos, família ou comunidade e escuta das subjetividades, desde que respeitadas as premissas éticas da profissão, e que possa contribuir para as políticas públicas de saúde. Dessa maneira, questiona-se, quais aspectos podem ser percebidos por um olhar de psicossocial e como ele pode contribuir para a Atenção Domiciliar? Desse modo, têm-se como objetivo discutir sobre questões associadas ao Atendimento Domiciliar, a partir da experiência de um estágio de residência multiprofissional realizado por uma psicóloga.

METODOLOGIA

Este trabalho se trata de um estudo qualitativo e na modalidade de relato de experiência. Uma análise qualitativa tem como principal característica a busca pela compreensão da singularidade de indivíduos, considerando suas histórias coletivas e seus contextos culturais⁹. Já o Relato de Experiência abarca o registro de experiências vivenciadas, oriundas de maneira crítico-reflexiva¹⁰.

A experiência em questão se refere a visitas domiciliares realizadas em um estágio opcional de programa de residência em Estratégia de Saúde da Família do SUS, o qual teve foco na Atenção Domiciliar. Foi vivenciada no ano de 2022, durante o período de 30 dias, numa cidade do interior da Bahia, pela residente com formação em Psicologia.

O eixo central foi a experiência de realizar 7 visitas domiciliares, em equipes multiprofissionais, contendo: agentes comunitárias de saúde, estagiárias de Enfermagem e de Medicina e, em alguns momentos, profissional de Nutrição. A atividade foi desenvolvida a partir de um planejamento em conjunto com preceptoria. Nesse sentido, ocorreu de maneira pontual, dentro do período citado, em conjunto com profissionais e estudantes de um projeto do programa Pet Saúde, que já estavam inseridos (as) nos territórios de duas Unidades de Saúde da Família, a maioria fazendo parte do programa pet saúde, o qual, no momento, não contava com a atuação direta de alguém da área de Psicologia.

O perfil do público dessa ação interventiva foi diverso, contendo tanto homens quanto mulheres, pessoas mais jovens, pessoas idosas e pessoas que ficaram em estado domiciliado por questões de saúde mais internas quanto externas, sendo: pessoas que vivenciaram um AVC, complicações decorrentes de covid, confusão mental, fortes dores no corpo, dificuldade de locomoção e vítimas de lesão na medula, causando paralisia de membros inferiores. Todas tinham em comum o fato de estarem cadastradas no sistema do SUS como domiciliadas ou acamadas.

O percurso metodológico se deu por meio da leitura de anotações em diários de campo, que continham impressões da residente sobre as visitas realizadas, discussões em equipe e supervisões. A partir disso, realizou-se a seleção de temáticas que se considerou de grande importância nessa vivência, por se destacarem. Estas temáticas foram agrupadas em 5 unidades de significados que foram observadas e refletidas. Nesse sentido, ao se deparar com o fenômeno das visitas domiciliares foi feita uma redução fenomenológica, possibilitando uma compreensão global e pré-reflexiva. Isso consiste em suspender juízos de valor para depois realizar uma análise das características importantes de determinado fenômeno¹¹. Posteriormente, buscou-se evidenciar o sentido ou significado das vivências. Havendo assim uma elucidação do vivido, interpretação e considerações. Ressalta-se que nesse método, na interpretação, o vivido pelo pesquisador/autor também é levado em conta¹².

Portanto, esse trabalho não necessitou de aprovação de comitê de ética por não colocar os sujeitos em evidência, mas sim tratar da percepção e experiência da psicóloga residente e todas as questões éticas serão respeitados.

RESULTADOS

Conforme a proposta, cada família foi visitada pela psicóloga, junto com outros profissionais, apenas uma vez, com exceção de uma em que houve retorno por maior necessidade. Nessas visitas eram realizados acolhimentos, escuta qualificada e se verificava quais orientações poderiam ser dadas a equipe para contribuir com o estado de saúde, numa perspectiva psicossocial.

Houve momentos nos quais a contribuição se deu por orientações sobre alimentação, em conjunto com outros profissionais, outros nos quais uma escuta mais voltada para o aspecto emocional foi necessária e, ainda o estímulo a mudança de hábitos. Além disso, houve quatro supervisões realizadas com profissional de Psicologia, nas quais todos os casos foram discutidos e, também, momento de discussão de casos em equipe. Algumas temáticas se destacaram, apontando para a necessidade de serem incluídas no olhar profissional.

DISCUSSÕES

a) O cenário

Ao realizar as visitas se fez importante observar a estrutura do lugar no qual as pessoas moravam, bem como suas relações e espaços que estavam vinculadas. E, ainda, respeitar crenças, culturas e entender aquele lugar como de intimidade do outro, no qual profissionais de saúde são convidados(as)⁴.

Foi comum perceber que a maioria das pessoas domiciliadas ficavam com maior frequência na sala das casas, isso porque em seus antigos quartos haviam menos espaço e conforto, segundo elas e suas famílias. Assim, era importante observar questões voltadas para privacidade e estimular, se fosse possível, pra que essas pessoas também transitassem por outros locais.

Nesse contexto, em alguns casos, foi importante a construção de Ecomapa, Genograma e mapa da casa, tanto para entender e analisar melhor cada situação, quanto para levar o caso para discussão em equipe. O Genograma é um instrumento que possibilita profissionais de saúde descrever e ver como uma família funciona e interage¹³. Esse recurso se faz importante, sobretudo por entendermos a família com papel tanto de prevenir e auxiliar na recuperação de uma doença, quanto de ser a causa ou elemento que a mantém ou agrava. Assim, observar padrões familiares pôde contribuir para o levantamento de hipóteses em relação a uma condição patológica, podendo ela estar relacionada tanto ao contexto familiar atual, quanto sobre o histórico familiar, conforme aponta¹⁴.

Já o Ecomapa é um instrumento que permite analisar um indivíduo em questão ou a família e suas relações com o meio social. Dessa maneira, é permitido avaliar quais os recursos, rede de apoio, serviços utilizados e, também, as necessidades¹³. É válido ressaltar que, mesmo nos casos em que o Genograma e Ecomapa não foram sistematizados, a ideia central desses recursos estava no exercício do olhar profissional.

Portanto, utilizando desses elementos, pôde-se perceber que há muitas vezes alguns padrões familiares que são repetidos nos contextos familiares. Por exemplo, em mais de duas gerações existir famílias em que os homens morrem ou não assumem suas responsabilidades em relação a filhos. Soma-se a isso, percebe-se o quão importante é a rede de apoio para auxiliar no enfrentamento das condições de saúde de pessoas domiciliadas. Além disso, foi notório que a socialização que o Ecomapa permite perceber é fundamental para autoestima, autonomia e pode ser uma possibilidade de dar sentido à vida dos sujeitos. Contudo, o que se percebeu foi uma tendência, nos casos vivenciados, dessa socialização ser reduzida casa vez mais. Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde tente buscar alternativas de viabilizar mudanças positivas e saudáveis quanto a esse aspecto.

b) A necessidade de fala e de escuta

Foi percebido que escutar sobre os processos de hospitalização e adoecimento era necessário. Havia uma aparente necessidade do falar. Ao relatar sobre suas histórias, a seu modo, as pessoas pareciam se organizar melhor mentalmente e era perceptível

o movimento e até novas conclusões sobre como se enxergavam e o sentido daquela doença ou condição nas suas vidas. Além disso, nesse momento era possível falarem de recordações, pessoas importantes e manifestar desejos.

Os aspectos psicológicos em torno de uma condição de saúde podem ter diversos papéis, sendo eles: o de causar, desencadear, agravar, manter e o papel de gerar consequências¹⁵. Assim, podemos compreender que cada condição de saúde terá um impacto, uma dimensão psicológica que requer cuidado.

Com a escuta, pôde-se realizar orientações a profissionais acerca de novas abordagens de comunicação. Para ilustrar, houve situações nas quais os sujeitos domiciliados acabavam estabelecendo relações de dependência. Isto é, pela necessidade de escuta, de companhia, por vezes até solidão, era comum se negarem a fazer certos procedimentos, com o argumento de que aceitariam realizá-lo na outra semana, quando o profissional retornasse. Estabelecendo assim um ciclo que colaborava para manter a condição de domiciliado. Em situações assim, foram realizadas orientações para que o(a) profissional tentasse estimular outras maneiras de socialização, bem como conversar com os sujeitos sobre a necessidade de evidenciar a importância dos procedimentos naquele momento, sem realizar promessas de retorno.

Em outras situações, nas quais se percebeu um pensamento negacionista em relação a eficácia e eficiência da vacina contra Covid-19, foi realizada abordagem de desconstruir alguns mitos que permeiam o tema. Além disso, houve comunicação com demais profissionais para que se atentassem a essa realidade. Somado a isso, notou-se, também, situações em que era possível que os sujeitos realizassem alguns cuidados de saúde na USF, como tomar vacina, mas colocavam como condição a aplicação em domicílio. Mostrando assim uma dificuldade no aspecto da independência e a urgência do debate sobre o que seria alguém com necessidades de cuidados em domicílios, o que resultou em discussões levadas para equipe multiprofissional.

c) A autonomia

Foi percebido o estímulo da autonomia como parte do processo de cuidado em saúde. Destaca-se que essa foi uma das principais temáticas percebidas como barreira na recuperação e uma das mais discutidas em equipe. Nos casos em que se tratava de deficiências físicas adquiridas, parecia haver dificuldade da pessoa domiciliada enxergar potencialidades do seu corpo e possibilidades de novas maneiras de viver e de encontrar sentido na vida. Isto é, um estado de luto a ser trabalhado em relação ao autoconceito. Esse é um fato de muito impacto na história de vida de alguém e seu enfrentamento vai depender da trajetória de vida, personalidade, recursos, apoios

sociais e estigmas prévios sobre a ideia de deficiências em geral¹⁶.

Além disso, as próprias famílias reforçavam uma relação de dependência, o que aumentava a carga de trabalho de quem ocupava o lugar de cuidador(a) e, ainda, demonstra um olhar e discursos capacitistas. Ou seja, olhar para os indivíduos como se fossem incapazes de realizar qualquer atividade, em decorrência da sua deficiência. Podemos entender a lógica capacitista no sentido de uma discriminação com pessoas com deficiência, ou, ainda, como aquela que naturaliza a hierarquização dos corpos pela forma e aparência, em relação ao que é tido como saudável, belo, produtivo, útil, independente e capaz¹⁷.

Diante disso, também foi percebido que alguns profissionais mantinham práticas que poderiam interferir no protagonismo dos sujeitos e representar um cuidado que não era centrado na pessoa. A exemplo cita-se uma comum prática de fazer todas as recomendações sobre remédios, alimentação, banhos, curativos e marcação de retornos se dirigindo muito mais a cuidadora do que a própria pessoa. Por outro lado, se percebeu a queixa e o questionamento de profissionais de saúde sobre se de fato todas as pessoas que estavam sendo consideradas domiciliadas deveriam ser classificadas assim e até que ponto essa condição poderia trazer benefícios a própria pessoa ou não? A atenção domiciliar excessiva, de alguma maneira, poderia trazer prejuízos?

A iatrogenia consiste no resultado de complicações causadas por uma prática médica. Ela pode ser classificada em clínica quando diz respeito ao ato médico e sua técnica; social, quando danos sociais são causados pela medicalização da vida¹⁸; e estrutural/cultural, que abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural das pessoas para lidar de forma autônoma com a doença, a dor e a morte¹⁹. Nesse sentido, no que se refere a uma atenção domiciliar em excesso, ou seja, manter alguém domiciliado sem o estímulo da autonomia, sem olhar para o possível grau de independência que pode ser viabilizado, entende-se que se pode cometer iatrogenias.

Necessariamente, a lógica do cuidado parte da ideia de que os indivíduos possuem uma autonomia e esta, por sua vez, está relacionada com práticas sociais e políticas²⁰. Sendo assim, o ato clínico em saúde é um espaço aberto à exploração de potências e de possibilidade do processo de produção de autonomia. Soma-se a isso, a portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, define alguns objetivos para a AD no SUS, dentre eles, o seu artigo 3º aponta para a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários¹.

d) Questões de gênero

Um outro ponto que chama atenção é que a responsabilidade do cuidado é atribuída às mulheres,

tanto nos casos de cuidadoras pagas, quanto no de familiares exercendo tal função. E, ainda, tanto nas situações em que a pessoa que necessita de cuidados é mulher ou nas situações em que é um homem. Em todos os contextos, foi percebido que as mulheres ocupavam o lugar de quem exerce o cuidado, com uma naturalização, o que evidencia uma consequência da histórica desigualdade de gênero²¹, na qual mulheres são ensinadas a cuidar muito mais que os homens. Historicamente, tal papel de cuidar é o mais evidenciado e assimilado pela sociedade, enquanto um papel destinado a mulheres quando se trata tanto de crianças quanto de qualquer outro membro da família, seja esposo, filho, mãe, entre outros²².

Durante a vivência do estágio, pôde-se ouvir relatos de exaustão, cansaço e, sobretudo, sensação de que se vivia para cuidar do outro. Ressalta-se que dos 7 casos, todas as pessoas que ocupavam o lugar de cuidado central eram mulheres. Esse contexto em que uma única mulher é a referência para os cuidados com pessoa domiciliada, revela sobrecarga, alteração no cotidiano, nos cuidados em saúde e em projetos de vida²¹ da cuidadora. O autor aponta para o fato de que, além dessa naturalização que a sociedade faz entre mulher e atividades consideradas domésticas, há ainda a premissa de que tais atividades não são consideradas trabalhos de verdade, sendo desvalorizadas. Há uma construção social que atrela o que é lido como feminino ao que é frágil, desvalorizado e subserviente²³.

Em algumas situações percebeu-se como obstáculo, para uma vida de mais qualidade e tempo pra si, a falta de recursos financeiros para contratar outras pessoas para exercerem essa atividade e/ou a falta de apoio dos demais familiares para dividir a carga de trabalho. Assim, entende-se que essa é uma discussão transversalmente afetada por vários marcadores sociais, como: classe, gênero, raça, entre outros²¹ e não pode ficar apenas no âmbito privado mas sim no da esfera pública.

Portanto, observou-se que esse processo de sobrecarga afeta a saúde das cuidadoras, causando estresse, cansaço e perda da individualidade, por se dedicarem mais a vida da pessoa domiciliada do que a sua própria vida, sensação de desvalorização e, conseqüentemente, interferindo no modo com que se realiza o cuidado, muitas vezes sendo afetado negativamente por esses sentimentos. Sugere-se que profissionais de saúde estejam sempre atentos (as) a essa questão, que necessita de um olhar transversal e politizado da situação, para assim traçar estratégias e buscar recursos na tentativa de reduzir as possíveis sobrecargas de trabalho.

e) Intersetorialidade e Integralidade

Ao adentrar a casa de alguém para realizar as visitas, era preciso ter uma visão ampla e não um

olhar fragmentado para uma doença ou problemas apenas. Quando há Integralidade verifica-se um lastro de cuidado, sustentando atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do Trabalho Vivo²⁴. Era extremamente importante ter respeito pelo lugar e pelas especificidades, cultura e estrutura de cada família. Se pegarmos como exemplo de uma visita a alguém que estava com uma grande ferida, estamos falando de uma pessoa e uma família de alguém que tem uma ferida e não apenas da ferida em si. É importante que profissionais façam o melhor para que a ferida seja tratada, mas também é importante entender aquela pessoa como um ser biopsicossocial e se atentar ao fato de que todas as pessoas das famílias podem ser afetadas por aquela questão de algum modo. A subjetividade precisa ser considerada.

Nesse sentido, se atentar para questões que envolvem os serviços da Assistência Social também foi primordial. Muitas vezes as pessoas não tinham acesso à informação de determinado benefício que poderiam ter direito ou estavam há muito tempo sem vinculação com o CRAS, entre outros. E, em determinados momentos, se fez necessária a articulação de comunicação entre USF e outros serviços. Essa articulação entre setores diferentes, compondo a Intersetorialidade, se faz necessária e ganhou força no Brasil a medida em se foi percebendo certa ineficiência, ineficácia e falta de efetividade em políticas setoriais²⁵.

Além disso, afirma-se que o olhar psicológico pôde trazer intervenções positivas para pessoas domiciliadas e suas famílias. Porém, a troca de saberes e a articulação entre eles foram preponderantes. Destaca-se o contato com a equipe, tanto nas visitas quanto nas discussões de caso, como importantes para aprender sobre outras práticas e para um olhar mais integral em relação ao sujeito, auxiliando a traçar metas e objetivos.

f) Projetos de vida como estratégias de enfrentamento

Nessa vivência, em muitos casos foi percebido que as pessoas viviam em uma lógica de não fazer mais o que se tinha vontade ou até mesmo ter dificuldade em dizer sobre o que gostava. Então, foi comum fazer os questionamentos como: “Quais são os seus sonhos?”, “o que você gosta de fazer?” e quando isso ocorria percebia-se um movimento dos sujeitos se permitindo sonhar, criavam algumas expectativas, falam mais de si e, a partir daí, era possível estabelecer alguns acordos, dentro das possibilidades, como: ficar um tempo no quintal da casa, voltar a procurar um serviço que auxilie no uso de cadeira de rodas, com o intuito de ficar mais independente, voltar a cozinhar ou acompanhar o preparo dos alimentos, estudar, meditar, em casos que isso era possível.

Aponta-se para a importância dos projetos de vida, envolvendo a criação, imaginação e o impulso

para movimentos e construção de identidade, ainda que nem todas as condições estejam favoráveis a realização dos projetos²⁶. Compreendemos o ser humano como um ser de projetos²⁷. Desse modo, a falta deles e de expectativas que dêem sentido a vida pode ser prejudicial a saúde mental.

Ressalta-se como a arte se fazia presente nessas metas, pois surgiram elementos como: assistir filmes, pintar vasos, bordar, pintar as unhas, se maquiar, ouvir música, escrever. Isto, é, apesar das limitações, houve o exercício de se pensar em atividades possíveis e que trouxessem mais prazer para a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, entende-se que para um bom atendimento integral em saúde, os(as) profissionais devem se atentar a aspectos psicossociais. Sugere-se um olhar aos aspectos citados nesse relato: observação do cenário, utilização de ferramentas como Genograma e Ecomapa, atenção a escuta ampliada, ao acolhimento, às questões transversais que podem ocorrer, como as de gênero, a Intersetorialidade e Integralidade e bem como o trabalho considerando projetos de vidas que os sujeitos e família podem realizar.

A vivência no estágio opcional trouxe a necessidade de discutir sobre um olhar psicossocial para o tema da AD. Pôde-se perceber o quanto que essa possibilidade de assistência possui variadas demandas, seja individual, familiar ou comunitária. Houve ainda a compreensão de que se fazem necessárias discussões em equipe, sugerindo que haja um preparo e aprofundamento nos estudos sobre esse tema, de maneira geral, incluindo uma perspectiva psicossocial, assim como ocorreu com profissionais e estagiários(as) do grupo em questão. Dessa maneira, há que se considerar a importância de retorno do incentivo governamental para o fortalecimento de práticas de saúde em equipe.

Afora isso, um importante aspecto observado foi o fato de que a AD, na atenção primária do SUS, representa um enorme avanço quando se pensa no rompimento de modelos medicocentrados e elitistas. Pôde-se perceber que em muitos casos as condições de vulnerabilidade em que as pessoas estavam inseridas poderiam dificultar até mesmo o acesso a informações tidas como mais básicas. Além disso, fala-se aqui do fato de que a presença de profissional de Psicologia não se faz necessária apenas para casos nos quais as pessoas sejam diagnosticadas com transtorno mental, nem tampouco exclusivamente para realizar psicoterapia, mas sim em variados outros casos nos quais se pode contribuir com a qualidade de vida do sujeito, das relações familiares e a nível territorial.

Nesse sentido, a AD pode ser uma grande ponte que permite que usuários não fiquem institucionalizados em hospitais e sejam acolhidos em

seus lares de maneira integral. Contudo, apesar de tanta importância, sua prática, para ser efetiva, não pode ser acrítica e para isso as discussões em torno das questões psicossociais precisam estar cada vez mais presentes e compreendidas como o que de fato significam: um olhar para os cuidados em saúde de forma integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL.. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016. Acesso em: Novembro de 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.htm;

[2] LIMA, M. et al. Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a formação em Psicologia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 10(3), 442-454. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394r-pds.v10i3.3468>;

[3] PROCÓPIO, L. et al. A Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, V. 43, n. **Saúde em Debate**, 2019 43(121), abr;

[4] LACERDA, M. R. (2015). Brevidades sobre o cuidado domiciliar. **Revista De Enfermagem Da UFSM**, 5(2). <https://doi.org/10.5902/2179769218657>;

[5] MACIEL, F. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.2):4185-4195, 2020;

[6] BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde de Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao Covid-19. Brasília: MS; 2020;

[7] BRASIL. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004;

[8] 2023. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2019;

[9] MINAYO, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), 621-626;

[10] MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis**

Educacional, [S. l.], v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 14 jan. 2023;

[11] HUSSERL, 1913, citado por JÚNIOR E BARREIRA, 2018. A Redução Fenomenológica e a pesquisa empírica da Psicologia no cenário brasileiro. 2018, Anais.. Foz do Iguaçu: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/98810490682/11>. Acesso em: 10 jan;

[12] AMATUZZI, Mauro Martins. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. In: **Estudos de Psicologia**. 1999, v 13, nº 1,5-10;

[13] BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011;

[14] MCGOLDRICK, M. Genograms: assessment and intervention. 2nd. ed. New York: W. W. Norton, 1999;

[15] SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar – **O mapa da doença**. 7 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013;

[16] OLIVEIRA, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise Psicológica**, 18(4), 437-453, 2000;

[17] MOREIRA. et al. Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(10):3949-3958, 2022;

[18] ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975;

[19] TABET, L. P. et al.. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. Saúde debate, 2017 41(115), out. 2017;

[20] BARROS, M. **Reconfigurando um modo de ver o parto** – Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015;

[21] MONTEIRO, R. **Mulheres e Cuidado: Responsabilização, Sobrecarga e Adoecimento**. v. 16 n. 1 (2018): Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social;

[22] WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R.. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. Rev. Gaúcha Enferm., 2010 31(2), jun. 2010;

[23] CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018;

[24] MEHY;FRANCO. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde debate* ; 27(65): 316-323, set.-dez. 2003;

[25] CARMO, M. E. DO .; GUIZARDI, F. L.. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. Physis, 2017 27(4), out. 2017;

[26] NUNES ; TORRENTE; PORTUGAL. Com o que sonham os loucos ? Projetos de vida de usuários de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, n. Psicol. Soc., 2021 33, 2021;

[27] FOLLMANN, J. I. Identidade como conceito sociológico. **Ciências Sociais Unisinos**, 37(158), 2001;

Aceito em: 28/02/2023

“CUIDADOS FISIOTERAPÊUTICOS EM PACIENTES ACAMADOS COM AVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”

“Physiotherapy care in bedroom patients
with save in primary health care: an
experience report”

“Atención fisioterapéutica en pacientes
dormitorio con ahorro en atención prima-
ria de salud: reporte de experiencia”

Letícia Maylane Leite Alves

Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Gabriel Bastos Teixeira

Odontólogo. Mestre em Ciências da Saúde. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Nayara Mary Andrade Teles Monteiro

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela UESC. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Taline Ferreira Santos

Enfermeira. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Tércia Freire de Melo

Odontóloga. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) acontece de forma abrupta, acomete vários sistemas e pode deixar sequelas que podem perdurar por muitos anos. Entretanto, a fisioterapia pode melhorar as alterações causadas pelo AVE e evitar os fatores de risco secundários. O presente estudo tem o objetivo de mostrar a rotina de atendimentos de uma fisioterapeuta residente, à pacientes acamados acometidos por lesão cerebrovascular, numa USF localizada numa cidade do sul da Bahia. Apesar dos desafios encontrados devido à dificuldade no seu processo de trabalho na USF, a fisioterapia se mostrou útil e eficaz na atenção primária.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico, Fisioterapia, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The cerebrovascular accident (CVA) happens abruptly, affects several systems and can leave sequelae that can last for many years. However, physiotherapy can improve the alterations caused by the stroke and avoid the secondary risk factors. The present study aims to show the routine care of a resident physiotherapist, to bedridden patients affected by cerebrovascular injury, in a USF located in a city in the south of Bahia. despite the challenges found due to the difficulty in their work process at USF, physiotherapy proved to be useful and effective in primary care.

Keywords: Stroke, Physiotherapy, Primary Carehealth.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) se refere a um aumento abrupto de sinais clínicos, de alterações específicas e/ou globais na vascularização do Sistema Nervoso Central, que dura 24 horas ou mais, e que pode levar a alterações físicas e/ou cognitivas. Apesar de uma redução nos últimos anos na taxa de mortalidade (BRASIL, 2013), o AVE é a terceira maior causa de incapacidade no mundo e pode levar a diversas problemáticas sejam elas motoras, como a espasticidade, a fraqueza muscular e as deformidades, o que torna difícil o cuidado desses pacientes (SALAZAR et. al, 2018).

Segundo Piassaroli et. al. (2012) a causa mais comum de AVE é a obstrução de uma das artérias cerebrais importantes (média, posterior e anterior, em ordem descendente de frequências) ou de seus ramos perfurantes menores que vão para as partes mais profundas do cérebro. Os domínios mais afetados no AVE são a deficiência física (que afeta 66% dos pacientes) e a ocupação (que afeta 75%), sendo este último perceptível em até um ano após o acidente vascular (BRASIL, 2013).

Dentre os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) trazidos no Artigo 5º da Lei 8080 (1990) está a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Além disso, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), uma das atribuições da equipe de saúde da unidade é, realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

Essa atenção domiciliar é voltada para usuários que estão hemodinamicamente estáveis e que tem necessidades de saúde, mas que estão impossibilitados de ir à unidade de saúde, devido a sua dificuldade física de locomoção e que necessitam de cuidados com menor necessidade de recursos e menor frequência de atendimentos da equipe de atenção à saúde. (BRASIL, 2017). Vale ressaltar que o

Artigo 1º da Lei 14.231 (BRASIL, 2021) considera que os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional devem integrar a estratégia de saúde da família, no âmbito do SUS.

Quanto mais cedo começar a recuperação após o AVE, melhor será o prognóstico desse paciente e a melhora funcional é considerada maior justamente nos primeiros meses após a lesão cerebral, acontecendo de forma natural. Essa rápida recuperação acontece por conta da redução do edema no cérebro, do reparo sanguíneo e da remoção do tecido necrótico, realizado pelo próprio organismo.

Entretanto, com o auxílio da fisioterapia, os ganhos funcionais podem ir aumentando até mesmo após anos do acidente (PIASSAROLI et. al., 2012).

O presente estudo mostra-se relevante por buscar demonstrar as potencialidades e os desafios encontrados nos atendimentos domiciliares dos pacientes vítimas de AVE, no contexto da Atenção Primária à Saúde, valorizando a atuação profissional fisioterapêutica através das tecnologias leves, do estímulo à autonomia e independência do paciente e cuidadores/familiares, bem como o fortalecimento da Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de trabalho acerca dos cuidados fisioterapêuticos para pacientes acamados diagnosticados com AVE no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

a) Descrever as ferramentas que o profissional de fisioterapia pode se utilizar para contribuir na resolutividade e no cuidado integral dos pacientes com AVE;

b) Exemplificar os principais desafios e potencialidades encontrados no processo de trabalho da fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3 MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, de caráter exploratório, à luz da metodologia de relato de experiência, cujas atividades foram realizadas no período entre março de 2021 até dezembro de 2022, numa Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Itabuna - BA. O presente relato foi fruto do trabalho empreendido por uma profissional de fisioterapia na USF, que serviu como campo de práticas durante um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde pacientes vítimas de AVE acamados foram frequentemente atendidos no território de abrangência da unidade.

A Unidade de Saúde da Família, fica localizada numa cidade do sul da Bahia, ela possui uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) e formada por 10 microáreas, distribuídas numa população adscrita de aproximadamente 4.000 pessoas cadastradas.(UBS-BRASIL, 2021).

Quadro 1 – Funcionários que compõem a EqSF.

PROFISSIONAIS QUANTIDADE
QUANTIDADE DE RESIDENTES POR ÁREA PROFISSIONAL
Administrador 1 0
Agente comunitário 10 0
Enfermeiro 3 2
Dentista 2 0
Auxiliar de saúde bucal 1 0
Auxiliar de serviços gerais 1 0
Tec. de enfermagem 4 0
Médico 1 0
Recepcionista 1 0
Digitador 1 0
Nutricionista 1 0
Tec. de Farmácia 1 0
Fisioterapeuta 1 1
Assistente Social 1 1
Psicólogo 1 1
Fonte: Produzido pelos autores.

4 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Os principais comprometimentos diretamente verificados após o AVE são:

alterações somatossensoriais, dor, déficits visuais, déficits motores, alterações no tônus, deformidades, alterações nos reflexos, paresias e/ou plegia, déficits no controle postura e equilíbrio, dificuldade na fala e linguagem, disfagia, déficit cognitivo, alterações comportamentais de acordo com

cada hemisfério, disfunção urinária e gastrointestinal. (PIASSAROLI et. al., 2012).

Durante o segundo ano da residência multiprofissional, a partir de março de 2021, foi possível observar pelo próprio cotidiano de atendimentos na USF que o número de casos de pessoas vítimas de AVE na comunidade chamava a atenção da equipe de saúde. A primeira hipótese levantada durante as consultas e discussões com os demais membros da equipe foi a de que isso poderia estar acontecendo devido à evasão de usuários do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – conhecido popularmente como Programa Hiperdia – como resultado do receio da população em comparecer à USF e contrair a COVID-19.

As visitas domiciliares (VD), nesse contexto, passaram a ter um papel ainda mais relevante na rotina da equipe, tanto pela alta demanda quanto pela busca ativa de pacientes que necessitavam de acompanhamento mais próximo. Dessa maneira, as VD passaram a ser organizadas antecipadamente com o usuário e cuidadores/familiares e realizadas uma vez por semana, sempre na companhia do Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela microárea, seguindo os protocolos de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, sabe-se que a PNAB (BRASIL, 2017) estabelece aos profissionais da USF que sejam realizadas visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares.

Ao longo do período mencionado, foram atendidos 12 pacientes acamados, 6 mulheres e 6 homens, na faixa etária de 45 à 90 anos, apresentando na sua maioria a fase crônica do AVE, ou seja, por volta de 1 ano após o evento. Os pacientes com AVE mais recente, foram atendidos a partir de uma semana após o acidente. Todos eles tinham o cognitivo preservado.

Como nenhum AVE pode ser considerado exatamente igual ao outro, pois isso depende da área do cérebro que foi afetada, cada paciente apresentava características adversas. Como Seu G. C. O. que apresentou paralisia facial central e recuperação mais rápida, Seu C. S. G. e Seu F. A. A. foram os únicos que apresentaram afasia, Dona R. A. S. S. que mesmo após 2 anos apresentava somente déficit na marcha, Dona S. S. S. foi a única com lesão no tronco encefálico e por isso apresentou um quadro raro de lesão do nervo periférico (o VII par craniano- nervo facial) e lesão central e Dona C. C. G. foi a única que apresentou uma reincidência do AVE.

Ainda nesse cenário de pandemia as visitas domiciliares continuaram e algumas dificuldades foram sentidas, uma vez que havia sempre o risco de contaminação entre usuário/profissional e profissional/usuário, isso tendo em vista que a maioria dos acometidos por lesão cerebrovasculares na fase aguda, iniciavam com restrição ao leito.

Segundo Wang et. al. (2022), a deterioração de membro superior é uma causa de fraqueza muscular, perda de multiarticular coordenação dos movimentos e alterações no tônus muscular e sensação, que está fortemente correlacionada com a dependência em atividades da vida diária e restrições de participação.

A fisioterapia é uma das especialidades que tem sido extensamente requisitada em equipes multiprofissionais que trabalham em hospitais, serviços de atendimento domiciliar, ambulatoriais, e outros que reabilitam pacientes neurológicos. O protocolo de atendimento fisioterapêutico objetiva melhorar a capacidade funcional, evitar complicações secundárias e possibilitar a autonomia (PIASSAROLI et. al., 2012).

Uma das atribuições do Fisioterapeuta Neurofuncional, prevista na Resolução No 396/2011 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), é de decidir, planejar e executar métodos e técnicas de intervenção fisioterapêutica neurofuncional na lesão nervosa periférica, central e mista. Vale ressaltar, que por conta das problemáticas que envolviam o transporte de matérias para os domicílios por serem em áreas de difícil acesso, e a preocupação da higienização dos mesmos por conta da transmissão da COVID-19, fez-se necessário adaptar os atendimentos e buscar formas eficazes e de tecnologias mais leves para um atendimento integral desses pacientes.

Entre as técnicas mais utilizadas nos atendimentos está o alongamento estático, que segundo é um tipo de alongamento amplamente utilizado, podendo ser aplicado em diferentes formas, inclusive pelas mãos do fisioterapeuta, talas, órteses e moldes de gesso (SALAZAR et. al, 2018).

Um outro dispositivo utilizado, foi o Proprioceptivo Neuromuscular Facilitation (PNF) – Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva ou Método Kabat. O PNF é uma técnica criada na década de 50 que parte da filosofia de que cada indivíduo possui algo positivo que pode ser melhorado, apresentando padrões específicos de movimento que visam a melhora da coordenação motora, da flexibilidade, do fortalecimento muscular e da estabilidade, quer seja de tronco ou de membros, que tem bons resultados no programa de reabilitação neurológica, inclusive em pacientes hemiparéticos (LACERDA, 2013).

Além disso, foi possível a realização de avaliação neurológica, onde aplicava-se testes neurológicos e buscava-se sempre orientar os cuidadores

para evitar os fatores de risco secundários ao AVE, entre eles, úlcera de decúbito, edema nas extremidades, deformidade, engasgo, quedas, luxação de ombro, pneumonia e a reincidência de AVE.

Entre as orientações estavam: virar o paciente de duas em duas horas, colocar o membro superior e inferior parético em posição anatômica, porém elevada, cabeceira elevada à 30º, mobilização passiva dos membros, estimulação da autonomia, transferência segura do paciente do leito para a cadeira de rodas e vice-versa, manuseio correto da cadeira de rodas, levantamento dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos de quedas, controle do índice pressórico junto à USF e o estímulo ao autocuidado do cuidador quanto as transferências de peso.

Quando necessário, também se realizava a prescrição de órteses (tala para mão), dispositivos auxiliares da marcha (cadeira de rodas, andador e muletas), estimulador proprioceptivo (atadura elástica) e crioterapia (gelo).

Entretanto, durante os atendimentos, dava-se prioridade a utilização das próprias mãos, e, quando necessário, de utensílios que existiam na casa do usuário, como por exemplo, almofadas, cadeiras, lençol, toalha, óleo corporal, esponja de prato, tapete, garrafa pet, um quilo de alimento não perecível, cabo de vassoura e utensílios domésticos para estimulação das Atividades de Vida Diária (AVD's).

Segundo o COFFITO (2011) é de responsabilidade do Fisioterapeuta Neurofuncional, prescrever e confeccionar, órteses, próteses, mecanismos auxiliares de locomoção. Além disso, cabe a este profissional planejar e aplicar estratégias de tecnologia de assistência para otimizar, adaptar ou manter atividades funcionais com vistas dar maior autonomia e independência funcional ao paciente.

4.1 Potencialidades e Facilitadores

Nos pacientes domiciliados que se encontravam numa situação de saúde de maior gravidade, como no caso de seu C. A. A. que precisou ser internado algumas vezes, foram necessárias visitas mais frequentes e do apoio de uma equipe multiprofissional mais completa para a integralidade do cuidado. Uma das potencialidades para estes casos foi a articulação realizada com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) ou Programa Melhor em Casa, existente no município de Itabuna.

O SAD é um serviço complementar aos cuidados realizados na Atenção Primária e que complementa ou substitui uma internação hospitalar, sendo o responsável pela organização e execução do processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais de

Atenção Domiciliar e de apoio. Esse serviço é integrado às RAS e é caracterizado por um conjunto de ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças, reabilitação, e cuidados paliativos, prestados em domicílio, garantindo a integralidade e resolutividade do cuidado. (BRASIL, 2016).

À medida que os pacientes iam ficando mais independentes e/ou que tinham meios de se locomover no município, seja por recursos próprios ou através dos serviços de assistência social, eram encaminhados para outros pontos da RAS que realizavam atendimentos especializados, como centros de referência do município ou clínicas de fisioterapia particulares conveniadas ao SUS, sempre atendendo os protocolos de encaminhamento e referenciamento do município.

A reorganização nervosa natural ocorre logo após o acidente, porém é limitada. Para superar essas limitações, são necessárias estratégias, como a fisioterapia para fortalecer a regeneração nervosa e restaurar a estrutura e função do cérebro. (WANG, 2022).

Novos conhecimentos neurocientíficos e materiais inovadores para tecnologia assistiva, associados a uma abordagem por equipe de reabilitação capacitada, são eficazes em recuperar e/ou minimizar incapacidades e melhorar a qualidade de vida dessa pessoa. (BRASIL, 2013).

Vale salientar que as VD podem proporcionar ao fisioterapeuta da USF um olhar mais integral da situação de saúde do paciente, identificando também os Determinantes Sociais de Saúde, as barreiras ergonômicas que podem facilitar ou dificultar a autonomia dos sujeitos no domicílio, o ambiente e contexto familiar, bem como favorecer o estreitamento de vínculo com paciente-cuidadores-familiares e entender os fatores internos e externos que implicam na funcionalidade dos indivíduos.

4.2 Desafios e Limitações

Entre as principais dificuldades encontradas nesse processo, foi possível observar a falta de conhecimento e reconhecimento por parte da RAS acerca da Atenção Primária à Saúde como local de pertencimento e atuação do profissional fisioterapeuta. Por conta disso, mesmo com o amparo legal fornecido pela PNAB (BRASIL, 2017) e pela Lei 14.231 (BRASIL, 2021) havia alguma dificuldade em realizar encaminhamentos, devido a alguns determinados locais ainda exigirem o relatório médico ou da enfermagem da USF de origem.

Esse modelo biomédico infelizmente ainda é uma realidade e vem de encontro a Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que a mesma configura um “novo” modelo assistencial onde as práticas são orientadas pelos determinantes do processo de saúde-doença, onde considera não só o indivíduo, mas todo o seu contexto familiar. (FERTONANI, 2015).

O paciente com AVE requer de uma equipe interdisciplinar para uma melhor integralidade do seu cuidado, para isso são necessárias reuniões periódicas de equipe para discussão de cada caso, incluindo formas de atendimento. Assim a família pode ter informações mais efetivas da equipe de reabilitação e com isso uma melhor adesão ao tratamento. (BRASIL, 2013).

Um dos fatores que pode estar contribuindo para esse desrespeito à categoria profissional advém da recente extinção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Nota Técnica no 3/2020 (BRASIL, 2020), na qual o fisioterapeuta e outros profissionais de saúde realizavam apoio matricial na Atenção Primária através de uma equipe multiprofissional vinculada às Unidades Básicas de Saúde dos municípios.

Muitos desses profissionais passaram a exercer outras funções a partir do momento em que o NASF foi desarticulado.

Ademais, foi possível perceber que o município de Itabuna tem uma carência de profissionais de fisioterapia associada a uma grande demanda reprimida, uma vez que é uma cidade polo da região de saúde e atende a população que é regulada de cidades vizinhas, o que leva a uma longa fila de espera para os serviços de ambulatórios especializados, dificultando assim a continuidade dos usuários na RAS.

5 Considerações Finais

Apesar das dificuldades burocráticas e estruturais encontradas ao longo da assistência aos pacientes vítimas de AVE, nota-se a importância da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde. Observa-se também o quanto o trabalho do fisioterapeuta pode agregar à equipe multiprofissional na USF e à qualidade de vida do paciente.

Além disso é evidente a relevância da intervenção precoce da fisioterapia no prognóstico e na minimização das sequelas em casos de AVE.

Ao aproximar-se do paciente, de seus cuidadores e familiares, aumenta-se a possibilidade de melhoria do vínculo, diminuindo também a influência dos fatores de risco e tornando o atendimento mais humanizado. Em conjunto, essas ações permitem ao usuário e à comunidade inteirarem-se do protagonismo em seus próprios processos de reabilitação. Ao final dos atendimentos, todos os pacientes apresentaram algum tipo de ganho, mesmo aqueles que estavam há algum tempo sem realizar qualquer tipo de reabilitação e ainda que a frequência de atendimentos tenha sido pequena em alguns casos. Ressalta-se, que apesar da legislação considerar o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional profissionais da Atenção Primária, isso ainda não é observado integralmente na realidade do município, principalmente após a extinção do NASF.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. LEI No 14.231, de 28 de outubro de 2021. Brasília. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.231-de-28-de-outubro-de-2021-355728885>

BRASIL. Ministério da saúde. LEI No 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília. 1990. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção a reabilitação das pessoas com Acidente Vascular Cerebral. Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB – Política Nacional de atenção Básica. Brasília. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA No 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Brasília. 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Brasília. 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

FERTONANI H. P. , PIRES D. E. P. , BIFF D. , SCHERER M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014

LACERDA NN, GOMES EB, PINHEIRO HA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na estabilidade postural e risco de quedas em pacientes com seqüela de acidente vascular encefálico: estudo piloto. *Fisioter Pesq.* 2013; 20(1):37-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/rPgC4QmckFCcqJM-5GRVkwz/?lang=pt&format=pdf>

PIASSAROLI CAP, ALMEIDA GC, LUVIZOTTO JC, SUZAN ABBM. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. *Rev. Neurocienc* 2012;20(1):128-137. Doi:file:///C:/Users/letic/Downloads/plsoares,+modelos+de+reabilita%C3%A7%C3%A3o+fisioterapia+2012+-+1+-+128-37.pdf

Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>

RESOLUÇÃO N°. 396/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Neurofuncional e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3159>

SALAZAR AP, PINTO C, Ruschel Mossi JV, FIGUEIRO B, LUKRAFKA JL, PAGNUSSAT AS. Effectiveness of static stretching positioning on post-stroke upper-limb spasticity and mobility: Systematic review with meta-analysis. *Ann Phys Rehabil Med.* 2019 Jul;62(4):274-282. Doi: 10.1016/j.rehab.2018.11.004. Epub 2018 Dec 22. PMID: 30582986. Site: UBSBrasil. 2021. Disponível em: <https://www.ubsbrasil.org/sobre/u-s-f-dr-ricardo-rosas?idempresa=u-s-f-dr-ricardo-rosas>

WANG Y, Li X, SUN C, XU R. Effectiveness of kinesiology taping on the functions of upper limbs in patients with stroke: a meta-analysis of randomized trial. *Neurol Sci.*2022 Jul;43(7):4145-4156. doi: 10.1007/s10072-022-06010-1. Epub 2022 Mar 26. PMID: 35347525; PMCID: PMC9213317. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10072-022-06010-1.pdf?pdf=button>

Territorialização em saúde, conceitos e métodos utilizados por psicólogas na APS: Revisão Integrativa

Territorialization in health, concepts and methods used by psychologists in PHC: Integrative Review

Territorialización en salud, conceptos y métodos utilizados por los psicólogos en la APS: evisión integradora

Vivian Carla Cerqueira dos Santos

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus – Bahia/Brasil.
E-mail: viviancarlapsi@gmail.com

Eurisa Maria de Santana

Psicóloga. Mestre em Administração. Professora Assistente na Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus – Bahia/Brasil.
E-mail: eurisa@uesc.br

RESUMO

A territorialização em saúde configura-se como um dos princípios operacionais do SUS que permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e interssetoriais. Esse estudo tem como objetivo geral compreender como a territorialização em saúde tem sido usada como um instrumento para a prática da psicologia na Atenção Primária à Saúde e como objetivos específicos (a) identificar os objetivos dos estudos (b) identificar quais os tipos de estudos (c) analisar as estratégias de intervenção desenvolvidas/apresentadas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, com abordagem qualitativa. Sendo utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico para realizar as buscas, elaborar a revisão e integrar os dados encontrados. A maioria dos estudos trazem a concepção do território vivo, pontuando que apenas ao fazer uma análise precisa do território é possível levantar discussões mais assertivas para manejar os casos, discutem, por conseguinte, a importância do território e do seu reconhecimento para além do espaço geográfico, bem como o cuidado da saúde mental nesse contexto. Apesar disso, falta uma articulação da importância desse território e da territorialização como instrumento potencializador para práticas e para o planejamento de intervenções das psicólogas na APS. Os poucos estudos relacionados à temática e a relevância que os mesmos trazem a respeito do território reafirma a necessidade de mais produções, principalmente voltadas para estratégias de intervenções possíveis a partir da psicologia.

Palavras-chave: Territorialização em saúde; psicologia; APS; saúde mental; território.

ABSTRACT

Territorialization in health is configured as one of the operating principles of the SUS that allows planning, decentralized programming and the development of sectoral and intersectoral actions. This study has the general objective of understanding how territorialization in health has been used as an instrument for the practice of psychology in Primary Health Care and as specific objectives (a) to identify the objectives of the studies (b) to identify the types of studies (c) analyze the intervention strategies developed/presented. It is a bibliographical research, of the integrative review type, with a qualitative approach. Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Google Scholar were used as databases to perform searches, prepare a review and integrate the data found. Most studies bring the conception of the living territory, pointing out that only by making a precise analysis of the territory is it possible to raise more assertive discussions to handle the cases, therefore discussing the importance of the territory and its recognition beyond the geographic space, as well as mental health care in this context. Despite this, there is a lack of articulation of the importance of this territory and of territorialization as a potentiating instrument for practices and intervention planning by psychologists in PHC. The few studies related to the theme and culture that the memos bring about the territory reaffirm the need for more productions, mainly conducted for possible intervention strategies from psychology.

Keywords: Territorialization in health; psychology; APS; mental health; territory.

INTRODUÇÃO

As discussões sobre o processo saúde-doença e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultantes da redemocratização do Estado brasileiro e do movimento da reforma sanitária brasileira instituem a saúde como direito de todos e dever do estado. Para garantir seus resultados, o Estado brasileiro elabora e desenvolve políticas sociais e econômicas para reduzir os riscos e agravos de doenças, garantindo o acesso universal e igualitário a esses serviços, tendo suas ações integradas a uma rede que deve ser regionalizada e hierarquizada, se organizando a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988)¹.

Como desdobramento desse processo político-social-institucional constitui-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como acesso prioritário ao Sistema Único de Saúde do Brasil. Suas ações são regularizadas e definidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de estratégias de saúde individuais, familiares e coletivas envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde e sendo, por conseguinte, a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017)².

A PNAB tem a saúde da família como foco e estratégia para a ampliação da APS e operacionaliza os princípios do SUS, a universalidade, equidade e integridade a partir das diretrizes regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longi-

tudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017)². Nesse contexto, caracteriza a territorialização e adstrição como “forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersectoriais, com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.” (BRASIL, 2017)².

Tendo os princípios do SUS um forte caráter espacial, o setor de saúde é um importante ator social no processo de territorialização. Mais que uma forma de tentar organizar o serviço de saúde representa uma aproximação com um território vivido. Reconhecer os territórios e os seus contextos torna-se importante para que se organize os processos de trabalho em saúde e se direcione também a uma nova prática. Este reconhecimento contribui à consolidação das interações humanas, conhecimento e atendimento aos problemas de saúde e promoção de ações pautadas na intersetorialidade. Nessa perspectiva, as práticas humanas planejadas, as práticas relacionadas às intervenções governamentais territoriais, bem como as relacionadas à vida cotidiana são operadoras do território utilizado pela população (GONDIM, 2011)³.

Compreendido de diversas formas, por sua vez, o território, tem no espaço geográfico a referência de concepção mais comum, correspondendo para além da extensão territorial, mas caracterizado por uma ideia de posse, domínio e poder, condizente a um espaço geográfico socializado (COLUSSI; PEREIRA, 2016)⁴. Diferentes concepções sobre o território

relacionam-se também com diferentes concepções a respeito do processo de saúde e doença, saúde-doença.

Ao articular o conceito de território (espaço, política etc) a territorialização evidencia-se como processo e ferramenta fundamental para a reorganização da APS, no conhecimento das situações de saúde e condições de vida de determinada população, em determinado espaço geográfico, não compreendendo apenas os determinantes sociais de saúde, mas também as subjetividades, espiritualidade, o controle social, entre outros fatores (COLUSSI; PEREIRA, 2016; BISSACOTTI; GULES; BLÜMKE, 2019)^{4,5}. Exige conhecimento das reais necessidades e dos serviços de saúde relacionados as condições concretas da vida da população adscrita, sendo possível visualizar o território em conexão direta com as atuais perspectivas da psicologia em relação direta da sociedade com o espaço e a subjetividade.

Dimenstein e Macedo (2012)⁶, apontam que para uma atuação psicossocial apropriada na APS o psicólogo deve ter a capacidade de observar o contexto que está inserido e conhecer o território da área de abrangência da unidade de saúde levando em consideração:

a história do lugar, b) os aspectos geográficos, situando os fatores ambientais de risco ou vulnerabilidade, c) os aspectos estruturais em termos da rede de esgoto, energia, água e esgoto, coleta de lixo, tipo de moradia, transporte, população, escolas, creches, demais equipamentos de saúde e de assistência social, equipamentos de lazer e igrejas. (Dimenstein & Macedo, 2012, p. 242)

Reconhecer as demandas que chegam para a psicologia nas Unidades de Saúde da Família, ampliam a compreensão do sujeito não como um objeto de um saber ou de uma prática, mas sim de um processo complexo de individuação que se dá a partir dos encontros (LIMA e YASUI, 2014)⁷, inclusive envolvendo saberes interprofissionais. Essa ampliação diz respeito a ver o sujeito também a partir desse território e compreender as demandas sociais e comunitárias que o circundam como parte das demandas individuais, além disso, a psicologia nesse processo contribui para prevenir e promover saúde de forma mais ampla.

A confluência entre a produção do cuidado e o território no qual este é estabelecido integram a organização e ações de serviços de saúde para os quais é fundamental que se considere as diferentes lógicas dos territórios, seus recursos, suas diversas potencialidades e suas linhas de captura (LIMA e YASUI, 2014)⁷ no processo de territorialização.

Diante desta problemática emerge a questão “como a territorialização em saúde é utilizada

por psicólogas na APS? ” A partir dessa ferramenta disparadora, esse estudo tem como objetivo geral compreender como a territorialização em saúde tem sido usada como um instrumento para a prática da psicologia na Atenção Primária à Saúde e como objetivos específicos **(a)** identificar os objetivos dos estudos **(b)** identificar quais os tipos de estudos **(c)** analisar as estratégias de intervenção desenvolvidas/apresentadas.

Espera-se contribuir para a prática profissional da APS a partir de geração de estudos que possam gerar novos conhecimentos, discussões e ferramentas que contribuam para um trabalho participativo, integrado e teórico técnico, junto a outros profissionais.

METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se metodologicamente como uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, com abordagem qualitativa. Como pesquisa bibliográfica foi elaborada com base em um material já publicado, tendo como principal vantagem o fato de permitir que o investigador cubra uma gama de fenômenos maior do que tivesse que pesquisar diretamente (GIL, 2017)⁸. Enquanto revisão integrativa objetiva reunir trabalhos empíricos e teóricos, possibilitando a sintetização dos resultados e aprofundando a compreensão de um fenômeno específico (CASARIN et al., 2020)⁹. Ao voltar-se como estudo de abordagem qualitativa, tem maior atenção aos aspectos não quantificados, trabalhando com o universo de significados, de motivações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014)¹⁰.

Para o desenvolvimento do estudo seguiu-se as seis fases do processo de revisão integrativa descritas por Souza, Silva e Carvalho (2010)¹¹. Na primeira fase foi elaborada a pergunta norteadora, definida como a fase mais importante da revisão pois determina os estudos incluídos, os meios adotados e as informações coletadas. Em seguida, realizada a amostragem da literatura e na terceira fase a coleta de dados. Na quarta fase, a análise crítica dos estudos incluídos, quinta fase, seguida da discussão dos resultados e por fim, a sexta fase, onde é realizada a síntese do conhecimento (considerações finais).

A pesquisa se direcionou a partir da pergunta norteadora: “como a territorialização em saúde é utilizada por psicólogas na APS? ” sendo utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico para realizar as buscas, elaborar a revisão e integrar os dados encontrados, utilizando-se os descritores “territorialização em saúde” OR “territorialização”; “psicologia” OR “saúde mental”; “atenção primária” OR “atenção básica”, por meio do operador booleano AND.

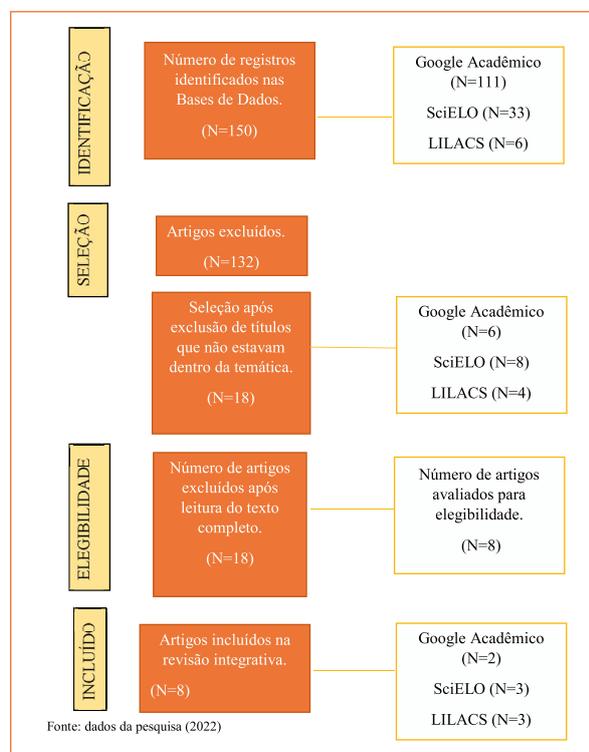
Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, artigos na íntegra e dentro da temática da revisão integrativa (territorialização, território e/ou seus significados), artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados a partir de 2012 até 2022 e artigos com autores psicólogas, psicólogos ou equipe multiprofissional, incluindo profissional da psicologia.

Depois de realizar as buscas dos artigos e aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura completa e a partir dela os principais pontos foram destacados com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das buscas nas bases de dados foi possível identificar 150 artigos. Destes, 111 foram encontrados no Google Acadêmico, 33 na SciELO e 6 na base LILACS. Todos tiveram seus títulos e resumos lidos, sendo selecionados 18 que estavam dentro da temática e foram analisados integralmente. Desse modo, 8 artigos atenderam aos critérios para a revisão integrativa pois estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos previamente. A figura 1 abaixo mostra como ocorreu a seleção dos artigos.

Figura 1- Diagrama de fluxo da seleção dos artigos ancorado PRISMA¹².



Conforme pode ser evidenciado pela figura 1, ao desconsiderarmos os critérios de inclusão e exclu-

ção temos um número relevante de artigos, o que inicialmente nos leva a pensar que se trata de uma temática relativamente bem discutida por profissionais da psicologia. Porém, ao usarmos todos os critérios, esse cenário muda drasticamente, dessa maneira, apenas 8 de 150 estudos atendem às delimitações. Constatase a discrepância da quantidade de artigos que encontramos no Google Acadêmico na busca de dados, para a quantidade que foi incluído na revisão, isso porque tinham alguns artigos repetidos, em outros idiomas, teses e dissertações, livros, publicações em anais, ensaios e uma grande quantidade que não atendiam aos objetivos da pesquisa, mesmo tendo usado os mesmos descritores das bases SciELO e LILACS.

Destaca-se um dos critérios de inclusão, a seleção apenas de trabalhos que tivessem como um de seus autores psicólogas, psicólogos ou equipe multiprofissional que tivesse dentre os autores pelo menos um profissional da psicologia. Alguns estudos até tinham como objetivo e no título saúde mental e questões relacionadas ao território e territorialização, mas sendo produzido por outros profissionais da área da saúde, o que nos chama a atenção para a baixa produção acadêmica de psicólogas nesse contexto.

Dos 8 artigos, 4 tinham apenas profissionais de psicologia na sua autoria (ALVES; BRUNING; KOHLER, 2019; DANILEVICZ, 2021; MEDEIROS, 2020; VIEIRA; NEVES, 2017)^{13,14,15,16}, 1 por equipe multiprofissional composta por duas terapeutas ocupacionais, sendo uma delas autora principal, quatro profissionais de psicologia, um de enfermagem, um de medicina e um de educação física (PRATA et al, 2017)¹⁷, e os outros 3 artigos eram compostos por profissionais de psicologia e assistente social (NEVES; DANTAS, 2019)¹⁸, psicologia e enfermagem (MACHADO; LIMA; SANTOS, 2021)¹⁹ e psicologia e terapeuta ocupacional com mestrado e doutoranda em psicologia (SHIMOGUIRI; BENELLI, 2018)²⁰.

Os artigos que atendiam aos critérios e foram incluídos na revisão tiveram a publicação a partir de 2017 até 2021, tendo os estudos realizados na região Nordeste (3), seguido da região sudeste (3) e (2) na região sul, todos em língua portuguesa e utilizando as mais diversas metodologias, a saber: descritiva-exploratória de natureza aplicada (ALVES; BRUNING; KOHLER, 2019)¹³; relato de experiência que utiliza a perspectiva teórico-conceitual da cartografia (DANILEVICZ, 2021)¹⁴; relato de experiência ancorado na proposta de sistematização de Holliday (MACHADO; LIMA; SANTOS 2021)¹⁹; relato de experiências (MEDEIROS, 2020)¹⁴; revisão bibliográfica, de caráter exploratório, qualitativo e não sistemático (NEVES; DANTAS, 2019)¹⁸; qualitativa e colaborativa

PRATA et al, 2017)¹⁷; teórica descritiva (SHIMOGUIRI; BENELLI, 2018)²⁰ e cartografia/método processual (VIEIRA; NEVES, 2017)¹⁶.

Abaixo, no quadro 1, encontra-se a distribuição dos artigos selecionados segundo título, autor/ano, periódico e objetivo.

Título	Autores/Ano	Periódico	Objetivo
"O Equilibrista": Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí	Alves, Bruning, Kohler (2019)	<i>Psicologia: Ciência e Profissão</i>	Compreender a atuação do psicólogo inserido no NASF na Região de Saúde da Foz do Vale do Itajaí, em Santa Catarina.
Aberturas no espaço e arquiteturas no tempo: saúde mental no território	Danilevicz (2021)	<i>Revista Baiana de Saúde Pública</i>	Trazer possibilidades para as práticas de saúde mental no território. A intenção é cartografar experiências e vivências em saúde no território de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no interior de Bahia.
A importância dos profissionais de Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de uma psicóloga residente	Machado, Lima, Santos (2021)	<i>Revista Saúde em Rede</i>	Relatar a experiência de uma psicóloga residente em Saúde da Família e Comunidade, destacando a importância dos profissionais de psicologia nas ações da Estratégia Saúde da Família.
Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica	Medeiros (2020)	<i>Psicologia em estudo</i>	Refletir acerca do atual lugar do psicólogo no nível primário de atenção, discutindo a experiência de mais de duas décadas de trabalho da psicologia como integrante de unidades de saúde daquele Serviço.
Uma análise da articulação da saúde mental com a atenção básica	Neves, Dantas (2019)	<i>Revista Baiana de Saúde Pública</i>	Analisar a importância da articulação da atenção básica com a saúde mental, abrangendo suas limitações e suas possibilidades estratégicas.
Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais	Prata et al (2017)	<i>Trab. Educ. Saúde</i>	Discutir os desafios para a implementação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado.
A Reforma Sanitária e o Paradigma da produção social da saúde: algumas considerações sobre a Atenção Básica e o Território	Shimoguiri, Benelli (2018)	<i>Revista de Psicologia da UNESP</i>	Apresentar a territorialização em Saúde, princípio doutrinário da Atenção Básica, como um modelo alternativo para o direcionamento das práticas, que pretende intervir nos determinantes econômicos e culturais do adoecimento, buscando reorganizar os processos de trabalho para confrontar os problemas desde as suas raízes, delimitando as reais necessidades sociais de saúde.
Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família	Vieira, Neves (2017)	<i>Fractal: Revista de Psicologia</i>	Problematizar os processos e práticas de produção de cuidado no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família.

Analisando os títulos dos artigos no quadro acima é possível observar que a maioria deles evidenciam o reconhecimento do território como um lugar de possibilidade para a prática da saúde mental, a outra parte destaca as possibilidades de atuação do psicólogo e articulação da saúde mental com a atenção primária à saúde. Apenas (SHIMOGUIRI; BENELLI, 2018; PRATA et al, 2017)^{20,17} trazem nos seus objetivos, de forma direta, a territorialização como um modelo para o direcionamento das práticas e o objetivo de se discutir os desafios para implementar ações de saúde mental nessa perspectiva. Outros autores objetivam trazer práticas e possibilidades para a promoção da saúde mental no território (DANILEVICZ, 2021; VIEIRA; NEVES, 2017)^{14,16}, e a maioria deles colocam como objetivo compreender e refletir a respeito da atuação dos psicólogos e da saúde mental, os desafios e o que se é possível fazer e se discutir no nível primário da atenção (ALVES; BRUNING; KOHLER, 2019; MACHADO; LIMA; SANTOS, 2021; MEDEIROS, 2020; NEVES; DANTAS, 2019)^{13,19,15,18}.

O território no cuidado em saúde mental

A maioria dos estudos da revisão trazem a concepção do território vivo (ALVES; BRUNING; KOHLER, 2019; DANILEVICZ, 2021; MACHADO; LIMA; SANTOS, 2021; PRATA et al, 2017; VIEIRA; NEVES, 2017)^{13,14,19,17,16}, partindo dessa premissa, para esses autores o território deve ser pensado para além da sua limitação enquanto espaço, mas compreendido como algo em constante evolução, através de uma estrutura que é histórica, política, cultural e social, podendo muitas vezes os interesses serem conflitantes. Ainda nesse sentido, Vieira e Neves (2017)¹⁶ pontuam que ao pensar nessa construção de uma rede voltada para os cuidados de base territorial é provocar a produção do território na sua potência de se constituir enquanto território de encontros.

Dados apontam a relação entre saúde mental e as condições de vida em territórios onde as equipes se deparam cotidianamente com importantes transformações advindas de intervenções urbanas, ações do Estado para pacificação e deslocamento das populações. Diante disso os autores buscam debater a inclusão de ações em saúde mental em uma perspectiva de se pensar a saúde mental na rede pública, dentro dos territórios e indissociável das condições de vida nos lugares (PRATA et al, 2017)¹⁷. Essa relação pode ser vista também em Vieira e Neves (2017)¹⁶, que expõe que o trabalho efetivo no território tem mostrado muitas formas de sofrimento, desassistência e processos que transformam as diferenças em desigualdade e exclusão social. Ao se incorporar as dimensões subjetivas e sociais na prática das equipes da atenção primária, levando em conta a forma de trabalho da Estratégia de saúde da Família, torna cotidiano que os profissionais da Saúde da Família se

deparem com problemas de saúde mental. Ao falar desse processo da construção de práticas de cuidado no território torna-se necessário com que entendamos que o nosso fazer em saúde está atrelado a maneira em que construímos à nossa existência.

No que diz respeito a psicologia nesse contexto, reconhece-se a complexidade do que é atuar no cuidado integral em saúde realizado no território, onde a integralidade do cuidado vai além da saúde do usuário, implicando também na atuação em registros de gestão, integralidade e coordenação do cuidado (MEDEIROS, 2020)¹⁵.

Já na pesquisa de Neves e Dantas (2019)¹⁸ as autoras fazem uma análise articulando a saúde mental com a APS, colocando esse nível de atenção como sendo um ambiente que possui características importantes para a atuação dos profissionais em relação às demandas voltadas para a saúde mental, destacando-a como uma das principais características a atuação no território, onde através dela é possível realizar diagnósticos situacionais que sejam mais precisos, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, integrando com instituições e organizações sociais, o que de certa maneira contribui para se constituir as diversas possibilidades ao se pensar no cuidado de pessoas com transtornos mentais. Dito isso, Shimoguri e Benelli (2018) demonstram que se cada território tem as suas especificidades que modulam o seu perfil demográfico, logo, as estratégias só poderão ser delineadas após o conhecimento desse território pelo estabelecimento em questão (seja ele Centro de atenção psicossocial ou Unidade básica de saúde).

É importante salientar que todos os autores destacam a relevância de adentrar ao território e de considera-lo para além de um espaço geográfico, incluindo as questões epidemiológicas, o perfil demográfico e também social, pensando o cuidado em saúde de maneira articulada e levando em conta a realidade dos sujeitos.

Por via de regra, o que alguns dos autores deixa claro é a visão da territorialização como uma ferramenta que se propõe subverter à lógica da ciência cartesiana da medicina preventiva. Como se sabe, a territorialização é um processo que visa reconhecer o território, para que se possa desenvolver práticas que sejam mais direcionadas e voltadas para a população específica daquele lugar, todos os artigos, mesmo aqueles que não falam diretamente e apenas do processo de territorialização em si, trazem e reconhecem o território como importante para a prática da psicologia na APS. À vista disso, Shimoguri e Benelli (2018)²⁰ mostram que apenas com uma análise minuciosa do território é possível possibilitar à equipe de saúde discussões mais assertivas para manejar os casos.

Territorialização como instrumento para a prática da psicologia na APS

Nas discussões a respeito da territorialização na prática das psicólogas a desinstitucionalização é levantada como um ponto importante por Prata et al (2017)¹⁷ e Danilevicz (2021)¹⁴, o que as autoras colocam é que identificar e acompanhar as pessoas no território é determinante para superar a lógica manicomial nas práticas cotidianas, superando esse modelo por meio da desinstitucionalização da loucura. Dessa forma tanto as políticas da APS quanto as de saúde mental partem de desafios comuns para se discutir uma articulação entre elas e a convergência de princípios, dentre eles, a territorialização do cuidado (PRATA et al, 2017)¹⁷. Esse ponto se liga ao que Neves e Dantas (2019)¹⁸ trazem no seu estudo, onde o redirecionamento do modelo assistencial de saúde no Brasil nos últimos anos permite um cuidado de saúde mental de maneira mais ampliada a partir da territorialização, o que acaba possibilitando uma visão mais ampla da dinâmica social, buscando o estabelecimento de vínculo e do acolhimento, o que por fim garante a integralidade do cuidado.

Foi possível constatar como alguns profissionais vem utilizando-se da territorialização para a sua prática na APS. Alves, Bruning, Kohler (2019)¹³ ao buscarem compreender a atuação do psicólogo no NASF em uma cidade do sul do Brasil constatou que ao analisar o reconhecimento das peculiaridades do território levando em consideração a relação entre psicólogo e a comunidade e conhecer o contexto em que os usuários vivem proporciona maior aporte para os psicólogos atuarem a partir dessa realidade.

Importante destacar também a cartografia de Deleuze e Guatarri, metodologia que foi utilizada em dois estudos, o de Danilevicz (2021)¹⁴ e o de Vieira e Neves (2017)¹⁶, a primeira autora traz a territorialização como potencializadora na organização dos processos de trabalho e de ações em saúde nos cenários e nos contextos da atenção primária e da saúde mental, mas a mesma aponta ainda que algumas pesquisas no Brasil mostram que o que acaba prevalecendo é a noção funcional de território, isto é, volta-se apenas para a reinserção de pessoas em sofrimento mental em serviços disponíveis nas diferentes regiões, já as do segundo estudo enfatizam que “acompanhar os contornos e arranjos da produção de territórios é estarmos atentos aos processos de territorialização e desterritorialização dos modos pelos quais construímos nossos modos de existência e nossas práticas.” (VIEIRA E NEVES, 2017, p.29)¹⁶.

No primeiro estudo supracitado a autora realizou o processo de territorialização em uma cidade no Sul da Bahia, onde todo o processo metodológico foi revelado por meio de fotografias, essas fotografias foram tomadas e apresentadas como acontecimentos e foram capazes de mostrar processo de

resistência que possibilita o sujeito a inventar para viver mundos. Destaca-se aqui ainda que ao percorrer os caminhos que os Agentes comunitários de saúde fazem todos os dias foi possível fazer uma antologia de existência e artefatos humanos, que foram retratados a partir da cartografia e que possibilitou perceber os riscos, as fragilidades, as doenças, assim como as linhas de fuga e potências criativas.

No segundo estudo referido anteriormente as visitas domiciliares, capacitações, oficinas terapêuticas e interconsulta, assim como o ir e vir no território, conversas na recepção, nos corredores etc, foram as atividades que construíram a articulação da cartografia. É importante salientar que as autoras afirmam o protagonismo da ação no território, contendo para nós o desafio de questionarmos e reinventarmos o modo com que se organiza e se dá a lógica do trabalho no sistema de saúde.

Já no estudo de Machado, Lima e Santos (2021)¹⁹ os autores trouxeram como o início do caminhar da psicologia na ESF a partir do processo de territorialização, onde os autores buscaram conhecer os principais equipamentos de saúde do município onde o estudo foi realizado, bem como outros serviços da rede intersetorial. As visitas também são destaque nesse estudo, o que contribuiu para compreender às necessidades da população. Para o processo de territorialização foi montado então um cronograma de visitas nos dispositivos de níveis secundário e terciário, que tinha como objetivo de entender como a rede de saúde do município vem sendo estruturada. Esse estudo traz como estratégia para o reconhecimento do território o diálogo com os Agentes comunitários de saúde, sendo uma grande potência para o planejamento das ações coletivas realizadas na comunidade. O estudo mostrou que a participação do psicólogo na ESF e nesse processo de territorialização destaca-se por orientar na busca da autonomia, do empoderamento e do bem-estar dos sujeitos, chamando a atenção para que a prática da psicologia não se pautar no modelo curativista ainda praticado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi apresentado neste trabalho, mais especificamente sobre os resultados e discussões levantadas acerca da temática aqui debatida, buscou-se compreender como a territorialização em saúde tem sido usada como um instrumento para a prática da psicologia na APS, identificando os objetivos dos estudos, os tipos de estudos e analisando as estratégias de intervenção desenvolvidas/apresentadas. No que diz respeito a estratégias de intervenção desenvolvidas e apresentadas a partir do processo de territorialização, não foi possível identificar em nenhum dos estudos, o que nos mostra uma grande lacuna. Percebe-se as limitações, principalmente

quando associados aos desafios da atuação do profissional de psicologia no nível primário da atenção. Falta, portanto, uma articulação dos saberes sobre os territórios e territorialização com os saberes da psicologia, para que a partir disso sejam desenvolvidas estratégias de intervenção, consolidando a prática nesse lugar para além de uma clínica tradicional com o foco principal em um indivíduo.

Além disso, dos 8 estudos, apenas 3 trazem de fato um destaque para o processo de territorialização (DANILEVICZ, 2021; VIEIRA; NEVES, 2017, MACHADO; LIMA; SANTOS, 2021)^{14,16,19} desses, 2 foram estudos realizados por residentes, que são também os estudos mais recentes (DANILEVICZ, 2021, MACHADO; LIMA; SANTOS, 2021)^{14,19}. Os outros 5 estudos estão dentro da temática, mas discutem mais diretamente o reconhecimento do território como sendo importante para a prática na APS do que discussões acerca do instrumento para a territorialização, e mesmo trazendo essa importância não colocam de que maneira isso vem se articulando com o fazer da psicóloga.

Os poucos estudos relacionados à temática e a relevância da mesma reafirma a necessidade de mais produções, é importante chamar a atenção para o fato de que os estudos aqui analisados são recentes, o que nos mostra um avanço e empenho atual para entender a complexidade do território e a territorialização enquanto ferramenta potente para a prática na psicologia na APS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
2. BRASIL. Portaria no. 2.436 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). Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017.
3. GONDIM, GMM. Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutora em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011.
4. COLUSSI, CF; PEREIRA, KG. Territorialização como instrumento do planejamento local da Atenção Básica [recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiúscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016.
5. BISSACOTTI, AP; GULES, AM; BLÜMKE, AC. Territorialização Em Saúde: Conceitos, Etapas e Estratégias de Identificação. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, n. 32, p. 41-53, 23 out. 2019.
6. DIMENSTEIN, M; MACEDO, JP. Formação em psicologia: requisitos para a atuação na atenção primária e psicossocial. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2012, 32 (num. esp.), 232-245.
7. LIMA, EMFA; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set 2014.
8. GIL, AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
9. CASARIN, ST et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. Journal of Nursing and Health, v. 100, n. 5, 2020.
10. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 407 p., 2014.
11. SOUZA, MT; SILVA, MD; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. São Paulo. v. 8, n. 1, p. 102-106. Jan-Mar 2010.
12. Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71.
13. ALVES, RB; BRUNING, NO; KOHLER, KC. "O Equilibrista": Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 39, e186600, p. 1-13, 2019.
14. DANILEVICZ, VM. Aberturas no espaço e arquiteturas no tempo: saúde mental no território. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 45, n. 3, p. 299-312 jul-set. 2021.
15. MEDEIROS, RHA. Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica. Psicologia em estudo. v. 25, e43725, 2020.
16. VIEIRA, SS; NEVES, CAB. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. Fractal: Revista de Psicologia, v. 29, n. 1, p. 24-33, jan.-abr. 2017.

17. PRATA, NISS et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e os desafios das abordagens psicossociais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53, jan-abr, 2017.

18. NEVES, JB; DANTAS, MAF. Uma análise da articulação da saúde mental com a atenção básica. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 43, supl. 1, p. 71-84jan./mar. 2019.

19. MACHADO, DN; LIMA, ICS; SANTOS, SD. A importância dos profissionais de Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: a experiência de uma psicóloga residente. *Saúde em redes*. v. 7, n. 2, 2021.

20. SHIMOGUIRI, AFDT; BENELLI, SJ. A Reforma Sanitária e o Paradigma da produção social da saúde: algumas considerações sobre a Atenção Básica e o Território. *Revista de Psicologia da UNESP*. v.17, n.2, 2018.

Aceito em: 28/02/2023

Assistência social e o cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde: relato de experiência

Social assistance and care for the elderly in primary health care: experience report

Asistencia social y cuidado de la personaÚncianos en la atención primaria de salud: informeYe experiencia

Noemi Oliveira De Sousa

Assistente Social . Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Carla Daiane Costa Dutra

Enfermeira. Mestra em Saúde do Idoso

RESUMO

Introdução: O envelhecimento acarreta transformações ao indivíduo de ordem fisiológica, biológica e social, exigindo dos profissionais de saúde orientação do cuidado para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. No que tange a atuação do assistente social nesta perspectiva, seu olhar deve estar atento para que seus direitos sejam efetivados e a pessoa idosa consiga acessar a atenção necessária. **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada por uma assistente social, no desenvolvimento de atividade da residência multiprofissional em saúde da família, no atendimento de pessoas idosas da área de abrangência de unidade da estratégia saúde da família (ESF), de um município baiano. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a vivência de assistente social no atendimento de idosos em uma unidade da ESF, em uma atividade denominada “PIT-STOP SAÚDE”. **Resultados:** o desenvolvimento da atividade trouxe aumento da procura dos idosos para o atendimento na ESF, visão ampliada da assistente social quanto a importância da visita domiciliar para o reconhecimento de vulnerabilidade social de idosos e esclarecimento dos idosos quanto à direitos no desenvolvimento das atividades educativas desenvolvidas. **Conclusão e implicações para a prática:** a atividade “PIT-STOP SAÚDE”, desenvolvida na residência multiprofissional revelou-se como uma ferramenta importante para a socialização e captação de usuários, promoção do envelhecimento ativo e saudável para pessoas idosas assistidas em unidade da estratégia saúde da família, além de promover aprendizagem ativa de profissionais de saúde e da assistente social de uma residência multiprofissional em saúde da família.

Palavras-chave: Envelhecimento; Serviço social; Atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: Aging brings physiological, biological, and social transformations to the individual, requiring health professionals to guide care to promote active and healthy aging. Regarding the performance of the social worker in this perspective, his gaze must be attentive so that his rights are enforced, and the elderly person can access the necessary care. **Objective:** to report the experience lived by a social worker, in the development of a multiprofessional residency in family health, in the care of elderly people in the area covered by the family health strategy service (HSS), in an activity called "PIT-STOP SAÚDE". **Method:** descriptive study, of the experience report type, on the experience of a social worker in the care of the elderly in an HSS. **Results:** the development of the activity called "PIT-STOP SAÚDE" brought an increase in the demand of the elderly for assistance in the HSS, an expanded view of the social worker regarding the importance of home visits for the recognition of the social vulnerability of the elderly and clarification of the elderly regarding their rights in the development of the educational activities developed. **Conclusion and implications for practice:** the activity developed in the multiprofessional residency proved to be an important tool for socializing and capturing users, promoting active and healthy aging for elderly people assisted in a family health strategy unit, in addition to promoting learning active participation of health professionals and the social worker of a multidisciplinary residency in family health.

Keywords: Aging; Social service; Basic attention.

INTRODUÇÃO/ REFERENCIAL TEÓRICO/ OBJETIVO

Uma das maiores conquistas da humanidade foi o aumento dos anos de vida, além da melhoria da saúde da população idosa, mesmo que essas conquistas não estejam nem mesmo próximas do ideal. Chegar à velhice, que antigamente era privilégio de poucas pessoas, hoje é comum, mesmo em países subdesenvolvidos. Porém, esta conquista se transformou em um dos grandes desafios para o século XXI (ARAÚJO et al., 2019).

Atualmente, o Brasil é um país que vem envelhecendo rapidamente, um reflexo dentre outros fatores, da queda da fecundidade e da taxa de mortalidade, do aumento da expectativa de vida, dos avanços na atenção à saúde da população e das melhorias dos sistemas de saúde (SILVA; YAZBEK, 2014).

Contudo, se considerarmos que a população saberá cuidar-se mais e terá mais acesso aos bens e serviços necessários, o envelhecimento bom e saudável, deverá também estar aliado às políticas públicas que garantam seguridade social, aposentadoria, aumento significativo do salário-mínimo, velhice assistida e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2019).

O Brasil ao longo das últimas décadas vem desenvolvendo políticas públicas e sociais para as pessoas idosas, a exemplo da Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), a Política de Saúde do Idoso (PNI, 1999), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006) o Estatuto da Pessoa Idosa¹, documento que estabelece os direitos das pessoas com

idade igual ou superior a 60 anos: "o direito à vida, liberdade, respeito, cultura, esporte,

Em 2022, o Estatuto do Idoso ganhou novo nome, Estatuto da Pessoa Idosa. A nova norma (Lei 14.423) tem origem no Projeto de Lei do Senado (PLS) 72/2018, do senador Paulo Paim (PT-RS). A norma substitui, em toda legislação, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Segundo Paim, o termo "idoso" era excludente: (AGÊNCIA SENADO, 2022).

liberdade, respeito, cultura, esporte, lazer, previdência social e assistência social, habitação e transporte" (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, Artº15; ESTATUTO DA PESSOA IDOSA, 2022), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), além da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Entretanto, as pessoas que chegam à velhice, na maioria das vezes não possuem condições razoáveis de vida e não tem acesso efetivo às essas políticas públicas.

A atenção à saúde da pessoa idosa deve estar amparada nessas políticas, mas são grandes os desafios para o acesso dos usuários aos serviços de saúde e a atenção primária à saúde (APS) prevê a atenção integral dos usuários, através de ações capazes de melhorar as condições de saúde, a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos e da coletividade (FIORES et al., 2021).

Desta maneira, a APS é considerada a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde e todas as ações direcionadas à atenção à saúde da pes-

1 Em 2022, o Estatuto do Idoso ganhou novo nome, Estatuto da Pessoa Idosa. A nova norma (Lei 14.423) tem origem no Projeto de Lei do Senado (PLS) 72/2018, do senador Paulo Paim (PT-RS). A norma substitui, em toda legislação, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Segundo Paim, o termo "idoso" era excludente: (AGÊNCIA SENADO, 2022).

soa idosa são responsabilidade da equipe de saúde, no intuito de ofertar uma melhor qualidade de vida aos usuários e promover ações intersectoriais (BRASIL, 2019).

O acompanhamento da pessoa idosa na APS deve ser realizado por profissionais de saúde que atuem de forma integrada e multiprofissional, através do conhecimento da população idosa de seu território, da realização da avaliação multiprofissional, com vistas à melhoria da qualidade de vida atual e futura (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde estabelece que a equipe básica da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e odontólogo, contudo admite que “outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais” (BRASIL, 2021). Além disso, a ESF é o local para desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, que primam pela formação e produção de tecnologias do cuidado, qualificando o Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilita a atuação do profissional do serviço social, neste cenário.

É importante perceber que o maior desafio do profissional no serviço social, na atenção a pessoa idosa é contribuir para que os idosos redescubram possibilidades para viver com qualidade e consigam compreendam que por direito, possuem acesso livre aos serviços prestados (CFESS, 2011).

O Assistente Social deve buscar empoderamento do idoso, para que o mesmo, apesar das suas limitações, passe a ter os seus direitos efetivados (YAZBEK, 2009). Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social, bem como consegue reconhecer as potencialidades e o valor da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, este trabalho advém das vivências e reflexões, que surgiram no decorrer das atividades práticas de uma assistente social, no programa de pós-graduação na modalidade de residência multiprofissional em saúde da família (PRMSF/UESC), o que possibilitou reconhecer os desafios impostos para a atenção às pessoas idosas na atenção primária e vislumbrar possibilidades de atuação do serviço social neste contexto.

Dessa forma, o objetivo do trabalho é relatar a experiência vivenciada por uma assistente social, no desenvolvimento de atividade da residência multiprofissional em saúde da família, no atendimento de pessoas idosas, da área de abrangência de uma unidade da estratégia saúde da família.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência com pessoas idosas na unidade saúde da família, vivenciado por uma residente assistente social, em uma atividade prática do PRMSF/UESC. Foi realizado uma atividade intitulada Grupo do “PIT-STOP SAÚDE” para os usuários idosos, hipertensos e diabéticos de uma unidade da Estratégia Saúde da Família, de um município baiano, onde foi realizado 1 encontro semanal entre os meses de maio a julho de 2022.

Participaram das atividades semanais: 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistente Social, 1 fisioterapeuta e 3 agentes comunitários, além da participação de uma média de 15 idosos, por encontro semanal. O objetivo principal da criação do grupo “PIT STOP SAÚDE” foi proporcionar um espaço em que a pessoa idosa pudesse ocupar seu tempo, fosse orientada quanto à promoção do envelhecimento ativo e saudável, sobre os direitos da pessoa idosa, com maior ênfase para a proteção, em virtude da vulnerabilidade social que muitas vezes a pessoa idosa vivencia junto à família, sendo abandonado ou negligenciado.

Além disso, foram realizadas também: atividades educativas sobre os cuidados relacionados à hipertensão e diabetes Mellitus; rodas de conversa com trocas de experiências entre os idosos participantes sobre o seu dia a dia, no intuito de promover a interação e socialização dos idosos na área de abrangência da ESF; práticas corporais (alongamento, relaxamento e fortalecimento); consultas junto à equipe multiprofissional e a depender da presença de sinais de alerta para vulnerabilidade, percebidos ao longo das atividades, foram realizadas visitas domiciliares para avaliação do contexto familiar e social da pessoa idosa, para identificação de vulnerabilidade social.

Com relação ao público atendido, a média de idade foi entre 55 e 80 anos, e no período a realização da atividade, participaram um total de 137 pessoas idosas, a maioria do sexo feminino. Foi observado através das ações, a existência de muitas dúvidas em relação ao processo de envelhecimento ativo e saudável, principalmente com questões aos direitos da pessoa idosa.

As atividades eram realizadas na própria unidade da estratégia saúde da família, ou em algum espaço no território, como em igrejas e em um galpão cedido por um dos moradores.

A participação do Assistente Social consistiu no envolvimento nos grupos de convivência, rodas de conversa, nas atividades de educação e saúde, além da realização de visitas domiciliares.

2.2 CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

A equipe de residentes é composta por 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta. Quanto aos profissionais vinculados a unidade, a equipe é composta por 1 nutricionista, 2 odontólogos, 1 médico, 10 agentes comunitários, 1 administrador, 1 atendente de farmácia, 4 técnicos de enfermagem, enfermeiro, 1 técnico de saúde bucal e 1 digitador. A Unidade de Saúde da Família vinculada a residência possui um território misto, que compreende desde usuários classe média alta à de baixa renda.

Salienta-se que este trabalho está de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na Resolução nº 510/2016, não havendo obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP¹³.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foi aplicado um questionário, onde foi verificado que a maioria dos idosos, participantes do “PIT-Stop”, viviam em casa própria, com água tratada e energia elétrica. Quanto à composição familiar, pouquíssimos moravam sozinhos, e na maioria, viviam em companhia do cônjuge, que também era idoso(a). Nos primeiros encontros foi possível identificar necessidades de educação em saúde, quanto às informações das diversas políticas públicas direcionadas aos usuários idosos, sendo possível realizar atividades educativas para esse fim.

Foram realizadas duas rodas de conversas pela profissional da assistência social, que trouxeram informações sobre os direitos da pessoa idosa, com explicações sobre os tipos de violência contra a pessoa idosa: a violência física, psicológica, institucional, patrimonial, também a negligência, o abuso financeiro e a discriminação. Também foram trazidas informações sobre os locais onde os idosos poderiam pedir ajuda e orientação ou ainda fazer denúncias contra qualquer tipo de violência vivenciada.

Durante as atividades, foram preenchidas as caderneta de saúde da pessoa idosa e foram trazidas a importância da caderneta enquanto ferramenta de acompanhamento e identificação de vulnerabilidade social e risco para a pessoa idosa, bem como foi alertada a necessidade de se levar a caderneta, com os resultados dos exames recentes, no momento de qualquer acompanhamento na unidade da ESF ou quando fossem para alguma consulta em serviços especializados.

A caderneta foi concebida como instrumento de cidadania e contribui para que os profissionais de saúde, com o objetivo de qualificar a atenção ofertada aos idosos, tenham um melhor acompanhamento do estado de saúde

destes usuários, além de contribuir para que os familiares e cuidadores possam também zelar por essa população (RAMOS et al., 2019).

As rodas de conversa, foram espaços ativos, dialógicos e ricos para a identificação de possíveis casos de vulnerabilidade social, onde foi possível orientar e trazer esclarecimentos sobre os benefícios do cadastramento dos membros no CADUNICO, para que pudessem ter acesso à carteira da pessoa idosa e dar orientações sobre como deveriam fazer para adquirir a carteira. Foi possível ainda, realizar encaminhamentos para serviços especializados.

A roda de conversa enquanto espaço para as práticas educativas colaboram para a manutenção da saúde dos idosos, proporcionam novos saberes que influenciam as atitudes e práticas, motivando o desenvolvimento de cuidados diários com a saúde, além do estímulo a interação social, condição que potencializa a independência, autoestima e autoconfiança, favorecendo o resgate dos valores pessoais, familiares e sociais, potencializando assim, a adoção de comportamentos saudáveis (SOUZA et al., 2014).

As ações educativas que têm como finalidade, promover a saúde e prevenir as doenças, além disso, estimula as pessoas a refletirem sobre sua condição de vida, saúde e as ações exercidas em relação ao autocuidado, como também, sua interação entre condição de saúde, o meio o qual está inserido e o contexto familiar (DE FÁVERI PITZ; MATSUCHITA, 2015).

No que tange o processo de trabalho do Serviço Social no atendimento às pessoas idosas na atenção básica de saúde, deve-se pensar como um território fértil que proporcionam nesse espaço sócio ocupacional: caracterizar a população idosa atendida pela Unidade de Saúde; elaborar e planejar, junto com os demais profissionais de saúde, ações socioeducativas de atenção à saúde do idoso; acolher o idoso e sua família, socializar informações em relação ao acesso a serviços, objetivando a garantia de direitos do idoso e sua família, para a rede de proteção social básica e especial quando necessário, conforme (BRASIL, 2006), caracterizando assim o “PIT-Stop”, como um espaço propício e útil para esse fim.

Ao longo da atividade, foi possível também realizar visitas domiciliares no intuito de identificar pessoas idosas vulneráveis e possíveis casos de violência.

A identificação de grupos mais vulneráveis, em especial pessoas idosas, é de grande importância na construção de políticas públicas adequadas, entanto, nem sempre é possível, dada a complexidade do conceito de vulnerabi-

lidade e a dinâmica dos fatores que influenciam o processo de envelhecimento (RAMOS, 2006). Conhecer o padrão de vulnerabilidade social do idoso pode favorecer um melhor reconhecimento dos fatores de riscos para manutenção da qualidade de vida desta população.

Nesse contexto, foram realizadas visitas domiciliares, para ter uma proximidade familiar e identificar fatores de risco individuais e familiares. A visita domiciliar proporcionou momentos para a observação, detecção de situações do cotidiano, condições de habitação, dinâmica familiar e estilo de vida dos usuários identificados como possíveis pessoas idosas em risco de vulnerabilidade. Contudo, não foram identificados casos de violência ou de vulnerabilidade social.

As visitas domiciliares são indispensáveis no fazer profissional do assistente social, pois ela é um instrumento técnico-metodológico de apreensão da realidade do usuário. É preciso identificar a realidade exatamente como ela se apresenta, levando em conta as condições sociais e culturais daqueles sujeitos, sem interpretações que venham ao encontro de seus conceitos morais e culturais (SOMER; DE MOURA, 2014).

Este cuidado é de suma importância, pois o conhecimento da vida social daqueles sujeitos, deve compreender a sua história de vida, com suas especificidades e particularidades, sem preconceitos e discriminação (AMARO, 2003), não podendo esquecer que “capturar a realidade dentro de seu quadro social e cultural específico exige do profissional a visão de seus elementos difíceis, intrigantes e conflitantes, por mais estranhos que eles possam parecer a nossa razão” (AMARO, 2003, p.31).

Dessa forma, foi possível trazer uma riqueza de aprendizados, correlacionando-os entre a teoria e a prática, além de propiciar um olhar interprofissional, onde foi possível acompanhar outros profissionais e discutir quais os melhores caminhos para a resolução de problemas identificados aos longo das visitas.

Esse tipo de experiência auxilia a formação coletiva de estudantes, com enfoque em práticas interprofissionais, diferenciadas, dialógicas e que respeitam o saber dos sujeitos, buscando o cuidado focado nas necessidades educativas dos usuários (AGRELI; PEDUZZI, SILVA, 2016).

A atividade em si trouxe um olhar crítico dos usuários, quanto aos seus direitos, pois muitos buscaram serviços especializados, espaços e setores para adquirir documentos que ainda não possuíam, trouxe a melhora do conhecimento dos idosos assistidos com relação ao uso dos medicamentos e foi possível verificar

o aumento da procura dos participantes, para acompanhamento nos diversos serviços disponibilizados pela USF.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do “PIT-Stop” mostrou a importância das rodas de conversa como ferramenta capaz de promover a troca de experiências e fomento ao autocuidado e ao exercício da autonomia de pessoas idosas, a socialização e captação de usuários além da promoção de um espaço para educação em saúde, envelhecimento ativo e saudável, identificação de casos de violência ou vulnerabilidade social de pessoas idosas, além de promover aprendizagem ativa de profissionais de saúde e da assistente social de uma residência multiprofissional em saúde da família.

Estas práticas puderam permitir atuação mais articulada e interação dos sujeitos, realizando o reforço do vínculo entre equipe e população. Sua relevância é nítida pela contribuição na aprendizagem e reflexão sobre a atuação do assistente social e atenção à saúde da pessoa idosa na APS.

Foi possível ainda, perceber a importância do profissional assistente social, pois em muitos momentos foi nítido o despertar da criticidade dos idosos participantes, o que fez com que estes, buscassem fortalecer seus direitos, o que permitiu ampliar a visão dos profissionais residentes, sobre o trabalho na APS e a percepção do grande desafio para a atuação interprofissional e a necessidade do comprometimento de todos os profissionais envolvidos para que seja possível proporcionar a essa população específica, o atendimento integral e integrado, respeitando as limitações dos usuários e da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- [01] ARAÚJO, L. et al. Envelhecer com saúde e qualidade de vida. Revista Temas em Saúde, v.19, n. 3, 2019
- [02] SILVA, M. R. de F.; YAZBEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. Revista Kátalisis, v. 17, n. 1, p. 102 -110, 2014.
- [03] FLORES, K. et al. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. Ciências & Saúde Coletiva, v. 26, N. 01, 2021...
- [04] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde.
- [05] BRASIL. Constituição da República Federativa do

Brasil. Brasil, DF: Senado Federal, 1988.

[06] Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993 - Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências

[07] ESTATUTO DO IDOSO. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004..

[08] CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde. Conselho Federal de Serviço Social.1. ed. Brasília. 2008/2011.

[09] Ministério da Saúde PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

[10] CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde. Conselho Federal de Serviço Social.1. ed. Brasília. 2008/2011..

[11] DE FÁVERI PITZ, A.; MATSUCHITA, H. L. P. Importância da Educação em Saúde na Terceira Idade. UNICÊNCIAS, v. 19, n. 2, 2015

[12] RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas, E.V. et al. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

[13] RAMOS, L. V. et al. Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. Humanidades & Inovação, v. 6, n. 2, p. 272-280, 2019.

[14] SOUZA, A. M. V. et al. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. Renome, 2014.

[15] AMARO, S. Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa. 2ª.edição. Porto Alegre. AGE. 2003

[16] SOUZA, A. M. V. et al. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. Renome, 2014.

[17] SOMER, D. G.; DE MOURA, R. R. Visita domiciliar, instrumento que potencializa a atuação do Assistente Social. Âmbito Jurídico, v. 17, n. 123, 2014.

Aceito em: 28/02/2023

Atendimento ao paciente do Programa hiperdia: um olhar multiprofissional

Hiperdia program patient care: a multi-professional view

programa de atención al paciente hiperdia: una mirada multidisciplinar

Sabrina Almeida Porto

Fisioterapeuta; Especialista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF/UESC); Ilhéus-Bahia

Karla Rocha Carvalho Gresik

Fisioterapeuta; Doutora em Desenvolvimento e Meio Ambiente (UESC); Ilhéus-Bahia.

Jamille Silva Guimarães

Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Ilhéus-Bahia

Mayline Verônica Rocha Sampaio

Enfermeira; Especialista do Programa de Residência em Enfermagem em Neonatologia (Universidade Federal do Triângulo Mineiro); Ilhéus-Bahia.

Quésia Alcântara de Oliveira

Psicóloga; Especialista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF/UESC); Ilhéus-Bahia.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus se constituem como doenças crônicas não transmissíveis de alta incidência na população brasileira. **Objetivo:** Relatar uma experiência a partir do acompanhamento multiprofissional de pacientes do Programa HIPERDIA cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família no município no sul da Bahia. **Método:** Foi realizado a busca ativa dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus no território pelo Agente Comunitário de Saúde e em seguida este foi agendado para atendimento. No dia do atendimento participavam de um grupo multiprofissional para promover a realização e orientação pertinentes a(s) patologia(s), após eram atendidos no formato de atendimento compartilhado entre enfermeira e médica. **Resultados:** A partir do acompanhamento destes usuários, observou-se o fortalecimento dos vínculos destes com a Estratégia de Saúde da Família; a troca de saberes profissionais em distintos campos dentro de um mesmo cenário, além também do acréscimo do Cartão de Acompanhamento. **Conclusão:** Deste modo, este trabalho buscou relatar esse novo olhar sobre o Programa HIPERDIA, afim de prestar a assistência e cuidado em saúde a esse público.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are non-communicable chronic diseases with a high incidence in the Brazilian population. Objective: Report an experience from the multidisciplinary follow-up of patients from the HIPERDIA Program registered in a Health Strategy of the Family in the municipality in the south of Bahia. Method: It was carried out active search for patients with systemic arterial hypertension and/or or diabetes mellitus in the territory by the Community Health Agent Health and then this was scheduled for care. At the day of care participated in a multidisciplinary group to promote realization and guidance relevant to the pathology(s), after which they were assisted in the shared care format between nurse and physician. Results: From monitoring these users, it was observed the strengthening of their bonds with the Family Health Strategy; Theexchange of professional knowledge in different fields within the same scenario, in addition to the addition of the Follow-up. Conclusion: Thus, this work sought to report this new look at the HIPERDIA Program, in order to to provide assistance and health care to this public.

Keywords: Primary Health Care; Systemic Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) se constituem como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de alta incidência na população brasileira, representando um problema de saúde pública que impacta diretamente nas ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para controle e tratamento desses adoecimentos (1).

A HAS e o DM referem-se a condições clínicas multifatoriais, de etiologias heterogêneas, associando-se frequentemente a alterações funcionais e ou estruturais em órgãos-alvo, como coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos. Atualmente, esses adoecimentos são a primeira causa de morbidade, mortalidade e hospitalizações na rede SUS, além de representarem mais da metade dos diagnósticos primários de insuficiência renal crônica, acidentes vasculares encefálicos e infarto agudo do miocárdio (2).

Diante deste cenário e para o melhor acompanhamento da HAS e DM na Atenção Primária à Saúde (APS), surge o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), criado pelo Ministério da Saúde em 2002 – um sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM. A partir desse sistema é possível a coleta de dados que permitem a elaboração de estratégias de intervenção, como o desenvolvimento de ações que objetivam a prevenção, o controle, o tratamento, o diagnóstico de pacientes acometidos por HAS e DM e por complicações provenientes destas doenças (3).

Para a consolidação e a ampliação da cobertura da APS no Brasil, o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerado prioritário, pois se de-

envolve por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território. Nessa perspectiva, após o cadastramento do usuário no programa HIPERDIA, o mesmo era acompanhado através da participação em grupos operativos, grupos estes conduzidos pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que realizavam encontros quinzenais ou mensais (4; 5).

Entretanto, em outubro de 2019 o programa NASF foi extinto do município no qual este estudo foi realizado, tendo mudanças no financiamento desde programa pela esfera federal, comprometendo a integralidade do cuidado. Não obstante a isso, em março de 2020 foi decretado estado de emergência do Sars-Cov-2, logo houve a necessidade de reestruturar os atendimentos/ serviços de saúde para atender a esta demanda e neste sentido o Programa HIPERDIA sofreu impactos na assistência aos pacientes portadores de HAS e DM, não apenas por ser este um grupo de alto risco para mortalidade e complicações respiratórias provocadas pela COVID-19, mas também por dificultar o atendimento e o acompanhamento deste público nas Unidades de Saúde (6).

Além disso, diante desse novo cenário organizacional os profissionais de saúde foram desafiados a desenvolver estratégias para aproximar o usuário de ações voltadas para o controle da HAS e DM nos tempos de pandemia, em meios as recomendações para as unidades de saúde oferecerem atendimentos por grupos de pessoas em dias pré-determinados, no decorrer da semana e por horários espaçados, gerando assim uma dificuldade na manutenção do vínculo e compromisso com o auto cuidado deste público (6).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo consiste em relatar a experiência de uma equipe multiprofissional de residentes do Programa de Resi-

dência Multiprofissional em Saúde da Família acerca do acompanhamento dos usuárioshipertensos e/ou diabéticos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família em uma cidade no sul da Bahia.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em uma ESF de um município do sul da Bahia. Os atendimentos foram realizados pela equipe multiprofissional presente na unidade em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Santa Cruz (PRMSF/UESC), sendo a equipe do PRMSF composta por uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma enfermeira e a equipe da ESF composta por uma enfermeira, uma nutricionista, uma médica e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

Desenvolveu-se estratégias para resgatar os atendimentos aos pacientes que apresentavam HAS e DM a fim de promover o vínculo, o cuidado integral e uma assistência multiprofissional. O estudo iniciou a partir de um projeto implementado no programa de HIPERDIA no contexto da pandemia para COVID-19, com intuito de convergir uma abordagem multiprofissional do cuidado e assistência à saúde.

Para condução deste estudo foram inclusos usuários (as) com diagnóstico de HAS e/ou DM adscritos na ESF, estes foram apresentados pelos ACS – profissionais que foram peças-chaves para a identificação das demandas no território vivo.

Para os atendimentos deste público da ESF, reservou-se às segundas-feiras nos turnos matutino e vespertino, sendo atendidos de 8 a 10 pacientes por turno. Neste novo olhar ao Programa HIPERDIA, o processo de condução foi dividido em etapas. Na etapa “A” foi realizado a busca dos pacientes com HAS e/ou DM no território através de um levantamento a partir da plataforma Cidade Saudável, um sistema de gestão em saúde pública.

Após essa verificação segue-se a etapa “B”, etapa esta voltada para o agendamento dos pacientes. Estes eram previamente agendados pelo ACS – que realizava busca ativa através da visita domiciliar ao usuário afim de identificar a necessidade de um atendimento multiprofissional e, caso necessário, era feito o agendamento do atendimento do usuário de sua respectiva área.

No momento “C” – etapa voltado para os atendimentos, ao chegar na USF, os pacientes eram acolhidos pela recepção e direcionado para triagem para aferição de sinais vitais, em seguida participavam do grupo multiprofissional (psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta).

Os pacientes se reuniam em grupo para realização de atividades de promoção de saúde e orientação acerca da movimentação corporal, alimentação saudável, além da compreensão sobre as questões

psicológicas que influenciam no desenvolvimento e evolução da HAS e DM.

As atividades do grupo no que se refere a movimentação corporal, foram previamente planejadas de acordo com o perfil etário e comorbidades associadas dos indivíduos, informações essas contidas nos prontuários. Assim, realizou-se atividades de movimentação corporal com supervisão e orientação da fisioterapeuta e os exercícios seguiam a ordem de (1) alongamentos (coluna, de membros superiores [MMSS] e membros inferiores [MMII]); (2) exercícios de treino de equilíbrio; (3) exercícios de força muscular.

Após os exercícios físicos, os usuários reuniam-se em formato de roda de conversa para dialogar às questões psicológicas/ saúde mental, com temáticas voltadas para “o como lidar com o diagnóstico e a doença”, autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso, sintomas depressivos e etc.

O último momento do grupo era reservado para discursar a respeito de uma alimentação saudável, também através de uma roda de conversa, sendo possível orientar os pacientes como escolher os alimentos, apresentação de receitas saudáveis e reaproveitamento de alimentos.

Esse encontro em grupo acontecia em uma sala ampla e ventilada, todos em uso de máscara devido ao contexto pandêmico, assentados em cadeiras individuais; e as atividades tinham duração de até 20 minutos.

Após as atividades do grupo com a equipe multiprofissional, os pacientes retornavam para sala de espera da Unidade de Saúde da Família (USF), onde aguardavam pelo atendimento compartilhado com enfermeiro e médico. O usuário era atendido em consulta compartilhada com os profissionais médico e enfermeiro, em que era definida a terapia medicamentosa, avaliação de exames laboratoriais, solicitação de exames e consultas especializadas (figura 1).

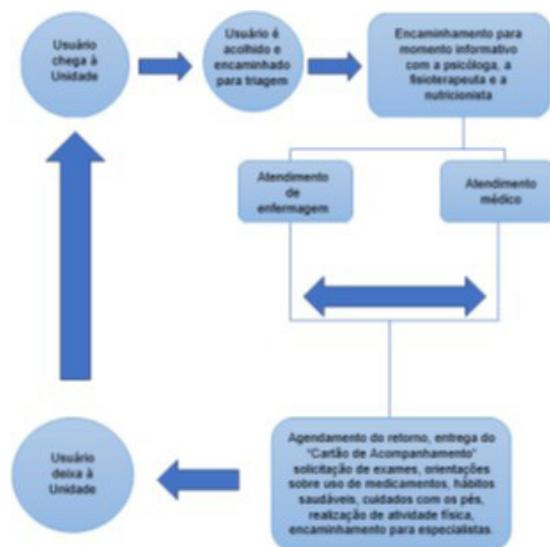


Figura 1. Fluxo de Atendimento
Fonte: elaborado pelo autor (2021)

RESULTADOS

A escolha por pesquisa qualitativa foi devida esta ser uma abordagem de pesquisa que estuda aspectos subjetivos de fenômenos sociais e do comportamento humano. Os objetos de uma pesquisa qualitativa são fenômenos que ocorrem em determinado tempo, local e cultura. Neste sentido, o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (7).

A execução da etapa “A” – etapa de pesquisa, onde realizou-se a busca dos pacientes com HAS e/ou DM no território através da plataforma Cidade Saudável, foi possível a partir do aplicativo do Agente Comunitário de Saúde, pois este permite acompanhar o trabalho de ponta a ponta, desde o cadastramento de indivíduos, visitas domiciliares mensais, até a busca ativa de grupos prioritários de saúde, além de obter o quantitativo da população com determinadas enfermidades, como HAS e/ou DM. Essa ferramenta possibilitou a busca ativa dos usuários foco do projeto HIPERDIA, o que proporcionou uma aproximação e acompanhamento das ações pelo ACS e dos profissionais de saúde ao usuário e fortaleceu a formação de vínculo entre o usuário, a equipe de saúde e a USF.

Antes deste estudo, os pacientes eram acompanhados através da participação em grupos operativos conduzidos pelo NASF, que realizavam encontros quinzenais ou mensais. Para implementar um novo olhar ao programa HIPERDIA e para o desenvolvimento das ações na etapa “B”, o usuário foi previamente agendado pelo ACS e, ao chegar na USF, era acolhido pela recepção, sendo encaminhado para a triagem para aferição de sinais vitais e escuta das principais demandas trazidas. Após esse momento, os pacientes eram recepcionados pelos profissionais fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga para realização de atividades físicas/ movimentação corporal, orientação sobre alimentação saudável, além da compreensão sobre as questões psicológicas que influenciam no desenvolvimento e evolução da HAS e DM em grupo.

Seguidamente as atividades do grupo com a equipe multiprofissional, os pacientes eram atendidos em consulta compartilhada com os profissionais médico e enfermeira. A partir deste atendimento era esperado por esses profissionais devido a categoria profissional, o preenchimento e entrega do Cartão de Acompanhamento (figura 2 e 3), o que permitiu à equipe de saúde o acompanhamento deste usuário, facilitando o controle de dados epidemiológicos das áreas adscritas, a compreensão sobre as condições de vida dos usuários atendidos e lacunas do sistema e a criação de estratégias para promover o atendimento destes de forma integral.

O diferencial e resultado desse novo olhar para o Programa HIPERDIA foi o cuidado integral a partir da elaboração de um Cartão de Acompanhamento, sendo acompanhado pelos profissionais. Neste Cartão de Acompanhamento (figura 2 e 3) era registrado exames solicitados, controle de PA, medicação em uso, fatores de risco, dentre outros. A elaboração desse cartão surgiu da necessidade de obter em mãos informações dos usuários de forma a facilitar os atendimentos na unidade de saúde e também em outros serviços de saúde, tendo como base a Caderneta da Gestante que é o principal instrumento de registro do Pré-Natal, Parto e Nascimento.

DISCUSSÃO

A busca ativa pelos ACS aos usuários possibilitou a formação de vínculo entre o usuário, a equipe de saúde e a USF. Segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) (8), descrevem que a formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e

Figura 2 e 3. Cartão de Acompanhamento (frente e verso)

Fonte: elaborado pelo autor (2021)

sentimentos. Neste sentido, o vínculo é um instrumento que permite tanto ao usuário quanto ao trabalhador encontrar suas potencialidades, estabelecendo relações mais recíprocas e possibilitando a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais (9).

No momento em grupo, a fisioterapeuta responsável desenvolvia exercícios físicos e movimentação corporal. Sabe-se que as atividades aeróbias podem influenciar nos níveis sistólicos e diastólicos da pressão arterial, contribuindo para a estabilidade ou até mesmo a redução e com isso promover uma melhor qualidade de vida aos indivíduos hipertensos (10). Em consonância, estudo de Orlando, Guimarães e Missaki (2015) (11), destacam que intervenções de atividades físicas semostrar benéficas em hipertensos e/ ou diabéticos, expressando melhora na redução do IMC; redução da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Pressão Arterial Diastólica (PAD); redução da glicose em jejum; redução do LDL e aumento do HDL.

No que tange a questões psicológicas/ saúde mental, Maruyama e Ferreira (2020) (12), destacam que trabalhar intervenções psicoeducativas participantes de grupos HIPERDIA, com a percepção e cuidado de sintomas relacionados à saúde física e mental, contribui para o adequado tratamento das doenças.

Para o fechamento das atividades em grupo, discutia-se a respeito de uma alimentação saudável. Carvalho e Santos (2020) (13), ressaltam que os hábitos alimentares saudáveis ajudam na prevenção de doenças, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, resultando em uma melhor qualidade de vida.

A perspectiva de atendimento compartilhado rompe com paradigmas médico-centralizados, ainda identificados nas ESF, conforme estudos realizados por Feitosa e Pimentel (2016) (14), que observaram que nos atendimentos de uma equipe que atua no HIPERDIA havia ainda uma prática individualista dos profissionais, ou seja, cada um exerce o cuidado dentro de seu consultório, não havendo um cuidado “compartilhado” em equipe de fato. Ademais a proposta dos atendimentos compartilhados faz parte do constructo da clínica ampliada, que compõe a Política Nacional de Humanização (15), que visa a qualificar o modo de fazer saúde por meio do estabelecimento de vínculo dos profissionais com os usuários, aumento do empoderamento, autonomia dos usuários pela sua saúde e o estabelecimento de um atendimento multiprofissional, podendo ser pensadas as condutas que serão adotadas de acordo com cada caso (16).

CONCLUSÃO

A partir dessa experiência, destaca-se como o diferencial a troca de saberes profissionais em distin-

tos campos dentro de um mesmo cenário, pois está é a chave para uma assistência integral e resolutiva conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Também a implementação do atendimento compartilhado, que evidencia como um disparador de ações de mútua responsabilidade que fortalece os vínculos entre os profissionais da equipe de saúde, bem como os laços entre os profissionais de saúde e os usuários.

Além disso, a partir desta iniciativa através da equipe de residência e da abertura da equipe de saúde local, tornou-se possível à equipe de saúde obter um acompanhamento dos usuários (as), facilitando o controle de dados epidemiológicos das áreas adscritas, a compreensão sobre as condições de vida dos usuários atendidos, a identificação das principais dificuldades e lacunas do sistema e a criação de estratégias para promover o atendimento destes usuários de forma integral.

Entretanto, salienta-se que devido particularidades da USF como à escassez de suporte e de valorização por parte da gestão, bem como desfalque de profissionais, desorganização do serviço de saúde municipal, insuficiência de materiais, recursos e estrutura física não adequada, não foi possível dar continuidade neste formato de atendimento. Ressalta-se que isso não descarta novas tentativas de implementar este modelo de atendimento que tem como foco o olhar centrado no paciente.

Contudo é preciso enfatizar a necessidade de mais estudos abordando o tema, delineando as atribuições da equipe multiprofissional e desta forma, justificar a inserção da equipe multiprofissional no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

MONTEIRO, Ariane Alice Fernandes et al. Estudo sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na UBSF de Três Poços. *Brazilian Journal Of Health Review*, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 1289-1305, 2020. *Brazilian Journal of Health Review*. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-099>.

SOUSA, Aldenora de Oliveira; COSTA, Andrea Vieira Magalhães. HIPERDIA: PROGRAMA PARA A MELHORIA DO CONTROLE DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO “SANTINHO I E II” EM BARRAS PIAUÍ. *Acervo Ares/ Unasus*, [S.l.], v. 0, n. 0, p. 1-16, 2020. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14803/1/Artigo_Aldenora_ARES.pdf. Acesso em: 09 nov. 2022.

BORDA, Patrícia Gomez. Implantação do programa HIPERDIA em Unidade de Saúde da Família do Município de Céu Azul -PR. 2017. 26 f. Monografia (Especialização)

- Curso de Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

HACK, Bruna Evelyn; NAKAJIMA, Bruna Rodrigues; TAGLIETTI, Marcelo. A PRAXIS DA FISIOTERAPIA NO PROGRAMA HIPERDIA: conceitos e diretrizes. *Fag Journal Of Health (Fjh)*, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 117-126, 31 mar. 2020. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz - *Fag Journal Of Health*. [http:// dx.doi.org/10.35984/fjh.v2i1.185](http://dx.doi.org/10.35984/fjh.v2i1.185).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão arterial: hábitos saudáveis ajudam na prevenção e no controle da doença. 2021. Disponível em: [https:// aps.saude.gov.br/noticia/12076#:~:text=Em](https://aps.saude.gov.br/noticia/12076#:~:text=Em)

%202019%2C% 20%20 n%C3%BAmero%

20 saltou,entre%20as%2027%20 capitais% 20brasileiras.. Acesso em: 09 nov. 2022.

ALMEIDA, Wanessa da Silva de et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.L.], v. 23, n. 0, p. 1-24, 2020. *FapUNIFESP (SciELO)*. [http:// dx.doi.org/10.1590/1980-549720200105](http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200105).

GODOY, Arilda Schmidt. PESQUISA QUALITATIVA: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, jun. 1995.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Piva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 358-364, jun. 2009. *FapUNIFESP (SciELO)*. [http:// dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200015](http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200015).

CARLI, Rafaela de; COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; RESTA, Darielli Gindri; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 626-632, set. 2014. *FapUNIFESP (SciELO)*. [http:// dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013)

FERREIRA, Daniele; BAGNARA, Ivan Carlos. A importância da atividade física para indivíduos hipertensos. *Efdeportes*, Buenos Aires, v. 155, n. 16, p. 01-01, abr. 2011.

Orlando Dopp, E.; Guimarães Nascimento, W . . ; Missaki Nakamura, P.(2015). *HiperDia e Atividade Física no Brasil*. 11º Congresso Argentino de Educación Física y Ciencias, 28 de septiembre al 10 octubre de 2015, Ensenada, Argentina. En *Memoria Académica*. Disponível em: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7291/ev.7291.pdf

MARUYAMA, Maria Eduarda Benetti; FERREIRA, Heloísa Gonçalves. Saúde mental e doenças crônicas em idosos de um grupo Hiperdia. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 8, n. 1, p. 600-611, mar. 2020.

CARVALHO, Edilene; SANTOS, Rosimeire Ferreira dos. INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES DO HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE ISAIAS COELHO-PI. *Acervo Unasus, Teresina*, p. 1-11, fev. 2020. Disponível em: [https:// ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14765/1/2-EDILENE.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14765/1/2-EDILENE.pdf). Acesso em: 20 nov. 2022.

FEITOSA, Isabella de Oliveira; PIMENTEL, Adelma. HIPERDIA: PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM, PARÁ. *Rev. Nufen: Phenom. Interd*, Belém, v. 1, n. 8, p. 13-30, jul. 2016.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 439-444, set. 2007. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072007000300009>.

FRANKE, Caroline Maria; IANISKI, Valéria Baccharin; HAAS, Linda Cristina Sangoi. O ATENDIMENTO COMPARTILHADO NA PERSPECTIVA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Revista Contexto & Saúde*, [S.L.], v. 18, n. 35, p. 111-115, 20 dez. 2018. Editora Unijui. [http:// dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.111-115](http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.111-115).

Práticas intersetoriais entre residentes multiprofissionais em saúde da família e o centro de referência de assistência social

Intersectoral practices between multidisciplinary residents in family health and the reference center for social assistance

Prácticas intersectoriales entre los residentes equipos multidisciplinarios en salud de la familia y el centro de referencia de asistencia social

Gracielle Pereira da Silva

Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Dândara Silva Oliveira

2Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela UESC. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Tatiana Almeida Couto

3Enfermeira, Doutora e Mestra em Ciências da Saúde pela UESB. Professora do Centro Universitário de Ciências e Empreendedorismo e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brasil.

Nayara Mary Andrade Teles Monteiro

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela UESC. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Rosane Lopes de Araújo Magalhaes

Psicóloga, Mestra em Psicologia da Saúde pela UESP. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Jaianne de Oliveira Barreto

Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNINTER. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em

RESUMO

Introdução: O Programa Previne Brasil, instituído em novembro de 2019 estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diante disso, houve a necessidade de reorganização processo de trabalho das equipes de APS para o alcance das metas estabelecidas pelo programa. **Objetivo:** Relatar a vivência de uma enfermeira residente do PRMSF/UESC em uma atividade intervencionista para implementação do Programa Previne Brasil, indicadores e metas a serem alcançados pelo município no financiamento da APS. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa por meio de um Relato de Experiência, vivenciada entre 10 de agosto a 12 de dezembro de 2022. **Resultados e discussão:** Dos 11 convites enviados as equipes, 83,33% (n=10) foram preenchidos. Resultou no processo de sensibilização sobre a temática e a construção de arcabouço técnico-científico por meio do processo de educação permanente associado aos princípios da Política Nacional de Humanização e aprendizagem significativa. Além da reorganização do processo de trabalho, houve a abertura de espaços de diálogo saudável, estímulo a autonomia, valorização profissional e gestão compartilhada entre os integrantes da equipe. **Considerações finais:** Observou-se que o processo de educação permanente é instrumento potencializador para o processo de reorganização e valorização da equipe, diminuindo a dicotomia entre teoria e prática, gerando impactos benéficos à qualidade da assistência e conseqüentemente, houve melhoria no desempenho dos indicadores do Previne Brasil.

Palavras-chaves: Financiamento da Assistência à Saúde; Educação Permanente; Aprendizagem Ativa; Estratégia Saúde da Família; Internato não Médico.

Jaianne de Oliveira Barreto

Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNINTER. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Danielle Moura de Andrade

Nutricionista, Pós-graduada em Nutrição Clínica pelo IBPEX. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Vanessa Moreira Magalhães Leite de Souza

Psicóloga, Pós-graduada em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela UNIME. Coordenadora do Centro de Referência de Assistência Social-CEU, Itabuna – Bahia/Brasil.

ABSTRACT

Intersectoriality comprises the articulation between several sectors where together they work in an integrated manner, establishing co-responsibility and bonds. Considering that intersectoral partnerships are powerful mediators and strengthening, this study aimed to report the performance of multiprofessional resident professionals in Family Health in the construction of intersectoral partnerships with the Reference Center for Social Assistance. The study is an experience report, in descriptive modality, in which the lived experiences were extracted from the Reflective Portfolio between the years 2021 and 2022. Meetings were held between teams and health promotion activities for the assisted, with the main methodology being the conversation wheels. Therefore, it is verified that the construction of intersectoral partnerships stimulated teamwork, communication and promoted interprofessional collaborative practice; ensured the joint participation of the health and social assistance sectors in commemorative events, awareness campaigns and health education activities; allowed the realization of individual visits in the spaces; ensured comfort, welcoming, privacy and comprehensive care to individuals by stimulating self-care, autonomy, co-responsibility and empowerment. This requires the finding that, despite the difficulties faced, such as the predominance of the biomedical model in the Family Health Unit and the focus on the Bolsa Família Program, resident professionals were able to build the intersectoral partnership between the Family Health Unit and the Social Assistance Reference Center.

Keywords: Intersectoriality; Multiprofessional Team; Family Health Strategy; Health Promotion; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A partir da aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº 2.436/2017, a saúde passou a ser oferecida de maneira mais resolutiva e humanizada (BRASIL, 2017). O Programa Saúde da Família (PSF) implantado em 1994 veio para propor um novo modelo assistencial para o SUS, em que a família é o centro de cuidados para prevenção e promoção da saúde. Em seguida, criou-se estratégias na saúde, com a transformação da nomenclatura do PSF para Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) a primeira porta de entrada do SUS, coordenadora do cuidado e fundamental mecanismo para sua expansão

e consolidação. Dessa forma, é necessário que os profissionais e equipes de saúde executem um trabalho articulado com outros espaços de outros setores. ¹

Conforme a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a intersectorialidade é considerada um princípio que articula saberes técnicos nos diferentes espaços de setores governamentais, atuando de maneira integrada compartilhando saberes e poderes e buscando estabelecer vínculos, corresponsabilidade e cogestão para alcançar objetivos comuns. ²

A prática intersectorial torna-se operacional através da criação de uma rede de incumbência social na qual pessoas, profissionais da saúde, organizações

e instituições se articulam em volta de uma demanda da sociedade e território, para pesquisa, planejamento e realização de ações/intervenções articuladas e integradas com avaliação conjunta dos resultados.³

A resolutividade do setor saúde é dependente de articulações diversas, sejam elas políticas, sociais, econômicas e culturais, para o alcance do objetivo final que é promover saúde aos indivíduos e coletividades. É o setor que mais tem se destacado em promover práticas intersetoriais, apresentando um desenvolvimento permanente em parceria a educação no que tange a formação em saúde de profissionais para atuarem na rede SUS e privada.

Como resultado dessas práticas pode-se destacar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) que trata de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação existente no Brasil desde a década de 70. Este programa visa qualificar profissionais de diversas categorias da saúde mais aptos para atender e modificar a realidade dos indivíduos, da família e da sociedade, bem como responder às demandas das Unidades de Saúde da Família, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

Para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde que atendam às necessidades sociais, e para a construção das práticas intersetoriais evidencia-se o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Conforme Bessa e colaboradores, Alencar, Carmo Bezerra e Aguiar^{5,6} o CRAS é definido como uma unidade pública estatal que desenvolve ações organizadas de promoção de serviços assistenciais preventivos de combate a situações de vulnerabilidades sociais, funcionando como principal dispositivo da Proteção Social Básica, sendo considerado a porta de entrada da assistência social e um importante aliado na atuação dos serviços que são prestados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A articulação intersetorial mostra-se uma estratégia com potencialidade que alcança e efetiva os princípios e diretrizes do SUS, como: equidade, universalidade e integralidade da assistência à saúde, sendo essa última, previsto pelas políticas de saúde e assistência social com alcance e efetivação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).⁷

Nesse sentido, além de trazer a relevância para a saúde do indivíduo, família e sociedade, esse relato justifica-se pelo fato de que, as parcerias intersetoriais com o trabalho em rede são vistos como fortes mediadores e fortalecedores de ações de promoção à saúde, uma vez que beneficiará também o processo de trabalho dos profissionais envolvidos.

Porém pode-se perceber dificuldade na execução pelos profissionais, uma vez que, o predomínio das abordagens na USF é centrado no modelo biomédico, e a assistência social na maioria das vezes fica atrelada restritamente ao PBF como único meio de relação com o serviço de saúde, restringindo-os,

portanto, em suas possíveis parceiras. Nesse sentido questiona-se: de que forma a atuação de profissionais residentes têm contribuído nas parcerias intersetoriais com o CRAS?

Considerando-se a importância da formação no serviço, nesse caso do PRMSF nas USF e o potencial do CRAS, buscou-se relatar a atuação de profissionais residentes na construção de parcerias intersetoriais com o CRAS. Este relato tem por base reflexões sobre as potencialidades e dificuldades na construção da intersetorialidade no âmbito da Atenção Básica à saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Relatar a atuação de residentes multiprofissionais em Saúde da Família na construção de práticas intersetoriais com o Centro de Referência de Assistência Social.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as práticas intersetoriais de uma equipe de residentes multiprofissionais com o CRAS.
- Identificar os resultados alcançados, potencialidades e desafios para a construção de parcerias intersetoriais com o CRAS.

MÉTODOS

Esse estudo trata-se de um relato de experiência, em modalidade descritiva, desenvolvido a partir da integração de ações intersetoriais entre residentes da USF e profissionais do CRAS. Um relato de experiência segundo Gaya e Gaya⁸, é um relatório que descreve de maneira simples e aprofundada um caso ou experiência vivida que produz riqueza de dados e conhecimentos capaz de contribuir para a área de atuação na qual for utilizada.

As ações intersetoriais aconteceram em um território no sul do estado da Bahia entre os anos de 2021 e 2022, por meio da articulação promovida pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde alocados numa Unidade de Saúde da Família (USF) com o serviço de assistência social. Os atores envolvidos nas práticas intersetoriais foram os residentes com atuação de diferentes campos do saber sendo (uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social, uma psicóloga e duas enfermeiras); preceptoras dos residentes sendo (duas enfermeiras e uma nutricionista), profissionais do CRAS sendo (uma coordenadora, uma psicóloga, um assistente social, quatro orientadores sociais, uma supervisora), população adscrita da USF e população assistida pelo CRAS.

Em abril de 2021, ainda diante do cenário pandêmico do COVID-19 a atmosfera ainda era de

incerteza e insegurança, pois todas as ações eram realizadas sob protocolos governamentais, como: distanciamento social, utilização de álcool em gel, uso de máscaras, limites de pessoas por local, etc. As profissionais residentes foram acolhidas pela equipe da USF em que foi possível conhecer os trabalhadores e o perfil produtivo em geral. Todos os grupos de educação em saúde encontravam-se inativos devido ao pequeno espaço disponível na unidade, uma vez que, no local não teria distanciamento e ventilação apropriados para a realização dos encontros.

O CRAS como fazendo parte da realidade local do território, contribuindo com as redes de atenção à saúde e sendo um espaço arejado e amplo, serviu de local de retomada nos grupos educativos. As parcerias foram estabelecidas tendo como ponto de partida visitas no CRAS que está alocado no Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU). Na oportunidade foi apresentado à equipe de serviço social o programa de residência, as profissionais residentes e iniciado um breve diálogo com a equipe responsável a fim de entender a dinâmica e organização dos serviços, bem como, identificar suas necessidades. Os residentes conheceram a quadra e o auditório, local apropriado para realização das atividades, o perfil das comunidades assistidas, alguns profissionais da equipe e suas respectivas funções.

Neste estudo as experiências vividas foram extraídas do Portfólio Reflexivo (PR) após análise de fotografias de arquivo pessoal e anotações, sendo um produto desenvolvido pela residente inserida em um programa de residência localizado no território no sul do estado da Bahia, sendo este, utilizado na metodologia ativa como instrumento de ensino-aprendizagem envolvendo a comunicação dialógica entre diferentes sujeitos. O PR estimula além da autonomia, o desenvolvimento do pensamento criativo, compreensivo e crítico em que os estudantes dialogam com os problemas, elaboram estratégias para o desenvolvimento das potencialidades e refletem sobre os progressos alcançados.^{9,10}

Considerando o fato do estudo não envolver uma pesquisa, intervenções ou riscos, e por não se tratar de um relato de experiência, foi dispensado aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).¹¹ Certificase que foram respeitados os princípios éticos e mantido o sigilo de toda e qualquer informação que poderia comprometer a localidade e a identidade dos envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As visitas realizadas pelos residentes multiprofissionais no CRAS foram ponto de partida para o estabelecimento de reuniões entre equipes e atividades de promoção à saúde para os assistidos, tendo

como principal metodologia as rodas de conversa. A construção de parcerias intersetoriais promoveu diálogos interprofissionais entre a equipe de residentes, equipe do CRAS e com a coordenadora da Secretaria de esporte e lazer do município, no qual houve levantamento de informações e problemáticas que subsidiaram o planejamento de ações/intervenções de promoção à saúde. Pôde-se perceber o trabalho em equipe de três setores distintos atuando em conjunto: saúde, esporte e assistência social, o que envolveu a prática colaborativa interprofissional e a comunicação.

Segundo Peduzzi¹², o trabalho em equipe é fundamental para o enfrentamento das demandas de saúde, para a organização dos serviços e para os sistemas de atenção à saúde em rede. O trabalho em equipe está diretamente relacionado com a prática colaborativa interprofissional, que é considerada uma forma de trabalho coletivo que requer a articulação, planejamento e execução das ações. Nessa perspectiva, a autora enfatiza a comunicação interprofissional como um elemento chave, uma vez que os profissionais de diferentes áreas precisam se relacionar mutuamente e entrar em consenso na definição do plano de ação e na execução do cuidado e atenção à saúde.

Como profissionais da APS, as residentes em conjunto com a equipe do CRAS realizaram ações de educação em saúde para garantir o autocuidado e a corresponsabilização ao público com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os participantes assumiram a experiência do diálogo por meio do compartilhamento de experiências e conhecimento científico, no qual foi dialogado sobre os mitos e verdade da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em todas as faixas etárias, patologias essas que mais acometem a população brasileira. Foi garantido informações sobre alimentação, valores de normalidade, tratamento medicamentoso, exercícios físicos, aceitação psicológica e emocional do diagnóstico e direitos garantidos por lei.

De acordo com o estudo bibliográfico de Ferreira¹³, a educação em saúde desenvolve no sujeito participante uma consciência crítica e reflexiva por meio-da relação com o ambiente, gerando liberdade e autonomia para participar como agente transformador da realidade em que vive.

Magri e colaboradores¹⁴ em seu estudo de coorte prospectivo, enfatiza que as ações realizadas em grupo oferecem trocas de experiências entre os pacientes, uma vez que o relato de um, pode ajudar o outro no entendimento do processo da doença e possíveis complicações. Após análise dos dados, a autora percebeu que a promoção do autocuidado melhorou o conhecimento dos pacientes, a exemplo da fisiopatologia do DM e HAS onde mostra que a média de acerto global das questões realizadas no pré-teste e

pós-teste passou de 93% para 100%, apresentando um resultado significativo.

As campanhas de conscientização em saúde trouxeram a ideia quanto a necessidade de prevenção e apoio à população. Agosto dourado, setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul, correspondem ao incentivo ao aleitamento materno, prevenção ao suicídio, ao câncer de mama e ao câncer de próstata, respectivamente. Entre o ano de 2021 e 2022 ocorreram palestras e rodas de conversa com compartilhamento de experiências com gestantes e puérperas, crianças, jovens adultos e idosos em seus respectivos meses. Estiveram presentes a equipe do banco de leite do município e médicos especialistas.

Borges e colaboradores¹⁵ em sua pesquisa bibliográfica compartilham da mesma ideia, afirmando que as campanhas têm como objetivo promover educação a população e debate, trazendo clareza sobre as doenças e, proporcionando além da prevenção, possíveis diagnósticos precoces, apoio, meios de tratamento e informações quanto aos avanços técnico-científico.

Além das campanhas de conscientização, houve participação nos eventos comemorativos na comunidade, enfatizando o dia das crianças e o dia do idoso. No dia comemorativo das crianças a equipe de residentes prestou atendimentos de primeiros socorros para as crianças que se sentiam indispostas, já no dia comemorativo dos idosos houve diálogo sobre envelhecimento saudável. Nos dois momentos tiveram musicoterapia e brincadeiras o que favoreceu o sentimento de felicidade. A promoção das atividades nos eventos comemorativos envolvendo a terapia integrativa musicoterapia, foi primordial para o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Nogueira, Silva e Pachú¹⁶, reúnem informações na sua revisão integrativa da literatura nas quais comprovam que a musicoterapia apresenta benefícios na redução de dores, estresses, fadiga, ansiedade, insônia, resgata lembranças positivas, melhora o convívio social, o diálogo, o humor, a memória, os sistemas fisiológicos e a expressão das emoções.

Nesse sentido, confirma a conclusão de Gouveia¹⁷, em que a mesma refere que as PICS alcançam o princípio da integralidade do SUS, ampliando acesso nas articulações de saberes, diversificando ofertas para o cuidado e ampliando escopo terapêuticos.

Os profissionais residentes promoveram a ambiência para alguns usuários do serviço de saúde no CRAS por meio de atendimentos individuais proporcionando conforto, acolhimento e privacidade, uma vez que a estrutura da USF não contribuía para os atendimentos aos pacientes com deficiência física e com necessidades psicológicas.

A ambiência na saúde deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana baseado em três eixos. O primeiro valoriza cheiro, morfologia, som e iluminação garantindo conforto para os usuários e

trabalhadores, por meio da confortabilidade, focada na individualidade e privacidade. O segundo eixo possibilita a produção de subjetividades de ações e reflexões sobre os processos de trabalho. Por fim, o terceiro eixo favorece a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo com ferramentas facilitadoras do processo de trabalho.¹⁸

Oliveira e colaboradores¹⁹, em seu estudo qualitativo destaca que a falta de privacidade nos consultórios, elevação da temperatura, ausência de ventilação e cadeiras adequadas, presença de mofo e infiltrações nas paredes, salas pequenas, a falta de espaço para educação em saúde e ruídos influenciam diretamente na promoção da ambiência na USF.

Embora a experiência relatada tenha trazido ótimos resultados, pôde-se perceber uma dificuldade na execução pelos profissionais da USF, uma vez que, o predomínio de abordagens na USF era centrado no modelo biomédico. Além disso, a assistência social do CRAS na maioria das vezes ficava atrelada restritamente ao PBF como único meio de relação com o serviço de saúde, restringindo-os, portanto, em suas possíveis parceiras.

Segundo os resultados da pesquisa qualitativa de Mendonça e Lanza²⁰, trabalhar exclusivamente com o modelo biomédico tradicional centrado na especialidade, é ver a pessoa apenas como uma doença a ser tratada. A manutenção desse tipo de prática individualizada leva o profissional, a equipe e a rede a funcionar de forma restrita e setorializada, interferindo nos encontros coletivos e nas práticas complementares reduzindo a atuação no tratamento de doenças. Os autores concluem que, o conhecimento biomédico, não é capaz de agir sobre os determinantes do processo de saúde-doença.

A partir de experiências acadêmicas nos campos das políticas públicas, Veridiano 21 assegura que o trabalho das equipes de saúde e assistência social compõem o tripé da seguridade social, porém, mesmo possuindo aproximações apresenta-se como um desafio, pois possuem objetivos diferentes. Para que as ações de ambos setores contemplem o usuário na sua integralidade e no seu processo de trabalho, é essencial a organização das práticas, possibilitando o trabalho multiprofissional e intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível concluir que a atuação das profissionais residentes contribuiu nas parcerias intersetoriais com o CRAS por meio das rodas de conversa, de diálogos, trabalho em equipe e colaboração interprofissional, puderam produzir não somente melhores resultados no cuidado e atenção à saúde dos usuários, suas famílias e comunidade em que vive, mas também reforçou a importância para a formação dos profissionais residentes.

Para intervir no processo saúde-doença, momentos com os grupos educativos, eventos comemorativos, e atendimentos individuais, garantiu a população a promoção de saúde, prevenção de doenças, o tratamento e reabilitação, ou seja, o acesso integral à saúde. O diálogo e a troca de experiência contribuiu no ganho de autonomia, protagonismo e corresponsabilização para a população, bem como para as equipes do CRAS e da equipe de residência multiprofissional.

Em geral, observa-se que o caminho rumo à intersetorialidade consiste em uma constante reinvenção, em que é necessário se permitir ao novo, reconhecer a importância e o papel do outro, identificar e traçar objetivos comuns e, principalmente, superar as práticas fragmentadas em cada setor. Entretanto, é satisfatório perceber que, mesmo diante das dificuldades, caminhar conjuntamente é uma forma promissora para se prosseguir em direção a criação de novas estratégias para promover saúde.

A intersetorialidade não se movimenta apenas por questões técnicas e operacionais, nesse sentido, considera-se que o bom resultado alcançado neste estudo está relacionado com a disposição e adequação por parte dos profissionais, bem como pela criação de vínculos de amizade e companheirismo entre os colaboradores.

Portanto, para o alcance de melhores resultados e diminuição no enfrentamento das dificuldades quanto às ações setorializadas e o modelo biomédico, é necessário a utilização de instrumentos que estimulem e promovam mudanças nas ações e no processo de trabalho dos profissionais, a exemplo da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Além disso, a articulação intersetorial vivenciada foi uma experiência fundamental para contribuição na formação do residente fisioterapeuta tornando um profissional mais humanizados, permitindo a produção do conhecimento perpassando o saber específico, estimulando o pensamento crítico-reflexivo, possibilitando o diálogo com o território e a horizontalidade nas diversas relações.

REFERÊNCIAS

1 Carneiro JDB, Oliveira AMG, Zanin L, Flório FM, Fração P. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES E SENTIDOS PARA RESIDENTES GRADUADOS EM ODONTOLOGIA. Revista Baiana de Saúde Pública. 2022 May 26;42(2).

2 Ministério da Saúde [Internet]. bvsms.saude.gov.br. 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

3 Nascimento JW do, Silva LR da, Arruda LES de, Freitas MV de A, Nascimento MLV do, Silva MGG, Santos EM dos, Silva LC da, Leite RTV. Relato de experiência sobre a importância da intersetorialidade e interpro-

fissionalidade para a promoção da saúde em um projeto de extensão, Pet-saúde interprofissionalidade/ Experience report on the importance of intersectoriality and interprofessionality for the promotion of health in an extension project, Pet-health interprofessionality. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021 Jan. 9 [cited 2022 May. 17];4(1):560-78. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22801>

4 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA SAÚDE GERÊNCIA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PRMSF) ILHÉUS-BAHIA 2018 [Internet]. [cited 2023 Jan 15]. Available from: http://www.uesc.br/cursos/pos_graduacao/especializacao/prmsf/2022/ppp.pdf

5 Bessa M da G de C. A importância do papel informativo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de Encanto/RN. repositorioufrn.br [Internet]. 2021 Sep 6 [cited 2022 May 27]; Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/45501>

6 Alencar PHS de, Bezerra N do C, Aguiar KGM de. RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS). Psicologia e Saúde em Debate. 2021 May 17;7(1):268–79.

7 Nacional De Humanização P. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização HumanizaSUS Brasília -DF 2004 Série B. Textos Básicos de Saúde [Internet]. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>

8 GAYA, Adroaldo Cezar Araújo; GAYA, Anelise Reis. Relato de experiência: roteiros para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos de licenciatura. Curitiba: CRV, 2018. Disponível em: file:///C:/TCR/ARTIGO%202018/GAYA%3B_GAYA,_2018_Relato_de_experi%C3%AAncia_roteiros_para_elabora%C3%A7%C3%A3o.pdf Acesso em: 27 jun. 2022.

9 Cotta RMM, Costa GD da, Mendonça ET de. Portfólios crítico-reflexivos: uma proposta pedagógica centrada nas competências cognitivas e metacognitivas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2015 [cited 2022 May 27];19:573–88. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/T4LDVm3fZKsV9rWQGVmPZVC/abstract/?lang=pt#>

10 Cordeiro F de NC dos S, da Silva JAC. Portfólio reflexivo: ferramenta inovadora de avaliação formativa na educação em saúde. REAS [Internet]. 7out.2019 [citado 27 May.2022];(31):e1203. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1203>

11 Conselho Nacional de Saúde - Pagina Inicial [Internet]. conselho.saude.gov.br. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

12 Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITAAO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. Trab educ saúde [Internet]. 2020;18(Trab. educ. saúde, 2020 18 suppl 1):e0024678. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

13 Ferreira VF, Rocha GOR da, Lopes MMB, Santos MS dos, Miranda SA de. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2022 Sep 20];12:363–78. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/vCYcc-TGTPY46ytfHvLxxF9r/abstract/?lang=pt>

14 Magri S, Amaral NW do, Martini DN, Martins Santos LZ, Siqueira L de O. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 26º de junho de 2020 [citado 20 de Jan de 2023];14(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1788>

15 Sousa Da Silva M, Ferreira J, Rafaella Almeida Da Costa B, Laboro F, Ma. A Importância das Campanhas de Conscientização na Saúde Helenice Pinheiro Borges 2 [Internet]. Available from: <http://repositorio.laboro.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/267/1/A%20Import%c3%a2ncia%20das%20Campanhas%20de%20Conscientiza-c3%a7%c3%a3o%20na%20Sa%c3%bade.pdf>

16 Nogueira AJ da S, Silva MK de L, Pachú CO. O

uso da musicoterapia como ferramenta terapêutica na área da saúde. RSD [Internet]. 2023Jan.2 [citado em 2023 Jan.20];12(1):e9612139377. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39377>

17 Gouveia GDA. Práticas Integrativas em Saúde: Uma realidade na atenção primária, especializada e hospitalar [Internet]. Google Books. Paco e Littera; 2022 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yrtuEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=GOUVEIA>

18 MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.^a edição Brasília -DF 2010 AMBIÊNCIA [Internet]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambien-cia_2ed.pdf

19 Oliveira MM, Pinto IC, Cruz VD, Coimbra VCC, Oliveira WEDA, Lopes TS, et al. ANÁLISE DA ESTRUTURA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA AMBIÊNCIA. Revista de APS [Internet]. 2014;17(4). Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15302>

20 Mendonça EM, Lanza FM. Conceito de Saúde e Intersetorialidade: Implicações no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. PSSA [Internet]. 28º de setembro de 2021 [citado 20 de janeiro de 2023];13(2):155-64. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1090>

21 Veridiano AL, Andrade L de, Gomes AH. PRÁTICAS INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA ATUAÇÃO ENTRE “SAÚDE” E “ASSISTÊNCIA SOCIAL”. VISÃO [Internet]. 14º de dezembro de 2017 [citado 20 de janeiro de 2023];6(2). Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/visao/article/view/1315>



rebracisa

Revista Brasileira de Ciências em Saúde
Brazilian Journal of Health Sciences

Universidade Estadual de Santa Cruz—UESC
Pró-Reitoria de Extensão—PROEX
Departamento de Ciências da Saúde—DCS

Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, km 16, Bairro Salobrinho
CEP 45662-900, Ilhéus, Bahia, Brasil

Tel.: (73) 3680-5108/5116/5114 – FAX: (73) 3680-5501/5114

<http://periodicos.uesc.br/index.php/rebracisa>

E-mail: rebracisa@uesc.br