

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

UMA DÉCADA DE CONQUISTAS E
DESAFIOS EM JOÃO PESSOA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
REITOR

Terezinha Domiciano Dantas Martins

VICE-REITORA
Mônica Nóbrega



CENTRO DE COMUNICAÇÃO, TURISMO E ARTES

DIRETOR

Ulisses Carvalho Silva

VICE-DIRETORA

Fabiana Cardoso Siqueira



EDITOR

Dr Ulisses Carvalho Silva

CONSELHO EDITORIAL DESTA PUBLICAÇÃO

Dr Ulisses Carvalho Silva

Carlos José Cartaxo

Magno Alexon Bezerra Seabra

José Francisco de Melo Neto

José David Campos Fernandes

Marcelo Fagner Onofre

SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL

Paulo Vieira

LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO

COORDENADOR

Pedro Nunes Filho

Agradecimentos pelo apoio e na formação dos residentes no
Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Família e Comunidade

CÍCERO LUCENA

Prefeito de João Pessoa

LUÍS FERREIRA FILHO

Secretário Municipal de Saúde

LUCINEIDE ALVES VIEIRA BRAGA

Comissão de Residência Multiprofissional da UFPB

Diagramação: RUDAH SILVA

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R433 Residência em Saúde da Família e Comunidade : uma
década de conquistas e desafios em João Pessoa
[recurso eletrônico] / Organização : Edjane Pessoa
Ribeiro Fernandes ... [et al.]. – João Pessoa : Editora do
CCTA, 2025.

Recurso digital (2,1 MB)

Formato: ePDF

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN : 978-65-5621-571-6

1. Atenção primária à saúde - Brasil. 2. Estratégia saúde
da família. 3. Saúde da família e Comunidade. 4. Equipes
multiprofissionais. I. Fernandes, Edjane Pessoa Ribeiro.

UFPB/BS-CCTA

CDU: 614(81)

EDJANE PESSOA RIBEIRO FERNANDES
ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ SOUZA
FABÍOLA MOREIRA CASIMIRO OLIVEIRA
LUCINEIDE ALVES VIEIRA BRAGA
RENATA MARIA GUEDES CHAVES ROLIM
(organizadora)

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

UMA DÉCADA DE CONQUISTAS E
DESAFIOS EM JOÃO PESSOA

EDITORIA DO CCTA/UFPB
JOÃO PESSOA
2025

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
FORTECENDO VÍNCULOS E SOLIDIFICANDO ELOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO ENTRE ACS E A ENFERMEIRA RESIDENTE	7
Karla Polyana Silva de Oliveira	
Ms. Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira	
Ana de Lourdes de Souza	
Ildnara Mangueira Trajano Rodrigues	
Maria Roberlândia Soares de Melo	
PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CÉRVICO-VAGINAIS IDENTIFICADAS ATRAVÉS DE EXAME CITOPATOLÓGICO.....	28
Jesyka Thamires da Silva Pestana	
Semirames Cartonilho de Souza Ramos	
Maria Roberlândia Soares de Melo	
PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE O PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	44
Maria Joyce da Silva Barbosa	
Ryvea Parmenedys Fernandes Silva	
Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira	
Josinete Lopes de Azevedo	
Maria Roberlândia Soares de Melo	
“FAZ ESCURO, MAS EU CANTO”: CONSTRUINDO NOVOS SENTIDOS NA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....	63
Merlayne Pâmela de Oliveira e Silva	
Dailton Alencar Lucas de Lacerda	
Gilanne da Silva Ferreira	
Élida de Fátima Diniz Souza	
A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	79
Jeane Constantino Pereira	
Simone Bezerra Alves	
Erika Correia Fonseca de Oliveira	

ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 2.....	96
FREITAS, Anna Júlia de	
LUCENA, Mariana Michella Neves de	
COSTA, Janiza Carvalho da	
RODRIGUES, Ildnara Mangueira Trajano	
LOPES, Jhaynne Farias Cartaxo	
AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTêmICA E DIABETES MELLITUS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	112
Cleyton Oliveira Bezerra	
Patricia Domingos De Castro Silva Souza	
Lucineide Alves Vieira Braga	
Thais Teles de Souza	
Walleri Christini Torelli Reis	
(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E PERfil NUTRICIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB.....	125
Elaine Cristina Cavalcante de Souza	
Regiane Fixina de Lucena	
Josinete Lopes de Azevedo	
CENÁRIO DO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES ACOMPANHADAS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	148
Bruna Gisela Figueiredo de Melo	
Laís Kisly Costa Silva	
Regiane Fixina de Lucena	
Jane de Morais Barbosa	
MATRICIAMENTO PARA ABORDAGEM À TOXOPLASMOSE GESTACIONAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA, PB: A MEDICINA VETERINÁRIA CONTRIBUINDO NA ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL	166
Fernanda Agnes Sobral Guimarães	
Wagner de Farias Soares	
ABORDAGEM ODONTOLÓGICA AOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	173
Dielson Cavalcante de Melo	
Alex Pereira de Mendonça	
Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes	

Prefácio

A presente coleção reúne relatos de experiências e pesquisas que aborda a relevância da integração e o do trabalho multiprofissional na atenção primária à saúde, evidenciando os vínculos construídos entre profissionais e usuários em diferentes contextos. Destaca-se o papel das equipes multiprofissionais, que trabalham de forma integrada e garantir uma atenção centrada nas necessidades reais das pessoas.

Os artigos apresentados evidenciam não apenas os desafios enfrentados, mas sobretudo as possibilidades e os resultados obtidos quando o ensino, o serviço e a comunidade caminham juntos. Desde a promoção da saúde do idoso até as abordagens interprofissionais no pré-natal, passando pela elaboração de materiais educativos e avaliações clínicas, este conjunto de trabalhos reforça o compromisso com a humanização, a eficácia dos cuidados e a construção de redes de solidariedade. Que através da leitura inspire, gestores, profissionais e acadêmicos a fortalecerem e inovarem suas práticas, ampliando a qualidade da atenção na primária à saúde.

FORTALECENDO VÍNCULOS E SOLIDIFICANDO ELOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO ENTRE ACS E A ENFERMEIRA RESIDENTE

Karla Pollyana Silva de Oliveira¹

Ms. Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira²

Ana de Lourdes de Souza³

Ildnara Mangueira Trajano Rodrigues⁴

Maria Roberlândia Soares de Melo⁵

RESUMO:

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem suas raízes na década de 1980, marcada por intensas discussões e movimentos sociais em prol da democratização da saúde no Brasil. A figura do agente comunitário de saúde torna-se, assim, um agente de transformação, atuando não apenas na promoção da saúde, mas também no fortalecimento da cidadania e na democratização do acesso aos serviços de saúde. **METODOLOGIA:** Este artigo trata-se de um relato de experiência, construído a partir das observações registradas no diário de campo da

1 Enfermeira residente

2 Preceptora do Núcleo de Enfermagem e Orientadora

3 Preceptora do Núcleo de Enfermagem

4 Preceptora de Campo

5 Preceptora do Núcleo de Enfermagem

autora ao longo do seu período enquanto enfermeira residente e busca apresentar e analisar a experiência vivida e a relação entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais residentes, destacando o papel essencial dessa conexão na efetividade da atenção primária. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foi possível constatar que o vínculo entre o ACS e o profissional residente vai além de uma relação estritamente profissional. A presença de residentes no serviço auxilia na melhora do processo de trabalho, por aumentar a capacidade de resolução da equipe, promover o avanço do trabalho em equipe e fortalecer as mudanças no modelo de atenção à saúde. **CONCLUSÃO:** Destaca-se a necessidade de que haja mais produções acadêmicas que relatem, retratem, estudem e explorem esta rica relação que é a presença de profissionais residentes e como estes relacionam-se e interagem com a equipe, especialmente com os agentes comunitários de saúde.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; Residência em saúde; Atenção Básica;

ABSTRACT:

The Community Health Agents Program (PACS) has its roots in the 1980s, marked by intense discussions and social movements in favor of health democratization in Brazil. The figure of the community health agent thus becomes an agent of transformation, acting not only in health promotion, but also in strengthening citizenship and democratizing access to health services. **METHODOLOGY:** This article is an experience report, constructed from observations recorded in the author's field diary during her period as a resident nurse, aiming to present and analyze the lived experience and the relationship between Community Health Agents and resident professionals, highlighting the essential role of this connection in the effectiveness of primary care. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** It was possible to verify that the bond between the CHA and the resident professional goes beyond a strictly professional relationship. The presence of residents in the service helps improve the work process by increasing the team's resolution capacity, promoting the advancement of teamwork,

and strengthening changes in the health care model. **CONCLUSION:** It is emphasized the need for more academic productions that report, depict, study, and explore this rich relationship that is the presence of resident professionals and how they relate to and interact with the team, especially with community health agents.

Keywords: Community health agent; Health residency; Primary care.

INTRODUÇÃO

Uma ideia de saúde para todos

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na busca pela equidade e universalidade nos serviços de saúde no Brasil (MENDES, 2010) e é uma conquista significativa para a saúde pública. Segundo Silva (2019), “*O SUS é uma conquista da sociedade brasileira, sendo um sistema público de saúde que busca garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde*”.

Fundamentado em princípios sólidos, como a integralidade e a participação da comunidade, o SUS é um reflexo do compromisso do país com a promoção da saúde para todos. Neste contexto, exploraremos de maneira mais aprofundada o papel essencial desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na efetivação desses princípios, destacando sua importância para a saúde coletiva e pública (PAIM, 2011).

Os Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família: um importante passo na história do SUS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem suas raízes na década de 1980, marcada por intensas discussões e movimentos sociais em prol da democratização da saúde no Brasil. Nesse contexto, o país vivenciou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve um papel decisivo na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi consagrado pela Constituição Federal de 1988, representando um avanço significativo na busca pela universalização e integralidade dos serviços de saúde.

O PACS surge como uma estratégia para fortalecer a atenção primária à saúde, um dos pilares do SUS. Em 1991, o programa foi oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1886, sendo implementado inicialmente em algumas regiões piloto. O objetivo principal era aproximar os serviços de saúde das comunidades, estabelecendo um vínculo direto entre profissionais de saúde e população (Tesser *et al*, 2018).

A concepção inicial do PACS envolvia a seleção de agentes comunitários de saúde, moradores das próprias comunidades, para atuarem como elo entre a população e os serviços de saúde. A formação desses agentes incluía conhecimentos básicos em saúde, comunicação e aspectos éticos. Sua atuação se concentrava na prevenção de doenças, promoção da saúde e acompanhamento de famílias em suas áreas de atuação.

No entanto, o programa passou por uma importante reformulação em 1994, sendo revisado e ampliado pelo Ministério da Saúde com a criação do PACS II. Nessa nova fase, houve um incremento nas atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, incluindo ações mais específicas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O PACS, ao longo dos anos, demonstrou ser uma estratégia eficaz na melhoria dos indicadores de saúde e na promoção de uma atenção primária mais próxima e integrada. Sua trajetória histórica está intrinsecamente ligada à evolução do SUS e à busca constante por formas inovadoras de enfrentar os desafios do sistema de saúde brasileiro.

Em termos políticos, a consolidação do PACS também reflete um compromisso contínuo com a participação social e com a descentralização das ações de saúde. O programa evidencia a importância da mobilização comunitária e da construção de políticas públicas que considerem as singularidades de cada região. A figura do agente comunitário de saúde torna-se, assim, um agente de transformação, atuando não apenas na promoção da saúde, mas também no fortalecimento da cidadania e na democratização do acesso aos serviços de saúde.

A ideia de atenção básica em saúde vem desde o século XX e ganhou força em 1922 como relatório de Dawton (MELO *et al*, 2018). A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, dispara

para o mundo a importância do cuidado primário à saúde, garantindo aos sujeitos cuidado integral e universal.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978)

No Brasil, a partir de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação do direito de cidadania à saúde na Constituição de 1988, os princípios e orientações criados pelo movimento da reforma sanitária foram colocados em prática (VIANA, 1998). Durante esse período, houve um esforço para criar um novo modelo assistencial na APS, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Isso ocorreu em circunstâncias políticas e econômicas contrárias às políticas universalistas.

O PSF foi apresentado como uma estratégia de mudança do modelo assistencial a partir de 1996, superando o conceito de programa associado à verticalidade e transitoriedade (SILVA et al, 2018). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma certa fusão do Pacs com o PSF. As Equipes de Saúde da Família (EqSF), que inicialmente eram restritas a cidades pequenas e regiões mais pobres, se espalharam rapidamente para grandes centros nos anos 2000 (SILVA et al, 2018).

A estratégia, ao colocar a família como foco central, proporciona uma visão holística da saúde, considerando não apenas a presença de doenças, mas também o contexto social, econômico e cultural dos indivíduos. A presença de equipes multiprofissionais permite uma abordagem abrangente e eficaz.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um relato de experiência, construído a partir das observações registradas no diário de campo da autora ao longo do seu período enquanto enfermeira residente do Programa de Residência

Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade nos anos de 2022 a 2024 na capital da Paraíba.

No âmbito da pesquisa em saúde, o relato de experiência emerge como uma ferramenta valiosa para elucidar vivências práticas e complexas, “como mais uma possibilidade de criação de narrativa científica, especialmente no campo das pesquisas capazes de englobar processos e produções subjetivas” (Daltro, 2019), fundamentais para compreender a dinâmica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CINTRA, 2019).

Este relato busca apresentar e analisar a experiência vivida na construção e fortalecimento do vínculo entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais residentes, destacando o papel essencial dessa conexão na efetividade da atenção primária. Diante dessa abordagem, torna-se imperativo explorar o que caracteriza um relato de experiência, ressaltar sua importância e justificar a escolha desse método para a presente pesquisa.

O relato de experiência é uma modalidade de pesquisa qualitativa que se propõe a “descrever, analisar e interpretar vivências específicas, proporcionando uma visão detalhada e contextualizada de determinada prática ou situação” (NUNES et al., 2012, p. 1143). Neste contexto, o método revela-se como “uma ferramenta capaz de captar nuances e peculiaridades do cotidiano, promovendo uma compreensão aprofundada e enriquecedora das dinâmicas observadas” (NUNES et al., 2012, p. 1143).

A relevância do relato de experiência reside na sua capacidade de proporcionar “uma compreensão holística de práticas e contextos específicos” (PINTO et al., 2017, p. 507). No campo da saúde, essa abordagem possibilita a articulação de elementos práticos, emocionais e contextuais, contribuindo para “uma análise mais completa e significativa das ações desenvolvidas” (PINTO et al., 2017, p. 507). Além disso, o relato de experiência oferece “uma oportunidade única para reflexão crítica, destacando os aprendizados, desafios e impactos das práticas em questão” (PINTO et al., 2017, p. 507).

A opção pelo relato de experiência nesta pesquisa é motivada pela natureza complexa da interação entre ACS e profissional residente na

ESF. Esta experiência particular demanda uma abordagem que vá além dos dados quantitativos, permitindo “uma exploração mais profunda e contextualizada da importância do vínculo” (BRASIL, 1997). A flexibilidade inerente ao relato de experiência se revela crucial para evidenciar “as sutilezas e particularidades desse relacionamento, enfocando a prática cotidiana e suas implicações para a atenção primária” (BRASIL, 1997).

Por meio deste relato de experiência, almejamos não apenas documentar uma prática específica, mas também contribuir para “a construção de conhecimento prático e embasado na realidade vivida” (NUNES et al., 2012, p. 1143). Acreditamos que essa abordagem enriquece “a compreensão da importância do vínculo entre ACS e profissional residente, fornecendo subsídios para aprimorar as práticas na Estratégia de Saúde da Família e fortalecer o cuidado integral à comunidade” (PINTO et al., 2017, p. 507).

No contexto do relato de experiência, a necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pode ser dispensada em certos casos, principalmente quando não envolve a coleta de dados sensíveis ou identificáveis dos participantes. Conforme destacado por Carvalho e Nogueira (2018), o relato de experiência geralmente se baseia na narrativa reflexiva do pesquisador sobre suas próprias vivências ou observações no campo, sem a necessidade de envolvimento direto de sujeitos da pesquisa.

Nesse sentido, a obtenção de consentimento formal pode ser considerada desnecessária, uma vez que não há riscos significativos para os participantes. Além disso, o relato de experiência tende a respeitar a privacidade e a confidencialidade das informações compartilhadas, seguindo princípios éticos fundamentais da pesquisa em saúde. Dessa forma, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para relatos de experiência contribui para simplificar procedimentos burocráticos, tornando mais acessível a divulgação e discussão de práticas e vivências profissionais relevantes no campo da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O vínculo entre ACS e Residente

A integração dos ACS e da ESF é crucial para a consolidação dos princípios do SUS. A universalidade é alcançada pelos ACS ao adentrarem áreas de difícil acesso, enquanto a integralidade é promovida pela ESF, proporcionando cuidados completos e abrangentes (MENDES, 2018).

A equidade é fomentada pela atenção personalizada dos ACS, considerando as particularidades culturais e sociais de cada comunidade. Segundo Pinto *et al.* (2018), “Os ACS têm um papel fundamental na promoção da saúde, identificando necessidades locais, realizando visitas domiciliares e encaminhando casos para os serviços de saúde”. Sua proximidade com a população permite uma abordagem personalizada e eficaz na promoção de hábitos saudáveis e no controle de doenças.

Durante os dois anos de residência, pude constatar que o vínculo entre o ACS e o profissional residente vai além de uma relação estritamente profissional. Envolve confiança mútua, respeito pela cultura local e uma compreensão profunda das dinâmicas sociais. Essa relação colaborativa contribui para a superação de barreiras culturais e linguísticas, elementos frequentemente presentes em contextos de atenção primária em saúde.

A colaboração efetiva entre esses profissionais também se reflete na capacidade de planejar e implementar estratégias preventivas adaptadas à realidade local. O ACS, por estar inserido na comunidade, pode contribuir significativamente para a identificação de fatores de risco específicos e participar ativamente na elaboração de planos de ação que levem em consideração as características e necessidades da população assistida.

A troca constante de informações entre o ACS e o profissional residente também fortalece a capacidade de monitoramento da saúde da comunidade. A detecção precoce de surtos epidemiológicos, a análise de indicadores de saúde locais e a avaliação contínua do impacto das intervenções são aspectos beneficiados pela sinergia entre esses dois profissionais.

A importância do vínculo entre o ACS e o profissional residente também se manifesta na promoção da educação em saúde. A confiança estabelecida permite uma abordagem mais eficaz na disseminação de

informações sobre práticas preventivas (SILVA, 2018), cuidados básicos e promoção de estilos de vida saudáveis. Essa abordagem personalizada contribui para a adesão da comunidade às orientações de saúde.

Em suma, a integração estreita entre os Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais residentes fortalece a atenção primária no Brasil, permitindo uma abordagem mais eficiente, sensível e adaptada às necessidades locais. Essa parceria é essencial para a efetivação dos princípios do SUS, proporcionando uma atenção à saúde que vai além do tratamento de doenças, focando na promoção da saúde e na prevenção de agravos (SANTOS, 2017).

Muito embora a relação entre ACS e residentes seja uma realidade em todo o país, considerando a existência de pelo menos 37 programas que tem atuação na atenção básica (FLOR, 2023), pouco se encontra na literatura referências que fomentem e deem base a esta temática.

Construir-se e reconstruir-se: a saúde da família é coletiva

A partir daqui, peço licença para falar em primeira pessoa. Este tópico contará com o que há de mais intrínseco em meu relato, incluindo percepções e sentimentos.

Para falar sobre a importância do vínculo entre o ACS e o residente é preciso mencionar a estrutura da unidade integrada na qual residi durante esta formação e mencionar brevemente como é constituído o programa de residência do qual egresso.

A residência profissional em área de saúde, na qual está inserida a residência multiprofissional, foi instituída pela Lei 11.129/2005 e é definida como uma pós-graduação lato sensu que integra teoria e prática, sendo voltada para educação em serviço e destinada a categorias profissionais de saúde, exceto a categoria médica. Os programas de residência multiprofissional exigem dedicação exclusiva do residente, em regime integral, com carga horária semanal de 60 horas, incluindo plantão, com duração de 2 anos, sendo a carga horária total dividida entre 80% das horas para as atividades práticas, e 20% para as atividades teóricas, e o profissional residente desenvolve suas atividades nos serviços que compõem a rede do SUS e fazem referência à sua área de especialização. (OLIVEIRA, 2022, p. 27)

Desta maneira, o programa de residência do qual egresso é dividido em duas fases. Durante o primeiro ano de residência, denominado R1, ficamos imersos na USF, e no segundo ano, denominado R2, circulamos pelos serviços da rede de atenção à saúde do município para conhecer fluxos e compreender o funcionamento dos demais serviços, com exceção dos serviços hospitalares.

Durante o período de residência, de março de 2022 a fevereiro de 2024, eu, enfermeira, estive alocada - e acolhida - na Unidade Integrada Integrando Vidas. Localizada no território do Bairro João Paulo II, é composta por 4 equipes de saúde da família, sendo estas Funcionários II 1^a etapa, João Paulo II, Citex e Nova República.

Ligada à EqSF Funcionários II 1^a etapa em razão da preceptoria, ao chegar me deparei com uma imensidão de agentes comunitários de saúde, que já sabiam qual era o papel da residência no cenário da unidade de saúde – e viviam as dificuldade de um recente remapeamento. A equipe tem sob sua responsabilidade um território de aproximadamente 30 ruas, com população adscrita de cerca de 3500 pessoas, divididas entre 09 agentes comunitários de saúde.

Ao longo destes dois anos foi possível vivenciar, observar e experienciar a importância e as vantagens de ter profissionais ACS comprometidos e responsáveis. Também tive a oportunidade de liderar a equipe enquanto enfermeira por 3 vezes, quando a Enfermeira da equipe, minha preceptora, ausentou-se em razão de férias e serviço eleitoral.

Estes períodos são a coluna vertebral do relato que aqui trago. A relação entre residente multiprofissional e equipe acaba, muitas vezes, por estabelecer-se a partir da visão do residente enquanto profissional de apoio ou matricial, e, durante a residência tive a oportunidade de criar vínculo com os agentes de saúde me colocando no lugar de também enfermeira da equipe.

A longitudinalidade e o ACS como agente, do verbo agir.

O trabalho na atenção básica nos permite acompanhar uma pessoa ou família por todos os ciclos de vida. E o trabalho do ACS diminui as barreiras entre o profissional e a população.

O acompanhamento periódico de gestantes e crianças é algo que mantemos em agenda fixa, sendo os pré-natais realizados na segunda-feira à tarde, e a puericultura, em formato de atendimento multiprofissional, realizada na quarta-feira pela manhã. Esses acompanhamento tem bastante sucesso e poucas faltas, e só podem ser realizados com rigor de acompanhamento em virtude do trabalho de busca ativa realizado pelo ACS.

A estratégia encontrada para garantir que o acompanhamento seja realizado é o uso do agendamento, então, nas sextas-feiras a agenda de pré-natal é passada para os ACS, e nas terças, a da puericultura. Em ambas as situações eles realizam o chamamento dos usuários que são de seu território, garantindo assim que o vínculo seja mantido e o acompanhamento seja realizado.



Figura - O pré-natal de Tita
(Arquivo pessoal, 2022)



Figura - O primeiro neném
(Arquivo pessoal, 2022)

O Previne e suas metas (in)alcançáveis

Este relato é ainda atravessado pelo peso do Previne Brasil, que nos colocou diante de verdadeiros desafios. Mas, apesar de todos os pesares, aqui destaco que com o trabalho conjunto e primordial realizado pelos ACS pudemos alcançar índices satisfatórios em quase todos os indicadores.

O programa Previne Brasil foi criado pela Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento modifica várias maneiras pelas quais as transferências são repassadas aos municípios. Agora, elas serão distribuídas de acordo com três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para iniciativas estratégicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde (2023), a ideia é construir um modelo de financiamento que se concentre em fortalecer o acesso das pessoas aos serviços de Atenção Primária e fortalecer a conexão entre a população e a equipe.

Atualmente, os indicadores avaliados pelo Previne Brasil são:

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12^a semana de gestação;
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
4. Cobertura de exame citopatológico em mulheres entre 25 e 64 anos;
5. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente em crianças menores de 1 ano;
6. Percentual de pessoas hipertensas com consulta e pressão arterial aferida em cada semestre;
7. Percentual de diabéticos com consulta e solicitação de hemoglobina glicada.

Para cada um destes indicadores realizamos verdadeiras forças-tarefa, e aqui se fortalece novamente o papel do ACS enquanto buscador ativo da população no território.

As ações de HiperDia, que são ações voltadas para as pessoas com Hipertensão e Diabetes, no território passaram a ser semanais, a busca ativa pelos cartões de vacina das crianças menores de 1 ano, que já era feita, intensificou-se, os turnos de coleta de citologia aumentaram e ao mesmo tempo os agentes comunitários começaram a chamar por nome cada mulher que constava como citológico realizado a mais de 3 anos.

A estratégia de convites nominais tornou mais efetivo o trabalho de busca ativa, e as ações de hiperdia dentro do território possibilitaram que eu e os outros residentes conhecêssemos melhor o território e a população.

Andanças pelo território: enfermeira de família e comunidade

Destaco aqui que os agentes de saúde são todos “filhos do território”, conhecendo muito bem cada família, a história do território e todas as nuances que envolvem a vida comunitária, e este vínculo foi essencial para que eu pudesse também conhecer este território.

Conhecer o território aqui se distancia da visão estritamente estática da superfície e se aproxima muito mais das visões dinâmicas e vivas, trazidas por Milton Santos e Deleuze e Guattari, apresentadas por Lima e Yasui (2014). Segundo os autores, Milton versa sobre um território que, para além do espaço físico, se articula com o cotidiano das pessoas, sendo parte das relações ali estabelecidas e dos sentidos ali produzidos. A visão de Milton corrobora com a descrição de território trazida por Deleuze e Guattari, que acreditam ser impossível dissociar o território dos movimentos que o acompanham. (OLIVEIRA, 2022, p. 21)

Durante esses anos, as visitas domiciliares eram realizadas às terças ou sextas, ou quando necessárias. Vez ou outra a necessidade de estar nas ruas nos chamava e lá íamos nós, para as casas: curativos, visitas puererais, visita a acamados, cuidados em saúde mental... Independente da necessidade, lá estavam, para visitar conosco.

As ações de HiperDia, tiveram papel marcante e fundamental para a apropriação do território. A mesa montada em pontos estratégicos de cada microárea: às vezes na escola, na frente da casa do bolo, ou na lateral do bar de Seu Marcone davam à população a sensação de cuidado e a nós, a possibilidade de olhar de perto como a vida acontece no território. Durante estas ações realizamos aferição de pressão arterial, avaliação antropométrica, escuta e solicitação de exames laboratoriais, quando necessário.

O trabalho da equipe de saúde da família envolve a longitudinalidade, e a permanência da mesma enfermeira na equipe nos últimos 15 anos fortalece o vínculo com a população. O café à mesa servia de convite às

conversas longas e relembrando as histórias antigas, sempre havendo um sonoro: “Ô Nara, como você tá bonita. E os meninos, como estão? Depois vou lá pra conversar mais.” nos revelando que aquelas pessoas estão ali a tanto tempo que viram a enfermeira da equipe gestar seus dois filhos mais novos. O vínculo torna-se afeto e confiança, e a maneira como a população fala sobre seus agentes nos mostra que o trabalho do ACS é mais efetivo quando ele pertence, de fato, ao território.

O amor cresce na dor: uma reforma exaustiva

Esta parte do relato faz um recorte do período de agosto de 2022 a março de 2023. No período de minha chegada, a estrutura física da unidade estava bem comprometida, até que, em agosto de 2022, após o Conselho Regional de Medicina realizar uma fiscalização, a unidade foi interditada para atendimento médico. A partir de então foi necessário um desdobrar-se e refazer-se de toda a equipe, com mudanças de sala, poeira e calor, estratégias para atender a população de maneira mais eficaz.

Todo o caos em que a unidade se encontrava fez com que a equipe se aproximasse ainda mais, de modo que os ACS nos auxiliaram em todas as atividades que precisávamos realizar (incluindo aí escuta e recepção dos usuários). Durante esse tempo os agentes comunitários de saúde iniciaram uma formação técnica em agente comunitário de saúde, e eu estive junto a eles na construção de um mapa do território, que foi uma das atividades avaliativas do curso, e que foi muito útil para que eu conhecesse cada vez mais o território, e para que estreitassemos os laços. Um trabalho em equipe que resultou em um produto que até hoje está no consultório da enfermeira, tornando as informações do território de fácil acesso para a equipe e também para a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Que vínculo é esse?

Apesar dos avanços, enfrentamos desafios como à falta de recursos e a necessidade de aprimorar a formação dos ACS. Segundo Machado et al. (2020), “O fortalecimento da atuação dos ACS requer investimentos

em capacitação, valorização profissional e melhoria das condições de trabalho". Estratégias de capacitação e investimento são essenciais para superar tais obstáculos. O fortalecimento da parceria entre ACS, ESF e comunidade é crucial para a sustentabilidade dessas práticas, visando melhorar continuamente a qualidade do cuidado.

Embora as contribuições dos ACS e da residência multiprofissional na ESF sejam inegáveis, enfrentamos desafios significativos, como a necessidade de investimentos contínuos e aprimoramento na formação dos ACS. Estratégias de capacitação e o fortalecimento da parceria entre profissionais de saúde e comunidade são fundamentais para superar obstáculos e garantir a sustentabilidade dessas práticas.

Segundo Domingos *et al* (2015), foi possível identificar na fala de trabalhadores que receberam residentes multiprofissionais em saúde da família, que a residência tem o poder de promover a formação de profissionais qualificados para trabalhar na ESF. Citam ainda que a presença de residentes no serviço auxilia a melhora do processo de trabalho, por aumentar a capacidade de resolução da equipe, promover o avanço do trabalho em equipe e fortalecer as mudanças no modelo de atenção à saúde.

Aqui, teço críticas às mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A nova PNAB foi aprovada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, e que dá a cada ACS territórios maiores e populações adscritas maiores, tornando mais difícil o trabalho essencial do ACS, que é conhecer seu território e conseguir acompanhá-lo de perto, sendo o vínculo entre a equipe e a comunidade.

A PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família. O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de 3.000 pessoas/equipe (como média recomendada) da PNAB anterior. [...] A PNAB 2011 indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipe, sem mínimo.[...] O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe.[...] Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF. (MELO *et al*, 2018)

Em síntese, a atuação coordenada dos ACS e a implementação efetiva da ESF desempenham um papel crucial na concretização dos princípios do SUS. Ao promoverem saúde de forma integrada e acessível, essas estratégias demonstram seu valor na construção de um sistema de saúde efetivo e centrado nas necessidades da população brasileira. Porém, as mudanças nas políticas públicas voltadas à atenção básica, que perdem sua essência a cada reformulação, dificultam que se solidifique o trabalho de base do agente comunitário de saúde.

Acerca da minha experiência enquanto profissional em qualificação, enquanto coadjuvante neste cenário, exprimo aqui a necessidade de valorização e empoderamento destes que são atores principais no cuidado que a atenção básica se propõe a fazer, cuidado este pautado na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Acredito que o rumo que devemos seguir, é ir na contramão: quanto mais o modelo médico-centrado nos pede que sejamos especialistas focais, nos tornarmos equipe de família e comunidade, que cuida em todos os ciclos de vida, que conhece até o cachorro da família pelo nome, que retoma o PACS e diz aos ACS todos os dias “**vocês são nosso elo principal**”.

Deixo aqui meu agradecimento à minha querida equipe, por todo o aprendizado, por toda parceria: vocês me permitiram enxergar a equipe que desejo construir quando, enfim, tornar-me enfermeira de família e comunidade.

Ainda, deixo à gestão municipal meu sincero apelo: invistam na residência multiprofissional e no ACS. Estes, junto aos demais trabalhadores, podem contribuir imensamente para que a atenção básica deste município alcance a excelência.

Por fim, reitero a necessidade de que haja mais produções acadêmicas que relatem, retratem, estudem e explorem esta rica relação que é a presença de profissionais residentes e como estes relacionam-se e interagem com a equipe, especialmente com os agentes comunitários de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA PF, Giovanella L, FAUSTO MCR, Bousquat A. *Primary health care in the Brazil's unified health system: a review*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(4):373-386. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000400373>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.
- ASSUNÇÃO PAIVA, Carlos Henrique. *A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006)*. *Caminhos da História (UNIMONTES)* (ONLINE), v. 26, p. 32-55, 2021. Disponível em:
- <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100107&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 dez. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/1997/ppt1886.html>. Acesso em: 26 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAMPOS GW, Pereira Junior N. O Sistema Único de Saúde entre a tradição e a renovação. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(5):1323-1332. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500001>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.
- Carvalho, P. R., & Nogueira, D. A. (2018). Reflexões sobre a utilização do relato

de experiência como método de pesquisa qualitativa na enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 127-135. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000400014>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

CINTRA, Thais Silva; DORICCI, Giovana Cabral; GUANAES-LORENZI, Carla. *Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família*. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 24-38, jan. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 de fevereiro de 2024.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 223-237, jan. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 de janeiro de 2024

DOMINGOS, C. M; NUNES, E DE F P DE A; CARVALHO, B G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface–Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, p 1221-1232, out. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>> Acesso em: 13 de fevereiro de 2024.

FLOR, T. B. M. et al, Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 2018-290, jan. 2023. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.11292022>> Acesso em 12 de fevereiro de 2024.

LIMA LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000–2016. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017;22(4):1055-1064. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000401055>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

MACHADO CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. *The program for the development of primary healthcare units in the municipalities of the State of Rio de Janeiro, Brazil*. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(5):1389-1398. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501389>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

MACHADO, M. H., et al. (2020). **Agentes Comunitários de Saúde: desafios e perspectivas para a valorização profissional**. Editora Abrasco. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/editora/livros/agentes-comunitarios-de-saude-desafios-e-perspectivas-para-a-valorizacao-profissional/29470>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

MACINKO J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Affairs. 2010;29(12):2149-2160. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2010.0251>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 38-51. ISSN 2358-2898. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acessado: 12 de fevereiro de 2024.

MENDES, E. V. (2018). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Editora Hucitec. Disponível em: <<https://www.huciteceditora.com.br/produtos/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-aistencia-primaria-a-saude/292/>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024

NUNES MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MC, Lopes EM. Agentes comunitários de saúde: revelando sentidos do cuidado no cotidiano do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(5):1143-1152. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500010>. Acesso em: 26 de janeiro

de 2024.

OLIVEIRA, M. C., et al. (2020). **Estratégia de Saúde da Família: desafios e perspectivas para a atenção primária**. Editora Artmed. Disponível em: <<https://www.grupoa.com.br/editora/artmed/livro/estrategia-de-saude-da-familia/1259>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Fundo das Nações Unidas pela Infância. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978 [internet]. Brasília, DF: Unicef; 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequenc e=5&isAllowed=y&ua=1>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024

PAIM J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. 2011;377(9779):1778-1797. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract)> . Acesso em: 24 de dezembro de 2023

PINTO LF, Soratto J, Echevarría-Guanilo ME. Agentes comunitários de saúde: características pessoais e demandas de formação. **Trab. educ. saúde**. 2017;15(2):507-525. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200507>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

RASELLA D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. **Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data**. **BMJ**. 2014;349:g4014. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

SANTOS LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, et al. **Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil**. **Bull. World Health Organ.** 2017;95(2):103-112. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293450>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2024.

SILVA TRS, Ferreira JBB, Fernandes AMB, et al. O papel dos agentes comunitários de saúde na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud**

Publica. 2018;42:e113. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320962/>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2024.

SILVA, C. Dos S. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisas. **Saúde em Debate**, v. 42, n spe1, p. 452-456, set. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024

SILVA, J. R. (2019). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes e conquistas. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, 23(1), 45-56. Disponível em <https://www.scielo.br/article/rbsp/2019.v23n1/45-56>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024

Tesser, C. D., Norman, A. H. V. , Tiago B.. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 361-378. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, jul. 1998. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0103-731119980002000002>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

VICTORA, C. G., et al. (2019). **Saúde Coletiva: uma nova disciplina para um novo mundo**. Editora Fiocruz. Disponível em: <<https://www.editora.fiocruz.br/detalhe?id=90>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CÉRVICO-VAGINAIS IDENTIFICADAS ATRAVÉS DE EXAME CITOPATOLÓGICO

Jesyka Thamires da Silva Pestana¹
Semirames Cartonilho de Souza Ramos²
Maria Roberlândia Soares de Melo³

RESUMO

O exame de citologia oncológica, além de ser utilizado para triagem de lesões precursoras do câncer de colo do útero, também é eficaz para a detecção de agentes patogênicos, representando um instrumento de grande valia para o diagnóstico de alterações cérvico-vaginais que causam infecções.

Objetivo: Identificar as principais alterações cérvico-vaginais detectadas através dos resultados de exames citopatológicos realizados em uma Unidade de Saúde da Família, no município de João Pessoa, entre 2022-2023. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. As informações foram obtidas através da análise do livro de registros de resultados citopatológicos realizados na USF em questão. **Resultados:** Foram analisados 532 resultados, onde a faixa etária entre 25 a 45 anos representou 73,5% das mulheres submetidas ao exame. Dos epitélios encontrados, 56,8% eram só do tipo Escamoso; e a

1 Enfermeira residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

2 Enfermeira, Doutora, Professora do Departamento de enfermagem e Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba

3 Preceptora do Núcleo de Enfermagem

zona de transformação não foi visualizada em 56% dos exames, problemática que pode estar ligada a coleta e/ou avaliação pouco satisfatória, além de aparentemente poder estar associada a 51,7% dos resultados com ausência de conclusão diagnóstica. Ao analisar as alterações celulares, observou-se que 34,4% das mulheres apresentavam Inflamação; seguidas de 7,9% que apresentavam Atrofia com inflamação; e 7,0% apresentavam Inflamação e Metaplasia escamosa imatura. Com base na análise da microbiologia encontrada, foi demonstrada maior ocorrência de *Cocos*, em 43,2% do público e *Lactobacillus sp.*, em 26,6% destes. Já a presença de agentes patogênicos foi observada em 15% dos casos, sendo em 8,6% identificados Bacilos sugestivos de *Gardnerella vaginalis*; 5,6% identificados *Candida sp.*; e apenas 0,8% identificados *Tricomonas vaginalis*. **Considerações finais:** Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de vigilância, manejo e intervenção adequada para o tratamento e prevenção de infecções vaginais; fornecem insights valiosos sobre a saúde ginecológica da população estudada, destacando áreas de preocupação e oportunidades para melhorias na prática clínica e nos programas de saúde pública voltados para a saúde da mulher. Essas descobertas podem orientar futuras pesquisas e intervenções destinadas a promover a saúde ginecológica e prevenir doenças nesta comunidade específica.

Descriptores: Teste de Papanicolaou. Doenças Vaginais. Saúde da Mulher. Enfermagem.

ABSTRACT

The oncotic cytology exam, in addition to being used to screen for precursor lesions of cervical cancer, is also effective for detecting pathogenic agents, representing a highly valuable tool for diagnosing cervical-vaginal changes that cause infections. **Objective:** To identify the main cervical-vaginal changes detected through the results of cytopathological tests carried out in a Family Health Unit, in the city of João Pessoa, between 2022-2023. **Methods:** This is a retrospective, cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach. The information was obtained through analysis of the record book of cytopathological results performed at the USF in

question. **Results:** 532 results were analyzed, where the age group between 25 and 45 years old represented 73.5% of women undergoing the exam. Of the epithelia found, 56.8% were only of the Squamous type; and the transformation zone was not visualized in 56% of the exams, a problem that may be linked to unsatisfactory collection and/or evaluation, in addition to apparently being associated with 51.7% of results with a lack of diagnostic conclusion. When analyzing cellular changes, it was observed that 34.4% of women had Inflammation; followed by 7.9% who presented Atrophy with inflammation; and 7.0% had Inflammation and immature squamous Metaplasia. Based on the analysis of the microbiology found, a higher occurrence of Cocos was demonstrated, in 43.2% of the public, and Lactobacillus sp., in 26.6% of them. The presence of pathogenic agents was observed in 15% of cases, with bacilli suggestive of Gardnerella vaginalis being identified in 8.6%; 5.6% identified Candida sp.; and only 0.8% identified Trichomonas vaginalis.

Final considerations: The results of this study suggest the need for surveillance, management and appropriate intervention for the treatment and prevention of vaginal infections; provide valuable insights into the gynecological health of the study population, highlighting areas of concern and opportunities for improvements in clinical practice and public health programs aimed at women's health. These findings can guide future research and interventions aimed at promoting gynecological health and preventing disease in this specific community.

Descriptors: Pap smear test. Vaginal Diseases. Women's Health. Nursing.

INTRODUÇÃO

A região vaginal possui uma extensa variedade bacteriana e fúngica, cuja sua composição vai se alterando de acordo com a idade. No entanto, o trato reprodutivo feminino possui barreiras anatômicas, microbiológicas e imunológicas para se defender contra infecções. A microbiota vaginal é composta por lactobacilos protetores que desempenham um papel importante no surgimento de doenças e na manutenção da saúde genital (Silveira *et al.*, 2022).

A região é predominantemente constituída por bactérias aeróbicas, e a manutenção do equilíbrio vaginal ocorre em favor das bactérias lácticas ou bacilos de doderlin, que representam 95% dos microrganismos vaginais. Esses produzem ácido láctico, peróxido de hidrogênio e outras substâncias que protegem contra patógenos, limita o crescimento de microrganismos potencialmente nocivos e conserva o equilíbrio do ecossistema, mantendo o pH vaginal em níveis estáveis (Teixeira *et al.*, 2021).

O que determina a microbiologia vaginal são fatores que afetam a viabilidade bacteriana, esses fatores incluem o pH vaginal e a disponibilidade de glicogênio para o metabolismo bacteriano. Os lactobacilos causam citólise de células escamosas intermediárias ricas em glicogênio citoplasmático e o glicogênio é convertido em glicose pelos lactobacilos. Através da ação da amilase e da maltase, a glicose é convertida em ácido láctico, que mantém o pH ácido da vagina e previne a colonização de bactérias patogênicas (Souza *et al.*, 2021).

Vários fatores externos têm sido associados à suscetibilidade e perda da estabilidade da microbiota, incluindo: menstruação; pós-coito; excitação (produz transudato que eleva o pH vaginal); vírus do HIV; menopausa; diabetes descompensada; uso de duchas vaginais; dispositivo intra-uterino (DIU), roupas justas e sintéticas; uso de absorventes internos; práticas inadequadas de higiene; gravidez; lesão da mucosa (devido à lubrificação insuficiente durante a relação sexual); uso de antibióticos de amplo espectro; drogas quimioterápicas; imunossupressores; glicocorticoides; contraceptivos hormonais orais de alta dose (Silva; Guimarães; Trindade, 2023).

Em mulheres em idade reprodutiva, o epitélio escamoso altamente proliferativo da camada externa do colo do útero é uma excelente barreira contra danos. Em crianças e mulheres na pós-menopausa, o epitélio frequentemente está atrofiado, condição que promove uma resposta inflamatória. O epitélio colunar simples da endocérvice e do endométrio é sensível a agentes infecciosos. Quando o microbioma vaginal está desequilibrado, as mulheres podem desenvolver vulvovaginite, cervicite ou vaginose bacteriana. A vulvovaginite inclui manifestações infecciosas e/ou inflamatórias do trato geniturinário, enquanto a cervicite também

é uma alteração inflamatória ou infecciosa do colo do útero. Geralmente causada por *Candida spp.* ou *Trichomonas vaginalis*, ambas são sintomáticas (Lima *et al.*, 2022).

Essas infecções impactam a vida de milhares de mulheres em todo o mundo, sendo uma das principais queixas sintomáticas durante a realização do exame citopatológico. Vale enfatizar que seus sintomas podem afetar a qualidade de vida desse público e acarretar complicações graves quando não tratada de forma adequada (Marques *et al.*, 2022).

O exame de citologia oncótica, além de ser prioritariamente utilizado para triagem de lesões precursoras do câncer de colo do útero, também é eficaz para a detecção de agentes patogênicos, representando um instrumento de grande valia para o diagnóstico de alterações cérvico-vaginais que podem causar infecções, como a candidíase, vaginose bacteriana e tricomaníase (Luz *et al.*, 2022). A partir disso, os dados obtidos através do mesmo podem ser considerados um aliado para a mensuração da problemática entre o público avaliado. Ademais, considerando o impacto substancial dessas infecções na saúde pública e individual das mulheres, a pesquisa neste campo é crucial para promover uma abordagem mais holística e abrangente no cuidado da saúde feminina, visando melhorar a qualidade de vida e reduzir as complicações associadas a essas condições.

Diante de tais considerações, surge a seguinte questão condutora para o presente estudo: quais são as principais alterações cérvico-vaginais detectadas através dos resultados de exames citopatológicos? Com isso, o estudo objetivou identificar as principais alterações cérvico-vaginais detectadas através dos resultados de exames citopatológicos realizados na Unidade de Saúde da Família (USF) Saúde e Vida, no município de João Pessoa, entre 2022-2023.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. As informações para esta pesquisa foram obtidas através da análise do livro de registros de resultados citopatológicos realizados na USF Saúde e Vida, no município de João Pessoa-PB.

População e amostra do estudo

A população foram os registros dos resultados de exames realizados na USF entre os anos de 2022 e 2023, sendo a amostra 532 resultados selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Todos os resultados de exames citopatológicos de mulheres registrados na USF entre os anos de 2022 e 2023;
- Resultados satisfatórios;
- Resultados alterados com encaminhamento colposcópico e histopatológico;
- Resultados com achados de bactérias ou fungos causadores de infecções cérvico-vaginais.

Como critério de exclusão, foram utilizados:

- Resultados de exames com dados incompletos da paciente;
- Resultados ilegíveis;
- Resultados de amostras não satisfatórias.

Análise dos dados

Os dados provenientes dos resultados de exames, coletados através do questionário, construído via plataforma “Google Forms”, foram plotados em uma planilha eletrônica. As variáveis foram dispostas em gráficos utilizando porcentagem simples. O banco de dados foi composto pelas seguintes variáveis:

- Ano da coleta;
- Idade;
- Epitélios representados na amostra (escamoso; glândular; metaplásico);
- Alterações celulares benignas (inflamação/ metaplasia escamosa imatura/ atrofia com inflamação/ sem resultado);
- Microbiologia (*lactobacillus sp./ cándida sp. /cocos/ bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de gardnerella vaginalis) / outros bacilos*);
- Conclusão (negativo para malignidade/positivo para malignidade).

Riscos e benefícios

Riscos

Por ser uma pesquisa documental, não houve contato direto com as mulheres cujos resultados de exames foram analisados. Sendo assim, os riscos incluem a não garantia do sigilo dos dados no sentido de preservar a confidencialidade e privacidade dos sujeitos. Para minimizar esses riscos, as pesquisadoras se comprometeram a utilizar cuidados e estratégias de não identificação das mulheres, sendo utilizado como dados apenas números.

Benefícios

A pesquisa poderá contribuir com dados e informações a respeito das alterações cérvico-vaginais mais prevalentes e proporcionará aos profissionais da saúde e gestores informações e subsídios para a promoção da saúde das mulheres. Permitirá reflexões para um melhor direcionamento das ações e serviços na atenção à saúde e desenvolvimento de políticas públicas que tenham como alvo a melhoria da qualidade da assistência. Poderá contribuir num melhor direcionamento de condutas, mudança de atitude dos profissionais e gestores quanto às práticas da assistência e da gerência da USF.

Aspectos éticos

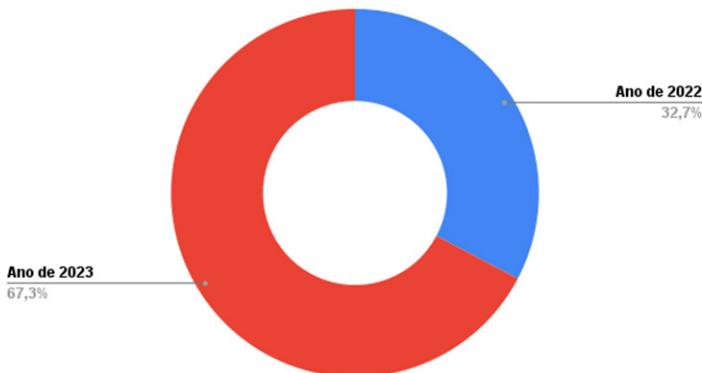
O estudo foi construído segundo as orientações da Resolução N° 466/2012, que orienta sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, e entre outros princípios trata da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. As pesquisadoras se comprometeram a garantir o sigilo dos dados no sentido de preservar a confidencialidade e privacidade dos sujeitos da pesquisa e das instituições envolvidas, e que os dados coletados foram utilizados exclusivamente para a destinação proposta através do objetivo apresentado na pesquisa. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sendo aprovado sob o CAAE: 76550523.3.0000.5188. Somente após aprovação foi iniciada a fase de coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 532 resultados de exames realizados de janeiro a dezembro, entre os anos de 2022 e 2023. Desses 174 (32,7%) foram feitos no ano de 2022 e 358 (67,3%) no ano de 2023, assim como mostra a Figura 1 dessa pesquisa. Vale ressaltar, que a sala de realização do exame ficou interditada por falta de estrutura física, de março a agosto de 2022, acredita-se que por esse motivo existe uma divergência evidente entre os anos.

Figura 1- Resultados de exames citopatológicos realizados entre 2022-2023

532 resultados



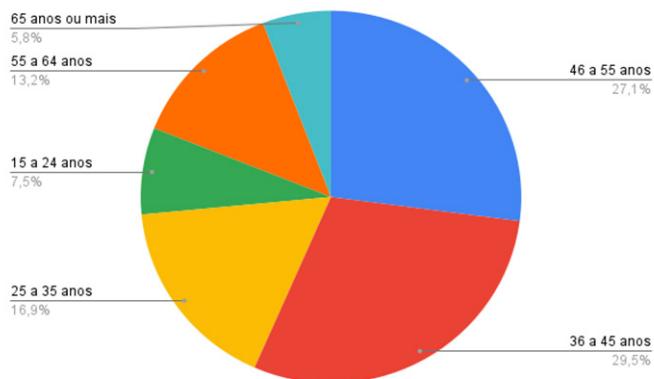
Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

Ao analisar a distribuição etária das mulheres que realizaram o exame, notou-se maior prevalência entre a faixa dos 36 aos 45 anos (29,5%). Em sequência, estão as mulheres com 46 aos 55 anos (27,1%), e as com 25 a 35 anos (16,9%). Em seguida, observa-se as de 55 a 64 anos (13,2%), e em menor número as de 15 a 24 anos (7,5%), seguidas das maiores de 65 anos (5,8 %). Desta forma, a faixa etária entre 25 a 45 anos representaram 73,5% das mulheres submetidas ao exame, como se pode ver na Figura 2.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram

atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais e devem seguir até os 64 anos de idade. Resultados semelhantes ao dessa pesquisa foram obtidos no estudo de Barros et al. (2023), onde foi predominante a realização do exame citopatológico em mulheres com idade entre 18 e 40 anos. Já um estudo realizado por Ronchi et al. (2022), no Sul do país, a prevalência média de idade de indivíduos que realizaram o exame foi de 42,65 anos, diferindo um pouco dos resultados encontrados nesse estudo.

Figura 2- Faixa etária das mulheres que realizaram o exame entre 2022-2023



Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

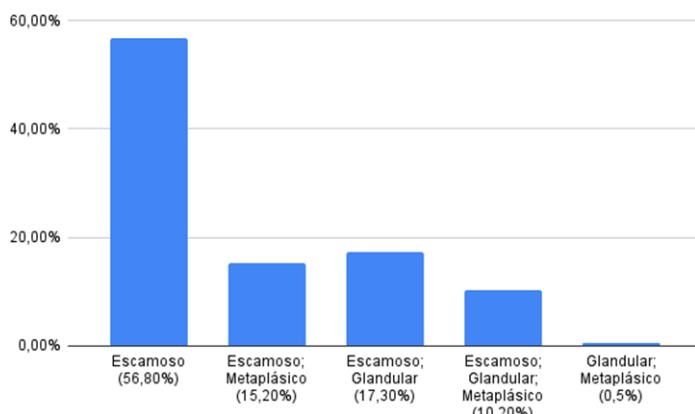
Em relação aos epitélios representados nas amostras, 302 eram só do tipo Escamoso (56,8%); 81 eram do tipo Escamoso e Metaplásico (15,20%); 92 apresentavam epitélio Escamoso e Glandular (17,30%); 54 apresentavam as três formas epiteliais: Escamoso; Glandular e Metaplásico (10,2%); e apenas 03 eram do tipo Glandular e Metaplásico (0,5%), como é possível identificar na Figura 3.

A partir dessa análise, é possível perceber um número elevado de resultados contendo somente epitélio do tipo Escamoso (56,8%), o que pode significar que a coleta foi realizada de maneira inadequada ou a leitura da lâmina foi pouco satisfatória. De qualquer forma, considera-se um dado relevante, pois implica em melhorar a qualificação dos

profissionais envolvidos na etapa de coleta do exame e leitura da lâmina no laboratório, visto que, o fato de mais da metade dos resultados terem somente epitélios do tipo escamoso, gera dificuldade diagnóstica e impõe a necessidade de repetição do exame, fato que pode gerar mais custos.

Um estudo realizado por Maciel *et al.* (2020), mostrou algo parecido. As células escamosas foram as que apresentaram registros mais frequentes, em 99,4% dos laudos, sucedido pelas células glandulares que representaram 59,1% dos resultados. Já presença de células metaplásicas foi frequente em apenas 38,6% desses. Com isso, é possível perceber que esses resultados podem implicar em risco de subdiagnóstico, além de demonstrar coleta de baixa qualidade.

Figura 3- Epitélios representados nas amostras



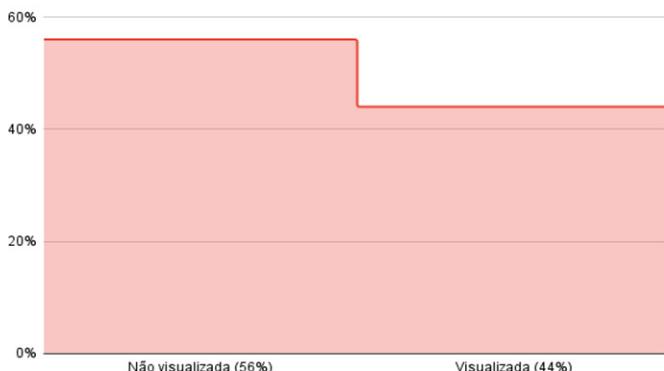
Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

Segundo Barbosa *et al.* (2020), para validar a qualidade da coleta, é necessário estar presente, no mínimo, células escamosas e metaplásicas ou células endocervicais representativas da junção escamocolunar (JEC) e da zona de transformação, pois o objetivo da coleta é obter elementos celulares representativos de onde ela está localizada quase todos os tipos de cânceres cervicais.

Essa problemática ainda pode ser vista quando analisada a variável “representatividade da zona de transformação”, que obteve mais

da metade (298) dos resultados não visualizados (56%) e 234 resultados visualizados (44%), como pode ser visto na Figura 4.

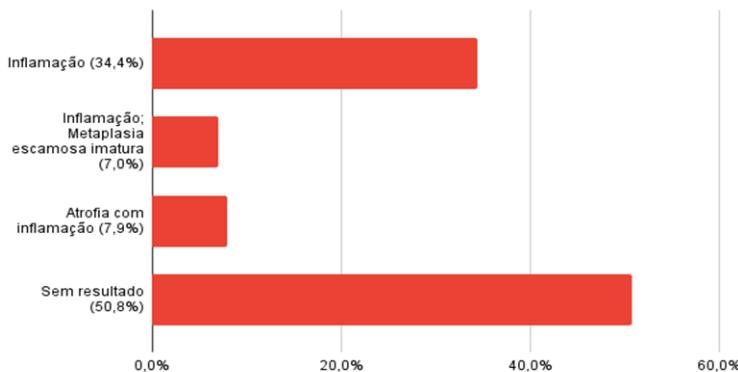
Figura 4- Representatividade da zona de transformação



Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

Ao analisar as alterações celulares benignas reativas ou reparativas dos resultados obtidos, observou-se que 183 mulheres apresentavam Inflamação (34,4%); seguidas de 42 que apresentavam Atrofia com inflamação (7,9%); e por fim, 37 mulheres apresentavam Inflamação e Metaplasia escamosa imatura (7,0%). Já a maioria dos resultados (270), não apresentaram essa variável (50,8%), o que indica que as mulheres submetidas ao exame de histologia oncoética não manifestavam alterações neste quesito, como é possível identificar na Figura 5.

Com base na análise da microbiologia encontrada nos resultados, foi verificado maior ocorrência de *Cocos*, um total de 230 (43,2%); seguido por *Lactobacillus sp.*, com total de 147 resultados (26,6%), assim como pode ser avaliado na Figura 6. Ambos são agentes que compõem a microbiota vaginal e a recomendação segundo o Ministério da Saúde (2016) é seguir a rotina de rastreamento citológico e tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal. Outros bacilos também foram vistos em 96 resultados, somando 5,6% dessas mulheres.

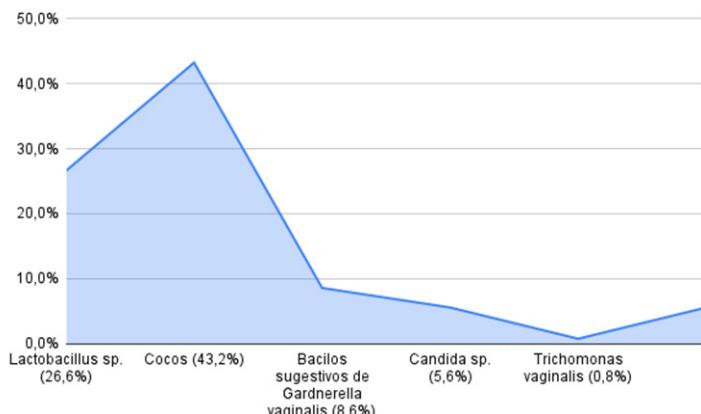
Figura 5- Alterações celulares benignas reativas ou reparativas

Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

Esses dados assemelham-se aos resultados identificados por Rodrigues e Moraes (2020), que revelou Cocos em 44,8% dos resultados, mas divergiu desse estudo em relação a variável “outros bacilos”, onde seus resultados tiveram taxas elevadas (39,4%). Já Barros et al. (2023), demonstrou semelhança em suas amostras, revelando um achado de 47,40% em Cocos; e 15,10% em *Lactobacillus sp.*; Já a variável “outros bacilos” também trouxe incongruências com os resultados dessa pesquisa, revelando 38,40% dos casos.

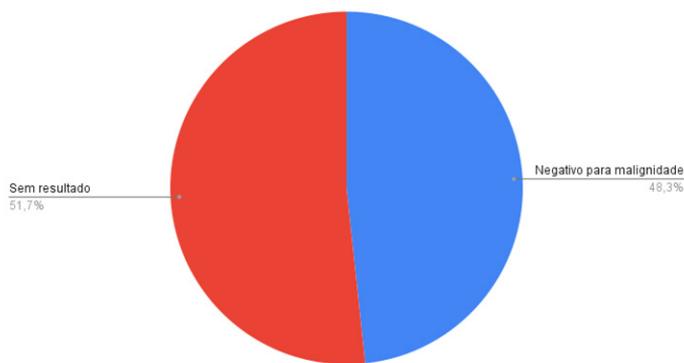
Quanto a presença de agentes patogênicos, foi observada em 15% dos casos, sendo em 46 resultados identificados Bacilos sugestivos de *Gardnerella vaginalis* (8,6%); 30 resultados identificados *Candida sp.* (5,6%); e apenas 04 resultados identificados *Trichomonas vaginalis* (0,8%), como pode ser observado na Figura 6. Vale ressaltar que o mesmo resultado pode conter mais de uma variável.

Congruente com esses achados, Maciel et al. (2020) evidenciou em seu estudo que entre os agentes infecciosos encontrados em exames de papanicolau, 14,9% eram sugestivos de *Gardnerella vaginalis*; 3,9% de *Candida sp.*; e 1,1% de *Trichomonas vaginalis*. Estudo realizado por Silva e Bessa (2023) também encontrou resultados parecidos, revelando em suas amostras que 19% dos agentes patogênicos encontrados eram sugestivos de *Gardnerella vaginalis*; 5% de *Candida sp.*; e 3% de *Trichomonas vaginalis*.

Figura 6- Microbiologia encontrada nos resultados avaliados

Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

A partir dos resultados avaliados, em nenhum foi encontrado qualquer tipo de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Porém, dentre eles, 275 não revelaram conclusão diagnóstica (51,7%); e 257 tiveram conclusão negativa para malignidade (48,3%), como se pode observar na Figura 7. Isso implica em mais uma problemática, pois se não se obteve a conclusão diagnóstica em mais da metade deles, com isso, não se sabe se de fato não havia evidência para malignidade.

Figura 7- Conclusão dos resultados avaliados

Fonte: Dados coletados, 2022-2023.

Ao avaliar dentre os resultados que não se obteve conclusão diagnóstica, observou-se que 205 deles (74,55%) só continham o epitélio celular escamoso e não apresentavam zona de transformação, demonstrando uma possível associação entre eles, o que mais uma vez gera um alerta para o tipo de coleta e/ou avaliação laboratorial que essas amostras estão tendo. Já os 70 resultados restantes que não possuíam conclusão diagnóstica (25,45%), continham pelo menos dois tipos de células epiteliais e todos esses abrangiam sua zona de transformação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o exame citopatológico seja um método utilizado para o rastreio do câncer de colo uterino, este é também capaz de identificar alterações cérvico-vaginais que podem resultar em infecções, estas por si geram desconforto e diminuição da qualidade de vida da mulher. A partir dos resultados analisados, foi possível observar que as mulheres entre 25 e 45 anos representaram a maioria que se submeteram ao exame. Além disso, foram identificadas algumas alterações que compreenderam o objetivo proposto pela pesquisa, como a presença de patógenos infeciosos. Entre eles, estão em maior evidencia os bacilos sugestivos de *Gardnerella vaginalis*, seguido da *Candida sp.*, e por fim o *Trichomonas vaginalis*.

Os resultados analisados também apontaram para uma deficiência na qualidade dos exames coletados, demonstrada pela ausência de células metaplásicas e glandulares, além de conclusão diagnóstica em quantidade considerável de resultados, o que indica que a coleta foi realizada de maneira inadequada e/ou a leitura da lâmina foi pouco satisfatória, o que implica na qualificação dos profissionais envolvidos.

Diante do que foi visto, sugere-se a necessidade de vigilância, manejo e intervenção adequada para o tratamento e prevenção de infecções vaginais; fornecem insights valiosos sobre a saúde ginecológica da população estudada, destacando áreas de preocupação e oportunidades para melhorias na prática clínica e nos programas de saúde pública voltados para a saúde da mulher. Essas descobertas podem orientar futuras pesquisas e intervenções destinadas a promover a saúde ginecológica e prevenir

doenças nesta comunidade específica. Esse estudo apresentou limitações por ter sido realizado em apenas uma Unidade de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. S. L. et al. Realização do exame citopatológico em mulheres: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, não. 11, pág. e2339119006-e2339119006, 2020.

BARROS, P. F. S. et al. PREVALÊNCIA DE MICRORGANISMOS IDENTIFICADOS EM ESFREGAÇÕES CERVICO VAGINAIS DE PACIENTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE, CEARÁ. **Revista de Epidemiologia e Saúde Pública-RESP**, v. 1, n. 2, 2023.

BRASIL. **Cadernos da Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo de útero e da mama**. 2013. Acesso em: 10 fev 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterino_2013.pdf.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica. Saúde das mulheres**. 2016. Acesso em: 10 fev 2024. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

COSTA, I. M. V. et al. O papel da enfermagem na prevenção e controle da tricomoníase em mulheres. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 40-40, 2021.

CRUZ, G. Silva. et al. Candidíase vulvovaginal na Atenção Primária à Saúde: diagnóstico e tratamento. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, 2020.

LIMA, H. G. M. et al. Candidíase vulvovaginal na atenção primária à saúde: rastreamento de mulheres diagnosticadas em municípios na região central do Estado do Tocantins, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e51111929505-e51111929505, 2022.

LUZ, B. N. et al. Perfil de mulheres mais vulneráveis a desenvolver candidíase e seu tratamento farmacológico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e35111032477-e35111032477, 2022.

MACIEL, N. S. et al. Análise dos resultados do último laudo citopatológico de pacientes com Papanicolaou em atraso. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, 2020.

MARQUES, V. G. P. S. et al. A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU NA SAÚDE DA MULHER. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 3, n. 12, p. e3122456-e3122456, 2022.

RODRIGUES, M.; MORAES, M. Exame citopatológico do colo uterino: descrição dos principais indicadores em um município nordestino. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 3, p. 108-122, 2020.

RONCHI, D. G. et al. ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS EM EXAMES PAPANICOLAU NA CIDADE DE IJUÍ, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL. **Salão do Conhecimento**, v. 8, n. 8, 2022.

SILVA, J. N.; BESSA, M. E. P. ANÁLISE DE LAUDOS DE EXAME PAPANICOLAU NÃO RETIRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE. **Cadernos ESP**, v. 17, n. 1, p. e1402-e1402, 2023.

SILVA, A. C. B.; GUIMARÃES, A. P. A.; TRINDADE, E. L. Perfil citopatológico dos exames preventivos do câncer de colo de útero realizados no estado do Pará no período de 2017 a 2020. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, p. e11672-e11672, 2023.

SILVEIRA, D. C. M. et al. PREVALÊNCIA DE MICRORGANISMOS PATOGÊNICOS EM MULHERES EM UM AMBULATÓRIO PARTICULAR DE GINECOLOGIA DE SÃO LUÍS, MARANHÃO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 9, p. 152-163, 2022.

SOUZA, S. G. V et al. Comparação dos métodos de Papanicolaou e Gram para diagnóstico laboratorial de vaginose bacteriana em material coletado da região cervical e fundo de saco vaginal. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 104930-104945, 2021.

TEIXEIRA, A. A. et al. Análise retrospectiva: o que denota os exames citopatológicos da unidade CEPS. **Scire Salutis**, v. 11, n. 2, p. 93-101, 2021.

PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE O PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Maria Joyce da Silva Barbosa¹

Ryvea Parmennedy Fernandes Silva²

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira³

Josinete Lopes de Azevedo⁴

Maria Roberlândia Soares de Melo⁵

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de gestantes e puérperas atendidas no pré-natal interprofissional em uma Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa, Paraíba. **Metodologia:** uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, com obtenção de dados por meio da aplicação de um questionário a puérperas e gestantes.

Resultados: participaram do estudo 25 mulheres cisgênero com faixa etária de 15 a 45 anos, mais da metade possui o ensino médio completo, a maioria é de cor parda, com renda de um a dois salários mínimos e união estável. A maior parte teve entre duas e três gestações, 84% sabiam o que

1 Enfermeira residente

2 Enfermeira residente

3 Preceptora do Núcleo de Enfermagem e Orientadora

4 Preceptora de Campo

5 Preceptora do Núcleo de Enfermagem

é pré-natal, 80% responderam que equipe multiprofissional são diferentes profissionais trabalhando em conjunto no mesmo local. 92% relataram que as informações repassadas nas consultas influenciaram de forma positiva e 80% que a quantidade de pessoas na sala não incomodava e 100% entendiam a linguagem utilizada. 72% tiveram um pré-natal interprofissional. Nas consultas interprofissionais, as mulheres se sentiram mais acolhidas e avaliaram positivamente esse tipo de assistência. **Conclusão:** Apesar dos desafios identificados, a abordagem adotada parece estar alinhada com as expectativas e necessidades das mulheres atendidas, reforçando a importância de estratégias interprofissionais na promoção da saúde materno infantil.

Descriptores: Assistência Integral à saúde. Equipe multiprofissional. Pré-natal.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a principal porta de entrada dos serviços de saúde, tendo a Estratégia em Saúde da Família (ESF) como o seu principal plano para organizar o modelo assistencial que busca desenvolver ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e reabilitação, incluindo a assistência ao pré-natal como uma de suas principais ações programáticas (Brasil, 2017).

Para fortalecer ainda mais esses cuidados, é instituída a Rede Cegonha, que tem o objetivo de focar a saúde do binômio mãe-filho, da gestação até dois anos de idade da criança, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil por meio de boas práticas na atenção à gestação e ao nascimento (Brasil, 2011).

O pré-natal é o passo inicial para se obter uma gestação e nascimento saudáveis, pois realiza a promoção do bem-estar físico e emocional ao longo desse período, trazendo informações e orientações sobre o desenvolvimento da gestação. Além do mais, um dos principais objetivos das consultas é acolher a mulher e assistir todas as suas necessidades, ressaltando que cada gestante possui diferentes formas de lidar com esse momento (Brito *et al.*, 2021).

A atenção ao pré-natal concebe ações de educação em saúde, identificação de fatores de risco, prevenção e tratamento de possíveis complicações e agravos, realiza o planejamento e estrutura para garantir acesso e continuidade da assistência com integralidade para mãe e criança (Cunha *et al.*, 2019).

O período gestacional compreende um conjunto de mudanças anatomo-fisiológicas no corpo da mulher, tendo transformações físicas, implicações psicológicas, sociais e culturais, com isso, as consultas de pré-natal são configuradas como uma ferramenta de grande importância para detecção, prevenção e tratamento de condições que possam atingir a saúde materna e fetal (Cunha *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a equipe multiprofissional na APS possui conhecimento teórico-científico e respaldo legal para ofertar uma assistência qualificada ao pré-natal e resolutividade na gestação, por intermédio de atividades educativas com grupos de gestantes, atendimentos compartilhados, discussão de casos, consultas individuais e visitas domiciliares, garantindo um cuidado continuado, longitudinal e integral. Essa metodologia de trabalho em saúde busca diminuir a fragmentação da atenção, consolida a responsabilização clínica, valoriza o cuidado interdisciplinar e regula as redes assistenciais (Franco *et al.*, 2020).

Os profissionais da equipe multiprofissional não atuam somente no apoio matricial, mas ofertam serviços de clínica ampliada, o que constrói novas práticas no contexto de atuação. Essa interação potencializa e propicia aprendizado e reestruturação no atendimento oferecido nas unidades (Monteiro *et al.*, 2019).

Quando profissionais de diferentes áreas de formação (equipe multiprofissional), desenvolvem o trabalho em conjunto, é chamado de interprofissionalidade, em que a colaboração atravessa o planejamento e implementação de ações em saúde. É um modo de agir fundamental para atingir a integralidade do cuidado na APS. A interprofissionalidade é uma prática colaborativa em saúde e se apresenta como uma das melhores formas para enfrentar os desafios existentes (Ribeiro *et al.*, 2021).

De acordo com Franco *et al* (2020), o atendimento interprofissional capacitado e com cobertura ampliada é uma das estratégias para qualificar a atenção em saúde e melhorar a articulação intersetorial, pois possibilita

uma assistência humanizada e amplia o olhar frente às singularidades das mulheres.

A inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, por meio de uma abordagem interprofissional, tem possibilitado a criação de um novo perfil de profissionais para a APS, não se tratando apenas do residente, mas de toda equipe, um vez que tem aprimorado as atividades diárias e causado impactos importantes no processo de trabalho, resultando em uma reestruturação do mesmo (Monteiro *et al.*, 2019).

Face às considerações mencionadas, o interesse sobre o tema ocorreu diante da experiência vivenciada durante a residência multiprofissional, onde foi possível realizar interconsultas de pré-natal com profissionais de diferentes áreas de saúde e, diante disso, questiona-se: Qual a percepção das gestantes e puérperas sobre o pré natal interprofissional na APS?

Com o propósito de responder ao questionamento de pesquisa supracitado, foram delimitados para o estudo os seguintes objetivos, analisar os dados sobre a percepção das gestantes e puérperas atendidas no pré-natal interprofissional em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de João Pessoa, Paraíba; averiguar a qualidade da assistência interprofissional prestada; destacar a importância de uma equipe multiprofissional para a assistência de saúde.

MÉTODOS

Caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa aplicado a puérperas e gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa, Paraíba.

Ressalta-se que a pesquisa descritiva busca comparar e conhecer as diversas situações que envolvem o comportamento humano, seja individual ou em grupos, em aspectos econômicos, culturais, sociais, entre outros. Nesse tipo de estudo, os dados são extraídos do ambiente natural, da vida real onde sucedem e são analisados à luz das influências que o ambiente executa sobre eles (MICHEL, 2005).

É importante destacar que a abordagem quantitativa usa a quantificação para coletar as informações e para tratar elas, por meio de técnicas estatísticas, seja ela simples como média, desvio-padrão, percentual ou as mais complexas como coeficientes de correlação, análise de regressão e outras (MICHEL, 2005), são usadas quando procura a precisão, esquivando-se de distorções na análise e interpretação dos dados, sustentando uma margem de segurança em relação às inferências (GODOY, 1995).

Segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa não busca enumerar os eventos estudados e/ou comprovar por instrumentos estatísticos na análise de dados. Parte da análise de dados descritivos, abrangendo de forma detalhada, consistente e coerente. Buscando compreender os fenômenos de acordo com a perspectiva dos sujeitos participantes do estudo.

O projeto foi desenvolvido no município de João Pessoa no estado da Paraíba, na Unidade de Saúde da Família (USF) Santa Clara Integrada localizada no endereço Rua Nevinha Raposo, 53, Castelo Branco III, pertencente ao Distrito Sanitário V. A USF possui duas equipes de saúde da família (ESF), com funcionamento de segunda- feira à sexta- feira das 7h às 16h. Além da equipe de estratégia de saúde da família (ESF), também conta com residentes multiprofissionais dos núcleos de enfermagem, medicina veterinária, nutrição e farmácia do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde.

A população do estudo foi composta por gestantes e puérperas cadastradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), vinculadas a Unidade de Saúde da Família Integrada Santa Clara, pertencentes a equipe Santa Clara. Convém esclarecer que a coleta de dados só foi efetivada após a anuência das participantes, expressa por intermédio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE I).

Um questionário semiestruturado às puérperas e gestantes atendidas no local do estudo relacionado as questões socioeconômicas foi aplicado ao conhecimento e as condutas no tocante ao pré-natal interprofissional no ano de 2023 (APÊNDICE II).

Os dados quantitativos obtidos foram organizados em uma planilha do software Microsoft Excel®, onde as variáveis das perguntas objetivas

foram distribuídas em categorias e, posteriormente, calculadas as frequências absolutas e relativas para plotagem de gráficos, confecção de tabelas e discussão dos resultados.

A análise das perguntas subjetivas geraram os dados qualitativos, por meio de categorias temáticas que resultaram na interpretação dos relatos das entrevistadas. Foram colocados pseudônimos, sendo estes: G1, G2, G3 e assim, sucessivamente, obedecendo ao sigilo referido nos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi utilizado o método da análise de conteúdo de Bardin (2016), que ocorre em três etapas, sendo elas: pré-análise, com a realização de leitura rigorosa do material coletado; exploração do material, com a organização e categorização dos dados em unidades, identificando características comuns; e tratamento dos resultados com as inferências e interpretações dos resultados.

Cabe destacar que, durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, foram observados os aspectos éticos que normatizam pesquisas envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especialmente, o sigilo e a confidencialidade das informações. Foi garantido às participantes o TCLE (conforme descrito na metodologia). O projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com o número de CAAE 72252323.8.0000.5178.

RESULTADOS

Participaram do estudo 25 mulheres cisgênero, dentre elas, gestantes e puérperas, com faixas etárias diversas, sendo: cinco (20%) de 35 a 45 anos; nove (36%) entre 15 e 24 anos; onze (44%) de 25 a 34 anos. Quanto à escolaridade: uma (4%) com ensino fundamental completo; uma (4%) com ensino médio incompleto; uma (4%) com ensino superior incompleto; duas (8%) com ensino superior completo; seis (24%) com ensino fundamental incompleto e quatorze (56%) com o ensino médio completo;

Em relação ao estado civil: seis (24%) eram casadas; nove (36%) tinham união estável e dez (40%) solteiras. Quando questionadas sobre

qual cor/raça se identificavam: três (12%) se consideraram brancas; cinco (20%) pretas e dezessete (68%) pardas. Na caracterização da renda familiar por salários mínimos: dezesseis (64%) possuíam renda de 1 a 2 salários; sete (28%) menos de 1 salário; duas (8%) de 3 a 5 salários . De modo geral, as mulheres do estudo têm idade entre 15 a 45 anos, com ensino médio completo, solteiras, pardas e com renda familiar de um a dois salários mínimos.

No que concerne ao perfil reprodutivo e obstétrico, considerando o número de gestações: doze (48%) tinham em 2 e 3 gestações; oito (32%) eram primigestas e cinco (20%) mais de 3 gestações.

Quando questionadas sobre o que era pré-natal: vinte e uma (84%) que são consultas periódicas voltadas para o acompanhamento da gestação, que incluem a gestante e o bebê e três; uma (4%) respondeu que são consultas para avaliar o estado geral da gestante; (3%) que são consultas para acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Sobre o que é equipe multiprofissional: vinte (80%) que são diferentes profissionais da área de saúde trabalhando em conjunto no mesmo local; quatro (16%) marcaram que é a equipe básica (médico, enfermeiro, dentista) que trabalha no posto de saúde; e uma (4%) optou que são vários profissionais da mesma profissão trabalhando juntos no mesmo local.

No que se refere as informações repassadas durante as consultas interprofissionais, se influenciaram na gestação/parto: vinte e três (92%) responderam que influenciaram de forma positiva; e duas (8%) que não fizeram diferença. Por ser um pré-natal com diferentes profissionais, foram questionadas se a quantidade de pessoas durante o atendimento as incomodava, onde vinte (80%) responderam que não incomodava; três (12%) que não fazia diferença e duas (8%) que incomodava. Quando interrogadas sobre a linguagem utilizada durante os atendimentos, todas assinalaram que conseguiam compreender, totalizando (100%).

As participantes foram questionadas sobre quais profissionais lembram de terem participado das suas consultas de pré-natal: (100%) do enfermeiro (a); vinte e quatro (96%) lembram do médico (a); vinte e cinco dezesseis (64%) do (a) dentista; doze (48%) do (a) nutricionista; onze (44%) do médico veterinário (a); seis (24%) do farmacêutico

(a); três (12%) do (a) fisioterapeuta; três (12%) do (a) fonoaudiólogo (a); uma (4%) do psicólogo. A partir da identificação dessas profissões, foi verificado que dezoito mulheres (72%) apresentaram um pré-natal interprofissional.

A partir da análise das respostas das perguntas subjetivas do questionário, foi possível definir as categorias “Avaliação entre um pré-natal interprofissional e convencional (médico, enfermeiro e dentista)”, “Inserção da equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde” e “Sugestões para melhorias do serviço do pré-natal”.

PRÉ-NATAL INTERPROFISSIONAL X PRÉ-NATAL CONVENCIONAL

No que diz respeito à percepção do pré-natal interprofissional em relação ao pré-natal convencional, foi possível identificar que nas consultas interprofissionais se sentiram mais acolhidas, consideraram a assistência mais completa e o avaliaram positivamente, conforme verificado nas respostas:

“Avalio muito bem, porque o cuidado foi mais amplo, pois teve cuidado até com os animais da casa, com o ambiente. Tive mais orientações.” (G1)
“Avalio de forma positiva.” (G5)

“O pré-natal com mais profissionais de várias áreas se torna mais dinâmico, passando segurança para a paciente pois as mesmas são bem orientadas.” (G7)

“Gostei bastante, pois foi um aprendizado durante toda gestação.” (G11)

“Sim, pois os outros pré-natais eu não tinha a mesma atenção.” (G14)

“Avalio positivamente, pois este foi bem melhor. Achei que fui mais assistida.” (G15)

“Eu achei melhor, porque no outro pré-natal era só a médica e na atual eu tive mais atenção, qualquer dúvida os meninos me atendiam.” (G18)

“Achei o acompanhamento mais completo.” (G19)

“Esse melhorou, pois tem mais pessoas, é mais atencioso.” (G24)

“Excelente! Equipe gentil, atenciosa e humanizada.” (G25)

INSERÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA USF

Na análise das respostas sobre a importância da inserção da equipe multiprofissional na unidade, foi enfatizada a relevância de se encontrar vários profissionais em um mesmo local e ser de grande importância tê-los como equipe fixa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com as respostas:

“Sim, desta forma torna até mais fácil o acompanhamento de forma geral.” (G7)

“Considero muito importante.” (G10)

“Sim, com certeza. É muito importante.” (G11)

“Com certeza, pois a equipe precisa ser completa e conjunta.” (G12)

“É de grande importância sim, pois a atuação torna-se de forma mais completa o atendimento.” (G16).

“Sim, era bom pra encontrar tudo num lugar só.” (G24)

“Muito importante para avaliar a saúde materna e infantil.” (G25)

SUGESTÕES PARA MELHORIA DO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL

Quando questionadas se teriam alguma sugestão para melhorias no serviço, foram obtidas respostas sobre processos organizacionais, equipamentos e estrutura, como mostram os retornos a seguir:

“Que os exames solicitados cheguem mais rápidos. Eu tive condições de fazer particular, mas outras pessoas podem não ter.” (G1)

“Melhorar os aparelhos, porque ninguém sabe se tá ouvindo o coração do bebê.” (G08)

“Em relação as consultas não, mas que tivesse uma sala com equipamentos melhores.” (G15)

“Avisar que vai ter mais profissionais durante a consultas e que pode não ser os mesmos na próxima.” (G25)

Em contrapartida, também emergiram relatos sobre a satisfação com o atendimento e com a equipe durante o pré-natal, consoante as respostas elencadas abaixo:

“Foi tudo perfeito, estaria aqui todo dia só pra ser atendida.” (G3)

“Esta equipe me acolheu, orientou. A sugestão seria que todo PSF tivesse

pessoas dedicadas e bem informadas para o atendimento.” (G7)
“Não tenho o que reclamar. Foi muito bom.” (G11)
“Não. Fui bem assistida, minhas dúvidas foram sanadas, fui bem orientada.” (G12)
“Fui bem atendida.” (G13)
“Não. Foi todo mundo bem atencioso, fui bem acompanhada.” (G17)
“No postinho sempre fui bem atendida por todos os profissionais, sempre gentis, cooperativos, preparados e cuidadosos.” (G22)
“Não tenho nada a dizer, foi tudo beleza, fui bem atendida.” (G23)

DISCUSSÃO

Neste estudo, a faixa etária das gestantes e puérperas foi de 15 a 45 anos, havendo uma predominância de idade de 25 a 34 anos, podendo identificar resultados semelhantes nos estudos realizados por Livramento *et al.* (2019), com predominância de 20 a 29 anos e Santos e Dias (2021) que a média da idade identificada pelas mulheres foi de 28,8 anos.

Em relação à escolaridade dessas mulheres, mais da metade possui o ensino médio completo, este resultado também foi encontrado na pesquisa realizada por Andrade, Santos e Duarte (2019), Bezerra e Oliveira (2021) e Santos e Dias (2021). O estado civil “solteira” predominou no presente estudo, diferindo do estudo de Landerdahl *et al.* (2007) as quais eram todas casadas ou viviam em união estável.

A maioria se autodeclarou como parda, o mesmo ocorreu no estudo de Silva *et al.* (2022). A renda familiar que prevaleceu foi de um a dois salários mínimos, correspondendo a 16/25 (64%), divergindo do trabalho realizado por Bezerra e Oliveira (2021), onde houve equivalência entre “menos de um salário mínimo” e “um a dois salários mínimos”.

Apenas oito das vinte e cinco entrevistadas eram primigestas. Esse resultado não foi visto nos trabalhos realizados por Andrade, Santos e Duarte (2019) e Santos e Dias (2021), que estavam a maioria em sua primeira gestação.

Segundo o Ministério da Saúde (2023), o pré-natal acompanha e assegura o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo um parto

com menores riscos para a mãe e para o bebê. Nessa perspectiva, foi visto que vinte e uma (84%) das gestantes e puérperas entrevistadas compreendem o que é o pré-natal.

Foi verificado que a maioria das participantes entende o que é equipe multiprofissional. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) define como equipe mínima da estratégia de saúde da família (ESf) aquela composta por médico e enfermeiro generalista ou especialista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal. De acordo com Fernandes e Faria (2021), entende-se por equipe multiprofissional uma metodologia de trabalho que envolve profissionais de saúde diversos por meio da colaboração interdependente, da comunicação aberta e da tomada de decisão compartilhada. No ano de 2023, o Ministério da Saúde anunciou a retomada das equipes multiprofissionais denominadas “eMulti” para prestarem assistência na Atenção Primária à Saúde (APS). Este retorno é essencial para assegurar o cuidado integral da população, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde.

O pré-natal constitui-se um momento de aprendizado, dando a possibilidade que conheçam sobre o período gestacional e puerperal e todas as informações repassadas fazem parte do processo de cuidado (Landerdahl *et al.*, 2007). Sendo assim, as participantes foram questionadas se as informações repassadas durante as consultas influenciaram em sua gestação, onde 92% informaram que sim. Desse modo, verifica-se a importância que os profissionais de saúde têm em fornecer orientações e realizar educação em saúde, sendo práticas que não adicionarão custos financeiros para o SUS, mas dependem de protagonismo e atitudes dos profissionais (Marques *et al.*, 2021).

Foram questionadas se a linguagem utilizada, nestes momentos, eram compreensível, onde todas informaram que sim. Estes resultados não foram encontrados no estudo realizado por Livramento *et al.* (2019), onde gestantes relataram incompreensão e escassez de orientações. Cabe ressaltar que os profissionais de saúde devem estar disponíveis para fornecer orientações e sanar as dúvidas e utilizar meios de comunicação que sejam efetivos. É preciso usar

uma linguagem adequada a cada contexto e realidade dos pacientes garantindo que toda a informação seja corretamente compreendida (Livramento *et al.*, 2019).

Diante da realidade do serviço de saúde que também é uma unidade escola, tendo a presença de acadêmicos e residentes, foram questionadas se a quantidade de pessoas dentro do consultório as incomodava, onde 20 (80%) disseram que não, este resultado considerado positivo deve-se a compreensão das participantes que o espaço é utilizado para momentos de aprendizados e interlocução entre profissionais de saúde. Além disso, é explicado desde a primeira consulta, a dinâmica dos procedimentos e procura-se estabelecer um bom vínculo entre as pacientes, equipe de saúde, estudantes e residentes. Foi verificado que este mesmo processo no trabalho realizado por Landerdahl *et al.* (2007), onde o local do estudo também era uma unidade escola.

De modo geral, foi possível identificar que 72% das participantes tiveram um pré-natal interprofissional, onde pelo menos um dos profissionais das profissões expostas participaram das consultas do pré-natal. No período do estudo, os especialista presentes no serviço de saúde eram dentista, psicólogo, nutricionista, médica veterinária, fisioterapeuta, farmacêutica e fonoaudióloga. Segundo o Ministério da Saúde (2013), o pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiros, médicos e especialidades que forem necessários nesse processo.

Alguns fatores devem ser considerados para esses resultados e a diferença na participação dos profissionais, tais como: aulas, estágios, atendimentos individuais e rotativamente dos residentes participando das consultas para evitar lotação e ambiente desconfortável no consultório. Esta rotatividade está relacionada também a precariedade da infraestrutura, sendo citado por Sá *et al.* (2021), como uma das dificuldades da atuação da equipe multiprofissional na APS.

Foi analisado pelas pesquisadoras que, em alguns atendimentos, os profissionais não se identificaram e, além disso, as participantes tiveram dificuldade em diferenciar as formações, associando a figura de todos a enfermagem. Na pesquisa realizada por Silva *et al.* (2022), ocorreu esta mesma dificuldade em identificar os profissionais pelos quais elas

tiveram atendimento. A partir do reconhecimento dessas situações, foi enfatizado a equipe a importância de identificar-se em todos atendimentos, dessa forma, facilitando a compreensão pelos usuários de cada profissão presente, bem como o entendimento a respeito das atribuições de cada um.

O pré-natal interprofissional foi avaliado positivamente, sendo reforçado pontos como maior atenção e assistência. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) busca exatamente a integralidade do cuidado, promoção da saúde e a superação do modelo médico hegemônico (Machado *et al.*, 2023). A inserção das equipes multiprofissionais na APS é uma forma de garantir a resolutividade e atuar como facilitador para o acesso aos usuários a um atendimento mais complexo e abrangente (Sá *et al.*, 2021). Segundo Machado *et al.* (2023), fortalecer a interdisciplinaridade ajuda na formação de novos perfis profissionais, capazes de atender as demandas sociais em sua complexidade e amplitude, por considerarem saberes distintos no processo saúde-doença-cuidado, sendo mais efetivos e ligados à realidade.

Todas as gestantes precisam ter acesso aos cuidados do pré-natal por meio de uma assistência qualificada, realizados tanto pelos profissionais da APS quanto pela equipe “eMulti”. O compartilhamento do cuidado favorece a interação entre profissionais e equipes, refletindo na melhoria do acesso e da continuidade do cuidado, na organização dos processos de trabalho e na sistematização das informações. A estratégia eMulti na APS impulsiona o cuidado compartilhado e visa à superação da baixa integração com os demais serviços das redes locorregionais, além de fortalecer práticas de atenção interprofissional no SUS (Brasil, 2023). De acordo com as respostas das participantes sobre a inserção da equipe multiprofissional na APS, as mesmas entendem sua relevância conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Dentre as dificuldades elencadas pelas mulheres neste estudo, teve a realização e marcação de exames como ultrassonografias, que também foram identificadas no estudo realizado por Bezerra e Oliveira (2022), Silva *et al.* (2022) e Andrade; Santos e Duarte (2023). Tendo como um

dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a garantia deste acesso, quando ele não ocorre, não garante a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Em relação à rotatividade de profissionais, esta dificuldade também foi elencada por Landerdahl *et al.* (2007), mas relatam que não interferiu nos vínculos entre usuários, profissionais e acadêmicos.

É pertinente destacar que, mesmo diante das dificuldades, emergiram elogios em relação ao atendimento e aos profissionais de saúde. O mesmo ocorreu no estudo feito por Bezerra e Oliveira (2022) avaliando a assistência pré-natal recebida. As gestantes não esperavam um atendimento de boa qualidade oferecido no SUS, mas se surpreenderam no que tange à forma com que foram acolhidas e ao cuidado ofertado durante as consultas pré-natais. Neste perspectiva, reforça-se a importância do acolhimento no pré-natal, possibilitando a ocorrência do vínculo e responsabilização. Na prática da ESF, é apontado como um dos principais alicerces do acesso, devendo ser evidenciado nas relações estabelecidas entre usuários e profissionais do serviço (Silva *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Este estudo conseguiu responder aos objetivos propostos em verificar a percepção de gestantes e puérperas atendidas no pré-natal interprofissional, analisar o atendimento interprofissional prestado às gestantes na Atenção Primária à Saúde e destacar a importância de uma equipe multiprofissional para os serviços de saúde.

A pesquisa indica uma avaliação positiva do pré-natal interprofissional, apesar de enfrentar desafios como a marcação de exames e a rotatividade de profissionais. O acolhimento, qualidade do atendimento e cuidado foram pontos fortes, destacando a importância da inserção da equipe multiprofissional e abordagem interprofissional na APS garantindo uma assistência mais completa e resolutiva, alinhando-se com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Apesar dos entraves identificados o procedimento adotado parece estar alinhado com as expectativas e necessidades das mulheres

atendidas, reforçando a importância de estratégias interprofissionais na promoção da saúde materno infantil.

E vale ressaltar como produto do trabalho, que as consultas de pré-natal interprofissional vão continuar acontecendo na unidade onde o estudo ocorreu, tendo em vista que a residencia multiprofissional permanece alocada no USF.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ursulla Vilella; SANTOS, Juliette Bispo; DUARTE, Caianá. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>. Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/6098/609863968004/609863968004.pdf>. Acesso em 15 dez de 2023

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: LTDA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**.

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS–a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal. **Ministério da Saúde**, Brasília: MS, 2023.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 10/2023-Cain/Cgesco/Desco/Saps/Ms: Diretrizes Para Reorganização das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/>

noticias/2023/agosto/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-equipes-multiprofissionais-na-atencao-primaria/sei_ms-0034918382-nota-tecnica-10.pdf. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

BEZERRA, Tamires Barbosa; OLIVEIRA, Camila Almeida Neves de. A percepção de puérperas sobre a assistência recebida no pré-natal. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 15, n. 2, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247826>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/re-vistas/revistaenfermagem/article/download/247826/39301>. Acesso em 15 dez. 2023.

BRITO, Lucas de Moraes Escorcio et al. A importância do pré-natal na saúde básica: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e51101522471, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22471. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/22471>. Acesso em: 4 de maio de 2023.

CUNHA, Ana Carolina et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 19, p. 447-458, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/j9DVWHCJVYZCD46FPxwb4Wk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 maio 2023.

CUNHA, Cassandra Santos da et al. Assistência multiprofissional à gestante no contexto da pandemia pela COVID-19. **Nursing**, São Paulo, p. 7770-7779, 2022. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1372425>. Acesso em: 4 de maio de 2023.

FERNANDES, Paulo Manuel Pêgo; FARIA, Gabriela Favaro. A importância do cuidado multiprofissional. **São Paulo Medical Journal**, [s. l.], v. 139, n. 26, p. 1-3, mar. 2021. Disponível em <https://periodicosapm.emnuvens.com.br/rdt/article/download/158/154>. Acesso em: 16 dez. 2023.

FRANCO, Raiza Verônica Almeida Barbosa et al. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde: Prenatal care performed by a multiprofessional team of primary health care. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020. Disponível em <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247/197>. Acesso em 4 maio 2023.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, [s. l.], v. 35, p. 57-63, 1995. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rae/a/wf9CgwXVjpLFVgpwNkCgnnC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 de maio de 2023.

LANDERDAHL, Maria Celeste et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 11, p. 105-111, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ggs6VYdtFF5GJVkNzS4yDJn/?lang=pt>. Acesso em 20 dez. 2024.

LIVRAMENTO, Débora do Vale Pereira do et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, p. e20180211, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/19831447.20180211>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 dez. 2024.

MACHADO, Lucas Dias Soares et al. Finalidades da interdisciplinaridade na residência multiprofissional em saúde no contexto da atenção primária. **Revista de Aps**, [s. l.], v. 262337744, n. 26, p. 1-16, mar. 2023. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/e262337744/26674>. Acesso em: 16 dez. 2024.

MARQUES, Bruna Letícia et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**,

[s. l.], v. 25, n. 1, p. 1-8, jun. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-e-an-2020-0098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ks-LJGFs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2023.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MONTEIRO, Michelle Suany Ferreira et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], n. 24, p. e519-e519, 2019. Disponível em <https://acervo-mais.com.br/index.php/saude/article/view/519/472>. Acesso em: 15 de maio de 2023.

RIBEIRO, Aridiane Alves et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/WwTm89wvMWNB33BZ9BXs8Pq/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 15 de maio de 2023.

SÁ, Suellen Cristinne Macedo de et al. Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [s. l.], v. 11, n. 61, p. 4918-4929, 1 fev. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4918-4929>. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/download/1200/1442>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SANTOS, Joelma dos, DIAS, Paloma Carvalho. Percepção das gestantes em relação à assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. **Research, Society And Development**, [s. l.], v. 10, n. 10, p. 1-10, 10 ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18785>. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/download/18785/16812>. Acesso em: 16 dez. 2023.

SILVA, Alaíde Pereira et al. Percepção das gestantes acerca da assistência pré-natal ofertada pela Estratégia Saúde da Família . **International Journal Of Development Research**, [s. l.], v. 12, n. 5, p. 55936-55941, maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.37118/ijdr.24452.05.2022>. Disponível em: http://www.rlbea.unb.br/jspui/bitstream/10482/11099/1/2012_NataliaAlmeidaTostes.pdf. Acesso em: 18 dez. 2023.

SOUZA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul./dez. 2020. ISSN 2237-9444. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/download/31559/22049>. Acesso em: 20 dez. 2023.

“FAZ ESCURO, MAS EU CANTO”: CONSTRUINDO NOVOS SENTIDOS NA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Merlayne Pâmela de Oliveira e Silva¹

Dailton Alencar Lucas de Lacerda²

Gilanne da Silva Ferreira³

Élida de Fátima Diniz Souza⁴

RESUMO

Introdução: A Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Saúde da Família e Comunidade estabelece em seu projeto pedagógico a possibilidade do desenvolvimento de estágio optativo e é nesta perspectiva que está inserida a “Ação estágio para atendimento às populações vulneráveis” – População Ribeirinha, do Projeto Residências do Hospital Sírio Libanês, que intenciona contribuir para ampliação do acesso e integralidade do cuidado em rede aos serviços de saúde e para a formação/qualificação da força de trabalho em saúde especializada à população ribeirinha do país.

Objetivo: Descrever, por meio do relato de experiência de uma residente fisioterapeuta, a vivência de estágio optativo em Barreirinha- Amazonas,

1 Sanitarista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Saúde da Família e Comunidade

2 Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba

3 Preceptora do Núcleo de Fisioterapia

4 Preceptora de Campo

no mês de agosto de 2023. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, utilizando a sistematização proposta por Holliday. **Resultados e discussão:** Ao refletir criticamente os processos vividos, a experiência foi relatada e discutida por meio de três categorias que compreendem a vivência tanto na sede, quanto nas comunidades pertencentes ao município: Territorialização em Barreirinha-AM, entrecruzando preconceitos e realidades; Trabalho uniprofissional e prática interprofissional colaborativa em uma Unidade Integrada de Saúde da Família de Barreirinha- AM e, por fim; Tratando em casa: diminuindo distâncias, garantindo o cuidado e fortalecendo os vínculos. **Considerações finais:** Iniciativas como a Ação Estágio diminuem as limitações financeiras, materiais e humanas que dificultam atendimentos que levem em conta a integralidade, a equidade e o acesso que comprometem a qualidade e resolutividade na atenção à saúde dos ribeirinhos, além de propiciar uma rica experiência na formação profissional de todos os sujeitos envolvidos.

Descriptores: Programas de Pós-Graduação em Saúde; Relações Interprofissionais; Atenção Primária à Saúde; Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

Introduction: The Multidisciplinary Residency in Basic Care: Family and Community Health establishes in its pedagogical project the possibility of developing an optional internship and it is within this perspective that the “Internship Action to assist vulnerable populations” – Riverside Population, of the Hospital Residencies Project Sírio Libanês, which intends to contribute to expanding access and comprehensive network care to health services and to the training/qualification of the specialized health workforce for the country’s riverside population. **Objective:** To describe, through the experience report of a physiotherapist resident, the experience of an optional internship in Barreirinha- Amazonas, in the month of August 2023. **Materials and methods:** This is a descriptive study, an experience report, with a qualitative approach, using the systematization proposed by Holliday. **Results and discussion:** By critically

reflecting on the processes experienced, the experience was reported and discusses through three categories that comprise the experience both at the headquarters and in the communities belonging to the municipality: Territorialization in Barreirinha-AM, intertwining prejudices and realities; Uniprofessional work and collaborative interprofessional practice in an Integrated Family Health Unit in Barreirinha-AM and, finally; Treating at home: reducing distances, ensuring care and strengthening bonds. **Final considerations:** Initiatives such as the Internship Action reduce the financial, material and human limitations that hinder care that takes into account comprehensiveness, equity and access that compromise the quality and resolution of health care for riverside residents, in addition to providing a rich experience in professional training of all subjects involved. **Descriptors:** Health Postgraduate Programs; Interprofessional Relations; Primary Health Care; Vulnerable Populations.

INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), é um programa em nível de pós-graduação *lato sensu* oferecido pela Prefeitura Municipal de João Pessoa/Secretaria de Saúde e tem como instituição proponente e apoio formador a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-FCM/AFYA-PB e a Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Tem duração de 24 meses, carga horária semanal de sessenta horas sob o regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2009) e o campo de atuação é a Atenção Primária à Saúde (APS).

A RMSFC estabelece em seu projeto pedagógico a possibilidade do desenvolvimento de *estágio optativo* com duração de trinta dias, e é nesta perspectiva que está inserida a “Ação Estágio para Atendimento às Populações Vulneráveis” – População Ribeirinha, do Projeto Residências da Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio Libanês (HSL), que funciona por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

O projeto contempla uma vivência junto às Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR),

na Região Norte do País para residentes e egressos de programas de residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residências Multiprofissional em Saúde (CNRMS) das seguintes áreas de formação: medicina, enfermagem, educação física, fisioterapia, farmácia, biomedicina, odontologia, nutrição e psicologia (SÃO PAULO, 2022).

Orientada pelas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo em vista que por viver às margens dos rios, a população ribeirinha tem o mundo do trabalho e das relações condicionados aos ciclos da natureza, refletindo-se na vulnerabilidade a doenças, ao acentuado grau de isolamento e exclusão social, a ação do estágio do projeto de residências do HSL tem a intenção de contribuir para ampliação do acesso e integralidade do cuidado em rede aos serviços de saúde e para a formação/ qualificação da força de trabalho em saúde especializada a essa população no país (NUNES *et al*, 2022; SÃO PAULO, 2022; SCHERER, 2004).

Sabendo dessa realidade, o objetivo deste trabalho foi descrever, por meio do relato de experiência de uma residente fisioterapeuta, a vivência de estágio optativo no território de Barreirinha- Amazonas (AM), no mês de agosto de 2023.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado a partir da vivência profissional de estágio optativo no território de Barreirinha- AM, no mês de agosto de 2023.

O estágio teve duração de 250h e incluiu 3 fases: (1) Preparatória: 10 horas de curso EaD; (2) Estágio-vivência: 60 horas de inserção semanal no território; (3) Pós Vivência: entrega e apresentação de relatório final (SÃO PAULO, 2022). Para registro e compreensão dos aspectos vivenciados foi utilizado o diário de bordo online no Google docs, que era alimentado diariamente com narrativas relevantes do cotidiano.

Nesse sentido, um Plano de Sistematização orientado por Oscar Jara Holliday (2012), foi a proposta metodológica utilizada por ir além da ação

de relatar ou informar, ser flexível e viável para interpretar criticamente os processos vividos, sendo o passo a passo da sistematização compreendido e adaptado ao contexto vivenciado, assim como sugere o autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As populações ribeirinhas amazonenses são caracterizadas por viver em comunidades geralmente distantes das sedes municipais e por possuírem especificidades em relação aos determinantes e condicionantes sociais da saúde. Geralmente vivem em palafitas ou em casas flutuantes, em sua maioria com ausência de saneamento básico, água própria para consumo e esgoto sanitário. A destinação de dejetos e resíduos são encaminhados para fossas rudimentares e por esse motivo, podem ter uma maior exposição às doenças tropicais. Por estarem em isolamento geográfico, há consideráveis limitações de acesso aos serviços de saúde, podendo levar a situações de exclusão social e significando um grande desafio para ações de saúde pública (REIS *et al*, 2019; GAMA *et al*, 2018).

A Ação Estágio para Atendimento às Populações Vulneráveis – População Ribeirinha está inserida no Projeto Residências do HSL, que é vinculado ao PROADI-SUS. Este foi criado em 2009 e aglutina seis hospitais sem fins lucrativos, referência em qualidade médico-assistencial e gestão que atendem preferencialmente a populações socialmente vulneráveis. O programa tem o propósito de levar à população a expertise dos hospitais em iniciativas que atendem necessidades do SUS, apoiando e aprimorando por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada, coadunadas a demandas do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2021; HOSPITAIS PROADI-SUS, 2021).

Em conformidade com o programa, o estágio-vivência considera a importância em estimular o interesse e a capacidade dos trabalhadores de saúde a atuarem em áreas remotas e de difícil acesso do Brasil. Ao mesmo tempo, propõe a necessidade de formação e qualificação destes trabalhadores para ações de desenvolvimento à atenção assistencial, investigação e estudos orientados à realidade ribeirinha. Dessa forma, a população será

beneficiada no sentido da ampliação do acesso e da integralidade do cuidado, assim como também, a redução do tempo de espera para o atendimento (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2021; SÃO PAULO, 2022).

Ao refletir criticamente os processos vividos, a experiência foi relatada e discutida por meio de três categorias que compreendem a vivência no território. São elas: Territorialização em Barreirinha-AM, entrecruzando pré-conceitos e realidades; Trabalho uniprofissional e prática interprofissional colaborativa em uma Unidade Integrada de Saúde da Família de Barreirinha-AM; Tratando em casa: diminuindo distâncias, garantindo o cuidado e fortalecendo os vínculos.

Territorialização em Barreirinha-AM, entrecruzando preconceitos e realidades

Conhecer cada território para compreender a dinâmica e o contexto social da população que ali está inserida é essencial para enxergar quais são as suas reais necessidades. No *e-book* “Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha” do Curso de Atenção à Saúde da População Ribeirinha, Lima (2021) destaca que na Amazônia ou no Pantanal o território é um contexto de múltiplas interpretações, dessa forma, se faz necessário olhar pelo contexto complexo que o envolve: indivíduo, natureza e espécie. Logo, a territorialização não se configura apenas em sentido geográfico, mas também como ferramenta para observar particularidades de uma população específica, se apresentando como uma importante via para organização e implementação de ações e práticas de saúde.

Por serem populações que vivem em condições de extrema vulnerabilidade em virtude da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o cuidado à saúde ribeirinha está previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que em 2012 orientou a criação das ESFR e ESFF, norteando arranjos disponíveis para a oferta de atendimento a quem reside em zonas rurais, além dos arranjos existentes para o resto do território nacional (BRASIL, 2012). Dessa forma, a oferta da vaga de vivência de estágio foi condicionada à realização e aprovação em etapa preparatória em Curso EaD, com conteúdo referente às singularidades e à previsão dos serviços de saúde que devem estar presentes

na região amazônica; ao cuidado e competências para atuação profissional no atendimento às populações ribeirinhas e por fim; uma avaliação final (SÃO PAULO, 2022). Buscou-se também o contato com egressos da vivência a fim de ter um conhecimento prévio sobre o município, características da população, clima e estadia.

Ao chegar em Barreirinha-AM, a acolhida foi realizada pelos Coordenadores da Atenção Básica da sede municipal e das comunidades e distritos do interior, os mesmos fora responsáveis por iniciar o processo de territorialização e apresentar o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O município localiza-se no interior do Estado do Amazonas e se estende por uma região de 5.751,765 km², estando distante 331 km da capital. A cidade é conhecida como a Princesinha do Paraná do Ramos e pertence à mesorregião Centro Amazonense e microrregião de Parintins-AM, local por onde se dá o acesso por via fluvial, em um tempo estimado de 1 hora. Em relação ao quantitativo populacional, de acordo com o último censo realizado em 2021, estima-se que a população local seja de 32.919 habitantes (IBGE, 2021).

A estrutura municipal no que tange os serviços de saúde disponíveis estão distribuídos da seguinte maneira: um hospital geral, uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), seis unidades básicas de saúde, cinco postos de saúde e cinco unidades dedicadas à atenção à saúde indígena. Além disso, o município dispõe de unidades administrativas, incluindo um Centro de Gestão em Saúde, uma Unidade de Vigilância em Saúde e Centros de Coordenação.

A partir do conhecimento da RAS do município, diariamente foram sendo sanadas inquietações pessoais por meio de diálogos com as pessoas sobre a história da cidade, cultura, trabalho, meio de transportes existentes, acesso ao ensino básico e superior, alimentação, espaços de lazer, condições de moradia e saneamento básico. Tais informações foram importantes para entender como as pessoas usam o território e como isso se relaciona com a saúde. Segundo Budal (2018), o território deve ser visto em sentido mais amplo a partir de aspectos históricos, demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais e

culturais. Carvalho *et al* (2015) corroboram dizendo que a partir do que foi mencionado anteriormente é possível diagnosticar os problemas de saúde mais prevalentes e viabilizar intervenções análogas às necessidades individuais e coletivas da população adstrita.

Dessa forma, a territorialização é um processo diário e tem construção contínua. Nesse contexto, esta foi iniciada antes mesmo da chegada a Barreirinha, mas o convívio e as experiências vivenciadas foram além do Curso EaD e das falas colhidas. Todos os dias novas realidades eram apresentadas e diferentes modos de ser e viver não cabem em uma simples caminhada.

Trabalho uniprofissional e prática interprofissional colaborativa em uma Unidade Integrada de Saúde da Família de Barreirinha-AM

A Saúde da Família é a estratégia prioritária de atenção à saúde, fortalecimento e ordenação do SUS, inclusive nas áreas rurais e ribeirinhas. É onde se efetiva a ação das equipes multiprofissionais, incluindo o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), o território adscrito, a responsabilização e vínculo com a população, a participação social por meio do controle social (BRASIL, 2017).

A Unidade Integrada de Saúde da Família onde foram desenvolvidas as atividades do *estágio-vivência* foi a primeira das três existentes no município, e apesar da divisão populacional existente, as pessoas tanto da cidade, quanto das comunidades ribeirinhas têm preferência pelo atendimento no local. Isto se justifica por uma questão de vínculo cultural e por se sentirem melhor acolhidas. É composta por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) multiprofissionais, sendo a primeira com 5 ACS; 1 enfermeira; 1 técnico de enfermagem; 1 médico; 1 dentista e um técnico de saúde bucal. Já a segunda, tem 6 ACS; 1 enfermeira; 1 técnico de enfermagem; 1 médico; 1 dentista e 1 técnico de saúde bucal. Também possui 1 assistente social, 1 farmacêutica e 1 psicóloga. Nas outras duas unidades há a presença do profissional fisioterapeuta, mas nesta em específico não, porém, no local há uma sala para atendimentos com maquinário e equipamentos fisioterapêuticos.

O atendimento em fisioterapia aconteceu por demanda espontânea e via encaminhamentos internos de qualquer trabalhador de saúde da unidade. Os casos mais frequentes foram relativos a dores crônicas em geral e a reabilitação pós Acidente Vascular Cerebral. Apenas os casos agudos tinham acompanhamento semanal devido à alta demanda. Os usuários que apresentavam quadros crônicos também eram atendidos na unidade, local onde realizavam-se orientações gravadas em vídeo no próprio celular dos usuários com demonstração de exercícios que poderiam realizar em seus domicílios, estimulando assim, a corresponsabilização pelo cuidado e melhora. Segundo Soares e Camargo Jr. (2007), a autonomia do paciente é fundamental para evolução do seu tratamento, pois traz corresponsabilidade e participação, além disso, possibilita troca das relações e saberes entre os envolvidos estabelecendo reconhecimento, respeito e valorização das diversidades e singularidades.

O trabalho interprofissional se deu a partir da interação entre os profissionais selecionados para a vivência (um médico, uma enfermeira, uma fisioterapeuta) e os trabalhadores da unidade, com destaque para a assistente social, trabalhadora que desenvolveu o maior vínculo com os profissionais do estágio. Como resultados obtidos destaca-se o compartilhamento de responsabilidades e práticas, traduzidos na diminuição dos encaminhamentos e resolutividade aos problemas dos usuários dentro da unidade. Isto corrobora com o que afirmam Peduzzi e Agrelli (2018) e D'Amour *et al* (2008) a respeito da implementação da colaboração interprofissional na prática do cuidado. Infere-se a isto a possibilidade da partilha, associação de ideias, dúvidas e conhecimentos, deslocando o centro da comunicação dos profissionais e do serviço para a perspectiva de uma atenção à saúde mais contínua e abrangente na busca de melhores resultados para os usuários (PEDUZZI; AGRELLI, 2018; D'AMOUR *et al*, 2008). Com base nos textos de Agrelli *et al* (2016) e Barr *et al* (2008) é possível depreender que a perspectiva multiprofissional se difere bastante da interprofissional. Ambas possuem profissionais de diferentes áreas. Na primeira, muitas vezes há apenas a divisão do mesmo espaço, porém a interação não existe ou é muito limitada. Já na segunda, é desenvolvida uma identidade de equipe com interação

e compartilhamento de objetivos levando em consideração as necessidades de saúde de indivíduos e coletivos (AGRELLI *et al*, 2016; BARR *et al*, 2008).

A partir da prática colaborativa entre os profissionais da unidade e da equipe do estágio, foi possível também a realização de duas ações de *educação em saúde*. A primeira aconteceu na Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito de Pedras e foi sobre a Saúde da Mulher. Isto deveu-se ao aumento de casos de câncer de mama e do colo do útero no território. A ação foi dividida em dois momentos: no primeiro, houve uma roda de conversa sobre promoção e prevenção à saúde da mulher em todas as faixas etárias; já no segundo foram ofertados atendimentos médicos, de enfermagem e de fisioterapia. A segunda ação ocorreu na própria Unidade em Barreirinha e teve como objetivo falar sobre a amamentação, já que estávamos na campanha do *Agosto Dourado*, mês temático da importância da amamentação. A ação ocorreu da seguinte maneira: (1) Roda de conversa sobre a importância da amamentação; (2) Distribuição de brindes e lanche; (3) “Mamaço” no momento do pôr do sol na praça da cidade.

Mediante as experiências vivenciadas é possível identificar que a colaboração interprofissional propicia aos usuários um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo. Contribuiu para uma melhor compreensão das necessidades de saúde dessas pessoas, possibilitando práticas para reorientação do cuidado, assim como, para a formação, por propiciar a combinação de conhecimentos, atitudes e habilidades, numa ressignificação e qualificação sobre o cuidado integral à população ribeirinha.

Tratando em casa: diminuindo distâncias, garantindo o cuidado e fortalecendo os vínculos

Sob a perspectiva dos seus princípios e diretrizes, o SUS é o único capaz de alcançar as regiões mais longínquas de nosso território. Sabendo disso, já existem algumas políticas que levam em consideração o contexto, a diversidade local e as necessidades de saúde da população ribeirinha (BRASIL, 1990; LIMA, 2021).

Em 2012, por intermédio da PNAB, foram criadas as ESFR e ESFF, ambas desempenhando a maior parte de suas funções em USF, sendo a primeira uma unidade fixa localizada na sede municipal ou nos distritos e a segunda móvel, sendo uma embarcação que atende às comunidades ao longo dos rios, estando as viagens condicionadas aos recursos financeiros existentes e pelo regime de cheia e vazante (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o *Tratando em Casa* é um programa municipal que visa prestar serviço de atendimento domiciliar tanto aos usuários em geral das comunidades e distritos do interior, como também aos da sede municipal que estejam acamados ou com dificuldades de locomoção. O programa conta com uma equipe formada por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem e ACS e acontece duas vezes por semana.

A articulação das visitas é feita mediante diálogo entre a coordenação do programa e o ACS responsável pela área, que além de trabalhar com ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas realizadas nos domicílios e comunidade, deve residir no local, fortalecendo dessa forma, a relação trabalho versus vida social e, estabelecendo vínculo contínuo com os usuários (LIMA, 2021; BRASIL, 2017).

Em agosto, mês do *estágio-vivência*, as visitas destinaram-se às comunidades de Paraíso e Boca das Piranhas. Foram realizadas consultas multiprofissionais conforme necessidade apresentada pelos usuários; verificação de pressão arterial e glicemia; agendamento de consultas para consultório na sede municipal; renovação de receitas; entrega de medicação; educação em saúde. Em relação ao atendimento de fisioterapia, houveram situações pontuais, considerando as queixas de dores relacionadas à história de patologias crônicas, relacionadas às atividades do trabalho rural. Dessa forma, os usuários foram inquiridos sobre o que faziam para diminuir a dor e se estas ações “davam certo”. Se sim, foram orientados a continuidade das práticas já utilizadas pelos mesmos; também foram prescritos exercícios cinesioterápicos que foram gravados em formato vídeo no celular dos próprios usuários e orientados a realizar em casa. A prática utilizada

corrobora com o que diz Freire em sua obra *Pedagogia Oprimido* “não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes”, fala que nos faz refletir acerca da nossa postura enquanto agentes de saúde diante dos saberes de experiência e dos saberes socialmente construídos nas relações culturais e históricas dos diferentes povos existentes em um país plural como o Brasil (FREIRE, 2018).

Mediante a dificuldade de acesso aos serviços de saúde principalmente pela população que vive à margem dos rios e depende dos seus ciclos, dos recursos financeiros disponíveis para a saída da UBSF e dos próprios recursos dos usuários para se dirigir até a sede por meio fluvial, o programa *Tratando em Casa* se apresenta como uma medida que fortalece o trabalho das Equipes de ESF e garante o que preconiza o SUS em seus princípios e diretrizes, sendo necessário segundo Franco et al (2015) um bom planejamento devido às peculiaridades da região amazônica para garantir uma assistência satisfatória e de qualidade, sem perder de vista a demanda existente para criação de estratégias onde a oferta aos serviços essenciais básicos regulares e contínuos não sejam esporádicas, visto os determinantes e condicionantes de saúde dessas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização de *experiências* proposta por Oscar Jara (2012) implica em um intenso processo, que consiste em revisitar no material colhido e na memória o que foi vivido uma reflexão sobre a experiência e, por esse motivo, traduz-se em um método que extrapola o simples ato de relatar ou informar.

A partir dos resultados apresentados, foi observado que para o desenvolvimento de ações nesse território específico não bastou o conhecimento técnico-científico, foi necessário obter a compreensão da identidade da região, suas culturas, maneira de vida, territorialidades, conhecimentos e práticas vivenciadas no dia-a-dia, para assim conseguir desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde compatíveis com a realidade daquela população e território, visto que, essas influenciam diretamente em seus modos de cuidado. O trabalho interprofissional

também foi importante nesse contexto e na construção do processo de cuidado aos usuários, pois houve a possibilidade de atendimentos por meio da prática colaborativa entre os profissionais, culminado na eficácia e resolutividade das demandas existentes.

Dessa forma, a vivência no território de Barreirinha-AM traduz e arremata a ideia do que as famílias ribeirinhas enfrentam diariamente os desafios territoriais, geográficos e informacionais no acesso aos serviços de saúde e na atenção ao cuidado. Iniciativas como a Ação Estágio para Atendimento às Populações Vulneráveis – População Ribeirinha, do Projeto Residências HSL, diminuem as limitações financeiras, materiais e humanas que dificultam atendimentos que levem em conta a integralidade, a equidade e o acesso que comprometem a qualidade e resolutividade na atenção à saúde dos ribeirinhos, além de propiciar uma rica experiência na formação profissional de todos os sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Inter. Com. Saúde. Edu.* São Paulo, v.20, n.59, p 905-916, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDry-CXC/#>. Acesso em: 29 jan. 2024.

BARR, H. et al. **Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence**. Promoting Partnership for Health. London: Caipe, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/I8080.htm. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área

Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2009. Disponível em:http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. 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.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021. Subseção V. Do Desenvolvimento de Projetos no Âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Brasília-DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp187.htm. Acesso em: 17 jan 2024.

BUDAL, A. M. B. et al. Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 42, n. 4, p.727-40, 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2503>. Acesso em: 17 jan. 2024.

CARVALHO, P.I.N. et al. Territorialização enquanto ferramenta norteadora das ações de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas,** [S. I.], v. 14, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/715>. Acesso em: 17 jan. 2024.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.F.; SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L.;PINEAULT

R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v.8, n.1, 2008. Disponível em: <https://bmchalthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188> Acesso em: 29 jan. 2024.

FRANCO *et al.* Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.17, n.5, p. 1521-1530, set./out. 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002735694> Acesso em: 20 jan. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 65º ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002926087> . Acesso em: 27 jan. 2024.

HOLLIDAY, O. J. **A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis**. Tradução de Luciana Gafrée e Silva Pinevro. 1 ed. Brasília:CONTAG, 2012.

HOSPITAIS PROADI-SUS. **Sobre o PROADI-SUS**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>. Acesso em: 17 de jan 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2021**. Barreirinha: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/barreirinha/panorama> . Acesso em: 16 jan. 2024.

LIMA, R.S. **Estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde na população ribeirinha**. 1.ed. Manaus, Amazonas: Universidade do Estado do Amazonas–UEA, 2021. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/e-book_unidade_estrategias_final_isbn.pdf . Acesso em: 24 jan. 2024.

NUNES, J. G. S. *et al.* População ribeirinha e promoção da saúde. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, [S. I.]**, v. 13, n. edespmulti, 2022. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/1012> . Acesso em: 17 jan. 2024.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525- 1534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt> Acesso em: 28 jan. 2024.

REIS, M. H. S. et al. Ações de saúde em populações ribeirinhas no interior do estado do Amazonas: Relato de experiência. Em J. C. Schweickardt, **Atenção Básica na região amazônica: Saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida. 2019; p. 171-181. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/ED.08-S%C3%89RIE-SA%C3%9ADE-E-AMAZ%C3%94NIA.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.

SÃO PAULO (SP). Edital nº 02/2022 de abertura de Processo Seletivo para participação na Ação Estágio Para Atendimento às Populações Vulneráveis- População Ribeirinha. Projeto Residências da Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital SírioLibanês: PROADI- SUS, São Paulo, 26 de setembro de 2022. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/editais/residencias-pop-ribeirinha> . Acesso em: 17 jan. 2024.

SCHERER, E. F. **O defeso e a defesa do meio ambiente**. Trabalho apresentado no II Congresso da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade e no II Congresso da Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade. Indaiatuba, São Paulo, 2004.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface–Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 11, n. 21, p.65-78, jan.-abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/dMWcn7qrR8PLnJknQPWd7bK/?lang=pt> . Acesso em: 17 jan. 2024.

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jeane Constantino Pereira¹

Simone Bezerra Alves²

Erika Correia Fonseca de Oliveira³

RESUMO

O aumento do número de pessoas idosas no Brasil e no mundo gera demandas específicas de saúde voltadas para essa população. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é relatar uma experiência exitosa sobre a integração ensino-serviço- comunidade (IESC) no cuidado à saúde de pessoas idosas integrantes de um grupo terapêutico na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de experiência realizado entre abril de 2022 a dezembro de 2023 por docente e preceptora fisioterapeutas e estudantes do mesmo curso da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) do Estágio em Gerontologia, com a equipe de saúde da Unidade Integrada de Saúde da Família – Integrando Vidas, João Pessoa – PB. Foram utilizados os dados registrados no livro de ata e relatórios produzidos pelos alunos da disciplina. Dessa maneira,

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Saúde da Família e Comunidade

² Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba

³ Preceptora de Núcleo de Fisioterapia

foram desenvolvidas ações articuladas com a comunidade por meio de um grupo terapêutico intitulado Bem-estar. Foram realizados 35 encontros e participavam de forma regular em média 10 usuárias com idade média de 62,07 anos. Apesar das dificuldades enfrentadas para implementação do grupo, pode-se dizer que ele fortaleceu a integração ensino-serviço-comunidade, a qual contribui para a formação dos novos trabalhadores da área da saúde, construção de vínculos com a comunidade e promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Serviços de integração docente-assistencial; Prática de grupo; Educação em saúde.

ABSTRACT

The increase in the number of elderly people in Brazil and around the world generates specific health demands aimed at this population. In this context, the objective of this work is to report a successful experience on teaching-service-community integration (IESC) in the health care of elderly people who are members of a therapeutic group in Primary Health Care. This is an experience report carried out between April 2022 and December 2023 by professor and preceptor physiotherapists and students from the same course at the Federal University of Paraíba (UFPB) of the Internship in Gerontology, with the health team of the Integrated Family Health Unit – Integrando Vidas, João Pessoa – PB. The data recorded in the minute book and reports produced by the students of the discipline were used. In this way, coordinated actions were developed with the community through a therapeutic group entitled Wellbeing. 35 meetings were held and an average of 10 users participated regularly, with an average age of 62.07 years. Despite the difficulties faced in implementing the group, it can be said that it strengthened teaching-service-community integration, which contributes to the training of new health workers, building bonds with the community and promoting health.

Descriptors: Health of the Elderly; Teaching Care Integration Services; Group Practice; Health Education

INTRODUÇÃO

O último censo realizado no Brasil demonstrou um aumento das pessoas com idade superior a 60 anos, partindo de 11,3 % em 2012 para 14,7 % no ano de 2021, com isso estima-se uma população que ultrapassa 22 milhões de idosos, o que corresponde ao 6º lugar em população de idosos no mundo (IBGE, 2021).

Nesse sentido, o aumento da população idosa global gera demandas específicas de saúde voltadas para esse público, além de trazer vários desafios tanto para a sociedade quanto para o sistema de saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um importante papel, pois além de representar o ponto de integração da rede de atenção à saúde, é responsável por possibilitar a prevenção de agravos e a promoção da saúde e do cuidado à população idosa (Torres *et al*, 2020).

Uma possibilidade de cuidado que pode ser ofertada no contexto da APS são as práticas de saúde com participação ativa da comunidade, por meio de grupos terapêuticos, uma vez que eles visam oferecer uma atenção que atenda às necessidades do território que está inserido, tornando possível um planejamento direcionado àquela realidade. Tais grupos devem ser programados em torno das principais demandas de seus participantes e ser conduzidos com base nos Fatores Terapêuticos (FT) para que possam ser mais eficazes e provocar as mudanças esperadas (Souza; Oliveira; Borges, 2021).

Os grupos terapêuticos na Atenção Primária são espaços que permitem o compartilhamento de experiências e saberes, além de fortalecerem as relações interpessoais e a criação de vínculos. Eles se configuram como espaços que utilizam a educação em saúde para desenvolver suas práticas, conscientizando os participantes de seus papéis no processo de saúde-doença, oportunizando uma atenção à saúde centrada na comunidade.

A conscientização do papel ativo da pessoa idosa acerca dos cuidados com a sua saúde pode ser mais efetiva com a prática em grupos envolvendo integrantes que tenham objetivos similares. Sendo assim, a APS demonstra ser um espaço importante para tal. No entanto, é preciso considerar também as fragilidades referentes ao acesso da pessoa idosa

aos serviços da APS, as quais perpassam pelo processo de trabalho e pela estrutura física dos equipamentos de saúde e seus entornos, o que repercute na qualidade e na integralidade do cuidado ofertado a essa população (Silva *et al*, 2018).

Um acontecimento recente que também fragilizou o cuidado oferecido à pessoa idosa foi a pandemia da COVID-19, pois boa parte dos esforços das autoridades de saúde foram direcionados ao enfrentamento da doença. Logo, as pessoas idosas foram as que mais sentiram os impactos desse período histórico, sofrendo o maior número de óbitos, além de consequências físicas e psíquico-emocionais (Guo *et al*, 2020).

O estudo de Qiu *et al* (2020) acerca do sofrimento psicológico na China durante a pandemia da COVID-19 encontrou que os maiores níveis de sofrimento ocorreram em indivíduos entre 18 e 30 anos e acima de 60 anos. Os autores ainda relacionam o maior nível de sofrimento da população idosa com as altas taxas de mortalidade de indivíduos nessa faixa etária. Meng *et al* (2020) avaliaram o impacto psicológico da COVID-19 em uma população de 1.553 idosos (idade maior que 60 anos) na China e encontraram que 37,1% dos idosos durante a pandemia experimentaram depressão e ansiedade.

Nesse sentido, ao identificar a necessidade de maior acolhimento às questões de saúde física e mental das pessoas idosas do território, uma equipe formada por docente, preceptora e estudantes, em parceria com a Equipe de Saúde local, planejou o desenvolvimento de ações por meio de um grupo terapêutico voltado para a promoção da saúde e bem-estar em gerontologia.

A articulação formativa composta pelo cenário real onde são compartilhadas as experiências entre a comunidade acadêmica (professores e estudantes), os profissionais e gestores dos serviços de saúde e a população do território onde ocorrem as práticas é chamada de integração ensino-serviço-comunidade (IESC) (Brehmer; Ramos, 2014; Brasil, 2017). A partir dessa integração é desenvolvida a aprendizagem significativa através do quadrilátero da formação, que abrange o ensino, gestão, atenção e controle social. A intenção é reorganizar as práticas e os processos educativos no contexto do trabalho em saúde para que

a relação entre o SUS e as instituições formadoras seja fortalecida por meio da participação popular (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Nessa perspectiva, ensinar e aprender são indissociáveis, sendo partes de um mesmo e único processo pedagógico e formativo. Assim, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (Freire, 1996, p. 22)

Pensar uma outra realidade a partir dessa nova concepção requer uma desconstrução do positivismo existente ao longo da formação universitária, um processo que pode causar estranhamentos e estagnações, mudanças e reformulações de conceitos, novas formas de pensar e fazer, que levem em consideração a troca de saberes e a produção coletiva do conhecimento (Lacerda; Ribeiro, 2006).

Diante desse contexto, o objetivo desse trabalho é relatar uma experiência exitosa sobre a IESC no cuidado à saúde de pessoas idosas integrantes de um grupo terapêutico na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado no período de abril de 2022 a dezembro de 2023 por docente e preceptor fisioterapeutas e estudantes do mesmo curso da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) do Estágio em Gerontologia, com a equipe de saúde da Unidade Integrada de Saúde da Família – Integrando Vidas, localizada no município de João Pessoa – PB. Foram utilizados os dados registrados no livro de ata, bem como relatórios produzidos pelos alunos da disciplina. Dessa maneira, foram desenvolvidas ações articuladas com a comunidade por meio de um grupo terapêutico intitulado Bem-Estar. A proposta foi permitir a participação de todos os interessados em compreender melhor o processo de envelhecimento independente da faixa etária ou grupo.

Após a definição do público-alvo e do espaço em que o grupo aconteceria na USF, foi acordado que os encontros seriam realizados semanalmente nas segundas- feiras, às 13:30h com término previsto para as 15:30h. A metodologia de trabalho utilizada teve como referencial teórico-prático os pressupostos da educação popular em saúde (EPS).

A EPS envolve o protagonismo e a participação ativa dos sujeitos no cotidiano das classes populares que acontece por meio de vivências e do convívio dos estudantes com a comunidade vivenciado a sua realidade (Cruz *et al*, 2020).

Assim, os encontros foram estruturados com a seguinte metodologia: 1 – Acolhimento e Auriculoterapia; 2 -Pergunta norteadora para desenvolvimento do tema; 3 – Roda de conversa e distribuição de material educativo sobre o tema escolhido; 4 – Momento prático: composto por exercícios e/ou dinâmicas sobre o tema e 5 – Avaliação final do encontro, com posterior definição do tema para ser trabalhado na semana seguinte, a partir das necessidades dos participantes e despedida.

A etapa final do planejamento do grupo terapêutico consistiu na elaboração de estratégias para sua divulgação, sendo elas: folders digitais informativos e convites impressos, sendo esses últimos entregues aos usuários através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas aos domicílios e pelos demais profissionais durante os atendimentos na USF.

Foram elaboradas fichas de avaliação para que todos os participantes fossem avaliados antes do início de sua participação no grupo. A ficha era composta por questionário socioeconômico, anamnese, exame físico, história da doença pregressa e hábitos de vida. Os estudantes se dividiram em duplas para realizar a avaliação.

Em seguida, para quem desejasse, era oferecido o atendimento em auriculoterapia pela fisioterapeuta preceptora/residente multiprofissional a partir das necessidades de cada participante. Para colocação dos pontos era realizada a assepsia do pavilhão auricular com álcool 70% e em seguida era realizada a palpação dos pontos para fixação das sementes de mostarda com fita microporosa. Os participantes eram orientados a estimularem os pontos três vezes ao dia durante uma semana, sendo aplicados de forma alternada em cada orelha por sessão semanal. Como parte das atividades do estágio em gerontologia, também eram realizadas visitas domiciliares aos idosos do território que apresentavam dificuldades para locomoção, dessa forma era possível ampliar o cuidado aos usuários domiciliados e seus cuidadores.

Além disso, outro instrumento utilizado pelos estudantes para avaliação dos usuários foi a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Estudos demonstram que a aceitação e a aplicabilidade da CSPI pelos profissionais de saúde que atuam na APS, bem como a adesão conjunta do usuário, cuidadores e membros da família ao instrumento, favorecem a prevenção de agravos, promoção da saúde e um melhor acompanhamento da reabilitação e dos cuidados com a saúde da pessoa idosa (Santiago *et al*, 2021).

O Grupo Bem-Estar teve início em abril de 2021, um período após a retomada das atividades dos estágios em meio a pandemia da COVID-19. Inicialmente a equipe se deparou com muitas dificuldades para adesão dos participantes e adequação do espaço físico da USF, pois, além da pandemia, o serviço passou por uma reforma em 2022, que se estendeu por alguns meses. Apesar disso, o grupo continuou a crescer e as atividades eram realizadas nos espaços disponíveis, inclusive na parte externa do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os encontros do Grupo Bem-Estar ocorreram na sala de reuniões do serviço, um local amplo que permite a realização de atividade física e dinâmicas em grupo. Com o decorrer dos encontros, novos participantes chegaram e cerca de 10 pessoas passaram a participar de forma regular. Além disso, contou-se com a participação pontual de profissionais de saúde da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e estudantes de Medicina que realizaram estágio na USF.

Todas as usuárias participantes eram do sexo feminino e possuíam uma média de idade de 62,07 anos. Os temas eram sugeridos pelas participantes e também pela equipe a partir de dados extraídos da ficha de avaliação das usuárias. Sendo assim, ao perceber que queixas sobre problemas com a memória era algo comum entre elas, ficou estabelecido que esse tema seria tratado mensalmente por cada equipe de estagiários, que mudavam a cada 5 semanas.

Observa-se na Tabela 1 os principais temas trabalhados ao longo dos 35 encontros realizados durante o período, os quais poderiam ser reapresentados conforme o interesse do grupo:

Tabela 1: Temas abordados nos encontros

Temas
Ansiedade
Memória
Higiene do Sono
Manejo da Dor crônica
Atividade Física e Saúde
Oficina de Autocuidado e Autoestima
Outubro Rosa–prevenção de câncer de mama
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
Prevenção de quedas
Direitos da Pessoa Idosa
Exercícios para coordenação e equilíbrio
Prática de Yoga
Solidão e solitude
Incontinência Urinária
Artrite e artrose
Compreendendo o processo de envelhecimento
Saúde Mental
Fibromialgia
Orientações posturais

Fonte: dados da autora.

Além das mudanças fisiológicas que geralmente acontecem durante o processo de envelhecimento, muitos idosos também passam a relatar queixas frequentes de memória, atenção, déficit de equilíbrio, dores crônicas, insônia, incontinência urinária e até mesmo problemas

relacionados à saúde mental, tais como ansiedade e depressão. Diante disso, as atividades do grupo eram planejadas com o objetivo de ajudar os participantes, sobretudo os idosos, a obterem mais qualidade de vida através da educação em saúde e das práticas de autocuidado para se tornarem sujeitos ativos no processo de cuidado com a própria saúde.

O envelhecimento fisiológico pode levar a uma diminuição global da massa cerebral, alterações nas respostas funcionais do cérebro e um declínio cognitivo. Esse fenômeno é único para cada indivíduo e está intimamente ligado aos seus hábitos de vida. O exercício físico representa um exemplo de intervenção não medicamentosa que pode preservar e até aprimorar a estrutura e o desempenho cerebral ao longo da vida (Domingos; Pêgo; Santos, 2021).

Um estudo de revisão da literatura acerca do impacto da estimulação da memória em idosos saudáveis encontrou efeitos positivos na realização de atividades avançadas e básicas do cotidiano, além de repercuções no contexto psicológico, social, na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas idosas (Gomes *et al*, 2020).

Diante disso, o Grupo Bem-Estar realizava uma oficina de memória mensalmente com as participantes, englobando conhecimentos teóricos e práticos por meio de dinâmicas, jogos e exercícios sendo um momento repleto de troca de conhecimentos e que envolvia a participação ativa de todos.

Outro problema de saúde relacionado à idade é a Incontinência Urinária (IU), particularmente nas formas de IU de urgência e IU mista. Com a crescente expectativa de vida, é possível prever um aumento na prevalência da IU, destacando a necessidade de elaborar estratégias de saúde adequadas para enfrentar essa condição específica. (Paiva; Rodrigues; Bessel, 2019). O Grupo Bem-Estar, por ser formado majoritariamente por mulheres, as quais apresentam uma incidência maior para esse problema de saúde, também abordou essa temática em mais de um encontro contribuindo para a prevenção e também para o autocuidado das mulheres que já apresentavam sintomas de IU.

A dor crônica em diversas regiões do corpo também era uma queixa comum entre as participantes do grupo. Um estudo de Ferretti *et al* (2019)

apontou que a incidência de dor crônica entre os participantes avaliados na pesquisa foi alta e essa condição está correlacionada com a presença de doenças crônicas, além de apresentar uma associação significativa com o gênero, sendo mais comum entre as mulheres. Mulheres idosas que são sedentárias ou têm um baixo nível de prática de atividade física relatam uma maior intensidade de percepção da dor em comparação com aquelas que são ativas ou muito ativas.

Os resultados desse estudo destacaram a importância da atividade física sobretudo para as pessoas idosas que sofrem com dores crônicas. No Grupo Bem-Estar o tema dor crônica e atividade física foi abordado em vários encontros com o objetivo de estimular as participantes a adotarem hábitos de vida mais saudáveis e a se manterem mais ativas. De uma forma geral, a maioria relatou durante os encontros que participava de outros grupos e que fazia atividade física mais de três vezes por semana.

Na Tabela 2 observa-se uma descrição quantitativa do trabalho realizado entre abril de 2021 e dezembro 2023 no Grupo Bem-Estar:

Tabela 2 – Quantitativo aproximado das ações realizadas

Descrição da ação	Quantidade
Número de encontros	35
Atendimentos em Auriculoterapia	170
Materiais educativos	35
Resumos para apresentações em eventos científicos	4
Avaliações individuais de usuárias	20
Estudantes que contribuíram com o trabalho da equipe	100

Fonte: dados da autora.

É perceptível a construção do vínculo e a valorização do grupo como um espaço de convivência, acolhimento e educação em saúde. As práticas coletivas grupais no contexto da APS favorecem a promoção da saúde e

contribuem para reorientação dos serviços preconizada pelo Ministério da Saúde por serem ferramentas que possibilitam a compreensão do usuário acerca dos cuidados com a saúde (Nogueira et al, 2016). Além disso, se faz necessário ressaltar a relevância da implementação de ações de educação em saúde que busquem um envelhecimento mais saudável associado com uma melhora da qualidade de vida e bem-estar (Carvalho, 2015).

No Grupo Bem-Estar, as Práticas Integrativas e Complementares foram abordadas em alguns encontros de forma coletiva por meio de uma oficina de fitoterapia e também através das práticas de Yoga, massoterapia e Meditação. Além disso, a auriculoterapia era oferecida de forma individual a todas as usuárias que desejassesem. É importante salientar que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi criada no Brasil em 2006 com a publicação da Portaria no 971/2006 (BRASIL, 2006) contribuindo com a ampliação da oferta de cuidados no âmbito do SUS.

A auriculoterapia é uma prática de baixo custo e que demonstra ser efetiva para várias questões de saúde, conforme demonstrado na literatura científica. Um estudo de Jales et al (2021) demonstrou que a auriculoterapia contribuiu para redução dos níveis de ansiedade e estresse de professores, além de melhorar os principais sintomas associados aos agravos.

Uma revisão sistemática e metanálise que tinha como objetivo analisar os ensaios clínicos randomizados sobre a auriculoterapia no tratamento da dor crônica de coluna identificou que a auriculoterapia apresentou resultados positivos em 80% dos estudos analisados (MOURA. et al., 2019).

No que diz respeito à auriculoterapia no contexto do Grupo Bem-Estar, a dor em alguma parte do corpo estava presente em 100% das participantes, sendo mais frequente na região da coluna, joelho, ombro e cabeça. A insônia e a sensação de ansiedade também eram queixas comuns, por isso foram trabalhadas nos atendimentos além de serem abordadas em mais de um encontro. De uma forma geral, as participantes relataram melhora da percepção da dor, dos níveis de ansiedade e melhora da qualidade do sono por meio da auriculoterapia.

Na avaliação final do grupo, o feedback das participantes foi bastante positivo, todas relataram a importância dos vínculos que foram construídos, da relevância das informações trazidas para o aprimoramento do cuidado com a própria saúde, da autonomia para realização de exercícios e de outras práticas de saúde. Com isso, pode-se dizer que o grupo contribuiu de forma positiva para melhorar a qualidade de vida das participantes. Além disso, foi criado um grupo por aplicativo de mensagens (*WhatsApp*), o qual foi estratégico para divulgação de informações e para comunicação entre as participantes.

Pesquisas indicam que as terapias em grupo desempenham um papel fundamental ao proporcionar suporte aos indivíduos, contribuindo também para o fortalecimento de seus participantes. Ao ter a oportunidade de perceber que outras pessoas enfrentam diversas questões, algumas semelhantes às suas, os participantes experimentam uma sensação de conforto e compreensão (Duarte; Carvalho; Brentano, 2018).

Os estudantes também avaliaram a experiência e relataram a importância desse espaço e do papel de facilitador do trabalho em grupos para a sua formação.

Eles tiveram a oportunidade de conhecer a realidade do serviço de saúde e puderam contribuir com a oferta de cuidados desenvolvendo habilidades e competências que serão essenciais para sua atuação profissional.

Por fim, pode-se dizer que o trabalho com o Grupo Bem-Estar contribuiu para o fortalecimento da IESC, proporcionando novas formas de pensar o cuidado em saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e ressignificando o papel social da universidade que pode e deve estar cada vez mais perto da sociedade fazendo um trabalho relevante e capaz de contribuir para a sua transformação.

Um estudo de revisão integrativa analisou as publicações científicas no período de 2009 a 2018 relacionadas ao trabalho em grupos educativos na APS. Os principais pontos positivos encontrados foram a troca de experiências, a atuação da equipe multiprofissional, formação de vínculos e o aproveitamento de espaços do território. As condições de infraestrutura inadequadas e a baixa adesão de profissionais e usuários foram alguns dos desafios encontrados nos estudos analisados (Rossetto;

Grahl, 2021). Os achados desse estudo corroboram com o que foi percebido ao longo da experiência de implementação do Grupo Bem-estar.

Na APS, o trabalho com grupos operativos promove a melhoria significativa nos serviços, proporciona uma maior interação entre a equipe de saúde e os usuários, reduz a necessidade de consultas individuais e contribui para uma melhor qualidade de vida na comunidade. A população se torna mais capacitada para o autocuidado e engajada em modificar seus hábitos de vida, resultando na diminuição dos fatores de risco para a saúde (De Freitas Sá *et al.*, 2020).

Por fim, ressalta-se a importância do trabalho intergeracional em gerontologia, pois o grupo era aberto a todos que desejasse frequentá-lo. Com isso, crianças e adolescentes, muitas vezes acompanhados pelas avós, também participaram de alguns encontros, o que fortalece a promoção da saúde e do vínculo familiar, além de proporcionar o acesso à informação para que desenvolvam escolhas mais conscientes que contribuam para o alcance de um envelhecimento ativo e saudável.

CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades enfrentadas para implementação do grupo, pode-se dizer que o trabalho realizado com o grupo de pessoas idosas foi uma estratégia interessante para o fortalecimento das práticas educativas de saúde no âmbito da APS. O estímulo ao protagonismo das mulheres idosas no cuidado com a sua saúde foi um aspecto bastante presente em todo o processo, o que pôde ter contribuído para uma maior autonomia e empoderamento dessas mulheres nos diferentes contextos biopsicos-sociais de suas vidas, não só no que se refere ao cuidado com sua saúde, como também no enfretamento de situações de machismos, etarismo e outras diferentes formas de preconceitos, tão comuns na nossa sociedade.

Embora tais aspectos não tenham sido avaliados de uma maneira aprofundada pelo presente trabalho, percebeu-se uma mudança nos posicionamentos e formas de expressão das participantes no que se refere a esse empoderamento. Assim, considerando que a qualidade da saúde perpassa também por essas questões, acredita-se que o grupo foi

importante elo de sustentação e fortalecimento para os posicionamentos das participantes na defesa de suas ideias e decisões.

Além disso, percebeu-se uma maior promoção da IESC, a qual pôde contribuir para a formação dos novos trabalhadores da área da saúde mais voltada para a realidade do SUS, construção de vínculos com o serviço e a comunidade e valorização do trabalho em equipe. Por fim, pode-se dizer que o Grupo Bem-estar foi eficaz e fundamental para a promoção da saúde da pessoa idosa no contexto da APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017**. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 fev 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF 2006a. (Série B–Textos Básicos de Saúde).

BREHMER, L.C. de F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n.1, p.228-37, 31 mar. 2014.

CARVALHO, I. F. DE et al. Uso da bandagem infrapatelar no desempenho físico e mobilidade funcional de idosas com história de quedas. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 119–127, 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Educação Popular em Saúde. **Revista de educação popular**, p. 6–28, 2020.

DE FREITAS SÁ, D. L. et al. A importância dos grupos operativos na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 23, 2020.

DOMINGOS, C.; PÊGO, J. M.; SANTOS, N. C. Effects of physical activity on brain function and structure in older adults: A systematic review. **Behavioural brain research**, v. 402, n. 113061, p. 113061, 2021.

DUARTE, M. DE L. C.; CARVALHO, J. DE; BRENTANO, V. Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 39, n. 0, 2018.

FERRETTI, F. et al. Chronic pain in the elderly, associated factors and relation with the level and volume of physical activity. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 1, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOMES, E. C. C. et al. Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2193–2202, 2020.

GUO, Y. et al. Epidemiology of COVID-19 in older persons, Wuhan, China. **Age and ageing**, v. 49, n. 5, p. 706–712, 2020.

IBGE–INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021#:~:text=Nesse%20per%C3%ADodo%2C%20a%20parcela%20de,39%2C8%25%20no%20per%C3%ADodo>>. Acesso em: 22 Jan. 2024.

JALES, R. et al. A auriculoterapia no controle da ansiedade e do estresse. **Enfermería global**, v. 20, n. 2, p. 345–389, 2021.

LACERDA, D.A.L.; RIBEIRO, K.S.Q. **Fisioterapia na Comunidade.** Experiência na Atenção Básica. João Pessoa: Universitária; 2006.

MENG, H. et al. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. **Psychiatry research**, v. 289, n. 112983, p. 112983, 2020.

MOURA, C. DE C. et al. Acupuntura auricular para dor crônica nas costas em adultos: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 53, 2019.

NOGUEIRA, A. L. G. et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 964–971, 2016.

PAIVA, L. L.; RODRIGUES, M. P.; BESSEL, T. Prevalência de incontinência urinária em idosos no brasil nos últimos 10 anos: uma revisão sistemática. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 24, 2019.

QIU, J. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. **General psychiatry**, v. 33, n. 2, p. e100213, 2020.

ROSSETTO, M.; GRAHL, F. Grupos educativos na Atenção Básica à Saúde: revisão integrativa de literatura de 2009 a 2018. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e174101018561, 2021.

SANTIAGO, A. G. M. et al. Utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: revisão integrativa / Use of the child's health chair in primary care: integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14397–14411, 2021.

SILVA, K. F. DA et al. O ACESSO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, 2018.

SOUZA, S. P.D. E.; S.; SOUSA, D. S.; L. L.BORGES, L.L.. Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: tecendo sobre a resolubilidade e a integralidade do cuidado em um grupo de coluna da APS. **Health Residencies Journal–HRJ**, v. 2, n. 9, p. 78–95, 2021.

TORRES, K. R. B. DE O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 30, n. 1, 2020.

ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 2

FREITAS, Anna Júlia de¹
LUCENA, Mariana Michella Neves de²
COSTA, Janiza Carvalho da³
RODRIGUES, Ildnara Mangueira Trajano⁴
LOPES, Jhaynne Farias Cartaxo⁵

RESUMO

O Diabetes mellitus (DM) tipo 2 é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) altamente prevalente e apresenta alto índice de morbidade e mortalidade. O controle do DM e seus agravos está fortemente relacionado à capacidade do paciente de realizar mudanças em seu estilo de vida e seguir os cuidados recomendados, portanto, faz-se necessário desenvolver atividades de educação em saúde, que se destaca como uma ferramenta eficaz para estimular pessoas com DM a modificarem seus comportamentos de risco. Este trabalho teve como objetivo desenvolver uma cartilha informativa, destinada a auxiliar as orientações

1 Graduada em Farmácia pela Universidade Estadual da Paraíba(UEPB); Residente Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela SMS/JP.

2 Graduada em Farmácia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Residente Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela SMS/JP.

3 Graduada em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestre em Química e Farmacologia de Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela UFPB.

4 Preceptora de Campo

5 Preceptora de Campo

de autocuidado para os pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 que recebem atendimento nas Unidades de Saúde da Família da cidade de João Pessoa-PB. Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização de um recurso tecnológico ou material educativo, considerado uma tecnologia de cuidado ou de educação. A cartilha produzida foi intitulada “Entendendo melhor o Diabetes–Guia para autocuidado (Diabetes tipo 2)” e apresenta orientações farmacológicas e não-farmacológicas para o tratamento do DM. O material elaborado, descrito no presente estudo, evidencia a importância de se implementar ações e estratégias de educação em saúde que possam estimular a autonomia dos usuários do serviço público de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária. **Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta um cenário epidemiológico com predominância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como hipertensão, diabetes mellitus e cânceres, que têm fatores de risco bem conhecidos, entre os quais se incluem o tabagismo, a alimentação não saudável, o consumo abusivo de bebida alcóolica, além da baixa prática de atividade física (Malta, 2020). Essas enfermidades são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes a cada ano e respondem por 71% de todos os óbitos no mundo, representando um dos problemas mais graves e crescentes de saúde pública (Malta *et al.*, 2017).

Dentre as DCNTs, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), uma doença que apresenta alto índice de morbidade e mortalidade. Estima-se que 463 milhões de pessoas vivem com DM mundialmente. Essa patologia multifatorial caracteriza-se como uma condição crônica metabólica, de alta complexidade, desencadeada por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos (SBD, 2022).

A classificação etiológica do DM proposta pela *American Diabetes Association* (ADA) inclui quatro classes clínicas de Diabetes: Diabetes

mellitus tipo 1, causado pela destruição das células beta-pancreáticas, com consequente deficiência da produção e secreção da insulina; Diabetes Mellitus tipo 2, que se caracteriza por defeitos na secreção da insulina e diminuição da sensibilidade à insulina nos tecidos periféricos; Tipos específicos de anomalias genéticas das células beta-pancreáticas, e Diabetes Mellitus Gestacional (ADA, 2020).

Dentre os tipos de Diabetes, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é o mais frequente. Trata-se de uma condição relacionada a agravos significativos, como associação com doenças cardíacas e cerebrovasculares, aumento do risco de amputação de membros inferiores e perda da visão. Além disso, a DM está associada a maiores taxas de hospitalizações e maior utilização dos serviços de saúde (Santos, 2020).

Estudo realizado por Bahia *et al.* (2019), que teve por objetivo estimar a carga econômica do diabetes em adultos brasileiros em 2014, considerando as perspectivas do sistema público de saúde e da sociedade, apontou que o custo total da diabetes neste ano foi de 15,67 bilhões de dólares internacionais (Int\$), incluindo Int\$ 6,89 bilhões em custos médicos diretos (44%), Int\$ 3,69 bilhões em custos não médicos (23,6%) e Int\$ 5,07 bilhões em custos indiretos (32,4%). Importante destacar que 50,4% dos custos diretos neste estudo foram com medicamentos (45%) e insumos (5,4%).

O controle do DM e seus agravos está fortemente relacionado à capacidade do paciente de realizar mudanças em seu estilo de vida e seguir os cuidados recomendados, que incluem intervenções multi-profissionais, visto que o tratamento do DM inclui o seguimento de um plano alimentar, a monitorização da glicemia capilar e aferição da pressão arterial e a realização de atividades físicas. No entanto, embora as mudanças de hábitos de vida sejam importantes no manejo terapêutico, a doença tem o seu controle e tratamento fortemente vinculados ao uso de medicamentos, e seus portadores geralmente necessitam de tratamento farmacológico de caráter permanente (Ferreira *et al.*, 2019; Santos, 2020).

O direito de acesso à saúde, instituído pela Constituição Federal, que estrutura legalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece,

entre outras atribuições, a garantia à assistência terapêutica integral da população, incluída a assistência farmacêutica. Portanto, o acesso aos medicamentos é assegurado à população e orientado pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada a cada dois anos. Para complementar esse auxílio, há ainda o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), criado em 2004, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos, bem como diminuir o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar (Brasil, 1988; Costa et al., 2016).

De acordo com a RENAME (2022), os medicamentos disponibilizados na atenção básica para o tratamento do diabetes são a Metformina, Glibenclamida e Gliclazida, além das Insulinas NPH e Regular. Além de serem fornecidos nos municípios o glicosímetro, aparelho para acompanhar as taxas de glicemia diária e alguns insumos como: lancetas, fitas e agulhas para caneta ou frasco das insulinas. Essas opções medicamentosas também são disponibilizadas de maneira gratuita pelo PFPB.

No âmbito do componente especializado, são oferecidas a Dapagliflozina e as Insulinas Análogas de Ação Rápida e de Ação Prolongada. Os medicamentos ofertados visam atender às necessidades específicas dos pacientes, permitindo que os profissionais de saúde selezionem a terapia mais adequada com base nas características individuais e no estágio da doença, contribuindo assim para um tratamento mais eficaz e personalizado da diabetes (Brasil, 2022; Brasil, 2023).

O manejo de medicamentos de uso contínuo exige que os usuários compreendam sobre sua utilização. No tratamento farmacológico, é comum que o paciente se depare com muitas dificuldades para utilizar os medicamentos, necessitando de um acompanhamento com o farmacêutico para orientar sobre o uso adequado dos medicamentos e seus horários corretos. Esse profissional, além de dispensar os fármacos, pode avaliar possíveis sinais e sintomas do paciente, investigar sobre como é o dia a dia e passar as devidas orientações e instruções sobre a patologia (Lenzi, 2017).

Além disso, é necessário implementar ações relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de complicações. Dessa forma, faz-se necessário

desenvolver a educação em saúde de pessoas com DM para seu autocuidado, que é definido como um conjunto de práticas e atividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar. Por meio da educação em saúde, que se destaca como uma ferramenta eficaz, os usuários terão informações suficientes para modificar seus comportamentos de risco (Boell et al., 2020; Villa-Veléz, 2020).

Incentivar a pessoa a aderir aos cuidados e tratamentos é fundamental para gerenciar adequadamente o DM. As instruções de autocuidado e utilização de medicamentos fornecidos ao usuário e a adoção de hábitos de vida saudáveis têm o potencial de prevenir e reduzir as complicações decorrentes da doença. Diante disso, identificou-se a necessidade de criar uma cartilha informativa, como uma alternativa para auxiliar os usuários na compreensão de sua condição de saúde e na adesão efetiva ao tratamento medicamentoso e de mudança de estilo de vida, sendo uma contribuição para potencializar a autonomia do usuário. E ainda, o material pode fornecer um apoio aos profissionais do serviço, para promover orientações aos pacientes.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de elaboração de uma cartilha informativa, destinada a auxiliar com orientações acerca da farmacoterapia e autocuidado para os pacientes com Diabetes mellitus que recebem atendimento nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. Pretende-se facilitar a compreensão dos usuários quanto à sua patologia e ao tratamento e ainda, acerca da autoadministração de medicamentos, contribuindo assim para o seguimento do plano terapêutico adequado e minimização das complicações da condição.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a produção de uma cartilha educativa, como parte de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC).

O material é considerado um recurso tecnológico ou material

educativo, classificando-se como uma tecnologia de cuidado ou de educação, e foi desenvolvido pelas farmacêuticas residentes, atuantes em duas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa, sendo elas a USF Integrando Vidas e a USF Alto do Céu Integrada. Ao observar a população assistida nas duas unidades, nota-se a grande prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, destacando-se o Diabetes.

Através da percepção da dificuldade dos usuários portadores de DM em se medicarem e gerirem seu cuidado, observou-se a necessidade de fornecer um produto à população assistida. Para este propósito foi elaborada uma cartilha educativa com o intuito de estimular o autocuidado das pessoas que vivem com DM e orientar sobre a autoadministração de medicamentos e da insulina.

A elaboração do produto iniciou pela busca dos conteúdos que o constituem. Foram selecionados materiais relevantes e atualizados. Optou-se por preferir referências oficiais do Ministério da Saúde (MS) e das Sociedades Brasileira e Americana de Diabetes (SBD e ADA). Após o levantamento teórico, foram selecionados os tópicos a serem abordados e realizada a adaptação das linguagem técnico-científica para uma linguagem mais acessível, com utilização de termos cotidianos. Além da acessibilidade na linguagem, buscou-se redigir o texto de maneira objetiva, de modo a não dispersar o leitor.

Para diagramação e *layout* do material, realizada pelas autoras, foi utilizada a plataforma de design gráfico “Canva”, o modelo utilizado como base foi “Modelos de cartilha de orientação”, sendo modificados as ilustrações, fontes e design de modo que seja de fácil compreensão do público-alvo. As ilustrações e imagens foram licenciadas pela plataforma e retiradas de documentos de livre utilização. A elaboração desse material ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2023, e sua veiculação, de dezembro de 2023 a fevereiro de 2024.

Com relação aos aspectos éticos, o presente estudo, por se tratar de um estudo de construção de tecnologia educativa, não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Contudo, foram

respeitados os princípios éticos estabelecidos: o zelo pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações. Não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cartilha foi intitulada “Entendendo melhor o Diabetes-Guia para autocuidado (Diabetes tipo 2)” e composta por 20 páginas de tamanho A5 (148x210mm), incluindo capas, referências, sumário e conteúdo. Decidiu-se selecionar o conteúdo de modo que o material sirva de utilidade consultiva para os usuários de saúde, para tanto, o material contempla os seguintes tópicos: O que é diabetes tipo 2?, Como cuidar do diabetes?, Medicamentos, Como administrar insulina?, Insulina em frasco, Insulina em caneta, Locais para aplicação de Insulina, Monitorização, Metas de controle glicêmico, Orientações nutricionais, Benefícios das atividades físicas, Referências.

O DM2 caracteriza-se por hiperglicemia e graus variáveis de deficiência e resistência à insulina, associados a múltiplos fatores genéticos e ambientais, tais como herança genética, síndromes metabólicas pré-existentes, sedentarismo e hábitos dietéticos, que contribuem para o excesso de peso (SBD, 2022). Na cartilha, buscou-se descrever o DM de maneira sucinta, priorizando uma linguagem acessível. Tratou-se ainda, de forma breve, da possibilidade de causar sequelas em órgãos-alvo.

Como forma de controlar a doença e reduzir essas complicações crônicas, o indivíduo com DM deve manter as metas glicêmicas desejáveis. O sucesso do tratamento das DCNT depende intimamente da participação e do envolvimento do usuário do serviço de saúde enquanto protagonista de seu tratamento (Brasil, 2014).

Galdino *et al.* (2019) apontam que intervenções como educação em saúde e fornecimento de materiais educativos são medidas efetivas na melhoria do autocuidado em indivíduos com DM, e que a tecnologia educacional é considerada uma estratégia eficaz para envolver o sujeito em seu tratamento, contribuindo no controle da doença como um todo.

Dentre as tecnologias educativas, as cartilhas destacam-se pela sua praticidade e viabilidade de utilização, por se tratarem de instrumento eficiente para a divulgação de informações em saúde. Segundo Gomes (2015), um material educativo construído levando em conta as demandas observadas em seus usuários e as particularidades de seu público-alvo, que utiliza de uma linguagem facilitadora, melhora a satisfação do paciente e estimula a adoção de bons hábitos. Interaminense et al. (2016) afirmam que a habilidade para realizar um comportamento em saúde envolve, de algum modo, a capacidade de leitura e compreensão de informações direcionadas.

Dessa forma, optou-se pela confecção de uma cartilha ilustrada com figuras e fotografias, que facilite a comunicação visual e que pudesse ser levada para o domicílio. Ao adotar uma linguagem mais acessível e informal, alguns termos foram substituídos e explicados, como “hiperglicemia”; “hipoglicemia”; “jejum prolongado”; “botão amarelo”; “botão verde”; entre outros. Ressalta-se que a educação em saúde acontece por ser relacional, e não somente restrita a distribuição de materiais. O emprego de tecnologias educativas não está dissociado do processo comunicativo, que é pré-requisito para que a abordagem funcione (Oliveira, 2017).

A construção de materiais educativos para auxiliar indivíduos que convivem com DM é também uma necessidade, uma vez que muitos indivíduos não recebem o apoio necessário dos profissionais de saúde para o manejo da doença, o que acarreta em dificuldades para manter o controle glicêmico e também maior probabilidade de complicações (Aquino et al., 2016).

Com relação ao tratamento, o DM é uma doença complexa que requer estratégias multifatoriais. Para atingir as metas terapêuticas, é importante a associação de terapia medicamentosa, autogerenciamento do diabetes, ajustes nutricionais, atividade física moderada e regular, interromper o tabagismo e consumo de álcool e apoio psicossocial (ADA, 2020).

O material aborda, a partir da Página 4, as principais estratégias de cuidado para essa patologia: “O controle do Diabetes se dá por meio da prática regular de atividades físicas, alimentação saudável e do uso de

medicamentos conforme recomendado". Ao abordar a terapia medicamentosa, trata-se dos medicamentos disponíveis nas USF (Metformina, Glibenclamida e Gliclazida), sobre como administrá-los e como lidar com seus principais efeitos colaterais.

De modo geral, o tratamento farmacológico para o DM2 se inicia no momento do diagnóstico, com um antidiabético oral. A metformina é o agente farmacológico mais prescrito e o fármaco de escolha para o tratamento inicial do DM e deve ser continuada enquanto for tolerada e não contra-indicada. Como amplamente descrito na literatura, seu uso tende a causar repercussões gastrointestinais indesejáveis, como diarreia, flatulência, náuseas e vômito. Esses efeitos, que dificultam a adesão ao tratamento, podem ser reduzidos ao fazer uso do medicamento junto à alimentação, ou utilizando o medicamento na formulação de liberação prolongada (May; Schindler, 2016). As sulfonilureias (glibenclamida e gliclazida) têm como principais efeitos indesejados a hipoglicemias e o ganho de peso. Além disso, as sulfonilureias tendem a deixar a pele seca, aumentando a sensibilidade à exposição solar (Seidu et al., 2021).

Nesse contexto, o profissional farmacêutico não deve apenas fornecer o medicamento ao usuário do serviço de saúde, mas também promover condições para a melhor utilização do produto dispensado. O conhecimento e a acessibilidade do farmacêutico possibilitam que o serviço de saúde forneça um apoio terapêutico imprescindível na promoção do uso racional de medicamentos. Dessa forma, o tratamento farmacológico para diabetes engloba a criação de estratégias para atender as necessidades dos pacientes (Lenzi, 2017).

Quando os antidiabéticos orais não conseguem manter suficientemente os níveis séricos de açúcar, a terapia insulínica pode ser iniciada, isoladamente ou em combinação com a terapia oral (SBD, 2022). A insulinoterapia é um tratamento complexo e que não depende apenas do usuário. A efetividade desse tratamento está diretamente relacionada a fatores envolvidos desde a sua aquisição até o momento da aplicação, portanto, deve levar-se em conta a disponibilidade dos insumos para sua aplicação, as especificidades de cada apresentação da insulina (em caneta com agulha ou frasco e seringas) além das instruções para a sua

administração. O armazenamento da insulina também é um dos componentes de extrema importância para a efetividade do tratamento (Sousa et al., 2019).

O cuidado no tratamento insulínico perpassa um conjunto de ações que devem ser pautadas na interação entre profissional e usuário, uma vez que a orientação e educação devem ser contínuas no sentido de evitar erros durante a execução, visto que a insulina é um medicamento potencialmente perigoso, ou seja, tem potencial para causar danos significativos ao usuário, em caso de falha na utilização (Sousa et al., 2019; ISMP, 2022). Assim, a técnica deve seguir o recomendado por documentos oficiais, a fim de evitar complicações.

Da Página 6 a página 12 da cartilha elaborada, é possível encontrar instruções acerca do armazenamento e administração da insulina, que foram montadas a partir de protocolos do MS e da SBD. São encontradas informações como “Não guardar na porta da geladeira, nem no congelador”; “Após aberto, o frasco pode ser mantido fora da geladeira para minimizar dor no local da injeção”; entre outras. Há ainda um passo a passo minucioso e ilustrado, com a diferenciação dos tipos de insulina, separação do material a ser utilizado, higienização das mãos, homogeneização da insulina, a sequência para a aplicação propriamente dita e escolha e rodízio dos locais de aplicação. A insulina pode ser administrada por profissionais de saúde, por cuidadores ou pelo próprio paciente. A autoaplicação da insulina proporciona o autocuidado e fornece autonomia ao indivíduo.

As páginas 13 e 14 da cartilha contemplam, respectivamente, espaço para o monitoramento da glicemia capilar, onde se indica a anotação da data da aferição e o resultado obtido, e as metas de controle glicêmicos recomendadas pela ADA (2020): glicemia de jejum – até 100 mg/dL; glicemia pré-prandial – até 130 mg/dL; glicemia pós-prandial – até 180 mg/dL.

A glicemia capilar é um tipo de exame rápido, prático e que pode ser feito pelo próprio indivíduo. Estudo realizado por Souza et al. (2021) aponta que quanto maior o número de monitorizações glicêmicas diárias, maior o controle glicêmico dos indivíduos e o alcance das metas glicêmicas dispostas pelos profissionais de saúde que os acompanham.

Monitorar os níveis glicêmicos é fundamental para verificar o controle da doença e auxiliar no ajuste posológico, da alimentação e da atividade física, se necessário, principalmente para as pessoas que fazem uso da terapia com insulina (Santos *et al.*, 2021).

As páginas 15 e 16 da cartilha apresentam ao usuário algumas orientações nutricionais e o incentivo à prática de atividade física, como forma de expor que o seu tratamento depende de um conjunto de ações além do medicamento. Acerca das mudanças no estilo de vida, sabe-se que para o sucesso do tratamento, é essencial que haja adoção de alimentação balanceada e prática de atividades físicas. A dietoterapia tem o objetivo de promover uma nutrição hipoglicemiante e favorecer o controle metabólico, com o intuito de fornecer qualidade de vida aos pacientes que vivem com diabetes. A educação alimentar melhora a adesão à terapia nutricional e o acesso a informações confiáveis em relação aos alimentos pode contribuir para a autonomia dos pacientes, da família e da comunidade (Brasil, 2014; ADA, 2020).

Porém, ressalta-se que além das orientações gerais ofertadas no material produzido, faz-se necessário o acompanhamento profissional, para estabelecer um planejamento alimentar que conte com as características e preferências individuais e as recomendações de macro e micronutrientes para pessoas com distúrbios metabólicos (SBD, 2022).

É sabido que a prática regular de exercício físico traz benefícios à saúde, diminui a morbimortalidade, melhora o controle glicêmico e é um adjuvante para o controle dos quadros clínicos associados à síndrome metabólica, como a resistência à insulina, portanto, é uma medida não-farmacológica benéfica para quadros de DM. Para adultos com resistência à insulina, recomenda-se a prática de exercícios aeróbios com intensidade moderada e progressiva, de 3 a 5 vezes por semana (Way *et al.*, 2016).

Ao longo do processo de formulação da cartilha, foram evidenciadas potencialidades e fragilidades. Como potencialidades, destacam-se a realização da revisão de literatura, para se buscar as informações necessárias à construção do trabalho, a devolução à sociedade do produto criado no contexto da Residência multiprofissional e a visão ampliada do

tratamento para o DM, possibilitando utilização futura dos profissionais das USF e propagação do conhecimento.

A construção do material não pretende ser uma maneira de transmitir verticalmente os conhecimentos, no entanto, não foi possível a conferência do material por representantes do público-alvo, além disso, o trabalho limitou-se ao DM2, devido ao alto orçamento para impressão de cópias da cartilha informativa, que seria o principal meio de distribuição para a população, portanto, a cartilha foi disponibilizada principalmente de forma *online*. Ademais, não foi possível realizar a validação do material construído, devido ao curto espaço de tempo entre a produção da cartilha e a apresentação deste trabalho, sendo essas as fragilidades observadas no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção farmacêutica realizada nos serviços de saúde permite ao usuário a orientação quanto aos seus medicamentos, como utilizar os insumos para controle da glicemia e as complicações advindas da ausência de tratamento efetivo da DM, porém, a intervenção educativa tem um papel de estimular o autocuidado, a independência do usuário para que possa ser o responsável pelos seus cuidados diante da doença. A ferramenta educacional em saúde busca envolver o público-alvo quanto a sua condição e melhorar a conscientização sobre o processo saúde-doença.

A construção do material relatada no presente estudo evidencia a importância de se implementar ações e estratégias de educação em saúde que possam estimular a autonomia dos usuários do serviço público de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária. A criação de uma cartilha informativa mostra-se como uma ferramenta eficaz para o processo educativo e estímulo ao autocuidado. Por meio da utilização do material, foi possível fortalecer as atividades da atenção primária e prevenir agravos, proporcionando uma assistência adequada e de qualidade.

A abordagem lúdica causa repercussões positivas, principalmente aquelas relativas ao aprendizado acerca da fisiopatologia do diabetes, à

autoaplicação da insulina, à prática de atividades físicas, bem como, a identificação de complicações da não adesão à alimentação adequada. Estes dados podem servir de suporte para identificar as maiores dificuldades no manejo da doença e nortear o paciente a procurar o profissional adequado para isto.

Além disto, vale destacar a importância da inclusão do farmacêutico na atenção primária como parte integrante da equipe visto que, contribui de forma significativa na educação continuada do usuário, devido a maior frequência de contato, pelo ato da dispensação, momento no qual é possível acompanhar o tratamento do paciente e realizar orientações farmacoterapêuticas quanto ao uso racional dos medicamentos, bem como o descarte correto do medicamento e de insumos de saúde. Dessa forma, como continuidade do trabalho, pretende-se, posteriormente, fornecer uma capacitação, para ampliar o alcance do material produzido, às equipes das USF, com a participação pertinente dos demais profissionais.

REFERÊNCIAS

ADA, AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*. V. 43, n. 1, p. S37-S47, jan. 2020.

AQUINO, J.; et al. Educational booklet on diabetes: construction and content validation. *Semina Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 37, n. 1, 2016. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836599>

BAHIA, L. R.; DA ROSA, M. Q. M.; ARAUJO, D. V. et al. Economic burden of diabetes in Brazil in 2014. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, v. 11, p. 54, 2019. Publicado em 2 de julho de 2019. DOI: 10.1186/s13098-019-0448-4.

BOELL, J. E. W.; et al. Resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 29, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 1988 out 5; Seção 1:1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n 35–Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de Medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil, 2023**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/farmacia-popular/codigos-de-barras/lista-de-medicamentos-pfpb>>. Acesso em: <05 set 2023>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 183 p.

COSTA, K. S.; et al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 33-44, jan-mar 2016.

FERREIRA, D. L.; et al. O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, 2019.

GALDINO, Y. L. S.; et al. Validação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p.817-824, 2019.

GOMES, J. R. “Desatando nós” no dialógo entre equipe e usuários: subsídios para a captação de contatos em hanseníase. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12875/1/juliana_gomes_ioc_mest_2015.pdf>. Acesso em dez. 2023.

ISMP–Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso ambulatorial e para instituições de longa permanência–Listas atualizadas 2022**, Boletim ISMP Brasil [Internet].Disponível em:< <https://www.ismpbrasil.org/site/boletins/>>. Acesso em: <05 set 2023>.

INTERAMINENSE, I. N. C. S.; et al. Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

LENZI, M. O Guia Para O Farmacêutico Clínico No Controle Glicêmico Do Paciente Diabético. [S.I.]: ICTQ, p. 66, 2017.

MALTA, D. C.; et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Population Health Metrics**, v. 18, Suppl 1, p. 16, 2020.

MALTA, D. C.; et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MAY, M.; SCHINDLER, C. Clinically and pharmacologically relevant interactions of antidiabetic drugs. **Therapeutic advances in endocrinology and metabolism**, v. 7, n. 2, p. 69-83, 2016.

OLIVEIRA, A. H. A. M.; et al. Cartilha educativa para mulheres sobre incontinência urinária: concepção e desenvolvimento. **Revista baiana de saúde pública**, v. 41, n. 2, 2017.

SANTOS, P. T. M. Uso de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: um estudo de base populacional. 69 f. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Belo Horizonte MG, 2020.

SANTOS, S. S.; NASCIMENTO, W. R.; MORAIS, Y. Papel da glicemia capilar no controle do Diabetes mellitus do tipo 2. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e495101321540-e495101321540, 2021.

SBD–Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2022-2023**. São Paulo: Clannad; 2022.

SEIDU, S.; COSB, X.; BRUNTONC, S. et al. A disease state approach to the pharmacological management of Type 2 diabetes in primary care: A position statement by Primary Care Diabetes Europe. **Primary Care Diabetes**, p. 31–51, 2021. doi: 10.1016/j.pcd.2020.05.004. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32532635.

SOUZA, Z.; NEVES, M. C; CARVALHO, D. Técnica de administração de insulina: uma prática sustentada em evidência científica. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 14, n. 3, p. 120-128, 2019.

SOUZA, V. H. M. P.; et al. Diabetes mellitus: Dificuldade na realização do tratamento de usuários de insulina. **Revista Saúde (Sta. Maria)**. v. 47, n. 1, 2021.

VILLA-VÉLEZ, L. Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. **Revista Ciêncie & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, p. 1539-1556, 2020.

WAY, K. L.; HACKETT, D. A.; BAKER, M. K.; JOHNSON, N. A. The Effect of regular exercise on Insulin sensitivity in Type 2 Diabetes mellitus: A systematic review and meta-Analysis. **Diabetes metab J**, v. 40, n. 4, p. 253-257, 2016.

AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cleyton Oliveira Bezerra¹
Patricia Domingos De Castro Silva Souza²
Lucineide Alves Vieira Braga³
Thais Teles de Souza⁴
Walleri Christini Torelli Reis⁴

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes são doenças crônicas não transmissíveis consideradas problemas de saúde pública no Brasil, pois estão intimamente relacionados aos desfechos cardiovasculares, principal causa de morbimortalidade no país. Tendo em vista que a atenção básica exerce uma importante função na prevenção e promoção da saúde, e que para desenvolver seu papel dispõem apenas das tecnologias em saúde leves, estudos apontam que as atividades educativas em grupo são estratégias primordiais para abordar questões relacionadas à saúde. **Objetivo:**

-
- 1 Residente da Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade-PMJP
 - 2 Preceptora da Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade-PMJP
 - 3 Docente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-Afyia.
 - 4 Docente de Farmácia da Universidade Federal da Paraíba

reforçar a importância do fortalecimento da atenção básica, estimular a formação de grupos, sobretudo para os pacientes portadores de HAS e/ou DM. **Método:** estudo longitudinal de caráter descritivo, realizado com pacientes que possuem HAS e/ou DM tipo 1 ou 2 no âmbito da Estratégia de Saúde da Família através do acompanhamento do grupo do HiperDia de 19 de julho de 2022 até 30 de setembro de 2023 no município de João Pessoa/PB. OS dados foram coletados através dos prontuários de acompanhamento do grupo, foram selecionados aleatoriamente os usuários com pelo menos 3 consultas. Todos os procedimentos foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 74171323.6.0000.5178. **Resultados:** houve prevalência do sexo feminino (76,3%) entre os participantes do HiperDia e com média de idade de 60,5 (53, 70). Entre os fatores comportamentais avaliados se destacou o sedentarismo (72,5%). Na comparação da evolução das condições de saúde dos pacientes foi observado uma melhora sobre-tudo quando comparadas a 1º com a 3º consulta, resultado esperado por se tratarem de condições crônicas. **Consideração Final:** o grupo do HiperDia proporcionou a todos os participantes (profissionais e usuários) uma construção de saberes através de debates e trocas de experiências dando início a um processo de retomada da autonomia dos usuários. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Doenças crônicas; Hipertensão; Diabetes.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension and Diabetes are chronic non-communicable diseases considered public health problems in Brazil, as they are closely related to cardiovascular outcomes, the main cause of morbidity and mortality in the country. Considering that primary care plays an important role in preventing and promoting health, and that only light health technologies are available to develop its role, studies indicate that group educational activities are essential strategies for addressing health-related issues. **Objective:** reinforce the importance of strengthening primary care, encourage the formation of groups, especially for patients

with hypertension and/or DM. **Method:** longitudinal study of a descriptive nature, carried out with patients who have hypertension and/or DM type 1 or 2 within the scope of the Family Health Strategy through monitoring by the HiperDia group from July 19, 2022 until September 30, 2023 in the city of João Pessoa/PB. Data were collected through randomly selected group follow-up records with at least 3 consultations. The procedures were submitted and approved by the Research Ethics Committee, CAAE nº 74171323.6.0000.5178. **Results:** there was a prevalence of females (76.3%) among HiperDia participants and with an average age of 60.5 (53, 70). Among the behavioral factors evaluated, sedentary lifestyle stood out (72.5%). When comparing the evolution of the patients' health conditions, an improvement was observed, especially when comparing the 1st with the 3rd, an expected result as they are chronic conditions. **Final Consideration:** the HiperDia group provided all participants (professionals and users) with the construction of knowledge through debates and exchanges of experiences, starting a process of resuming users' autonomy.

Descriptors: Primary Health Care; Chronic diseases; Hypertension; Diabetes.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grupo de patologias com etiologia multifatorial, períodos prolongados de curso e latência, de origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais. Os fatores de risco podem ser classificados como “não modificáveis” (sexo, idade e genética) e “comportamentais” (tabagismo, dieta, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas). Fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais potencializam os fatores de risco comportamentais (BRASIL et al., 2008; DA SILVA DE CARVALHO MELO et al., 2019).

As DCNT (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres, diabetes, desordens mentais e neurológicas, entre outras) são coletivamente responsáveis por cerca de 74% de todas as mortes no mundo, muitas

dessas prematuramente (DA SILVA DE CARVALHO MELO et al., 2019; WHO, 2023). As doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortalidade no Brasil, correspondendo a 72% das causas de morte (MALTA et al., 2019).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos a valores iguais ou maiores que 140 e/ou 90 mmHg, e Diabetes Mellitus (DM), doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de anomalias da secreção (DM tipo 1) ou da ação da insulina (DM tipo 2), são consideradas como desafios para saúde pública brasileira e estão entre as principais comorbidades de base relacionadas ao comprometimento do sistema cardiovascular, quadro que se agrava quando tais comorbidades se encontram em concorrência no indivíduo e associada ao estilo de vida desregrado aumentam consideravelmente o risco da morbimortalidade, sobretudo em idosos (CASAGRANDE et al., 2022; ZATTAR et al., 2019).

Atentando para a necessidade do controle dessas importantes comorbidades para a diminuição da mortalidade pelas doenças cardiovasculares, foi criado diversas estratégias de enfrentamento, desde o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HiperDia), criado em 2002, até a publicação da portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, em que o princípio norteador de ambos se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na Atenção Básica (AGUIAR DE SOUSA et al., 2019; BRASIL, 2019).

Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros (SAÚDE, 2011).

Estudos apontam que a educação em grupo é uma importante estratégia para abordar questões relacionadas à saúde, pois permite que os participantes compartilhem experiências, expressem preocupações,

discorram sobre dúvidas e os sentimentos relacionados ao convívio com essas condições, e se constitui um dos desafios diariamente enfrentados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que busca incessantemente auxiliar os usuário no controle da HAS e/ou DM. Dessa forma uma maneira de apoiar aos usuários no gerenciamento desses agravos crônicos é por meio da educação em saúde, fundamental para estimular mudanças de comportamentos aos indivíduos em risco. (7,8).

Através do exposto e considerando a relevância da transdisciplinaridade no cuidado em saúde este estudo tem como objetivo buscar reforçar a importância do contínuo fortalecimento da atenção básica, do SUS na promoção e prevenção da saúde, estimulando a formação de grupos nas ESF, sobretudo para os pacientes portadores de HAS e/ou DM com intuito de trabalhar a educação em saúde através da integralidade do cuidado, sob a ótica de diferentes núcleos profissionais, fortalecendo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal documental, prospectivo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa realizado com pacientes que possuem HAS e/ou DM tipo 1 ou 2, mediante ao uso de um questionário anexado ao prontuário. Os usuários participantes foram todos provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos pela estratégia de saúde da família através do grupo de acompanhamento (HiperDia) juntamente com a equipe da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e da Comunidade, composta por duas enfermeiras, farmacêutico, fisioterapeuta, psicóloga, odontóloga e médica veterinária, além de dois residentes médicos na cidade de João Pessoa, Paraíba.

Todos os procedimentos foram submetidos e aprovados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB), conforme CAAE nº 74171323.6.0000.5178. Durante todo o estudo foram obedecidas as normas éticas promulgadas na Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Para execução das atividades do estudo foram utilizados materiais como auxílio para observação dos dados antropométricos e acompanhamento das comorbidades. Foram eles:

- Balança antropométrica;
- Fita métrica;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Kit medidor de glicemia: aparelho + tiras teste + lancetas

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos no estudo 80 prontuários, selecionados randomicamente, todos os pacientes admitidos a partir de 19 de julho de 2022 até 30 de setembro de 2023, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (CID 10 – I10) e Diabetes Mellitus (CID 10 – E10, E10.8, E10.9, E11, E11.0) e que tiverem pelo menos três consultas realizadas no período do estudo.

Serão excluídos os pacientes saíram do serviço independente da motivação antes de completarem pelo menos 3 avaliações ao longo do acompanhamento.

ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados extraídos dos prontuários foram coletados e armazenados em um banco de dados em uma planilha do Excel® 2019. As variáveis contínuas de interesse do estudo foram avaliadas por meio do teste de *Shapiro – Wilk* para verificar a normalidade dos dados e definir as medidas de tendência central e dispersão (GHASEMI; ZAHEDIASL, 2012). Uma análise descritiva foi realizada com a distribuição de frequências, medianas e intervalos interquartis das características sociodemográficas e dos dados de impacto clínico, esse último variando de acordo com o acompanhamento. Para as variáveis categóricas será utilizado o teste de qui-quadrado para a avaliação da significância estatística ao nível de 5%. Esse teste avalia a associação ou não entre duas variáveis, mas

sem produzir estimativa de efeito ou intervalo de confiança (PANDIS, 2016). Para variáveis contínuas será utilizado o teste de Wilcoxon pareado ao nível de significância de 5%. Todos os dados serão analisados pelo programa estatístico *Jamovi* versão 2.4.11.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De um total de 4.000 usuários do SUS acompanhados por uma ESF do município de João Pessoa-PB, aproximadamente 700 foram cadastrados no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) enquanto portador de HAS e/ou DM. Destes, 593 foram registrados como acometidos com HAS, 278 com DM e 205 como portadores das 2 comorbidades associadas. Entretanto apenas cerca de 300 usuários se cadastraram no HiperDia no período de 19 de julho de 2022 até 30 de setembro de 2023. A análise desses dados possibilitou a descrição de algumas características socio-demográficas e clínicas dos usuários adscritos.

Dos prontuários selecionados (tabela 1) para o estudo desacata-se a prevalência do sexo feminino (76,3%), além da média da idade dos usuários (61,5) e os níveis de escolaridade com a maioria entre o ensino fundamental completo (25%) e o ensino médio incompleto (33,8%). Entretanto sem deixar de observar que 13,8% se declararam não alfabetizados, apesar de alarmante corroboram com a média observada nacionalmente, sobretudo na região nordeste do país (IBGE, 2022).

O baixo nível de escolaridade é um fator determinante no processo de educação em saúde para com o paciente, visto que pode comprometer o desfecho das intervenções propostas pelos profissionais de saúde. Um estudo realizado com 224 pacientes diagnosticados com DM2 demonstrou que os pacientes com baixo nível de escolaridade apresentavam maior dificuldade no controle dos índices glicêmicos (VELOSO et al., 2020).

As principais comorbidades observadas foram a hipertensão arterial, dislipidemia, sobre peso/obesidade e diabetes. A hipertensão arterial estava presente em 95% dos participantes do HiperDia, o sobre peso/obesidade em 55%, dislipidemia em 53,8% seguido por diabetes (52,5%) e os problemas relacionados a saúde mental (26,3%) chamam atenção

tendo em vista o aumento da relação com o descontrole dos níveis glicémicos e da pressão arterial (VINHAL et al., 2023). Destaca-se também na população em estudo maior ocorrência de retinopatia (13,8%) e angina (12,5%) entre as complicações.

Os aspectos comportamentais presentes na tabela 2 são compreendidos como fatores de risco nos quais destaca-se o tabagismo, considerado um dos principais determinantes para o diagnóstico de doenças crônicas, sobretudo cardiovasculares (VELOSO et al., 2020). Na população em estudo, 23,8% apresentam como fator de risco o tabagismo, e todos os que fumam também eram portadores de HAS e 36,8% apresentaram DM, entretanto não apresentou significância estatística quando associado a HAS ($p = 0,252$) ou com DM ($p = 0,118$).

Semelhante ao observado anteriormente, todos que declararam consumo de bebidas alcoólicas também são portadores de HAS e aproximadamente metade (53,8%) portavam DM, foi observado diferença estatística ($p=0,038$) quando comparado todos os grupos. Corroborando com o achado um estudo realizado com 2.865 participantes detectou que o aumento da ingestão de álcool era um fator determinante para maiores níveis pressóricos, ao passo que a diminuição deste consumo associou-se à maior redução da pressão arterial (PA), cerca de 5,5 mmHg (6,70 a 4,30) na pressão arterial sistólica (PAS) e 3,97 (4,70 a 3,25) na pressão arterial diastólica (PAD). Tais resultados corroboram com as recomendações da revisão sistemática realizada por Roerecke e colaboradores, que aponta que a ingestão de álcool não deve ultrapassar 30 g/dia, e que este limiar deve ser reduzido a metade para mulheres e indivíduos com sobrepeso, por exemplo (ROERECKE et al., 2017).

Em relação ao fator de risco sobre peso/obesidade, foi observado que esse está presente em 55% dos portadores das comorbidades em estudo, tendo maior prevalência entre os usuários portadores de HAS (53,75%) e menor no grupo DM (33,75%). Ao verificar a associação estatística entre esse fator e as condições clínicas, não foi observado resultados significativos. Contudo é reconhecido na literatura que o aumento da adiposidade, sobretudo abdominal, é um dos fatores precursores que levam à resistência a insulina por mecanismos diversos, culminando em

aumento dos níveis glicêmicos e suas complicações (FREITAS; SOUZA; LIMA, 2016). Uma possível explicação para os resultados deste estudo que correlacionam sobrepeso/obesidade, HAS e/ou DM, seria a de que o número de consultas não foi suficiente para adaptar uma mudança no estilo de vida dos pacientes, o que poderia acontecer com uma maior frequência de encontros e a participação de profissionais do núcleo de nutrição para agregar neste propósito.

O sedentarismo foi o fator de risco mais presente: 72,5% não praticam atividade física regular; 93,1% dos sedentários apresentam HAS, enquanto 46,5% portam o DM. Quanto as associações estatísticas, nenhuma apresentou $p < 0,05$.

Considerando a escala de caracterização do estado atual da doença (tabela 3) após as consultas e avaliação multiprofissional e médica as condições clínicas dos pacientes eram subdivididas de acordo com os parâmetros fisiológicos e bioquímicos. Observando-se as metas terapêuticas estabelecidas por suas respectivas diretrizes a condição clínica analisada era classificada em “controlado” quando já iniciava o grupo dentro das metas terapêuticas e “não controlado” quando desde o início estava fora das metas. O parâmetro foi apontado como “desconhecido” quando a história clínica e/ou relato do paciente apontavam para existência dessa condição, mas não era possível avaliar através das ferramentas disponíveis, em situações que era necessária avaliação dos parâmetros bioquímicos, mas o usuário não dispunha de exames recente ou não foi apresentado na consulta. Era utilizada “sem alteração” quando o parâmetro avaliado se mantinha inalterado entre as consultas. Para apontar uma evolução da condição analisada em caminho a atingir a meta terapêutica foi utilizado a “melhora parcial” em oposição, para apontar uma regressão do parâmetro de saúde avaliado apontando um distanciamento da meta foi utilizado “piora parcial”.

Portanto, foi observado uma melhora global dos estados das comorbidades avaliadas quando comparadas a 1º com a 3º consulta. Resultado esperado, visto que o papel da atenção básica frente às doenças da população do estudo é de auxiliar no autocuidado, contando com a responsabilização dos usuários, já que se trata de condições clínicas crônicas

que necessitam de um acompanhamento regular e sistemático por muito tempo, exigindo mudanças no estilo de vida, inserções de novas rotinas e adaptações familiares (MENDES, 2012).

É possível reforçar a importância da dinâmica multiprofissional, trabalhando de forma conjunta e transdisciplinar a fim de promover ao usuário uma experiência digna do cuidado em saúde. Nesse contexto, muito se foi discutido a respeito de práticas educativas como ponto de partida para a mudança dos cenários metabólicos desregulados apresentados na consulta 1.

Sabe-se que a troca de saberes da população com os profissionais de saúde permite a criação de um vínculo que transmite segurança aos usuários da USF, dessa forma as reuniões do HiperDia eram momentos onde se punha em prática o diálogo, principalmente sobre as dificuldades do dia a dia no manejo das limitações e dificuldades dos usuários, destacando-se uma atenção especial para os usuário não alfabetizados. Uma vez identificados os entraves para adequação do tratamento das comorbidades, eram realizadas intervenções, algumas vezes lúdicas, tais como palestras, confecção de material educativo para uso racional de medicamentos, demonstração da correta aplicação de insulina da maneira correta, entre outros.

Todas essas medidas enaltecem a transformação social estabelecida pela educação em saúde que provoca o empoderamento aos usuários, estabelecendo o autocuidado, a adesão terapêutica e a qualidade de vida como fatores determinantes para a mudança no estilo de vida e, consequentemente, dos parâmetros pressóricos e glicêmicos ao longo das consultas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização dos métodos descritos neste estudo foi possível obter dados relevantes acerca do impacto clínico do trabalho multiprofissional na educação em saúde de pacientes portadores de HAS e/ou DM. O grupo de HiperDia proporcionou aos residentes multiprofissionais, dos núcleos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, odontologia, medicina

veterinária e psicologia, e médicos uma vasta experiência através da troca de saberes entre profissionais e usuários, reforçando a importância do estabelecimento de uma rotina interativa entre esses personagens.

Mediante o que foi observado, se faz importante a busca ativa dos usuários portadores de doenças crônicas, sobretudo com HAS e/ou DM, em tempo oportuno para definição de diagnósticos, proporcionar acesso às orientações eficazes auxiliando no autocuidado, cuidado integral e assegurando ao máximo o bem estar dos usuários, reduzindo períodos de agudizações.

Durante as salas de espera realizados com os usuários foi percebido uma boa aceitação e integração dos usuários com os profissionais, onde todos puderam expressar suas dificuldades e crenças, suas experiências de enfrentamentos frente as comorbidades construindo um ambiente de ampla confiança e troca de saberes, a experiência em grupo possibilitou a construção de novos saberes, sendo bem aceita e bem avaliada tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários.

Para possibilitar trocas de experiências mais dinâmicas foram realizadas diversas atividades, desde confecção de material educativo para auxiliar no entendimento da atividade até construção de momentos lúdicos. Para construção dos materiais e dinâmicas contou com a colaboração e disponibilidade dos profissionais residentes e dedicação na preparação dos momentos.

O presente trabalho demonstra o papel fundamental da atenção básica na construção do autocuidado dos usuários portadores de HAS e/ou DM, a importância das residências multiprofissional e médica no auxílio da construção dos olhares diferenciados das diversas profissões com o único objetivo de garantir uma assistência mais holística e a construção de saberes compartilhados com os usuários, proporcionando autonomia em seu autocuidado.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR DE SOUSA, N. et al. Fatores De Risco E Complicações Em Diabéticos/
Hipertensos Cadastrados No Hiperdia. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n.
1, p. 31–39, 2019.
- BRASIL et al. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas
não-transmissíveis**Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde
Brasília, , 2008.
- BRASIL, G. DO. Portaria no. 3.222/GM/MS, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe
sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne
Brasil. **Diário Oficial da União**, v. 239, n. 1, p. 172, 2019.
- CASAGRANDE, A. E. S. et al. **HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES: UM PROJETO
DE INTERVENÇÃO**. IETC, p. 88, 2022.
- DA SILVA DE CARVALHO MELO, S. P. et al. Chronic noncommunicable diseases and
associated factors among adults in an impoverished urban area of the brazilian northe-
ast. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159–3168, 2019.
- FREITAS, G. A. DE; SOUZA, M. C. C. DE; LIMA, R. DA C. Prevalência de diabetes
mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato
Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.
- GHASEMI, A.; ZAHEDIASL, S. Normality tests for statistical analysis: a guide for
non-statisticians. **International journal of endocrinology and metabolism**, v. 10, n. 2, p.
486, 2012.
- IBGE. **Conheça o Brasil**. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>>.
- MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não trans-
missíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.
22, p. e190030, 2019.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

PANDIS, N. The chi-square test. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics**, v. 150, n. 5, p. 898–899, 2016.

ROERECKE, M. et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 2, n. 2, p. e108–e120, 2017.

SAÚDE, B. M. DA S. S. DE V. EM S. D. DE A. DE S. DE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de SaúdeMinistério da Saúde Brasilia, , 2011.

VELOSO, J. et al. Perfil clínico de portadores de Diabetes Mellitus em acompanhamento multiprofissional em saúde. **Revista Cuidarte**, 2020.

VINHAL, C. J. et al. **Ansiedade: fator desencadeante no descontrole da glicemia e da pressão arterial de pacientes atendidos em um centro de tratamento do município de Rio Verde-GO**. CICURV-Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde. **Anais...2023**

WHO. **Noncommunicable diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1>.

ZATTAR, M. M. L. et al. Dupla carga de doença (hipertensão arterial e Diabetes mellitus) no sul do Brasil. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 8, n. 2, p. 16–22, 2019.

(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E PERFIL NUTRICIONAL DE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Elaine Cristina Cavalcante de Souza¹

Regiane Fixina de Lucena²

Josinete Lopes de Azevedo

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado nutricional, os hábitos alimentares e a (in)segurança alimentar das gestantes. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo, quantitativo, envolvendo 68 gestantes que realizaram seu acompanhamento pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. **Resultados:** Identificou-se maior prevalência de sobrepeso no período pré-gestacional e gestacional. Evidenciou-se a prevalência de 97% do uso de aparelhos eletrônicos durante a realização das refeições e o consumo alimentar centrado em dois extremos, alto índice em alimentos saudáveis (68%) e alimentos não saudáveis (63,5%). Constatou-se associação entre a presença de obesidade e do perfil socioeconômico com a presença de algum grau de insegurança alimentar nas gestantes ($p<0,05$). **Considerações finais:** As questões socioeconômicas e o acesso à alimentação adequada e saudável, demonstram influenciar

¹ Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- PMJP

² Preceptora de Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- PMJP

no desfecho da insegurança alimentar, requerendo maior manejo do cuidado na Atenção Primária à Saúde para as questões de relevância social, capacidade de planejamento e monitoramento das estratégias e efetividade das Políticas Públicas da saúde da criança e da mulher.

Descriptores: Estado nutricional; Consumo alimentar; Insegurança alimentar; Gestantes.

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status, dietary habits, and food (in) security of pregnant women. **Methodology:** A descriptive, quantitative cross-sectional study was conducted, involving 68 pregnant women who received prenatal care at a Family Health Unit in the city of João Pessoa/PB. **Results:** A higher prevalence of overweight was identified in both the pre-pregnancy and gestational periods. It was evident that the use of electronic devices during meals was prevalent (97%), and dietary consumption was characterized by two extremes: a high percentage of healthy foods (68%) and unhealthy foods (63.5%). An association was found between the presence of obesity and the socioeconomic profile and the occurrence of some degree of food insecurity in pregnant women ($p<0.05$). **Final Considerations:** Socioeconomic factors and access to adequate and healthy food were shown to influence the occurrence of food insecurity, emphasizing the need for enhanced care management in Primary Health Care, addressing social relevance, planning capacity, and monitoring of strategies, as well as the effectiveness of public health policies for children and women.

Descriptors: Nutritional status; Food consumption; Food insecurity; Pregnant women.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento nutricional do pré-natal deve ocorrer no início da gestação para identificar as inadequações e a partir disso, propor mudanças no consumo alimentar capazes de prevenir complicações no

período gravídico-puerperal. Sendo o estado nutricional pré-gestacional e o adequado ganho de peso materno, fatores cruciais para o seguimento esperado de uma gestação saudável, garantindo a manutenção da saúde da mãe e da criança (Veiga *et al*, 2023).

A avaliação nutricional deve incluir as medidas antropométricas maternas: peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), para classificar o IMC por Idade Gestacional (IG). Além disso, a realização de inquéritos sobre a ingestão alimentar alinhado com esses dados antropométricos, permitem identificar as necessidades nutricionais, assim como o estado nutricional da gestante e subsidiar a previsão do ganho de peso até o final da gestação (Brasil, 2011). O estado nutricional, diagnóstico e manejo da amamentação são pautas essenciais do acompanhamento pré-natal (Brasil, 2012).

No entanto, muitos fatores podem estar relacionados à alteração do estado nutricional. Estudos apontam a tendência de maior ganho de peso em mulheres que já possuem um IMC elevado no início da gestação (FEBRASGO, 2019; Moura *et al*, 2018). O estudo de Peres *et al* (2016) identificou o ganho de peso excessivo durante a gestação associado a complicações na saúde do neonato e gestante. Dessa forma, é fundamental orientar sobre o assunto durante o pré-natal.

A investigação do consumo alimentar pode ser considerada como indicador indireto do estado nutricional, uma vez que os hábitos alimentares inadequados estão relacionados com a baixa ingestão de alimentos fontes de nutrientes essenciais e exagerado consumo de alimentos com alta densidade energética e baixo teor de nutrientes (Silva *et al.*, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto cenário de primeiro contato entre profissionais de saúde e os usuários do território, apresenta potencialidade para atuação no rastreamento e identificação da Insegurança Alimentar (IA), promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde (MS) desenvolveu a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA). Esta ferramenta permite a vigilância ordenada da IA em nível local, fornecendo à sociedade e aos tomadores de

decisão, informações essenciais para a análise situacional e compreensão da magnitude do problema (Brasil, 2022). Por ser acessível, de rápida aplicação e fácil interpretação, a TRIA pode ser integrada aos serviços de saúde, inclusive durante as visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde (Carvalho *et al.*, 2022). Deste modo, utilizar instrumentos para a triagem de risco de insegurança alimentar associado com inquéritos de consumo alimentar possibilita avaliar importantes condições de saúde na identificação de intercorrências na gestação.

A assistência ao pré-natal encontra-se entre as ações preconizadas do MS, em virtude da Atenção à Saúde da mulher ser uma das prioridades para a melhoria dos indicadores de saúde. Essa assistência à saúde da gestante deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, já que a especificidade das profissões quando interligadas num contexto amplo de saúde, contempla a integralidade na produção do cuidado (Brasil, 2012).

Propondo a integração entre diferentes profissões nos diversos cenários da saúde, a APS, o MS e o Ministério da Educação (ME) instituíram a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) através da Portaria Interministerial nº 1.077/2009, com o objetivo de promover a transformação dos serviços de saúde na qual está inserida, promovendo a reflexão crítica quanto a prática interdisciplinar e as possibilidades de modificá-la através de um aprendizado em serviço que prioriza as atividades realizadas de forma interprofissional, a medida que o exercício profissional seja desenvolvido com excelência nas áreas do cuidado integral à saúde, envolvendo indivíduos, comunidades, gestão e organização do trabalho, além da educação em saúde (Brasil, 2009).

A prática interdisciplinar, característica do Programa, se configura como uma forma de buscar a integralidade do cuidado e atenção à saúde dos usuários assistidos pela equipe, a começar pela gestante, possibilitando uma visão ampliada sobre seu estado biopsicossocial (Silva *et al.*, 2015). Deste modo, o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Prefeitura Municipal de João Pessoa em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB), desenvolve ações na Estratégia Saúde da Família (ESF) e permite a ampliação das equipes multiprofissionais; e quando não, o pré-natal é feito pelo médico e enfermeira

da equipe (Barbosa *et al.*, 2018).

Diante da influência que o estado nutricional materno pode apresentar sob o desenvolvimento fetal e sob a saúde da gestante, faz-se necessária uma investigação do consumo alimentar e o monitoramento sistemático da IA durante a assistência pré-natal na APS, visando a adequação nutricional das usuárias atendidas nos serviços de saúde com o intuito de promover a saúde do binômio mãe e filho. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o estado nutricional, os hábitos alimentares e o cenário de segurança alimentar das gestantes atendidas em consultas de pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de João Pessoa/PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa realizado com gestantes atendidas em uma USF localizada na zona urbana do município de João Pessoa/PB.

A amostra do estudo foi constituída por gestantes acompanhadas durante as consultas de pré-natal que atenderam aos critérios de inclusão: gestantes com idade maior ou igual a 18 anos, vinculadas à uma equipe de saúde da família, com os dados completos para análise nos prontuários e que estivessem presentes na unidade durante o período de coleta de dados do estudo. Foram excluídas as mulheres com dificuldade de comunicação ou com qualquer outro fator que pudesse impedir a entrevista.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024, por intermédio de entrevista individual, mediante a utilização de formulário constando questões de identificação, dados obstétricos, socioeconômicos e informações sobre o padrão alimentar. Para avaliação dos hábitos alimentares, foi aplicado o formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (MCA) do MS. Tal formulário possui questões relacionadas à frequência de realização de refeições, ao hábito de utilizar aparelhos eletrônicos no momento das refeições e ao consumo de alimentos ou grupos de alimentos específicos no dia anterior à entrevista. Dentre os marcadores de consumo alimentar estão os alimentos in natura ou

minimamente processados: feijão; frutas frescas; e verduras e/ou legumes e os alimentos processados e ultraprocessados: hambúrguer e/ ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e biscoitos recheados, doces ou guloseimas.

Para a investigação da IA, utilizou-se a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) recomendada pelo MS por ser um instrumento de fácil e rápida aplicação, considerando os seguintes pontos de corte:

- Segurança Alimentar (SA)-duas respostas não;
- IA Leve-uma das respostas sim;
- IA Moderada ou Grave-duas respostas sim.

Para a avaliação nutricional utilizou-se o “Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante” contido no cartão da gestante. Para determinação do perfil nutricional gestacional, utilizou-se o método de Atalah, adotado pelo MS, que consiste na aplicação convencional do IMC ajustado para a idade gestacional.

Foram avaliadas as seguintes variáveis: IMC pré-gestacional e IMC segundo a IG (Baixo peso, Adequado, Sobre peso e Obesidade), faixa etária (18–24 anos; 25–30 anos; 31–36 anos; > 36 anos), escolaridade (1–3 anos de estudo; 4–7 anos de estudo; 8 anos de estudo; 9–10 anos de estudo; 11 anos de estudo; 12 ou mais anos de estudo), renda familiar (até um salário mínimo; de um a dois salários mínimos; maior que dois salários mínimos), a intenção em amamentar, autocrítica sobre seus hábitos alimentares após a descoberta da gravidez, paridade, estado civil, o planejamento familiar e a adequação das consultas de pré-natal.

Para análise descritiva utilizou-se a distribuição de probabilidade (análise percentual). Para as inferenciais, aplicou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de $p \leq 0,05$. Os dados foram processados pelo pacote estatístico SPSS para Windows – versão 21.0 de 2012.

Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, conforme preconizado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 apresenta as características das mulheres incluídas no estudo, no qual participaram 68 gestantes. Observou-se que a maioria das participantes tinham idade entre 18 e 24 anos (38,8%), 11 anos de estudo (57,4%), autodeclaradas pardas (64,4%), vivendo em união estável (47,1%) e morando com seu companheiro(a) e filho(s). No que se refere aos dados socioeconômicos, 61,8% relataram estarem desempregadas, 50% tinham renda mensal entre um e dois salários mínimos e 51,5% das participantes relataram receber algum tipo de benefício social.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica das gestantes atendidas na Unidade de Saúde de Família, João Pessoa, 2024.

	N	%
Idade (em anos)		
18–24	26	38,8
25–30	19	28,4
31–36	15	22,4
> 36	7	10,4
Escolaridade (em anos de estudo)		
< 8 anos	1	1,5
8–10	8	12
11 ou mais	48	70,5
Não respondeu	11	16
Raça/cor		
Branca	21	30,9
Parda	44	64,7
Preta	0	0
Não relatou	3	4,4

	N	%
Renda familiar (salário mínimo)		
Até 1 salário	23	33,8
1-2 salários	34	50
> 2 salários	11	16,2
Recebe benefício social		
Sim	35	51,5
Não	30	44,1
Não relatou	3	4,4
Estado civil		
Solteira	13	19,1
Casada	22	32,4
União Estável	32	47,1
Outro	1	1,5
Agregados familiar		
Vive sozinha	2	2,9
Vive sozinha com os filhos	5	7,4
Vive com companheiro(a)	22	32,4
Vive com companheiro(a) e os filhos	29	42,6
Idade gestacional (IG)		
1º trimestre	17	25
2º trimestre	21	31
3º trimestre	30	44

	N	%
Consultas pré-natal por IG		
Adequado	42	61,8
Não adequado	4	5,9
Não avaliado	22	32,4
Planejamento familiar		
Gravidez planejada/desejada	16	23,5
Não planejada, mas aceita por ambos os pais	52	76,5
Não planejada, e não aceita por um dos pais	0	0
Não planejada e não aceita por ambos os pais	0	0
Intenção em amamentar		
Sim	55	80,9
Não	0	0
Não sabe	13	19,1
Paridade		
Primípara	24	35,3
Multípara	44	64,7

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

Os resultados mostraram que a maioria das gestantes, no momento da entrevista, se encontravam no terceiro trimestre da gestação (44%), enquanto que 31% e 25% estavam no segundo e primeiro trimestre, respectivamente. De modo geral, 61,8% das participantes estavam com a quantidade adequada de consultas recomendadas para respectiva idade gestacional. A média foi de seis consultas de pré-natal para as gestantes que estavam no terceiro trimestre, o que considera-se positivo, pois se encontra dentro do mínimo preconizado pelo MS.

Para o cálculo da adequação do número de consultas, foi utilizado o calendário mínimo de consultas recomendado pelo MS, que preconiza a realização de pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no último trimestre (Brasil, 2012). A Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), em 2019, estimou que no Brasil, 88,8% das mulheres entrevistadas, tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, a medida que 7,8% tiveram de uma a cinco consultas, 1,0% afirmaram não terem feito nenhuma consulta de pré-natal e 2,4% não souberam informar o número de consultas realizadas (IBGE, 2019). Cerca de 32,4% das gestantes estudadas estavam com o trimestre gestacional incompleto, o que impossibilitou a avaliação da adequação das consultas de pré-natal por IG.

O presente estudo mostrou ainda que, majoritariamente, as participantes eram multíparas (64,7%), com duas ou mais gestações. Quando perguntado sobre a intenção em amamentar seus filhos, 81% responderam que pretendem amamentar e 19% relataram que ainda não sabem. Em relação ao planejamento familiar, 76,5% relataram não terem planejado a gestação atual. Tal resultado reforça o desfecho da pesquisa “Nascer no Brasil”, que mostrou que mais de 55% das mulheres grávidas entrevistadas não planejaram sua gestação (Brandão, 2017).

No período pré-gestacional ocorreu uma maior prevalência de sobre-peso (40%), seguido de obesidade (25%) e peso adequado (26,5%) (Figura 1). Achado semelhante foi encontrado para o IMC gestacional referente à obesidade e eutrofia. Houve incremento do baixo peso de 9% para 15% e redução do sobre peso para 34%. Constatou-se que 22% (n=4) das gestantes eutróficas e 15% (n=4) das gestantes com sobre peso, tiveram perda ponderal principalmente no início da gestação, o que resultou na alteração do seu estado nutricional para baixo peso e eutrofia, respectivamente. Este comportamento está comumente associado ao perfil do consumo alimentar do primeiro trimestre de gestação, com a presença de enjôos e inapetência.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado no município de Candelária/RS, no qual 50,9% das participantes apresentaram excesso de peso (sobre peso e obesidade), e assim como no presente

estudo, no período gestacional, evidenciou-se um aumento no baixo peso e na redução da eutrofia e do excesso de peso (Pereira e Wichmann, 2016). Outros estudos também encontraram maior prevalência de sobre-peso e de obesidade antes da gestação, porém, com incremento no período gravídico. Em contrapartida, Nunes (2015) em pesquisa realizada na Região Sudeste, observou que 61,04% das mulheres iniciaram a gestação com o IMC considerado adequado, porém no terceiro trimestre gestacional, 61,1% apresentavam sobre peso e 15% estavam obesas.

Na presente investigação foram analisadas sete variáveis categorizadas em consumo alimentar “saudável” e “não saudável”, referentes ao dia anterior à entrevista.

No que se refere ao consumo alimentar, um expressivo percentual informou ter consumido alimentos in natura e minimamente processados no dia anterior à entrevista: “feijão” (69%), “frutas frescas” (66%), “verduras e legumes” (69,1%). Em contrapartida, os alimentos ultraprocessados também foram significativamente relatados, com percentuais variando entre 47% a 79,5%, sendo a maior prevalência, o consumo de “bebidas adoçadas” (79,5%). A prevalência do consumo de hambúrguer e/ou embutidos foi de 51%, o consumo de “macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados” foi de 76,5%, e a prevalência do consumo de “biscoito recheado, doces e guloseimas” foi 47%. Podemos concluir que mesmo com o alto índice de consumo de alimentos saudáveis, há um outro extremo no consumo de alimentos não saudáveis (Figura 2).

No estudo de Crivellenti *et al.* (2018), o qual visava desenvolver um índice de qualidade da dieta adaptado para gestantes, observou-se que 67,9% das gestantes atingiram a pontuação máxima para o consumo de hortaliças, 90,3% para leguminosas, 18,3% para frutas frescas, em contrapartida, 84,7% consumiram alimentos ultraprocessados acima do limite estabelecido. Enquanto, Silva *et al.* (2018) constataram que 47,4% das gestantes entrevistadas consumiam alimentos processados todos os dias.

Há diversos motivos pelos quais deve-se evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, que vão desde a inadequação nutricional, uma vez que são alimentos frequentemente ricos em sódio, aditivos

químicos, gorduras e/ou açúcar, até o impacto que suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo têm sobre a cultura, a vida social e sobre o meio ambiente (Brasil, 2014). Os resultados dessa pesquisa reforçam a importância de intensificar as orientações alimentar e nutricional durante o acompanhamento pré-natal, visando proteger a saúde do binômio mãe e filho.

As mudanças no padrão alimentar da população são influenciadas pelos desafios de acesso a alimentos saudáveis, seja por questões econômicas, geográficas ou de informação. (Rede PENSSAN, 2022; Belik, 2020). Para Graciliano, Silveira e Oliveira (2021), o padrão alimentar atual das gestantes acompanha as tendências da transição nutricional, processo caracterizado por alterações no consumo alimentar com a elevada ingestão de alimentos ultraprocessados, associado ao sedentarismo e à redução do consumo de alimentos in natura, que consideram-se as principais fontes de micronutrientes. Investigações atuais têm construído evidências de que os hábitos alimentares de gestantes são inadequados no que se refere à ingestão de alimentos fontes de nutrientes essenciais, apresentando excessivo consumo de alimentos com baixo teor de nutrientes e alta densidade energética (Araújo *et al.*, 2016).

Quanto às práticas alimentares, constatou-se que 57,5% das gestantes consideram que a sua alimentação está igual à antes da descoberta da gravidez, enquanto que 35% relataram que a alimentação melhorou e 7,5% consideram que piorou (Figura 2). O presente estudo encontrou prevalência de 69% na realização das três refeições principais associadas a pelo menos um lanche por dia. Silva *et al.* (2018), em estudo com 95 gestantes, verificaram que 51,6% delas costumavam fazer três refeições por dia e mais três lanches saudáveis.

Observou-se ainda que apenas duas gestantes relataram não usarem aparelhos eletrônicos simultaneamente à realização das refeições, o que resultou na prevalência de 97% de gestantes que fazem tal prática. Quando associado esse marcador com o estado nutricional das gestantes, não apresentou significância estatística ($p=0,5$), uma vez que houve prevalência em todas as classificações de estado nutricional.

O estudo de Carloto (2019) que utilizou o formulário de MCA em usuários do município de Uruguaiana/RS identificou a prevalência de 40% das gestantes com o hábito de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular. O estudo realizado em uma maternidade do município de São Paulo/SP em que também foi utilizado o MCA, identificou a prevalência de 70,4% do uso de aparelhos eletrônicos, simultaneamente, à realização das refeições (Ribeiro Barbosa e Pandolfi, 2020).

Esses achados são preocupantes e contrapõe à proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual incentiva a atenção plena durante as refeições, sugerindo comer devagar e sem se envolver em outras atividades, evitando o uso de telefone celular e da televisão, visto que a distração pode associar-se à perda dos sinais de saciedade e consequentemente, a ingestão excessiva de alimentos (Brasil, 2014; Maia et al., 2016).

Quanto à correlação entre o consumo alimentar e o estado nutricional das gestantes, apesar da ausência de significância estatística, houve uma tendência comportamental e de associação entre o consumo de ultraprocessados e as gestantes com excesso de peso (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre os marcadores de consumo alimentar e o estado nutricional das gestantes atendidas na Unidade de Saúde de Família, João Pessoa, 2024.

Marcadores de Consumo Alimentar (dia anterior à entrevista)	Peso adequado N (%)	Excesso de peso (sobre peso e obesidade) N (%)	p-valor
Feijão			0,100
Sim	21 (44,7%)	26 (55,3%)	
Frutas frescas			0,206
Sim	18 (40%)	27 (60%)	
Não	9 (39,1%)	14 (60,9%)	

Marcadores de Consumo Alimentar (dia anterior à entrevista)	Peso adequado N (%)	Excesso de peso (sobre peso e obesidade) N (%)	p-valor
Verduras e/ou legumes			0,208
Sim	27 (40,4%)	41 (59,6%)	
Não	8 (38,1%)	13 (61,9%)	
Hamburguer e/ou embutidos			0,178
Sim	13 (37,1%)	22 (62,9%)	
Não	14 (42,4%)	19 (57,6%)	
Bebidas adoçadas			0,230
Sim	22 (40,7%)	32 (59,3%)	
Não	5 (35,7%)	9 (64,3%)	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados			0,174
Sim	22 (42,3%)	30 (57,7%)	
Não	5 (31,3%)	11 (68,8%)	
Biscoito recheado, doces e guloseimas			0,115
Sim	11 (33,3%)	22 (66,7%)	
Não	16 (45,7%)	19 (54,3%)	

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

Entre as limitações deste estudo, é possível citar o tamanho da amostra, tendo em vista que uma amostra maior poderia contribuir com o aumento das associações com significância estatística. Outra limitação relaciona-se à coleta dos dados de consumo alimentar, pois as informações são apenas de um dia, não sendo possível inferir se representa o consumo habitual. Além disso, não foram coletadas informações sobre a quantidade ingerida, em virtude do tipo de formulário

escolhido, pois o mesmo propõe-se a ser uma avaliação rápida do consumo alimentar.

Na figura 3 observa-se a prevalência da SA e IA em seus diferentes níveis de gravidade. A maioria das gestantes estavam em SA (54,4%), enquanto que 45,6% estavam com algum grau de IA, sendo 32,4% com IA leve e 13,2% com IA moderada ou grave.

Resultado semelhante foi encontrado na Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, na qual apontou que 67,3% dos domicílios apresentavam SA, em contrapartida, 32% dos domicílios estavam com algum grau de IA (IBGE, 2020). Dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid -19 no Brasil (II VIGISAN), mostraram que 41,3% da população estão em estado de SA, enquanto 58,7% vivem com algum grau de IA.

Em estudo realizado com gestantes do nordeste brasileiro, avaliou-se que a IA foi de 71,6% (Araújo e Santos, 2016). Outro estudo nessa mesma região que avaliou a insegurança alimentar em diferentes cenários socio-demográficos, apresentou uma média de 39,5% de IA leve, 16,2% de IA moderada e 7,5% de IA grave. No mesmo estudo, analisando amostras de populações em vulnerabilidade social em uma cidade de Pernambuco, a IA leve foi de 23,2%, IA moderada de 35,8% e IA grave de 28,1%. (Bezerra et al., 2017). Dessa forma, observa-se que a IA leve, isto é, quando há uma preocupação em relação a quantidade e o medo dos alimentos acabarem antes de terem dinheiro para comprá-los novamente, é a mais prevalente nas populações (FAO, 2019).

Apresenta-se na tabela 3 a correlação do perfil de segurança alimentar com os dados socioeconômicos, antropométricos e gestacionais das participantes do presente estudo.

Tabela 3. Associação dos perfis socioeconômico, gestacional e hábitos alimentares com a situação de segurança alimentar das gestantes atendidas na Unidade de Saúde de Família, João Pessoa, 2024.

Variáveis	Segurança Alimentar (%)	Insegurança Alimentar (%)	p-valor
Estado nutricional			0,012
Baixo peso	50	50	
Peso adequado	70,5	29,5	
Sobrepeso	66,7	33,3	
Obesidade	23,5	76,5	
Renda familiar			0,001
até 1 salário	39,1	60,9	
1-2 salários	40	60	
> 2 salários	100	0	
Recebe Benefício Social			0,002
Sim	34,3	73,9	
Não	73,3	41,2	
Escolaridade			0,012
< 8 anos	0	100	
8-10 anos	25	75	
11 anos ou mais	72,9	27,1	
Faixa etária			0,212
18-24 anos	53,8	46,2	
25-30 anos	68,4	31,6	
> 30 anos	40,9	59,1	

Variáveis	Segurança Alimentar (%)	Insegurança Alimentar (%)	p-valor
Paridade			0,039
Primípara	70,58	29,2	
Multípara	45,5	54,5	
Gravidez planejada			0,053
Sim	75	25	
Não	48,1	51,9	
Nº de refeições por dia			0,155
Até 3 refeições	43	57	
> 3 refeições	59,5	40,5	
Marcadores de Consumo Alimentar			
Feijão	51	49	0,287
Frutas	58	42	0,300
Verduras e legumes	62	38	0,061
Hambúrguer e embutidos	51	49	0,396
Bebidas adoçadas	56	44	0,470
Macarrão instantâneo, salgadinhos ou biscoitos salgados	48	52	0,053
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas	48,5	51,5	0,239

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

Existiu associação significativa entre o estado nutricional das gestantes e a situação de (in)segurança alimentar ($p= 0,012$). Observou-se que as mulheres com diagnóstico nutricional de obesidade (76%) vivem com algum grau de IA, enquanto que 63% das gestantes com peso adequado estavam em SA. Observou-se ainda que 61% das gestantes que tinham renda de até um salário mínimo e aproximadamente 74% das beneficiadas pelo Programa de transferência de renda do Governo Federal, também estavam com algum grau de IA ($p= 0,002$). Por outro lado, 100% das gestantes com dois salários ou mais, estavam em SA ($p= 0,001$).

O estudo de Araújo *et al* (2016) analisou o perfil do consumo alimentar das gestantes e suas características socioeconômicas, observou-se que mulheres de baixa renda e com baixa escolaridade tinham alimentação e hábitos de vida inadequados. Fatores desencadeados pela desigualdade socioeconômica têm relação direta entre o poder de aquisição, o custo e a disponibilidade dos alimentos, tornando as gestantes um potencial grupo atingido pela IA (Lazarino, 2023). Para Albuquerque e Ibelli (2021) existe maior prevalência em haver IA em gestantes em situação de vulnerabilidade, sem companheiros, com baixa escolaridade e negras.

Houve significância estatística entre a associação dos anos de estudo e o perfil de segurança alimentar nas gestantes estudadas, concluindo que as gestantes com mais anos de estudo possuem menores chances de apresentarem insegurança alimentar ($p= 0,012$). Outra associação estatisticamente significativa foi em relação à paridade, observou-se que mais da metade das mulheres com algum grau de IA, eram multíparas ($p= 0,039$). As variáveis analisadas que não tiveram associação significativa com a (in)segurança foram: faixa etária, planejamento da gestação atual, número de refeições e o consumo de todos os alimentos dos MCA.

Apesar da falta de associação estatística entre o consumo alimentar e a presença de IA, outros estudos mostram que o estado de IA tem sido associado ao consumo alimentar não saudável com redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados e elevada ingestão de alimentos ultraprocessados, tendo em vista que os alimentos industrializados

são comercializados de forma mais barata em relação a outros tipos de alimentos (Ruschel, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, as gestantes atendidas na USF apresentaram maior prevalência de sobrepeso tanto no período pré-gestacional quanto durante a gestação. Evidenciou-se a expressiva prevalência do uso de aparelhos eletrônicos durante a realização das refeições e o alto consumo de bebidas adoçadas, mostrando a necessidade da elaboração de estratégias mais efetivas de orientação sobre as práticas alimentares e os hábitos saudáveis, que alcancem as gestantes, bem como toda a comunidade usuária dos serviços de saúde. Observou-se um consumo centrado em dois extremos, um alto índice de alimentos saudáveis e outro de alimentos não saudáveis, sugerindo que apesar da adoção de bons hábitos ainda há necessidade dessa conscientização.

Apesar de não encontrar associação significativa entre consumo alimentar e estado nutricional das gestantes, o estudo apresentou significância estatística na relação entre estado nutricional e insegurança alimentar, como preditor do risco para esta condição. Houve associação entre a obesidade com a presença de insegurança alimentar.

O perfil socioeconômico também apresentou associação com a insegurança alimentar. A renda mensal de até um salário mínimo e o recebimento de transferência de renda do Governo Federal esteve associada a algum grau de insegurança alimentar dessas gestantes. O elevado preço dos alimentos associado à falta de poder aquisitivo, refletem em um perfil social vulnerável que pode impossibilitar as gestantes de realizarem uma boa escolha alimentar.

Por fim, sugere-se a realização de mais estudos que investiguem o consumo alimentar, utilizando a classificação da TRIA e MCA como ferramentas acessíveis, de baixo custo e fácil manuseio. As questões socioeconômicas e o acesso à alimentação adequada e saudável, demonstram influenciar no desfecho da IA, requerendo maior manejo do cuidado na APS para as questões de relevância social, capacidade de planejamento

e monitoramento das estratégias e efetividade das Políticas Públicas da saúde da criança e da mulher.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE M.P., IBELLI P.M.E. Insegurança Alimentar na gestante e na 1^a infância: impactos nos primeiros mil dias. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Grupo de trabalho dos mil dias da SPSP, 2021. Disponível em: <www.spsp.org.br>. Acesso em: 09/01/2024

ARAÚJO A.A., DOS SANTOS A.C.O. (In)segurança alimentar e indicadores socioeconômicos de gestantes dos distritos sanitários II e III, Recife–Pernambuco. Rev. APS. jul/set, v. 19, n. 3, p. 466, 2016

ARAÚJO, E. S., et al. Consumo alimentar de gestantes atendidas em Unidades de Saúde. O Mundo da Saúde, v. 40, n. 1, p. 28-37, 2016

BARBOSA, A. M., et al. Percepções maternas sobre a assistência nutricional no acompanhamento interdisciplinar do pré-natal e puerpério. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 11, n. 2, 2018

BELIK, W. Um retrato do sistema alimentar brasileiro e suas contradições. Brasil: Ibirapitanga, 2020. Disponível em: <https://www.ibirapitanga.org.br/wp-content/uploads/2020/10/UmRetratoSistemaAlimentarBrasileiro_%C6%C9_14.10.2020.pdf> Acesso em 11/01/2024

BEZERRA, T. A., OLINDA, R. A. P., PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 637, 2017

BRANDÃO E.R., CABRAL, C.D. From unplanned pregnancy to contraception: contributions to the debate. Cad Saúde Pública, v. 33, n. 2, 2017

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional–SISVAN. Brasília, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede. Brasília, 2022

CARLOTO, A. F. Marcadores do consumo alimentar: aplicabilidade da ferramenta em estratégias de saúde da família em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Uruguaiana, 2019

CARVALHO, R. E. DE S. et al.. Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 7, p. e00239521, 2022

CRIVELLENTI, L.C., ZUCCOLOTTO, D.C.C., SARTORELLI, D.S. Desenvolvimento de um Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes. *Revista Saúde Pública*, v. 52, p. 59, 2018

FEBRASGO–Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Obesidade na Mulher. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO /Comissão Nacional Especializada em Climatério), v. 1, n. 3, 2019

GRACILIANO, N. G, SILVEIRA, J. A. C., OLIVEIRA, A. C, M. Consumo de alimentos ultraprocessados reduz a qualidade global da dieta de gestantes. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 2, 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (2013–2019). Rio de Janeiro, 2019

LAZARINO, T. M. (In)segurança alimentar em gestantes residentes no município de Ouro Preto–MG. TCC (Graduação em Nutrição)–Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Nutrição. Ouro Preto, 2023

MAIA, E.G., GOMES, F.M.D., ALVES, M.H., HUTH, Y.R., CLARO, R.M. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública*, v. 32, 2016

MOREIRA, M. A.; LESSA, S. S.; CARRASCO, M. G.; PASSAMAI, L. de O.; DA SILVA, S. S.; SANTIAGO, H. O. Perfil nutricional de gestantes acompanhadas na unidade de saúde da família. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, [S. I.], v. 8, n. 4, p. 159–173, 2016

MOURA, B.L.A *et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 1, 2018

NUNES, A.D.S., *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017

PEREIRA, V.R., WICHMANN, F.M.A. Estado nutricional materno e peso ao nascer do bebê no município de Candelária-RS. *Cinergis*, v. 17, n. 4, p. 368, 2016

REDE PENSSAN. II VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil 2022. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022

RIBEIRO BARBOSA, R. ;; PANDOLFI, M. M. . [ID 50427] Estado Nutricional e Consumo Alimentar de Gestantes em uma Maternidade do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, [S. I.], v. 24, n. 3, 2020

RUSCHEL, L. F. et al.. Insegurança alimentar e consumo alimentar inadequado em escolares da rede municipal de São Leopoldo, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, p. 2275–2286, jul. 2016

SANTOS, A. C. B. Frequência de consumo de frutas, hortaliças, produtos ultraprocessados e estado nutricional de gestantes de Cruzeiro do Sul, Acre. *Dissertação*, São Paulo, 2016

SILVA, J.C., et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm.*, v. 28, n. 2, p. 132, 2015

SILVA, M. G. et al. Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 4, p. 349-356, 2018

SILVEIRA, F. DE C.; SUSIN, L. R. O.; MEUCCI, R. D.. Marcadores de consumo alimentar em mulheres da zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 1, p. e2018381, 2020

VEIGA, A.C. et al. Qualificação interprofissional da atenção pré-natal no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 14, p. 993-1002, 2023

CENÁRIO DO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES ACOMPANHADAS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Bruna Gisela Figueiredo de Melo¹

Laís Kisly Costa Silva¹

Regiane Fixina de Lucena²

Jane de Moraes Barbosa³

RESUMO

O objetivo principal deste estudo consiste em analisar os indicadores de hábitos alimentares em crianças com idade inferior a 2 anos, que são atendidas pelo sistema de atendimento básico de saúde na cidade de João Pessoa-PB. Realizado no âmbito de um desenho transversal, este estudo utilizou dados extraídos do banco de dados do sistema eletrônico Vivver. A população do estudo foi composta por todas as crianças menores de 24 meses cadastradas no sistema Vivver, localizadas na cidade de João Pessoa-PB. Os resultados foram derivados do relatório do formulário do marcador de consumo alimentar, inseridos ao longo do ano de 2023.

¹ Nutricionista Residente R2 – Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Saúde da Família e Comunidade RMSFC – Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa -PB

² Nutricionista e Mestre em Saúde Pública–Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa -PB.

³ Preceptora de Núcleo de Nutrição

A informação foi organizada em uma planilha digital no software Excel. Ao examinar a alimentação das crianças com menos de 6 meses, foi constatado que aproximadamente 215 crianças receberam aleitamento materno no dia anterior, enquanto 76 crianças foram alimentadas com fórmula infantil, 17 ingeriram leite de vaca e 5 consumiram alimentos com adição de sal. Nota-se uma diminuição no consumo de verduras de folhas (como alface, acelga e repolho), com um total de 251 crianças com mais de 6 meses. Além disso, não se observou a continuação da amamentação em 118 crianças, embora seja recomendado até os dois anos de idade. Conclusão: Este estudo analisou o consumo alimentar de crianças menores de 24 meses, destacando preocupações nas práticas alimentares. Observou um alto consumo de fórmula infantil em crianças de 0 a 6 meses indicando desafios no estímulo ao aleitamento materno exclusivo. A baixa qualidade nutricional registrada em crianças entre 6 e 24 meses revela fragilidades na introdução de alimentos in natura e uma alta ingestão de alimentos ultraprocessados. Diante da amostra do estudo, observou-se uma incoerência com os valores extrapolados. Com clareza reforçamos a necessidade de investimentos em educação em saúde, amamentação e intervenções nutricionais, como coadjuvantes para promover um desenvolvimento saudável desde os primeiros meses de vida.

Descriptores: Consumo Alimentar; Aleitamento Materno; Atenção Primária.

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyze indicators of eating habits in children under 2 years of age, who are served by the basic health care system in the city of João Pessoa-PB. Carried out as part of a cross-sectional design, this study used data extracted from the Vivver electronic system database. The study population was made up of all children under 24 months old registered in the Vivver system, located in the city of João Pessoa-PB. The results were derived from the food consumption marker form report, entered throughout the year 2023. The information was organized in a digital spreadsheet in Excel software. When examining the

diet of children under 6 months of age, it was found that approximately 215 children were breastfed the day before, while 76 children were fed infant formula, 17 drank cow's milk and 5 consumed foods with added salt. There was a decrease in the consumption of leafy vegetables (such as lettuce, chard and cabbage), with a total of 251 children over 6 months old. Furthermore, continuation of breastfeeding was not observed in 118 children, although it is recommended until two years of age. Conclusion: This study analyzed the food consumption of children under 24 months, highlighting concerns in eating practices. A high consumption of infant formula was observed in children aged 0 to 6 months, indicating challenges in encouraging exclusive breastfeeding. The low nutritional quality recorded in children between 6 and 24 months reveals weaknesses in the introduction of fresh foods and a high intake of ultra-processed foods. Considering the study sample, an inconsistency with the extrapolated values was observed. We clearly reinforce the need for investments in health education, breastfeeding and nutritional interventions, as supporting tools to promote healthy development from the first months of life.

Descriptors: Food Consumption; Breastfeeding; Primary attention.

INTRODUÇÃO

A prática alimentar, em especial nos primeiros 24 meses, é caracterizada como um dos períodos mais críticos para garantir a segurança alimentar e nutricional (SAN), como também, um marco importante na formação dos hábitos da criança. No entanto, introduzir alimentos nessa idade não se trata apenas de alimentar a criança, e sim que a alimentação complementar seja equilibrada, tendo como base alimentos *in natura* com o mínimo de processados e livre de industrializados/ultraprocessados (BRASIL, 2013).

A Portaria no 2.051/MS, da RDC no 221/2002 e no 222/2002 da ANVISA protege o direito da criança a uma alimentação saudável nos primeiros 2 anos de vida, representado pela prática da amamentação. Segundo os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), cerca de 44% das crianças entre 6 e 23 meses já consumiram alimentos ultraprocessados no dia anterior ao inquérito, o que pode

estar relacionado a prejuízos para a saúde a longo prazo (BRASIL, 2002; 2004; BRASIL a, 2022).

De acordo com os resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) do Ministério da Saúde, ano de 2019; 45,7% das crianças menores de seis meses de idade estavam em aleitamento materno exclusivo (AME); o que significa, apesar dos expressivos avanços, os índices estão aquém do percentual próximo aos 50% recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), que expõe como meta para ser atingida pelos países até 2025. A amamentação exclusiva é considerada aquela sem a introdução de água ou de qualquer outro alimento, até que ele complete seis meses de vida (BRASIL, 2018; BRASIL b, 2022; UFRJ, 2021).

A assistência à saúde da criança é uma atividade essencial em função da vulnerabilidade nessa fase da vida. Para tal, a rede da atenção primária à saúde oferta acompanhamento longitudinal através das ações de puericultura, responsável por avaliar, monitorar e intervir em de forma a prevenir doenças, observar riscos e vulnerabilidades, pautando-se em orientações educativas, de prevenção, promoção à saúde e tratamento das doenças sob orientação dos protocolos de manejos clínicos (CAMPOS et al., 2011).

Mesmo com boa cobertura na atenção primária de João Pessoa, o estado da Paraíba ainda se encontra em uma área de vulnerabilidade. Foi observado que a situação nutricional de crianças menores de 24 meses sinalizou uma prevalência de magreza acentuada em torno de 4,7%, o que pode ser preocupante, uma vez que a desnutrição pode prejudicar o desenvolvimento infantil e comprometer a qualidade de vida desse grupo. Além disso, apresentou uma prevalência de 13,5% de baixa estatura e 19,1% com relação ao excesso de peso, o que indica a necessidade de atenção especial para a alimentação na primeira infância (BRASIL a, 2022).

Com fins de ampliar e fortalecer a rede de cuidado ressalta-se a importância da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, um programa de modalidade de pós- graduação *lato sensu* lançado pelo governo federal, abrangendo as áreas da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, e

Terapia Ocupacional, com intuito de buscar uma atuação diferenciada às demandas do SUS, com atendimento interdisciplinar e interprofissional na Atenção Primária, funcionando como um dos elos entre o sistema de saúde e as necessidades da população (CARNEIRO, 2021).

A presença da residência no município de João Pessoa permite identificar as dificuldades das equipes, nas quais atua sob a lógica do cuidado integral, trocando saberes e conhecimentos entre os profissionais e usuários dos serviços. O nutricionista residente partilha informações com os demais da equipe de forma a incentivar o aleitamento materno exclusivo e a introdução alimentar na puericultura, promovendo um consumo alimentar saudável para as diversas fases da vida (ALVES *et al.*, 2016).

Atuação multiprofissional da residência em conjunto com a equipe da atenção básica aprimora as visitas domiciliares, atividade educativas no território, promove articulação com as ferramentas sociais, grega ao atendimento clínico no intuito da construção de ligações concretas de confiança e da corresponsabilidade do usuário com a equipe. O nutricionista faz a promoção da saúde na puericultura estimulando a avaliação nutricional e antropométrica; marcadores de desenvolvimento neuropsicomotor; cumprimento do calendário vacinal e registro das intercorrências, bem como orientações às mães/responsáveis sobre os cuidados com a criança (BRASIL, 2015). Nestas consultas/atendimentos está inserida a aplicação dos marcadores de consumo alimentar como ferramenta para identificar os riscos de desnutrição/excesso de peso. Considerando que a alimentação inadequada lidera os fatores de risco que mais contribuem para a carga de doenças dos brasileiros, a exemplo da obesidade infantil, que vem crescendo gradativamente (BRASIL, 2013; 2015).

Considerando-se que no Brasil as situações de insegurança nutricional perpassam todas as fases da vida, os formulários de marcadores de consumo alimentar são instrumentos disponíveis por todos os profissionais da equipe de Atenção Básica para avaliar o consumo alimentar de crianças, adultos, idosos e gestantes. O instrumento se refere ao consumo do dia anterior à aplicação do questionário, com o intuito de reduzir os possíveis esquecimentos de memória.

O registro deve seguir o calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, determinado pelo Ministério da Saúde, sendo realizado aos 15 dias de vida, passando à frequência de 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. A partir dos 25 meses, recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro dos marcadores de consumo alimentar por ano, até que a criança complete 10 anos. Os marcadores têm uma grande importância como identificadores de risco, juntamente à amamentação exclusiva ou complementar; à disponibilidade e acesso aos alimentos saudáveis e consumo de alimentos industrializados (BRASIL, 2016; SILVEIRA, 2021).

Compreender o consumo alimentar de crianças é um desafio complexo e de extrema importância. Identificar o modo da alimentação de menores de 24 meses, favorece a elaboração de programas mais eficientes e produz um impacto positivo na qualidade da alimentação (Programa Nacional de Suplementação de Micronutrientes, Saúde na Escola entre outros). Entretanto estes programas podem variar de acordo com a região, seja na sua presença, como também na sua importância. Percebe-se a necessidade do fortalecimento desses programas e capacitação permanente, visto a necessidade de aprimorar as atuações destes e contribuir com efetivação das políticas públicas, com fins de garantir uma adequada nutrição na infância (FLORES et al., 2021; PEDRAZA, SANTOS, 2021; BRASIL b, 2022).

No território de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, região marcada por grande desigualdade social, o uso dos marcadores alimentares é reduzido, visto como uma fragilidade, já que esta prática é viável e importante para a construção de políticas alimentares que auxiliem na promoção e recuperação da saúde. Conforme Brasil (2022), o marcador é um questionário de grande valor, permitindo um diálogo mais aberto com o paciente, prevenção de deficiências nutricionais, enaltecer as práticas alimentares saudáveis, planejar estratégias para melhora do consumo dos alimentos saudáveis e dialogar sobre os malefícios a longo prazo dos produtos ultraprocessados.

A alimentação inadequada (baixo valor nutritivo) durante os dois primeiros anos prejudica a saúde ao longo da vida. A baixa qualidade dos alimentos afeta negativamente o desenvolvimento cognitivo e inteligência

na criança podendo ocasionar um sofrimento psicológico com os anos, além deste observa-se associações positivas com o maior risco de desenvolver doença cardiovasculares, doenças respiratórias e diabetes ao longo da vida (BJERREGAARD, BAKER, 2018; CHEN et al., 2021).

De acordo com os registros, a amamentação e a introdução alimentar realizada durante o tempo recomendado, além de atender os princípios do direito humano a uma alimentação saudável e nutricionalmente adequada, proporciona economia para as famílias dispensando a compra de substitutos caros do leite materno e promove a saúde dos recém-nascidos prevenindo diarréia, infecções respiratórias, protege contra a obesidade e contra as doenças não transmissíveis (PLAZA-DIAZ et al., 2018; KOLETZKO et al., 2019; FRUTUOSO et al., 2022).

O trabalho potencializa o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) visando ampliar o monitoramento regular das condições de alimentação e nutrição da cidade de João Pessoa, reconhecendo a situação alimentar da população é uma estratégia valiosa com vistas à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional. Em vertente o estudo percebe a importância de identificar o cenário atual, já que os resultados apresentados em relatórios públicos do SISVAN mostram dados preocupantes, devido a baixa utilização dos Sistema em vários territórios e principalmente no estado da Paraíba. (MARTINS et al., 2022; BRASIL b, 2022).

Atualmente, na cidade de João Pessoa utiliza-se um software para a gestão da Saúde Pública, chamado de Sistema Vivver. Este auxilia/alimenta o SISVAN com atualização a cada 3 meses. O prontuário eletrônico surgiu com intuito de substituir os prontuários físicos, com o objetivo monitorar o atendimento e acompanhamento geral do usuário, promovendo integração entre os serviços e gerenciamento das ações de saúde. A plataforma permite aplicar o questionário de consumo alimentar com redução de custo e agilidade no atendimento. Por ser um instrumento novo e passando por aperfeiçoamento percebe-se necessidade de avaliações e aplicabilidade da produção de relatórios, mostrando aos profissionais a importância do uso durante a rotina e fortalecendo a vigilância em saúde (VIVVER SISTEMAS, 2022).

O presente estudo tem como objetivo geral investigar os marcadores de consumo alimentar de crianças menores de 24 meses assistidas pela rede de atenção primária do município de João Pessoa-PB. Além disso, teve como objetivos secundários observar a prevalência do aleitamento materno até menores de 24 meses, avaliar e observar a prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados, avaliar e observar o consumo de alimentos in natura e conhecer a introdução alimentar complementar na dieta das crianças.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

É um estudo transversal e quantitativo com os dados do banco do sistema eletrônico (Vivver), implementado em janeiro de 2023 e em adaptação até o momento. A amostra da pesquisa foi todas as crianças menores de 24 meses cadastradas no sistema Vivver (implantado e atendido nas unidades de saúde no município de João Pessoa-PB). O município de João Pessoa, atualmente, é organizado por 5 distritos e 108 unidades de saúde da família.

Os resultados foram baseados no formulário de marcador de consumo alimentar completo (ANEXO A) (BRASIL, 2016). A coleta foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2023, por profissionais de saúde e residentes do programa de saúde da família e comunidade.

Variáveis do estudo

Foi investigado o aleitamento materno e introdução alimentar precoce através do consumo de alimentos e fórmula infantil para menores de 6 meses; e o consumo alimentar, caracterizado como saudável (in natura) e não saudável (processados e ultraprocessados) de 6 a 24 meses. O instrumento de registro do consumo alimentar considera a ingestão de alimentos feita pela criança no dia anterior à entrevista, apresentando respostas fechadas (Sim/Não).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram estruturados em uma planilha eletrônica no programa do Excel. Para descrição dos dados qualitativos categóricos, serão realizadas análises de frequência absoluta e relativa.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto segue em avaliação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), foi submetido de acordo com todas as exigências legais.

RESULTADOS

Entre as crianças avaliadas, verificou-se que a faixa etária de maior frequência foi de 0 a 12 meses (436 crianças), seguida pela faixa etária de 01 a 12 meses (124 crianças) e de 12 a 24 anos (21 crianças), tanto para o sexo masculino quanto para o feminino (Figura 1)

Ao analisar o consumo alimentar das crianças menores de 6 meses, observou-se que cerca de 215 crianças tomaram leite de peito no dia anterior, enquanto 76 crianças usaram fórmula infantil, 17 crianças consumiram leite de vaca e 5 comida com sal (Figura 2).

Com relação à introdução do consumo alimentar de crianças com idade maior que 6 meses e menor de 2 anos, verificou-se que 211 disseram “sim” para arroz, batata, inhame, aipim/ macaxeira/ mandioca, farinha ou macarrão. Dessas crianças, 262 consumiram fruta inteira, em pedaço ou amassada. Já 1433 crianças consumiram feijão, vale salientar que o número que consumiram feijão apresenta-se muito acima da amostra do estudo, algo que suscita rever a confiabilidade dos dados no sistema. Percebe-se uma redução no consumo alimentar de verdura de folha (alface, acelga, repolho), totalizando 251 crianças. Não foi observado a continuação do consumo de leite materno em 118 crianças, visto que é preconizada até os dois anos de idade (Tabela 1).

Ao observar o consumo alimentar de crianças entre 6 e 24 meses associado aos alimentos processados e ultraprocessados, percebe-se

inadequação quanto às recomendações seguindo a faixa etária. Tal inadequação refere-se ao consumo de biscoitos recheados, hambúrguer e/ou embutidos, guloseimas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e biscoito.

Tabela 1. Consumo alimentar de crianças maiores de 6 meses e menores de 2 anos avaliadas no município de João Pessoa/PB.

DESCRIPÇÃO	SIM	NÃO
Tomou leite do peito?	195	118
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	211	99
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	524	1105
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	222	89
Feijão	1433	201
Fígado	50	259
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	503	1133
logurte	106	199
Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	206	107
Macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito	565	1068
Mingau com leite	130	83
Ontem a criança comeu “comida de sal” (de panela ou sopa)	254	57
Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	262	52
Outro leite que não o leite do peito	193	120
Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	212	100
Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	59	251

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

DISCUSSÃO

Neste estudo, é apresentado um painel ampliado do acompanhamento do consumo alimentar de crianças menores de 24 meses por meio do prontuário eletrônico cidadão através do software Vivver. No compilado observa-se uma baixa adesão dos profissionais da saúde em relação à alimentação de dados no sistema para o consumo alimentar, visto que a demanda expressiva de crianças existente nas 108 unidades não está cadastrada para o monitoramento da Vigilância Alimentar e Nutricional pelo uso do formulário proposto pelo Ministério da Saúde.

Foi identificado no presente estudo uma escassez de registros de consumo alimentar em crianças entre 6 e 24 meses, segundo a recomendação do Ministério da Saúde para esta fase, revelando uma fragilidade do apoio profissional e um baixo monitoramento do perfil alimentar de crianças. O cumprimento deste cronograma é essencial para garantir uma abordagem abrangente e eficaz na monitorização do desenvolvimento alimentar e nutricional das crianças, contribuindo para a promoção da saúde desde os primeiros meses de vida (BRASIL, 2017).

Entre as crianças menores de 6 meses observa-se que a fórmula infantil obteve alto índice de utilização e que o leite materno exclusivo está distante do recomendado. O achado de Gonçalves et al., (2019) colabora com o estudo relatando que água, chás e fórmulas infantis foram os principais alimentos consumidos precocemente. Baseado no estudo de Rothstein et al.,(2021) os principais motivos para a decisão de começar a utilizar a fórmula são: recomendação de um profissional de saúde, as preocupações com o ganho de peso do bebê e a percepção de que o leite materno não era suficiente. Outrossim, um alerta em relação ao consumo de fórmula está associado ao ônus socioeconômico, além da exposição de risco ao bebê. É essencial rever os caminhos adotados para o incentivo à amamentação, bem como a efetividade do uso das ferramentas de monitoramento e avaliação das políticas públicas.

O estudo revelou que a introdução precoce de alimentos, ocorrendo antes dos 6 meses, abrangeu uma variedade de itens, como leite de vaca, comida de sal (como refeições de panela, papas ou sopas) e frutas. Essa prática alimentar inadequada demonstrou ser um fator de risco

significativo, associado à diminuição tanto da duração quanto da frequência do aleitamento materno. A exposição precoce a alimentos sólidos e outros componentes podem interferir nos ganhos proporcionais pelo aleitamento materno e nas condições gerais de saúde do infante. Esses resultados destacam a importância de promover práticas alimentares adequadas, respeitando os períodos recomendados para a introdução de diferentes alimentos na dieta infantil, a fim de preservar a prática do aleitamento materno e complementar, além do crescimento/desenvolvimento saudável (BRASIL, 2019).

Dentre os achados, sobressalta o baixo consumo de alimentos in natura por crianças com mais de 6 meses, como legumes (34%) ,verdura de folha (80%), arroz (32%) , carne ou ovo (29%) ,vegetal ou fruta de cor alaranjada (36%). Essa ingestão insatisfatória desses alimentos compromete a oferta de micronutrientes essenciais. Um estudo de Flores *et al.*, (2021) que está relacionado aos padrões de consumo alimentar identificou que crianças de 12 a 23 meses, em região Norte e Nordeste relataram menor probabilidade de consumo alimentar padrão saudável, principalmente crianças do sexo feminino e de cor preta. Tal cenário pode ter impactos negativos substanciais na resposta imunológica, com a presença de infecções, implicando na qualidade de saúde do indivíduo (POLÔNIO, 2009).

Com relação ao consumo de alimentos ultraprocessado de crianças de 6 meses até 24 meses, hambúrguer e/ou embutidos (30%) , macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito (35%) biscoito recheado, doces ou guloseimas (32%). A ingestão de alimentos ultraprocessados antes dos 24 meses de idade pode acarretar uma série de consequências adversas para a saúde infantil. Entre os principais desafios vinculados a essa prática, destacam-se o comprometimento do desenvolvimento adequado, o incremento do risco de obesidade infantil, a potencial indução a alergias e intolerâncias, bem como o impacto negativo no desenvolvimento do paladar (POLÔNIO, 2009).

A qualidade nutricional dos alimentos complementares desempenha um papel crucial na prevenção da morbimortalidade na infância, abrangendo questões como desnutrição e sobrepeso. Embora a Organização

Mundial da Saúde (OMS) tenha observado avanços significativos na promoção da amamentação, lamentavelmente, a implementação adequada da alimentação complementar demonstra progresso mais limitado. É imperativo investir e fomentar iniciativas no campo da alimentação e nutrição infantil, especialmente diante do consumo substancial de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, a exemplo de sucos industrializados, refrigerantes, biscoitos doces e recheados, salgadinhos, entre outros (D'INNOCENZO, 2011; BRASIL, 2012).

O presente estudo apresenta algumas limitações, sendo a primeira delas o viés da memória. Durante a coleta de dados sobre o consumo alimentar com os responsáveis/cuidadores das crianças, há a possibilidade de omissões ou respostas imprecisas devido a esse viés. No entanto, é importante destacar que esse viés é mitigado pela natureza das perguntas, que se referem ao dia anterior (últimas 24 horas). Portanto, ao abordar os usuários, profissionais de saúde são aconselhados a exercer paciência e cuidado na aplicação e interpretação do instrumento. Cabe ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo não tem como objetivo quantificar a dieta em termos de calorias e nutrientes, mas sim avaliar a qualidade da alimentação em seus aspectos positivos e negativos (NORMAN, 2008).

CONCLUSÃO

Este estudo forneceu uma análise do consumo alimentar de crianças menores de 24 meses, destacando áreas de preocupação e fragilidades nas práticas alimentares. Os resultados evidenciaram que a faixa etária de maior prevalência foi de crianças de 0 a 6 meses, sendo observada uma frequência de consumo de fórmula infantil, indicando um desafio no estímulo ao aleitamento materno exclusivo. Incoerência segundo as recomendações para este público, diante da alta prevalência no uso de fórmula e introdução precoce de alimentos sólidos antes de 6 meses.

Os poucos registros no consumo alimentar de crianças entre 6 e 24 meses tem refletido na baixa qualidade das condições nutricionais. A análise detalhada desse consumo revelou deficiências na introdução de alimentos in natura, com percentuais preocupantes de crianças que não

consumiram grupos alimentares essenciais, comprometendo a oferta de micronutrientes necessários para um desenvolvimento saudável. Além disso, a ingestão elevada de alimentos ultraprocessados em crianças entre 6 e 24 meses aponta para riscos significativos. Diante da amostra do estudo, observou-se uma incoerência com os valores extrapolados, sugerindo a necessidade de revisão na consistência dos dados fornecidos pelo programa. Este é um resultado importante, dado o alto índice de consumo ainda evidenciado pela população estudada.

Portanto, é crucial enfatizar a necessidade contínua de investimentos em educação e incentivo à prática da amamentação, assim como o fortalecimento de estratégias que promovam uma introdução alimentar adequada. A conscientização sobre a importância da qualidade nutricional dos alimentos complementares junto com a continuidade das pesquisas sobre o atual cenário do consumo alimentar, aliada a intervenções eficazes, pode ser fundamental para diminuir os riscos à saúde infantil e contribuir para um desenvolvimento saudável desde os primeiros meses de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: MS; 2012.

NORMAN G, STREINER D. Biostatistics: The Bare Essentials. McGraw-Hill Europe; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN-versão 3.0. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/fiche/ManualDoSisvan.pdf>> Acesso em : 3 de fev de 2024:

ALVES, C. C., et al. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. Revista de Nutrição, v. 29, p. 597-608, 2016.

BJERREGAARD, L.G.;BAKER, J.L. Mudança no excesso de peso da infância ao início da idade adulta e risco de diabetes tipo 2. *N Engl J Med*, v.8, p.2537–2538, 2018.

CHEN, K.; et al. Nutrition, Cognition, and Social Emotion among Preschoolers in Poor, Rural Areas of South Central China: Status and Correlates. *Nutrients*. Abril, v. 16, n. 13, ed. 4, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, ed. 1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 5 de agosto de 2002. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0222_05_08_2002.html> . Acesso em: 20 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL (a). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL(b). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência às mulheres em fase de aleitamento: conheça os dez passos para o sucesso da amamentação. Agosto, 2022. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/assiste-ncia-as-mulheres-em-fase-de-aleitamento-conheca-os-dez-passos-para-o-sucesso-da-amamentacao>>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

BRASIL(c). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. ed2. Brasília. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório final da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Olinda: MS; 2004. Disponível em: <www.fomezero.gov.br/download/relatorio_final_IICNSAN.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015. Poder Executivo, Brasília, DF, 2015. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 26 maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em:<<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI4Ng==>>. Acesso em: 01 de agosto de 2023.

CARNEIRO, E. M.; et al. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. Revista de Saúde Coletiva. n.3, v. 31, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/PT96npfTcfqT7xWPZZkyGpt/>> . Acesso em: 15 de agosto de 2023.

CAMPOS R.M.C; et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Revista Escola de Enfermagem. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a03.pdf>. Acesso em 26 de maio de 2023

D'INNOCENZO S, et al. Condições socioeconômicas e padrões alimentares de crianças de 4 a 11 anos: estudo SCAALA-Salvador-Bahia. Revista Brasil Saúde Materno Infantil, n. 11, v.1, p. 41 -49, 2011

FLORES, Thaynã Ramos et al. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 625-636, 2021.

GONÇALVES, Vivian Siqueira Santos et al. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 28, p. e2018358, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama> Acesso em: 02 de agosto de 2023.

KOLETZKO, B. et al. Nutrition during pregnancy, lactation and early childhood and its implications for maternal and long-term child health: the early nutrition project recommendations. Annals of Nutrition and Metabolism, v. 74, n. 2, p. 93-106, 2019.

MARTINS, G. P. et al. Dados de consumo alimentar no âmbito do SISVAN: uma experiência de intervenção em área rural. Segurança Alimentar e Nutricional, v. 29, p.22 –25, 2022.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, E. E. Marcadores de consumo alimentar e contexto social de crianças menores de 5 anos de idade. Cadernos Saúde Coletiva, v. 29, p. 163-178, 2021.

PLAZA-DÍAZ, J. ; FONTANA, Luís; GIL, Anjo. Oligossacarídeos do leite humano e desenvolvimento do sistema imunológico. Nutrientes, v. 10, n. 8, p. 1038, 2018.

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA -SECRETARIA DE SAÚDE. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/distrito-sanitario/>. Acesso em: 02 de agosto de 2023.

POLÔNIO, M. L. T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 8, p. 1.653-1.666, 2009

ROTHSTEIN, Jessica D. et al. Vulnerable families and costly formula: a qualitative exploration of infant formula purchasing among peri-urban Peruvian households. International Breastfeeding Journal, v. 16, n. 1, p. 1-15, 2021.

SILVEIRA, A. C., et al. Marcadores de consumo alimentar e contexto social de crianças menores de 5 anos de idade. Caderno de Saúde Coletiva, v. 29, n. 2, set-out, 2021.

SISTEMA VIVVER. Disponível em: <<https://www.vivver.com.br/2023/02/01/vivver-sistemas-inaugura-filial-nordeste-no-estado-da-parabá/>>. Acesso em: 21 de agosto de 2023.

SISVAN. Disponível em:<<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>. Acesso em: 21 de agosto de 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos.4: ENANI 2019.-Documento eletrônico.-Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021.

MATRICIAMENTO PARA ABORDAGEM À TOXOPLASMOSE GESTACIONAL EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA, PB: A MEDICINA VETERINÁRIA CONTRIBUINDO NA ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Fernanda Agnes Sobral Guimarães
Wagner de Farias Soares

RESUMO

A toxoplasmose é uma zoonose de importância na gestação, causada por protozoário, essa doença tem uma relação importante entre o ambiente-animais-alimentos-humanos. Pode causar más-formações em fetos, podendo ocasionar em comprometimento auditivo, ocular, nervoso e até abortos, por essa razão, a vigilância durante toda gestação é tão importante, garantindo diagnóstico e tratamento precoces. É relevante o papel do matriciamento e da formação continuada dos profissionais de saúde para abordagem às zoonoses, e através do atual conceito de saúde única, o médico veterinário tem demonstrado sua importância na composição de equipes multiprofissionais. Relatar atividades de pré-natal através de interconsulta com presença de profissional do núcleo da Medicina Veterinária e realização de matriciamento para formação contínua de profissionais de saúde no contexto da saúde da família e comunidade para abordagem à toxoplasmose gestacional. Esse relato de experiências descreve atividades realizadas em Unidade Integrada de Saúde da Família, no município de João Pessoa-PB. Foram realizadas atividades de

pré-natal nas equipes integradas que compõem a unidade, promovendo informações no contexto da saúde única, apresentando materiais lúdicos e discutindo temáticas quanto: “o que fazer com o gato de estimação?”; “quais medidas para prevenção e controle da doença?”; “explicando o ciclo do protozoário para entender a doença”; “como funciona o diagnóstico da toxoplasmose gestacional”. Os matriciamento foram realizados com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e todos os profissionais envolvidos na unidade, que aconteceram em momentos de reuniões de equipe e reuniões gerais de planejamento da unidade. A realização do pré-natal através de interconsultas, especialmente as realizadas com profissionais que não compõem as equipes básicas e de saúde bucal, representam uma ampliação do cuidado. O matriciamento é uma prática fundamental na atenção primária à saúde, garantindo uma abordagem integral aos usuários do Serviço Único de Saúde, também é um método de integração entre profissionais que não compõem as equipes básicas de saúde da família, garantindo trocas e ampliação de saberes.

Descriptores: Atenção Primária à Saúde; Formação continuada; Gestação; Multiprofissionalidade; Zoonoses.

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Este parasita pode infectar humanos e uma variedade de animais, entre mamíferos e aves, sendo os gatos os hospedeiros definitivos. A transmissão ocorre por meio do consumo de alimentos contaminados, água ou contato direto com fezes de gatos infectados. Em humanos, os sintomas geralmente são leves, mas a infecção é particularmente preocupante pessoas com sistema imunológico comprometido e gestantes, compondo as doenças sob vigilância durante o pré-natal (BRASIL, 2018).

As zoonoses são doenças infectocontagiosas que podem ser transmitidas entre animais e seres humanos, representando uma interconexão crítica entre a saúde animal, humana e ambiental. A abordagem “saúde única” (*One Health*) é adotada para prevenir e controlar essas doenças,

envolvendo a colaboração entre profissionais de saúde, incluindo veterinários e outros profissionais (ELLWANGER E CHIES, 2022).

O pré-natal é o momento em que gestantes tem o primeiro contato com a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pré-natais de baixo risco são realizados nas Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo acompanhados por profissionais da equipe mínima: médicos e enfermeiros, além das equipes de saúde bucal: odontólogos e assistentes de saúde bucal. O acompanhamento pré-natal rotineiro é essencial para uma gestação segura, além de aplicar diagnóstico precoce e as medidas de prevenção para doenças que podem acontecer no período gestacional, entre elas a toxoplasmose (BRASIL, 2018).

A estratégia de saúde da família é parte da A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é parte da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a porta de entrada em toda rede de atenção à saúde. Tendo como base aspectos como territorialização, com atenção baseada na prevenção e promoção de saúde ao invés do modelo puramente assistencialista.

No âmbito da atenção primária à saúde em João Pessoa-PB, um desafio constante é a promoção da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade na rotina da saúde da família e comunidade, garantindo um dos princípios do SUS: a integralidade do cuidado. Um exemplo notável dessa abordagem é o matriciamento realizado por uma médica veterinária em uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município, focado na prevenção e manejo da toxoplasmose durante a gestação.

Nesse sentido, objetivou-se relatar a realização de matriciamento para formação contínua de profissionais de saúde no contexto da saúde da família e comunidade para abordagem à toxoplasmose gestacional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, a partir do relato de experiência durante residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Práticas relatadas aconteceram durante o ano de 2023. Decorrente do acompanhamento e das interconsultas de pré-natal realizadas, foi observado no monitoramento sorológico, o diagnóstico de cinco casos de

toxoplasmose gestacional. As interconsultas de pré-natal consistiam no acompanhamento convencional, com explicação dos pontos sugeridos no cartão da gestante, informações sobre dúvidas gerais da gestante e acompanhantes e sobre a toxoplasmose quando a gestante apresentava algum exame sorológico para essa doença, apresentação de vídeo produzido pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, 2013).

Desse modo, com a utilização de manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018; BRASIL,), foram realizados os matriciamentos para as quatro equipes integradas da Unidade de Saúde da Família. Os matrinciametno aconteceram em momentos de reuniões de equipe e reuniões gerais de planejamento da unidade, foram tratados os seguintes temas: Etiologia da toxoplasmose; ciclo do protozoário no ambiente e o ciclo da doença; envolvimento com os felinos domésticos; transmissão da doença: o ambiente, os alimentos e os animais; diagnóstico da toxoplasmose gestacional; notificação dos casos e; medidas de prevenção e controle da toxoplasmose. Os matrinciametno eram divididos em três momentos: apresentação da temática, abertura para os participantes dialogarem a partir de conhecimentos prévios e discussão de saberes. Após os encontros de matrinciametno, foi produzido um material no formato de cartilha para ficar disponível na unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o acompanhamento rotineiro dos pré-natais, onde devem ser solicitados e realizados exames sorológicos para toxoplasmose em cada trimestre do período gestacional, foram diagnosticados cinco casos de toxoplasmose em gestantes do território que engloba as quatro equipes de uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. Os cinco casos aconteceram com a seguinte distribuição: dois casos na equipe I, dois casos na equipe IV e um caso na equipe III. Decorrente desses casos e como atividades previstas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de João Pessoa, resolveu-se realizar além de atividades de prevenção e promoção de saúde sobre a toxoplasmose, um programa de matrinciametno para

os profissionais da Unidade supracitada, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais profissionais.

O matriciamento consistiu em dois encontros, sendo unificado com as equipes de saúde da família, com as seguintes temáticas: Etiologia da toxoplasmose; ciclo do protozoário no ambiente e o ciclo da doença; envolvimento com os felinos domésticos; transmissão da doença: o ambiente, os alimentos e os animais; diagnóstico da toxoplasmose gestacional; notificação dos casos e; medidas de prevenção e controle da toxoplasmose.

O processo teve início com palestras ministradas pela médica veterinária residente, abordando aspectos clínicos da toxoplasmose, formas de transmissão, medidas preventivas e diagnóstico. As dinâmicas desses encontros favoreciam esclarecimento de dúvidas e discussão de casos clínicos específicos.

Além disso, a médica veterinária realizou visitas à comunidade para promover a conscientização sobre a importância da higiene alimentar, evitando o consumo de carne crua ou mal passada, e destacando a relevância do cuidado com animais de estimação, considerando que estes também podem ser fontes de infecção.

O envolvimento dos gatos na infecção é um tema complexo e que gera muita desinformação, podendo contribuir com o abandono de gatos de companhia durante o período de gestação de suas tutoras ou que sejam membras de famílias em que esses animais estejam envolvidos, contribuindo para um risco ainda mais complexo de zoonoses nos territórios.

Moura, Oliveira e Matos-Rocha (2018) conduziram pesquisa avaliando percepção de gestantes que participavam do pré-natal sobre a toxoplasmose, constatando um desconhecimento das gestantes sobre a doença e relacionando a falta de informações e orientações por parte dos profissionais de saúde, sobretudo durante o pré-natal. Essa é uma problemática recorrente. Branco, Araújo e Guilherme conduziram uma pesquisa entre profissionais de saúde que trabalham na atenção básica e gestantes que frequentam pré-natal, constataram que 16,23% (81/499)

das gestantes que participaram da pesquisa relataram terem recebido alguma informação ou orientação sobre a toxoplasmose durante o pré-natal. Já em trabalho conduzido por Moura *et al.* (2019) relataram que 55,6% (133/239) das gestantes desconheciam qualquer informação sobre a toxoplasmose, e nesse mesmo estudo relatou que 64% (153/239) das gestantes afirmaram não ter recebido orientações sobre práticas de prevenção da doença.

Fica evidente o quanto a doença é negligenciada durante o período gestacional, embora o próprio cartão da gestante, que serve de guia e roteiro de orientações que os profissionais de saúde devem seguir, proponha discussão e estabeleça acompanhamento sorológico nos três terços de gestação, essas informações são negligenciadas e não é proposto um programa de educação em saúde sobre essa temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de matriciamento multidisciplinar, liderada por uma médica veterinária, revelou-se uma estratégia eficaz para fortalecer o conhecimento da equipe de saúde sobre a toxoplasmose na gestação, principalmente em temáticas referentes à etiologia, transmissão, ciclo do agente etiológico e medidas de controle e prevenção. Essa abordagem integrada destaca a importância da colaboração entre diferentes profissionais para a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde em João Pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANCO, B. H. M.; ARAÚJO, S. M.; GUILHERME, A. L. F. Prevenção primária da toxoplasmose: conhecimento e atitudes de profissionais de saúde e gestantes do serviço público de Maringá, estado do Paraná. *Scientia Medica*, n. 22, v. 4, p. 185-90, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita** [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf> Acesso em: 10 jan. 2024.

ELLWANGER, J. H.; CHIES, J. A. B. Saúde Única (One Health): uma abordagem para entender, prevenir e controlar as doenças infecciosas e parasitárias. *Bio Diverso*, n. 2, v. 1, 2022.

MOURA, D. S.; OLIVEIRA, R. D. C. M.; MATOS-ROCHA, T. J. Toxoplasmose gestacional: perfil epidemiológico e conhecimentos das gestantes atendidas na unidade básica de saúde de um município alagoano. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, p. 69-76, 2018. Disponível em: <<https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/251>> Acesso em: 19 jan. 2024.

MOURA, I. P. D. S.; FERREIRA, I. P.; PONTES, A. N.; BICHARA, C. N. C. Conhecimento e comportamento preventivo de gestantes sobre Toxoplasmose no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 3933-3946, 2019.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL. **Prevenção da Toxoplasmose (Toxoplasmose: é fácil prevenir)**. 5 minutos. Vídeo na plataforma Youtube. 2013. Disponível em: <<https://youtu.be/QMkrtWfNWTA?si=Glyydjs30r2hV94Z>> Acesso em: 19 jan. 2024.

ABORDAGEM ODONTOLÓGICA AOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dielson Cavalcante de Melo
Alex Pereira de Mendonça
Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica caracterizada pela hiperglicemia, isto é, alta concentração de moléculas de glicose no sangue. Devido maior susceptibilidade ao desenvolvimento de infecções , os pacientes diabéticos necessitam de acompanhamento multiprofissional incluindo os cuidados odontológicos, dada a natureza da doença e sua influência na cavidade oral se faz necessário também acompanhamento odontológico dos indivíduos acometidos. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é organizada na modalidade da Estratégia em Saúde da Família (ESF), composta por equipes multiprofissionais constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser incorporada a Equipe de Saúde Bucal (ESB), com dentista, técnico e/ou auxiliar de saúde bucal. Neste contexto, pretende-se arguir sobre a seguinte pergunta-problema: “Como se dá a política nacional relativa à Atenção Primária à Saúde no tangente à assistência odontológica ao paciente diabético?”; “Qual a importância da assistência odontológica ao paciente e para o fluxo de atendimento aos pacientes com diabetes mellitus?”. O objetivo geral, logo, é discutir

a importância da assistência odontológica para o paciente diabético na saúde da família, através da avaliação de produção técnica e científica, por meio de revisão integrativa.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Odontologia; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica caracterizada pela hiperglicemia, isto é, alta concentração de moléculas de glicose no sangue (Silva, Carolino e Gazel, 2023). Essa condição é resultado de alterações na produção do hormônio insulina pelo pâncreas ou pela resistência à insulina. A insulina é um hormônio importante para o metabolismo, sua principal função é a de o catabolismo da glicose, transformando-a em energia.

A DM representa um dos mais importantes problemas de saúde pública, tendo grande repercussão social e econômica, como também comprometendo a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos portadores de tal patologia (Oliveira *et al.*, 2016).

A atenção primária tem como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito individual, familiar e coletivo por meio de equipes multiprofissionais financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, os cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal podem integrar-se às equipes da Estratégia de Saúde da Família em caráter complementar (Brasil, 2017).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é organizada na modalidade da Estratégia em Saúde da Família (ESF), composta por equipes multiprofissionais constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser incorporada a Equipe de Saúde Bucal (ESB), com dentista, técnico e/ou auxiliar de saúde bucal que são regidos pelo Programa Brasil Soridente (Brasil, 2017).

A inserção da ESB contribui para qualificação da integralidade de assistência, promovendo atendimento de agravos com alta prevalência no Brasil dentro das unidades básicas de saúde da família como: cárie

e as doenças periodontais. O profissional deve conhecer os problemas e agravos mais prevalentes e incidentes em seu território de atuação, permitindo conduzir melhor os quadros agudos e graves, agindo no tratamento e na prevenção de novos casos. Para possibilitar esta sinergia, trabalhadores deste nível de atenção devem ser capacitados e treinados como também fomentar apoio matricial às equipes de modo a viabilizar sua atuação frente às diretrizes previstas na concepção da ESF (Manasero e Bavaresco, 2016).

Apesar do esclarecimento biológico sobre doenças periodontais, cárie e diabetes e a interpelação das três, ainda há dificuldade de profissionais em saúde bucal atuarem na assistência contínua a pacientes diabéticos na APS, evitando encaminhamentos para especialidades, como consequência de agravamentos causados pelas doenças bucais (Verde et al., 2020).

Neste contexto, pretende-se arguir sobre as seguintes perguntas-problemas: “Como se dá a política nacional relativa a APS no tangente à assistência odontológica ao paciente diabético?”; “Qual a importância da assistência odontológica especializada ao paciente portador da diabetes mellitus?”.

O objetivo geral, logo, é discutir a importância e metodologia da assistência odontológica para o paciente diabético na APS. Sendo objetivos específicos: (I) analisar as práticas e políticas de saúde odontológica na APS para pacientes diabéticos; (II) discutir o papel da abordagem odontológica para atendimento integral aos pacientes diabéticos; (III) abordar sobre o fluxo para atendimento integral do paciente diabético na APS; (IV) avaliar as produções técnicas e científicas que abordem assistência odontológica na saúde da família.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão bibliográfica integrativa de cunho exploratório e qualitativo, conduzida no mês de dezembro de 2023, através de busca de artigos científicos e demais publicações nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO. Foram utilizados descriptores como “diabetes”, “saúde da família” e “odontologia”. Os critérios

de inclusão foram estudos conduzidos e ou que tratem da realidade brasileira, em português, inglês ou espanhol, que abordassem a relação entre diabetes, atenção básica e cuidados odontológicos. A inclusão de demais descritores na avaliação dessa temática enquanto revisão integrativa, como: “multiprofissionais”, “formação permanente em saúde”, “matriciamento”, “educação popular em saúde”, não retornou estudos, relatos ou trabalhos científicos nas bases de dados utilizadas, o que demonstra ausência de produção científica e abordagem desses conceitos. Sendo essencial o estudo desses temas de forma integrada, para avaliação, fortalecimento e embasamento das práticas realizadas na atenção básica.

Além dos dados revisados conforme descrição detalhada, também foram revisados atos normativos, recomendações técnicas do Ministério da Saúde e material oficial sobre diabetes para atenção básica em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos revisados revelam que há uma relação entre saúde bucal e abordagem integral do paciente diabético, demonstrando a importância do acompanhamento contínuo da equipe de saúde bucal a esses usuários.

Na base de dados da BVS foram retornados 21 trabalhos, sendo 14 publicações na forma de relatos de caso/experiências vivenciadas por Equipes de Saúde da Família de diferentes territórios. Em relação as regiões que são territórios desses relatos, cinco foram relatados da região nordeste, quatro da região norte, três relatos do sul e dois do sudeste. Já na base de dados SCIELO, através da aplicação dos descritores detalhados nos métodos, apenas um trabalho foi retornado.

Gomes *et al.* (2021) avaliaram a percepção de profissionais de saúde da família sobre a relação entre DM e a doença periodontal, 38 profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) que compõem as equipes básicas e equipes de saúde bucal de Unidades de Saúde da Família. Questionado o atendimento de algum diabético durante o trabalho na saúde da família e comunidade, 100% (38/38) afirmam já terem atendido, o que reflete a prevalência dessa doença crônica e a presença na rotina da atenção básica. Embora a importância

e prevalência da doença, 31,57% (12/38) desses profissionais desconhecem o quantitativo estimado de pacientes diabéticos no território adscrito, por categoria (médica, odontológica e de enfermagem), esse quantitativo de desconhecimento foi maior entre os cirurgiões-dentistas, 53,84 (7/13) dos CD desconheciam essa informação importante para estabelecer as medidas de prevenção, promoção e acompanhamento.

As manifestações orais da DM têm seu aparecimento e desenvolvimento através do descontrole glicêmico. Marca-se, porém, que essas patologias orais não são exclusivamente do DM. A DM tem uma influência relevante nos tecidos orais, modificando a mucosa oral, glândulas salivares, tecidos periodontais e suscetibilidade a cárie, importante salientar que gestantes merecem atenção redobrada ao apresentarem diabetes gestacional (Silva, 2019).

O cuidado com a saúde bucal em portadores de DM é imprescindível para o controle dos níveis glicêmicos, além de orientações de dieta, prática de atividades físicas e controle do biofilme dentário, assim como nos pacientes hipertensos. Esses pacientes controlados, consequentemente não apresentam complicações crônicas, unindo a higiene bucal eficiente e acompanhamento médico frequente, são atendidos com maiores intervalos, sendo aplicadas terapias de baixo impacto e menos restritivas, com necessidade de aplicação apenas de programas de prevenção e promoção de saúde, contribuindo para melhoria de vida desse paciente crônico (Brasil, 2018; Salci *et al.*, 2020).

Outro aspecto comum entre os portadores de diabetes não controlada é a síndrome de ardência bucal, glossodinia e a grande susceptibilidade a cárie dentária devido à maior concentração de glicose salivar, aumento da acidez local, da viscosidade e hipocalcificação do esmalte (Terra *et al.*, 2018).

A doença periodontal (DP) se mostra muito predominante em diabéticos. Perda de um ou mais elementos dentários pode ser consequência do não-tratamento, pois trata-se de uma infecção crônica, com potencial de acometimento das estruturas de suporte dentário. Em indivíduos diabéticos, o mau controle do biofilme dentário favorece o surgimento da doença periodontal com uma celeridade e gravidade de progressão muito maior do que

em não-diabéticos. Além disso, a resposta ao tratamento periodontal em indivíduos diabéticos é pior, se comparada aos não-diabéticos (Sosa, 2018).

Embora seja evidente a relação bidirecional entre DM e DP, profissionais de saúde que compõem as equipes básicas de saúde da família podem desconhecer essa relação e ignorar o cuidado integral ao paciente diabético, que fica reduzido ao controle da glicemia, dietas e cuidados com o pé diabético. Pesquisa conduzida por Gomes et al. (2021) revelou que profissionais da estratégia de saúde da família de nível superior, com exceção de cirurgiões-dentistas, desconhecem a DP, tem dificuldades ou desconhecem relação entre DM e DP, os sinais clínicos da DP, necessidade das consultas odontológicas para pacientes diabéticos e os benefícios do tratamento para os pacientes descompensados.

O profissional da odontologia deve estar atento às queixas de seus pacientes, para isso, devem realizar uma boa anamnese, tanto para saber se seu paciente com DM possui alguma manifestação bucal, ou se está tomando algum medicamento que possa interferir com algum fármaco utilizado durante os procedimentos odontológicos, ou mesmo para descartar ou levantar alguma suspeita de DM em pacientes que não possuem diagnóstico confirmado da doença (Santos, Lima e Klug, 2022).

Além disso, os profissionais da saúde bucal devem informar seus pacientes com DM ou com suspeita da doença, da importância da manutenção da saúde bucal, muitos pacientes diabéticos desconhecem a relação da doença com a saúde bucal.

O profissional deve realizar o atendimento odontológico aos pacientes diabéticos sempre aferindo a pressão arterial antes do atendimento, levando em consideração a duração do procedimento sendo consultas curtas para evitar quadros de ansiedade no paciente e o horário de atendimento é recomendado que as consultas sejam realizadas no período matutino, pois neste horário a insulina alcança seu nível máximo de secreção. O profissional deve solicitar exames laboratoriais a fim de controlar os riscos de infecção e a utilização de profilaxia antibiótica no pré-operatório, é muito importante para casos de pacientes descompensados ou em processos agudos de urgência (Santos, Lima e Klug, 2022).

De acordo com os princípios de Donabedian (1990), para se alcançar eficácia, efetividade e eficiência, além de otimização, é necessário ter flexibilidade na gestão de acordo com os contextos em que estão inseridos os serviços, com as evoluções ou dificuldades. Portanto, o processo de contratualização deve promover o direcionamento das ações e aproximar-as das necessidades locorregionais e qualificar a gestão.

Esse direcionamento das ações se constitui numa importante ferramenta de gestão, podendo contribuir significativamente para a melhoria da qualidade da assistência, conforme preconizado nos sete pilares da qualidade de Donabedian (1990). No que se refere às barreiras relatadas pelos participantes no processo de contratualização do Sistema Único de Saúde, destaca-se o valor contratualizado e repassado aos prestadores de serviço que oferecem atendimento ao SUS, o qual é determinado em portarias ministeriais (Liberatti *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Soridente – se constitui um marco histórico das políticas públicas uma vez que agrega em seu conteúdo discussões desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e apresenta, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS. Ao trabalhar como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal, o Brasil Soridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde no Brasil (Narvai, 2020).

O Brasil Soridente é desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Esta Política tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da atenção básica (Brasil, 2004).

Embora as políticas públicas de atenção à saúde serem priorizadas aos pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), autores relatam condições precárias em saúde bucal e no acesso as políticas públicas de saúde bucal quando comparados portadores e não portadores de DCNT (Moreira, Nico e Tomita, 2011; Oliveira, Nogueira e Pereira, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que embora a diabetes mellitus seja uma doença crônica prevalente em relação a população adulta e idosa no Brasil, entre os usuários do SUS e acarrete importantes complicações na saúde bucal, poucos são os estudos atuais, relatos, dados epidemiológicos e situacionais que tratem ou correlacionem a DM, cuidados odontológicos e saúde da família ou atenção básica, demonstrando inércia quanto fluxo, prevenção, promoção e integralidade dos cuidados aos usuários diabéticos.

Para tal, é de grande importância que o cirurgião-dentista (CD) esteja apto e provido de conhecimento a respeito dessa patologia para além de conduzir o tratamento da melhor forma possível, também educar, promover saúde e prevenção, junto aos demais profissionais da equipe de saúde bucal serem integrados e pertencentes a saúde da família.

O CD deve deter de conhecimentos concernentes aos aspectos clínicos, patogênicos, epidemiológicos e etiológicos da DM, visando proporcionar aos pacientes diabéticos um tratamento singular e adequado, compartilhando o cuidado desses indivíduos com a equipe multiprofissional. A conduta odontológica para tratamento de pacientes diabéticos, deve levar em conta a condição clínica e sistêmica do paciente, com vista a prevenir complicações durante e futuramente ao procedimento odontológico.

Sabendo-se que DM é uma patologia das quais envolvem grande parte da saúde pública, dos quais necessita-se de uma maior atenção e cuidados, não simplesmente por parte do CD, sendo necessário um acompanhamento bem direcionado por uma equipe multiprofissional.

Por fim, a experiência atenta para a maior necessidade de envolvimento dos governantes das diversas esferas e dos profissionais de

saúde na assistência ao paciente com condição crônica. Compete aos gestores: incentivar e integrar as políticas intersetoriais que contemplam os DM; desenvolver e ampliar ações voltadas para educação continuada dos recursos humanos do SUS e manter a integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino superior, incentivando pesquisas, desenvolvimento científico e tecnológico no cuidado desses usuários.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978- 85-334-2629-0.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde, 2017.
- CORGOZINHO, M. L. M. V. et al. Educação em diabetes e mudanças nos hábitos de vida. Research, Society and Development, 2020.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, Washington, v. 114, n. 11, p. 115-118, 1990.
- DOS SANTOS, S. V.; LIMA, S. S.; KLUG, R. J. Atendimento Odontológico A Pacientes Portadores De Diabetes Mellitus. Facit Business and Technology Journal, v. 2, n. 36, 2022.
- FRANCA, R. et al. Experiência da equipe multiprofissional em saúde da família no cuidado integral ao usuário diabético. Disciplinarum Scientia| Saúde, v.22, n. 2, p. 105-119, 2021.

FREIRE P. Educação como prática da liberdade. 14. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

GOMES, D. V.; DUARTE FILHO, E. S. D.; CARTAXO, R. O.; SILVA JUNIOR, J. B.; SIQUEIRA, A. K. C. Nível de conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre a relação bidirecional doença periodontal-diabetes mellitus. *Odontologia Clínica-Científica*, n. 1, v. 20, p. 30-38, 2021.

LIBERATTI, V. M. et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, p. e00274105, 2020.

MANASERO, F.B.; BAVARESCO, C.S. Inserção do cirurgião dentista na estratégia de saúde da família: revisão de literatura. *Revista Atenção Primária à Saúde*, v.19, n.2, p.286-291, 2016.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do sudeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 27, v.10, p.2041-2053, 2011.

NARVAI, P. C. Ocaso do 'Brasil Soridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. ág. 175-187, 2020.

OLIVEIRA, T. F.; MAFRA, R. P.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G. Conduta Odontológica em Pacientes Diabéticos: Considerações Clínicas. Artigo de revisão-Odontol. Clín.-Cient., n. 15, v. 1, p. 13–17, 2016.

OLIVEIRA, E. J. P.; NOGUEIRA, D. A.; PEREIRA, A. A. Relação entrepercepção sobre serviços odontológicos e condições de Saúde Bucal em hipertensos e diabéticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 23, v. 11, p. 3695– 3704, 2018.

SALCI, M. A. et al. Diabetes mellitus e saúde bucal: a complexa relação desta assistência na atenção primária à saúde. *Saúde e Pesquisa*, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 265-272, 12 jun. 2020. ISSN 2176- 9206.

SANTOS, S. V.; LIMA, S. S.; KLUG, R. J. Atendimento odontológico a pacientes portadores de diabetes mellitus. *JNT- Facit Business and Technology Journal*. n. 36, v. 2, p.694-703.

SILVA, L. L. Manifestações orais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus. 2019. p.40. Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Medicina Dentária apresentando para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária realizado sob a orientação científica do Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral, Gandra, 2019.

SILVA, M. R. R., CAROLINO, M. S. I., GAZEL, F. S. Diabetes tipo 1: uma revisão acerca da abordagem médica perante os aspectos psicossociais e biológicos da doença. RECIMA 21–Revista Científica Multidisciplinar, n. 4, v. 2, p. e422733.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2 – atualização. Posicionamento oficial SBD. 2018.

SOSA, C.M.G. Diabetes Mellitus e doença periodontal. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)–Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.

TERRA, B.; GOULART, R.; BAVARESCO, C. S. O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. *Revista Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 149- 161, 2011.

VERDE, Luis Henrique Cerqueira Vila et al. A longitudinalidade do cuidado odontológico ao paciente diabético na atenção primária em saúde: atualidades e desafios. *FAG Journal of Health (FJH)*, v. 2, n. 3, p. 407-411, 2020.