

Entre Ipês e Angicos: o florescer e o frutificar de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica na Região do Cerrado

ORGANIZADORES:

OSVALDO PERALTA BONETTI

KELLY DANDARA DA SILVA MACEDO

RICARDO BURG CECCIM

MAYARA SUELIRTA COSTA

editora



redeunida





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Oswaldo Peralta Bonetti

Kelly Dandara da Silva Macedo

Ricardo Burg Ceccim

Mayara Suelirta Costa

Série Vivências em Educação na Saúde

**Entre Ipês e Angicos:
o florescer e o frutificar de
um Programa de Residência
Multiprofissional em
Atenção Básica na Região
do Cerrado**

1ª Edição

Porto Alegre

2025

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Ângel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Carolina Araújo Londero

Coordenação Científica
Oswaldo Peralta Bonetti
Kelly Dandara da Silva Macedo

Preparação dos Originais
Mayara Suelirta Costa

Revisão Técnica | Composição | Notas Editoriais
Ricardo Burg Ceccim
Daniel Marcos de Souza Santos
Olga Maria de Alencar

Revisão Textual | Normalização
Camila Barros
[linkedin.com/in/camila-barros-b5ba09163](https://www.linkedin.com/in/camila-barros-b5ba09163)

Capa | Ilustrações
Aline Daka
linktr.ee/alinedaka
[@alinedakailustra](https://www.instagram.com/alinedakailustra)

Diagramação
Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

E61

Entre Ipês e Angicos: o florescer e o frutificar de um programa de residência multiprofissional em atenção básica na região do cerrado / Oswaldo Peralta Bonetti; Kelly Dandara da Silva Macedo; Ricardo Burg Ceccim; Mayara Suelirta Costa (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

486 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 31).

E-book: 14,20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-161-8

DOI: 10.18310/9786554621618

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Continuada. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 31

CDU 614

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

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

www.redeunida.org.br





Quilombhoje

*Penetra calmamente nas ruas mais distantes.
Lá estão as emoções que precisam ser escritas
Convive com o teu povo antes de fazê-lo teu.
Espera que cada um se desnude, se rebele
Com seu poder de vida
Seu poder de palavra
Engrave tua palavra com a fome de teu povo
Oxigene tua palavra com a coragem de teu povo.*

(Lourdes Teodoro, Poemas antigos, 1996, p. 33)*

* **Maria de Lourdes Teodoro** é uma poeta negra brasileira. Nasceu em 1946, em Formosa (Goiás), há 80 Km de Brasília. Em 1958, mudou-se com a família para o Distrito Federal, onde completou os estudos escolares e cursou o ensino superior. Publicou em jornais, como o Correio Braziliense, e, com um grupo de estudantes, publicou, em 1966, o livreto "Antologia de trabalhos de alunos do Centro de Ensino Médio Elefante Branco", escola de Brasília criada no mesmo ano de inauguração da capital, com prédio tombado pelo patrimônio histórico. O livro é considerado a primeira obra escrita por jovens de Brasília. Graduiu-se em Literatura na Universidade de Brasília e lecionou no Centro Universitário de Brasília. Como pesquisadora nacional e internacional da área de letras e literatura, avalia os efeitos da escravização e racismo para afro-brasileiros.

Referência:

Teodoro, L. (1996) Poemas antigos. Brasília: Da autora. <http://www.letras.ufmg.br/literafro/arquivos/autoras/LourdesTeodoroQuilombhoje01.pdf>



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO | CERRADO: FLORAÇÃO E FRUTIFICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ORIENTADO À ATENÇÃO BÁSICA..... 13

Ricardo Burg Ceccim, Osvaldo Peralta Bonetti, Kelly Dandara da Silva Macedo, Mayara Suelirta Costa

PREFÁCIO | CAMINHOS PARA UMA NOVA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA 21

Felipe Proenço de Oliveira

SEÇÃO 1 | RESIDÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA NO CERRADO: NUTRIENTES PARA O CULTIVO..... 25

IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS NA SAÚDE E DEMOCRACIA: (RE) CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS 27

Ricardo Burg Ceccim

RESIDÊNCIAS NA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ: COMPROMISSO COM A FORMAÇÃO E O TRABALHO NA SAÚDE..... 41

Adriana Coser Gutiérrez, Cássia de Andrade Araújo, Maria Alice Pessanha de Carvalho, Silvana Rossi

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA FORMAÇÃO SOB O ENFOQUE DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE..... 59

Osvaldo Peralta Bonetti, Kelly Dandara da Silva Macedo, Daniel Marcos de Sousa Santos, Mayara Suelirta da Costa, Olga Maria de Alencar

A TUTORIA DE CAMPO PARA A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA 71
Guioberto Junio Caetano de Carvalho, Olga Maria de Alencar, Mayara Suelirta da Costa, Daniel Marcos de Sousa Santos, Kelly Dandara da Silva Macêdo

A TUTORIA DE NÚCLEO E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA 83
Odete Messa Torres, Carolina Pereira Lobato, Américo Yuiti Mori

SEÇÃO 2 | CONHECENDO O SOLO: EXERCÍCIOS DE TERRITORIALIZAÇÃO 97

CONHECER E ATUAR: A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA 99
Amanda Camargo Santos, Ana Júlia Xavier Porto Praça, João Victor Souza Ferreira, Letícia Felix de Souza (residentes); Patrícia Nunes Barbosa Soares (preceptora); Américo Yuiti Mori (tutor)

A RESIDÊNCIA COMO FÔLEGO PARA OS TERRITÓRIOS: IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA 109
Kelly Lima dos Santos, Laan do Nascimento Moura, Letícia Dias Albuquerque, Letícia Menezes Rodrigues Bonifácio, Marcos Antônio Resende da Silva, Rebeca Galeno dos Santos, Victor Hugo de Jesus da Silva (residentes); Amanda Karen Moraes Damasceno, Fernanda Dutra dos Santos, Glacy Soares Vasquez, Olga Soares Rocha Tosetto, Priscila Torres, Raquelini Merielle Campoe, Vanessa de Souza Nascimento (preceptoras)

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA PARA OS RESIDENTES EM ATENÇÃO BÁSICA..... 117
Ana Luísa Pereira Carvalho, Arielle Rodrigues Maringolo, Clara Mendes Medeiros, David Viegas Rodrigues, Lucileide dos Santos de Melo, Nathália Souza Martins, Pedro Custódio Botelho (residentes); Andressa Castro Bernardo Gomes, Beatriz Schmidt da Rocha, Isis Waleska Santana Rodrigues Porto, Luiza Alessandra Pessoa, Rosane Veiga Lopes (preceptoras)

TERRITORIALIZAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: AÇÃO DE RESIDENTES DE ATENÇÃO BÁSICA..... 133
Evelin Rodrigues da Silva, Gustavo Ribeiro Santos Souza, Isabella Teixeira Medeiros, Kethlen Dandara Paiva Coatio, Marina Campos Nogueira da Silva, Tamires Nunes Brandão (residentes)

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AÇÕES E POSSIBILIDADES	143
Aline Lima Xavier, Itaynan Pires da Silva, Juarez Fayriston, Coelho Sales, Laís Brito Moraes da Silva, Pedro Henrique de Souza Couto (residentes), Braulio Vieira de Sousa Borges, Karla Queiroz Raggio de Castro (preceptores)	
(RE)CONHECENDO O TERRITÓRIO E PROMOVENDO SAÚDE: A TERRITORIALIZAÇÃO COMO MEIO	153
Amanda Ferreira Rocha, Josiclea Gomes da Silva, Taisa de Fatima Rodrigues (residentes); Daniel Marcos de Sousa Santos (tutor)	
A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROCESSO DE TRABALHO: O RECONHECIMENTO DAS REALIDADES LOCAIS.....	163
Adenisia Teixeira Neres, Larissa Rodrigues de Moraes, Nathália Manuelle dos Santos (residentes)	
TERRITORIALIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E ATUAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	171
Adriana de Moraes Silva, Aline de Sousa Lima, Estela Odete Garcia de Oliveira, Maria Heloísa Souza Rodrigues, Samuel Silva dos Santos (residentes)	
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE TERRITÓRIO	179
Maria Cristina da Silva Ribeiro, Marina Santos de Andrade, Paula Christina Torres Carvalho, Thaysa Gabrielle Silva Oliveira, Wellington Monteiro Ferreira (residentes); Bárbara Silva Gomes, Dayane Abadia Silveira, Pollyanna Santos Magalhães (preceptoras); Mayara Suelirta da Costa (tutora)	
LISTA DE AUTORES / EXERCÍCIO DE TERRITORIALIZAÇÃO	185
SEÇÃO 3 A FLORAÇÃO DOS IPÊS: ALIMENTO E BONITEZA.....	193
ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO FEDERAL: A PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	195
Matheus de Sousa Cunha, Larissa Dias Pessoa, Santiago Tadielo Rossa	
ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL: AUTOCUIDADO APOIADO E A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	207
Priscila de Araújo Borges, Cássia de Andrade Araújo	

ATENÇÃO BÁSICA E O ESPAÇO SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:
EXERCÍCIO FÍSICO E PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.... 223
Rayssa Maria de Farias Silva, Thiago Fernandes Costa Diniz, Mayara Suelirta da Costa,
Bruno Pereira Stelet

ATENÇÃO BÁSICA E TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTE NO
DISTRITO FEDERAL: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS 243
Kamila Lorrane Neves Palmeira, Marcela Gois Gonçalves, Jacinta de Fátima Sena da Silva

ATENÇÃO BÁSICA E AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A
PREVALÊNCIA DA COINFECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE NO
DISTRITO FEDERAL 261
William Oliveira da Silva, Ana Paula Cardoso Roriz, Athália de Jesus Rodrigues

ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DE INDICADORES DA ATENÇÃO
BÁSICA: O CASO DA REGIÃO SUDOESTE NO DISTRITO FEDERAL ... 277
Larissa Dias Pessoa, Matheus de Sousa Cunha, Odete Messa Torres, Sandra Pinheiro Braz

ATENÇÃO BÁSICA E COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO:
DISTRITO FEDERAL, 2018 A 2021 295
Érica Marciano Cavalcante Caldas, Odete Messa Torres

AMPLIAÇÃO DA COBERTURA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE
COLO DO ÚTERO: O CASO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO DISTRITO FEDERAL..... 317
Lorena Luíza Alves Cardoso, Dayane Abadia Silveira, Danilo Aquino Amorim

**SEÇÃO 4 | A FRUTIFICAÇÃO DOS ANGICOS: SEMENTES E
ENCANTOS..... 329**

PERCEPÇÕES SOBRE SER RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL NA
ATENÇÃO BÁSICA 331
Sabrina Oliveira Campos de França, Velluma Alves Silvestre de Matos, Kelly Dandara
da Silva Macedo

OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL..... 347
Fernando Mota Pinho, Danylo Silva Guimarães, Daniel Marcos de Sousa Santos,
Osvaldo Peralta Bonetti, Leila Brito Bergold

EDUCAÇÃO POPULAR E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE, VIVÊNCIA NO ESPAÇO EKOBE..... 363
Evellyn Waleska Silva dos Santos, Vera Lucia de Azevedo Dantas, Guioberto Junio
Caetano de Carvalho

APLICATIVO DE MENSAGENS COMO TECNOLOGIA E ESTRATÉGIA NO ACESSO À SAÚDE.....	377
<i>Andreia Correia, Luana Rodrigues Gomes, Virgílio Luiz Marques de Macedo, Aline de Oliveira Costa, Renes Shinaider do Nascimento Amaral</i>	
CONTRIBUIÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA	391
<i>Luciana Tavares Barbosa, Daniel Marcos de Sousa Santos</i>	
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO APOIO À ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A COVID-19	409
<i>Luciana Braz de Lima, Kamilla Falcão Barros dos Reis, Silmara Silva Moraes, Michele Neves Meneses</i>	
INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA COVID-19	425
<i>Dailly Mielly Mendonça Silva, Mayara Suelirta da Costa, Etel Matielo</i>	
ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA OBESIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19	437
<i>Karen Palmeira Figueiredo, Cássia de Andrade Araújo</i>	
A SAÚDE MENTAL NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E O GRUPO DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA.....	453
<i>Beatriz de Melo Silva, Beatriz Schmidt da Rocha, Maria de Fátima Marques</i>	
POSFÁCIO HÁ IPÊS EM ANGICOS! SIM, HÁ IPÊS EM ANGICOS, E PAULO FREIRE ENSINOU À SUA SOMBRA FRONDOSA, MAS CUIDADO PARA NÃO CONFUNDIR COM AS PAINEIRAS.....	471
<i>Paulette Cavalcanti de Albuquerque</i>	
LISTA DE AUTORES	477
ÍNDICE REMISSIVO	485



APRESENTAÇÃO

CERRADO: FLORAÇÃO E FRUTIFICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ORIENTADO À ATENÇÃO BÁSICA

Ricardo Burg Ceccim
Oswaldo Peralta Bonetti
Kelly Dandara da Silva Macedo
Mayara Suelirta Costa

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (EGF/FIOCRUZ) teve sua idealização ancorada no compromisso com a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizados na Reforma Sanitária Brasileira, assim como no compromisso da Escola, como instituição formadora, de promover conhecimento relativo ao acesso universal à saúde, à integralidade da atenção, à equidade e humanização do cuidado e o controle social nos sistemas sanitários. Do ponto de vista da educação na saúde, deve-se apontar os eixos de fortalecendo dos processos de educação popular, de educação permanente em saúde e de

educação interprofissional. O Programa envolve formação com 80% da sua carga horária implicada com a presença junto aos serviços, órgãos de gestão, instâncias de participação popular e esferas de controle social do Sistema Único de Saúde.

Os últimos três anos de vivência na residência foram de muita produção – produção de encontros, de relatos, de estudos e de pesquisas, além das práticas de cuidado e de educação popular e promoção da qualidade de vida, inerentes ao projeto pedagógico da Residência. Dentre os produtos gerados, estão os Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e os exercícios de territorialização no Distrito Federal, assim pensou-se na composição de um livro aberto especialmente aos egressos e seus orientadores, mas também aos tutores, preceptores, coordenadores e demais integrantes da equipe pedagógica implicada com o PRMAB nesses três anos. Um edital, o Edital EGF n.º 06/2023, de chamada de manuscritos foi lançado em 11 de julho de 2023 em parceria com a Associação Científica Rede Unida, com o propósito de divulgar e contribuir com a produção técnica, científica, metodológica e conceitual ou teórica dos atores envolvidos com as residências multiprofissionais em saúde.

O livro constante desta chamada deveria expressar, em síntese, as produções realizadas na elaboração dos TCR, mas também as vivências e os processos pedagógicos da formação, como reflexões sobre docência, aprendizagem, tutoria, preceptoria, coordenação e interações entre Programa e sociedade. Nesse sentido, o edital convidava a todos os egressos, tutores, preceptores, coordenadores, docentes e integrantes da equipe pedagógica a submeterem manuscritos para a composição do livro que alude aos três anos da implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da FIOCRUZ Brasília.

A chamada de manuscritos para publicação em livro do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, selecionou textos que pudessem

compor um livro de divulgação, difusão e disseminação das produções do Programa. Esta é a obra ora apresentada à comunidade científica, de trabalhadores, de residentes e corpo docente-assistencial em saúde, de membros do controle social em saúde e demais interessados e que foi organizada segundo a imagem dos **Ipês** e dos **Angicos**, ambas espécies do bioma do cerrado. Brasília é considerada a capital do Ipê, já os Angicos deram nome a cidade berço do projeto educacional de Paulo Freire, patrono da Educação Nacional. Usou-se da **floração** como imagem à produção dos Ipês, uma vez que a flor do Ipê amarelo foi definida como a flor símbolo do Brasil por decreto presidencial de 1961 e por tratar-se de uma flor comestível, e da **frutificação** como imagem à produção dos Angicos, uma vez que o fruto do Angico é de vagens com numerosas sementes e por tratar-se de um fruto com propriedades medicinais. Feita essa escolha, todo o livro seguiu a produção de uma imagem de apresentação do bioma do cerrado, a reunião dos nutrientes para o cultivo, o reconhecimento e preparação do solo para o plantio, a floração e a frutificação.

O livro contempla 4 seções, uma primeira com o contexto, uma da específica produção sobre territorialização, um exercício dos coletivos residentes, que envolveu 73 autores, um agregado de 8 capítulos em torno da nomeação dos Ipês, e um agregado de 9 capítulos em torno da nomeação dos Angicos. Foram apresentadas duas listas de autores, uma relativa aos exercícios de territorialização e outra do conjunto do livro, excetuada a seção do “conhecimento do solo”. Para o prefácio, foi convidado o professor Felipe Proenço de Oliveira, atual secretário nacional da Atenção Primária à Saúde no Brasil e pesquisador do provimento de profissionais de saúde em diferentes realidades (sociais, políticas e sanitárias) e, para o posfácio, a professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, uma pesquisadora histórica das residências em saúde, com grande papel de contribuição

às políticas nacionais de incentivo e de regulação das residências. Um índice remissivo se propõe à facilitação de eventual busca por estudiosos do tema, novos residentes em saúde corpo docente-assistencial permanente. A organização do livro foi um dispositivo de aprendizagem e incentivo aos seus curadores, ocupados em compor o máximo de unidade e fluência à obra. O que se observará é que a obra demonstra a ocupação do território formativo em serviço e revela a potência de produção de conhecimento, informação, trocas e encontro no interior de um programa de residência em saúde.

Já no **Prefácio**, se observa a descrição do mérito das residências em saúde para com as inovações no sistema sanitário, uma vez que aportam, como no livro, reflexões e proposições. No prefácio, o professor Felipe Proença de Oliveira destaca a relevância de uma formação e prática que enfocam os territórios da vida e cidadania, apresenta o reconhecimento de tecnologias da atenção primária à saúde no cuidado ampliado da população e um posicionamento sobre a tarefa atual do país em reconstruir a Política Nacional de Atenção Básica em face de seu esvaziamento na gestão pública federal antecessora. Felipe coloca as residências como parte dos caminhos a reconstruir.

A **Seção 1**, “Residência em atenção básica no cerrado: nutrientes para o cultivo”, aborda a importância das residências ao se projetar a correlação Saúde e Democracia na criação e na (re)construção do Sistema Único de Saúde, assim como na formulação e avaliação das políticas públicas no Brasil. Traz as residências na FIOCRUZ, com sua linha do tempo e contribuições às lacunas nacionais à regulamentação, além de seu compromisso com a formação e trabalho na saúde. A seção também dedica um capítulo para o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, tomado como sementeira de novos caminhos na formação para o SUS no Distrito Federal. A seção se conclui com dois capítulos relativos à docência, um capítulo exemplifica a tutoria de campo e outro a tutoria de núcleo, em ambos a

presentificação dos desafios do corpo docente-assistencial na formação em residências multiprofissionais na Atenção Básica.

A **Seção 2**, “Conhecendo o solo: exercícios de territorialização”, apresenta as Regiões Administrativas do Distrito Federal, contribui para a compreensão dos conceitos de área de abrangência, adscrição, equipe de referência e equipe de suporte multiprofissional. O conjunto de artigos exemplifica metodologias, sentidos e conteúdos da territorialização. Favorece, sobremaneira, conhecer o Distrito Federal, suas particularidades históricas, a composição social de uma cidadania regional e o que representa o exercício da territorialização no trabalho da Atenção Básica.

A **Seção 3**, “A floração dos ipês: alimento e boniteza”, joga com a beleza presente em qualquer território, no caso do Ipê ainda com o fato de suas flores serem uma planta alimentícia não-convencional, flores de ver (boniteza) e comer (alimento), tal como queremos na experiência de aprendizagem das residências em saúde e na dedicação à Atenção Básica, nomenclatura que só existe no Brasil e joga com a mesma noção de Educação Básica, ou seja, aquilo que é estruturante e próprio do acolhimento de uma cidadania ativa e viva, fundamental à reprodução da vida. A seção traz muitos elementos de uma clínica da Atenção Básica, mostrando que cumpre um papel nos atributos de vigilância à saúde, controle de doenças e agravos, cobertura de cuidados primários, mas também de defesa da vida, de processos inclusivos e afetivos. A seção aborda temas candentes como a vigilância epidemiológica, um papel típico da saúde coletiva, a presença e proposta do autocuidado apoiado, um conceito com margem a muitas propostas de expansão da prática cuidadora, a disposição de práticas em educação alimentar e nutricional, exercício físico e promoção da alimentação saudável, a assistência pré-natal nos aspectos biológicos e psicoemocionais, o cuidado à população de rua, a prevenção e o tratamento em sífilis, HIV/Aids, tuberculose,

covid-19, cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero e problematização dos indicadores da Atenção Básica.

A **Seção 4**, “A frutificação dos angicos: sementes e encantos”, joga com a potência presente em qualquer território, no caso dos Angicos conta ainda com um fruto que é uma vagem carregada de sementes, ou seja, um fruto portador de muitas vidas a proliferarem e uma planta com encantamentos (propriedades curativas e presença etnobotânica), tal como projetamos da Atenção Básica as funções de respeito aos povos ancestrais, às culturas populares e à educação popular em saúde. A seção traz muitos elementos para pensar o social na saúde. A Atenção Básica comparece como portadora de uma história fundamental dos afetos e dos corpos. Aborda percepções sobre ser residente multiprofissional na Atenção Básica, traz oficinas de educação permanente em saúde e vivências implicadas com a educação popular e as práticas integrativas e complementares em saúde, também o uso de novas tecnologias de informação e comunicação, contribuição aos sistemas de informação em saúde para a Atenção Básica, a reorganização do processo de trabalho no apoio à Atenção Básica durante a covid-19, a insegurança alimentar e nutricional em famílias no contexto da covid-19, orientações de alimentação e nutrição no contexto da obesidade em tempos de pandemia de covid-19 e a saúde mental no ciclo gravídico-puerperal, com o grupo de gestantes na Atenção Básica.

No **Posfácio**, a professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque apresenta uma análise global do livro, um balanço crítico da leitura e uma tessitura poetizada das contribuições de cada capítulo com o cenário imagético proposto pela composição dos organizadores. Comenta o desafio da educação popular em saúde em entrosamento com a formação em residências na área da saúde. Paulette apreende os fios delicados com que o livro foi tecido e o encerra com formosura.

No seu conjunto, a obra é uma oferta de estudos e relatos de experiência para o engrandecimento da atenção, das residências multiprofissionais e da formação em serviço, cotejando desafios reais e caminhos reais na efetivação do Sistema Único de Saúde e no cumprimento dos desígnios da Reforma Sanitária Brasileira.



PREFÁCIO

Caminhos para uma nova Saúde da Família no Brasil e a importância da Residência Multiprofissional em Atenção Básica

Felipe Proenço de Oliveira

As residências em saúde têm se caracterizado como grande espaço de inovação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao se pautarem pela educação permanente em saúde (EPS), desenvolvem um importante movimento de presença, com reflexões e proposições. Seus tempos acabam instigando ao movimento: todo ano há renovação dos participantes, seja porque ingressam novos residentes, seja porque no segundo ano já não se é mais o recém-formado, o recém-chegado, o novato no ambiente multiprofissional e interdisciplinar. São dois anos bastante intensos, participando de uma equipe de saúde, compondo o projeto assistencial de uma unidade básica e inovando seus processos de território.

Inovar nem sempre significa trazer algo completamente inédito. No caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se também

considerar a necessidade de resgatar algumas ideias apresentadas originalmente e que ficaram de lado nos últimos anos. Houve um período importante, por exemplo, de descaracterização da Saúde da Família, principalmente entre os anos de 2019 e 2022. O cuidado que sempre caracterizou a ESF enfrentou grandes desafios nesses anos. O enfoque passou a ser quantitativo, relacionado ao número de cadastros realizados, e a complexidade de ações foi reduzida ao cumprimento de metas. Ambos os temas têm seu lugar, é preciso conhecer as pessoas e monitorar as ações, mas isso deve ser dimensionado na amplitude das atividades que caracterizaram a originalidade da Saúde da Família e que possibilitaram que atingisse resultados fundamentais em um país tão desigual como o Brasil. Resgatar a Saúde da Família, portanto, passa por entender a importância das experiências anteriores e atualizá-las, *inovando*.

Os relatos trazidos em “Entre Ipês e Angicos: o florescer e o frutificar de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica na região do cerrado”, organizado por Osvaldo Peralta Bonetti, Ricardo Burg Ceccim, Kelly Dandara da Silva Macedo e Mayara Suelirta Costa, sobre o território, apontam para esse caminho. Não é possível desenvolver um cuidado atento às necessidades sociais se não conhecermos o território. A busca de compreensão de sua dinâmica e de suas modificações constantes sempre fez com que a ESF fizesse um contraponto ao modelo hegemônico de atenção à saúde. Partir do território e buscar o cuidado são duas grandes necessidades ao se falar em retomada da Saúde da Família: significa redimensionar o número de usuários atendidos por equipe para possibilitar o acompanhamento das pessoas ao longo do tempo; significa olhar a clínica de forma expandida ao mesmo tempo que as ações individuais e coletivas estejam integradas; significa pensar a educação permanente em saúde de forma estratégica, integrada com as iniciativas de gestão.

Nesse movimento, é possível ver o lugar de iniciativa de cada equipe ou grupo de residentes, tutores e preceptores. Ações que demonstram a

possibilidade de novas formas de cuidar e de organizar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família foram trazidas pelo livro ao discutir diversas estratégias de atenção, organização da informação e modalidades de suporte às equipes. Assim, deve-se apontar que a gestão federal, hoje, também busca esses caminhos, em um momento em que se sente a necessidade de uma nova Política Nacional de Atenção Básica. Com isso, novas turmas de residência, e turmas de diferentes lugares do país, poderão encontrar novos caminhos.

Com “Entre Ipês e Angicos”, um livro que recorta as vivências da Residência Multiprofissional em Atenção Básica em uma importante região do Brasil, temos experiências que podem estimular o debate local, regional e nacional, além de reforçar o caminho da sistematização de iniciativas que acontecem em todo o país, singularizando o cuidado e a própria política de Atenção Básica, segundo o objetivo comum de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e valorização do direito à saúde de toda a população brasileira.

Desejo boa leitura!

Seção 1

Residência em atenção básica no cerrado: *nutrientes para o cultivo*



O Cerrado é um bioma praticamente brasileiro e está na região central do Brasil. Em 1961, o presidente Juscelino Kubitschek, criou o Parque Nacional das Emas, hoje Patrimônio Natural da Humanidade, conforme declaração da Unesco em 2001. O Parque é de extrema importância para o bioma Cerrado. Além da paisagem característica, **alguns animais típicos, como o tamanduá-bandeira, o gato-do-mato, a águia-cinzenta, o lobo-guará, os tucanos, as araras e as emas.** O solo é muito seco e de águas em grande profundidade, por isso a vegetação é retorcida, **a nutrição vegetal é a serrapilheira**, formada por folhas, ramos e outras matérias orgânicas.

IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS NA SAÚDE E DEMOCRACIA:

(RE)CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ricardo Burg Ceccim

Introdução

As residências em saúde se organizam em residências médicas (mais antigas) e residências em área profissional da saúde (mais recentes), podendo essas últimas serem multiprofissionais (preferencialmente) ou uniprofissionais (quando a especialidade profissional se impõe). As residências em área profissional da saúde foram criadas com o intuito de favorecer as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (descentralização da gestão, integralidade da atenção e participação da população), assim como configurar ação de resposta à previsão constitucional de suas competências (desenvolver quadros capazes de corresponder às competências prescritas pelo artigo 200 da Constituição Federal, além das atribuições de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais)¹.

1 Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (Brasil, 1988).

A residência médica se limita à categoria profissional dos médicos e a residência em área profissional da saúde abrange o conjunto das demais categorias que exercem trabalho nesse setor.

Pode-se dizer que uma motivação importante à formulação de uma lei que desse guarida às residências em saúde, para além da categoria dos médicos, foi dar consequência ao conceito ampliado de saúde, presente na Constituição Federal de 1988 e herdeiro da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, assim como operacionalizar, na ordem da clínica e da saúde pública, as lutas da Reforma Sanitária, assim como os desígnios da Saúde Coletiva, das redes de atenção, das linhas de cuidado, do mapa da saúde, das regiões de saúde e da territorialização (relativo a toda e qualquer serviço ou ação institucional). Quando as residências médicas conseguiram o estatuto de regulação pelo setor da educação foi em plena luta de Renovação Médica, uma medicina mais identificada com a sociedade (Medicina & sociedade, tal como aparecia em várias áreas do conhecimento, sendo exemplo as formulações Ciência & sociedade, Educação & sociedade, Psicologia & sociedade, Saúde & sociedade). As residências em área profissional da saúde conquistaram o estatuto de regulação pelo setor da educação no bojo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e no esforço de afirmar um novo campo de políticas públicas, a Gestão da Educação na Saúde (CECCIM, 2019).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Gestão da Educação na Saúde dizem respeito integralmente à defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), colocando toda a formação profissional como parte estruturante do sistema e de seus desfechos na clínica individual e na saúde da população. Por todos esses motivos, as residências em saúde se coadunam com a consigna “Saúde é democracia”. Em 1986, auge da redemocratização do país, após duas décadas de ditadura militar, em pleno processo de redemocratização do Brasil, discutia-se um novo paradigma à saúde; não mais a dicotomia Assistência Médica e Saúde Pública; não

mais a clínica como tratamento de doenças e a proteção da saúde como vigilância epidemiológica e controle de endemias; não mais a “atenção e reabilitação” como direito previdenciário e a “promoção e prevenção” como direito à saúde pública; não mais uma saúde da Previdência Social e outra da Sanidade Pública; tudo deveria ser reunido, tudo estaria sob uma única gestão, uma única saúde, um único controle social, o sistema deveria ser de uma única linguagem sanitária, um único órgão sanitário, uma única política nacional, portanto um sistema “único” de saúde.

Em face do SUS, o paradigma lançado pela Organização Mundial da Saúde, quando da sua criação junto à Organização das Nações Unidas, em 1946, de saúde não é a ausência de doenças, mas o bem-estar físico, psíquico e social, ganha outra construção: o bem-estar não era um tríptico, mas o reflexo das condições de vida, trabalho e renda, acesso e posse da terra, acesso à água potável e ao transporte coletivo, direito ao estudo, à diversidade e, necessariamente, o exercício da liberdade e democracia. Então, o bem-estar envolveria direito à moradia digna, à vestimenta, às informações sobre como conduzir o mundo e transformá-lo, ao ambiente sob respeito ecológico e sustentável, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação do povo, sem medo e sem violência. Conforme o Portal PenseSUS², da Fundação Oswaldo Cruz, “essa definição de saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia, não sendo possível melhorar a saúde das pessoas se não melhorar em paralelo a qualidade geral de vida”. Para o Portal, não é possível melhorar a qualidade geral da vida “enquanto persistir um modelo econômico concentrador de renda e excludente e um modelo político autoritário”, ou seja, é válido dizer que Democracia é Saúde ou que o direito à saúde é a democracia sanitária.

São muitos os ataques à consolidação do SUS, chegando um governo eleito no período democrático a defender o descrédito nas

2 “PenseSUS: a reflexão fortalece essa conquista”. SUS de A a Z, letra S, verbete Saúde é democracia (Portal PenseSUS, 2014)

políticas públicas de saúde, a plantar a desconfiança ante o trabalho dos profissionais de saúde, a combater as vacinas, a sugerir que a população invadisse hospitais públicos para provar que não havia lotação de leitos em plena pandemia de covid-19, a discutir na justiça a retirada de poderes de estados e municípios na gestão descentralizada da saúde e a promover o radical desfinanciamento do SUS, a ponto de entrarmos nas eleições seguintes com a pauta da (re)construção do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas.

Fernando Mussa Abujamra Aith, em “efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos: novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde”, diz que aquilo que se deve defender

[...] é que os conflitos políticos e morais derivados da dinâmica de efetivação do direito à saúde em nossa sociedade sejam resolvidos por meio de processos decisórios estatais democráticos e participativos, capazes de garantir o exercício da soberania popular preconizado pela Constituição de 1988. (...) A sociedade deve ser instrumentalizada pelo Direito para que possa influenciar e determinar, de forma mais otimizada possível, o conteúdo das leis, dos atos administrativos ou das decisões judiciais relacionadas à efetivação do direito à saúde (Aith, 2007, p. 7).

Residências em saúde: avanços e tropeços

A Residência Médica foi instituída pelo Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977 (Brasil, 1977), configurando modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de treinamento em serviço sob supervisão, funcionando em instituições de saúde, onde o ensino seria conduzido sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão” da especialização em medicina. A Residência em Área Profissional da

Saúde foi criada pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005), como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, exceto a categoria médica (prevista na lei anterior, de quase 3 décadas), voltada para a educação em serviço, sob supervisão, acolhida por corpo docente-assistencial. Abrange, desde 2014 (Brasil, 2014), com a inclusão das profissões de bacharel em Saúde Coletiva e bacharel/licenciado em Física, aqueles graduados em Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Física Médica; Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O financiamento de bolsas na modalidade Residência em Área Profissional da Saúde, de acordo com a lei, deve ser direcionado ao aperfeiçoamento e à especialização para as frentes de trabalho reclamadas pelo sistema sanitário nacional (as chamadas “áreas profissionais”), e como estratégia para o provimento e a fixação de profissionais, seja em programas, projetos, ações e atividades relevantes à atenção e/ou gestão, seja em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde. O corpo de ensino é designado por “corpo docente-assistencial”, independentemente de atuar na ministração de aulas, treinamento em serviço, supervisão didática, coordenação pedagógica, orientação de pesquisa e gestão educacional. Todos os agentes responsáveis pelo ensino em um curso de formação profissional são designados “corpo docente”, mas no caso das residências, uma vez que ocorre orientada ao processo assistencial em serviço ou coordenação de políticas públicas, esses agentes são designados por corpo “docente-assistencial”.

O corpo docente-assistencial na Residência Médica é composto por supervisores e preceptores, na Residência em Área Profissional da Saúde por coordenadores, tutores, preceptores e docentes (professores convidados e orientadores de trabalho de conclusão convidados). Cada

Residência Médica é supervisionada por uma Comissão de Residência Médica (COREME), organizada por Programa, e cada Residência em Área Profissional da Saúde é supervisionada por uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), organizada por Instituição Proponente. O corpo docente-assistencial, no caso da Residência Médica, é responsável por organizar atividades teóricas (10 a 20% da carga horária total) e atividades práticas embasadas por competências da alçada das especialidades médicas e, no caso das Residências em Área Profissional da Saúde, responsável por organizar atividades teóricas (exatamente 20% da carga horária total), atividades práticas e atividades teórico-práticas (distribuídas em 80% de prática assistencial e 20% de prática gerencial ou participativa).

Os Programas de Residência Médica, contemplando uma única categoria, representam 64% das bolsas pagas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, enquanto os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, contemplando 15 categorias profissionais e as modalidades multi e uniprofissionais, representam 36% dessas bolsas de educação pelo trabalho na saúde. Os Ministérios da Saúde e da Educação, juntos, cobrem quase 30.000 bolsas de residência em saúde, das quais mais de 90% são provenientes do orçamento para a área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Esse investimento demonstra a obrigação de o gestor federal do SUS incrementar programas de residência no bojo da competência constitucional de ordenar a formação dos trabalhadores para o setor sanitário. Submetido ao Conselho Nacional de Saúde para aprovação, o Plano Nacional de Saúde, apresentado pelo governo federal por força de lei, traz a oferta de bolsas para o incremento de Programas e de vagas para as diversas categorias profissionais, demonstrando o compromisso com a gestão da educação na saúde, inserida no que tange a uma gestão democrática e participativa para o fortalecimento do SUS.

Em que pese todo esse histórico, o Movimento Nacional de Residências em Saúde (Amaral; Ceccim, 2015), sistematicamente,

manifesta inconformidade e preocupação, quando não indignação e rechaço às ações do governo federal em saúde. A Comissão Nacional de Residência Médica, talvez por sua longevidade e histórica pressão de uma categoria profissional de grande poder simbólico e expressivo, sempre teve resguardada sua autonomia de decisões e respeito à sua composição, já a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde só teve respeitada sua autonomia e composição nos colegiados de 2007-2009 (primeira composição) e de 2013-2015 (resultante de uma gigante pressão sobre o governo). Entre cada colegiado, desde o primeiro, houve solução de continuidade equivalente a um mandato colegiado (2 anos), exceto a última composição, aquela mais rejeitada de todas dentro de todo o histórico movimento social de residências em saúde. Esse último colegiado nasceu no governo Bolsonaro, uma composição considerada a mais autoritária, abusiva e ilógica de todas, mas não revertida na virada de governo.

O Movimento Nacional de Residências em Saúde foi composto, inicialmente, pelos Fóruns Nacionais de Coordenadores de Programas de Residência em Saúde e de Residentes em Saúde, na sequência, tal movimento gerou o Fórum de Tutores e Preceptores de Residências em Saúde (2006) e, mais recentemente, o Fórum de Apoiadores das Residências em Saúde (2019). O Movimento também gerou os Encontros Nacionais de Residências em Saúde, basicamente a reunião autônoma desses quatro Fóruns, chegando a alcançar periodicidade anual. O movimento representa a emergência de uma articulação de ativistas que defendem a Residência em Saúde como proposta ou estratégia legítima e necessária, já os Encontros oscilam entre instância de agenda política e instância de agenda institucional, ora organizando ações junto ao Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, ora discutindo a pauta formal que deve ser expressa em uma carta de encerramento do Encontro.

Uma agenda política envolve o conjunto de problemas ou temas sobre os quais se entende necessária a intervenção pública, enunciando-se as condutas a serem tomadas por quais atores, dirigidas a quais atores e sob que formas de influência ou pressão. Uma agenda institucional é aquela que elenca os problemas ou temas que o poder público já decidiu enfrentar ou deveria vir a enfrentar, resumindo-se a uma pauta formal. Uma construção de alternativas é o momento em que os atores elaboram métodos e ações a fim de alcançar objetivos estabelecidos. Um mesmo objetivo pode ser alcançado de várias formas, por diversos caminhos, não sendo suficiente escrever uma pauta. Quando é baixa a governabilidade, uma hierarquia dos objetivos requer clareza e precisão. Para uma pauta política, as soluções não são técnicas, mas é visível no movimento nacional de residências tal confusão. Muitas vezes a solução desejada é solapada pelas deliberações do governo em franca contrariedade com o arcabouço democrático da luta pelas residências em saúde, simplesmente porque os fóruns não revelam suficiente organização, habilidade e clareza para um processo de construção de consensos e de ajuste mútuo de interesses. Gestores de ímpeto gerencial nas instâncias de governo tampouco percebem seus atos com autoritários e abusivos. Côncios de sua governabilidade, governam, isto é, exercem poder e configuram instâncias de modo a poderem exercer seu olhar, suas concepções, suas táticas e suas estratégias. Exercem o poder, enquanto o saber (os conceitos, as pautas, as publicações científicas, as coletâneas em livro, as recomendações elaboradas em congressos e encontros nacionais) segue negado, inaudito, contrariado, além de soterrado em narrativas doces e confusas de pura contradição.

Um “Movimento Nacional *em Defesa* das Residências em Saúde” chegou a ser organizado durante o governo Bolsonaro por todas as suas medidas contrariarem a legislação vigente e os princípios do Controle Social, comprometendo a formação em serviço e, conseqüentemente, o

cuidado integral à população usuária do Sistema Único de Saúde, mas o desfecho de atos altamente autoritários diante dos quais todos os esforços de contraposição foram inúteis, mesmo após a transição de governo. Conforme o Manifesto deste Movimento, “as Residências em Saúde atuam diretamente *no, para e com* o SUS, pautadas pela resolutividade dos serviços e redes, que melhor atendam às necessidades em saúde, com escuta atenta às pessoas, coletividades e às instâncias de controle social” (Manifesto, 2020). O entendimento constante do Manifesto é de que “quando residentes integram as equipes de saúde, qualificam os serviços, linhas de cuidado e territórios”, sendo que os serviços, quando contam com preceptores e tutores, obtêm “novas metodologias de ensino-trabalho-participação-gestão, investindo na interprofissionalidade para a garantia da atenção integral à saúde da população”. Declara o manifesto:

[...] Defendemos e lutamos pelo Sistema Único de Saúde, em seu caráter público, estatal e de qualidade, com a garantia da participação social. Defendemos que os espaços de controle social e participação popular são constitutivos do SUS em seu caráter democrático, e não aceitamos a supressão ou desconsideração das suas instâncias para a tomada de decisão. (Manifesto, 2020)

A ação pedagógica das residências em saúde

Para Letícia Batista Silva, a apreensão das residências em saúde como um processo histórico e não como a afirmação retórica de uma potência à formação profissional, possibilita a tal processo pedagógico uma reconexão com os princípios basilares do Sistema Único de Saúde. A residência em saúde, exercício profissional vinculado a uma “proposta de formação em serviço no SUS e não a uma lógica de trabalho precário premiado com um título de especialista” se apresenta na legislação que

regulamenta esta modalidade de educação na saúde³, o que inclui os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas. Contudo, Silva refere que é fundamental analisar as residências, “não apenas por sua proposta inicial, mas também pelas condições contraditórias de sua realização ao longo desses anos de implementação” (Silva, 2018, p. 207).

Segundo Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Silvio Yasui, as residências em saúde representam “aposta na composição de um campo comum de práticas e experiências, concebendo os processos formativos inspirados pela interdisciplinaridade e pela integralidade, considerando as necessidades e realidades locais e regionais”. Para os autores, essa seria uma perspectiva contrária às “formações cada vez mais voltadas para cada profissão, com investimento na especialização e no desenvolvimento de técnicas específicas e mais preocupadas com o mercado privado do que com a política pública”. A residência em saúde ofertaria um modo de formação capaz de afetar o cotidiano dos serviços ao mesmo tempo que a realidade dos serviços se mostraria capaz de afetar o cotidiano da formação. As organizações de saúde são feitas por pessoas e seus coletivos “na coexistência de relações de poder e de afeto. (...) As forças dominantes em uma determinada instituição podem alterar o modo de conceber a prática e podem instigar a produção da problematização do que está posto” (Garcia Jr.; Yasui, p. 162).

O modo de formação e intervenção em saúde proposto pelas residências tem a possibilidade de afetar o cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, afetar o cotidiano do ensino, com isso favorece de modo privilegiado a integração ensino-serviço. A Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012 (CNRMS, 2012), que dispôs sobre diretrizes gerais para os programas de residência em saúde, determina ao seu projeto pedagógico que:

³ A autora se reporta à legislação disponível até 2018. Novas normativas somente existiram a partir do final de 2021, todas absolutamente rechaçadas pelo Movimento Nacional de Residências em Saúde, tendo tal Movimento apelando por radical revogação nos Encontros Nacionais de Residência em Saúde realizados em 2022 e 2023.

- se dê segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS;
- contemple as prioridades locorregionais de saúde;
- utilize e promova cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar;
- fomente a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS.

Considerações finais

Explorar por um instante a correlação residência, SUS e democracia permite passar ao desafio de tomar as residências em saúde como um projeto em aberto, em composição, nem apenas o treinamento em habilidades e competências, nem o provimento precário de postos de trabalho, mas a familiaridade com a identificação de necessidades sociais em saúde e com a atuação profissional sob colaboração interprofissional. O texto apresentado não passou de um “excerto”, mas aporta possíveis movimentos de organização coletiva dos espaços de experimentação da profissão e de construção política do sistema nacional de saúde. O projeto residências em área profissional da saúde conquistou presença e permanência na política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde, vem experimentando certa estabilidade no financiamento e, a despeito dos abalos na condução das políticas públicas em nosso país, particularmente a partir de 2016, obteve expansão de programas e vagas.

Aceitando que o projeto de residências em saúde está em aberto para a criação e recriação em cada programa e em cada território,

serviço e equipe, pode-se esperar da formação não a fidelidade a um currículo formal, mas o aprofundamento das questões aqui discutidas, visando obter um caminho de aprendizados, afetos e posicionamentos plausíveis na defesa dos princípios e diretrizes do SUS. Pode-se esperar, também, um movimento político de resistência às lógicas burocráticas e gerencialistas que, insistentemente, buscam sequestrar a potência do vivo das residências. Pode-se chamar a Educação Permanente em Saúde como aprendizagem e desenvolvimento do trabalho, para enfrentar a vigência do disciplinar e do normativo, sempre “de plantão” no governo, sempre querendo “formar os *recursos humanos*”, em lugar de promover trabalhadores em saúde capazes de mudar as forças do adoecimento, capazes de lutar pelas forças democratizantes da vida e da sociedade.

O “pulo do gato” em uma política nacional de residências em saúde seria uma Comissão Nacional capaz de criação, no melhor sentido de invenção da vida, no entanto, a maioria de seus colegiados serviram à normatização burocrática e cartorial, havendo momentos (inúmeros) de meras cópias da regulação da graduação ou da residência médica, deixando longe uma efetiva consolidação de um projeto nacional de residência em área profissional da saúde que caminhasse no sentido dos desafios do acolhimento, do cuidado integral, do desenvolvimento da autonomia dos usuários e da cidadania em saúde.

Referências

- Aith, F. (2007). *Direito à saúde e democracia sanitária*. São Paulo: Quartier Latin.
- Amaral, B. P.; Ceccim, R. B. (2018). *Historicidade*. In R. B. Ceccim, D. Dallegave, A. S. L. Amorim, V. M. Portes, & B. P. Amaral (Eds.), *EnSiQlopedia das residências em saúde* [recurso eletrônico] (pp. 114-139). Porto Alegre: Rede UNIDA. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>
- Brasil. Casa Civil. (1977, 5 de setembro). Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm

- Brasil. Casa Civil. (2005, 30 de junho). *Lei Federal n.º 11.129/2005*, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm
- Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. (2014, 22 de dezembro). *Portaria Interministerial n.º 16*, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial n.º 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial n.º 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial n.º 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. DOU de 23/12/2014 (n.º 248, Seção 1, pág. 21). <https://www2.ufjf.br/huresidencias/files/2017/07/Portaria-interministerial-n%C2%B016-de-22-de-dezembro-de-2014.pdf>
- Brasil. Presidência da República. (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Ceccim, R. B. (2019). Emergência de um “Campo de Ação Estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare - Revista de Políticas Públicas*, 18(1), 68-80. <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i1.1307>
- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). (2012, 13 de abril). *Resolução CNRMS n.º 2*, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. Brasília, DF. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192
- Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde. Fórum Nacional de Tutores e Preceptores em Saúde. Fórum Nacional de Residentes em Saúde. Associação Brasileira Rede Unida. Conselho Nacional de Saúde. (2020, 20 de novembro). Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde: manifesto. <https://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/manifesto-movimento-nacional-em-defesa-das-residen/>
- Garcia Jr., C, A, S.; Yasui, S. (2018). Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos serviços. *Interação em Psicologia*, 22(3), 158-166. <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/56076/37063>
- Portal PenseSUS: a reflexão fortalece essa conquista. (2014, 15 de maio). Saúde é democracia. In: *PenseSUS. SUS de A a Z*. <https://pensesus.fiocruz.br/o-que-%C3%A9>
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1), 200-209. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>



RESIDÊNCIAS NA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ:

COMPROMISSO COM A FORMAÇÃO E O TRABALHO NA SAÚDE

Adriana Coser Gutiérrez
Cássia de Andrade Araújo
Maria Alice Pessanha de Carvalho
Silvana Rossi

Introdução

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), instituição pública e centenária, tem como compromisso promover a saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico, sendo um agente da cidadania e parte integrante dos Sistemas de Ciência e Tecnologia e Único de Saúde (SUS), estando vinculada a estrutura do Ministério da Saúde. Considerando o artigo 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988), é possível observar que o SUS ainda enfrenta desafios para sua consolidação, destacando-se a necessidade de investimento permanente na qualificação da formação de profissionais e do trabalho em saúde, assim como no incremento do desenvolvimento científico e tecnológico e da inovação. Agrega-se ainda, a necessária contribuição para o enfrentamento das desigualdades sociais que o país apresenta. Compreende-se, que a FIOCRUZ

deve ser orientada de modo a buscar atender às crescentes demandas de saúde que a população apresenta.

Dessa forma, desde os anos 1970, quando foram estabelecidos os primeiros cursos e treinamentos avançados em serviço, até os dias atuais, a FIOCRUZ tem continuamente expandindo suas ofertas educacionais das Residências em Saúde para atender às necessidades em constante evolução no campo da saúde. Tendo em vista, que exista o valoroso empenho histórico e institucional, ainda identificamos lacunas no que se refere ao lugar que as residências ocupam no país no contexto das políticas de formação para o SUS. Compreende-se que a residência é uma oferta educacional titulada como *lato sensu*, no entanto, dada a sua complexidade no que se refere à organização curricular que integra a formação e o trabalho ao mesmo tempo, além da carga horária mínima de 5.760 horas, torna importante o reconhecimento e valorização das residências sob estes aspectos e não com a obrigatoriedade de equivalência entre o *lato* e *stricto sensu*.

Cabe, portanto, ampliar o debate sobre a possibilidade de uma titulação específica, nem *lato* e nem *stricto sensu* considerando sua relevância, sob o argumento de reconhecer um movimento já presente quando se observa uma tendência nos processos seletivos de prefeituras, dentre outros, que já realizam pontuação diferenciada para egressos de residências. Logo, o objetivo deste texto é apresentar o contexto das Residências em Saúde da FIOCRUZ nas perspectivas histórica e organizacional, com vistas ao compromisso com a formação para o SUS. Trata-se de relato de experiência, qualitativo e descritivo, que explora as perspectivas históricas e organizacionais das Residências em Saúde na FIOCRUZ. Como uma produção científica, o relato de experiência se propõe a descrever uma vivência acadêmica e/ou profissional para contribuir para a disseminação do conhecimento e promover a transformação social, tendo como foco central a descrição da intervenção realizada (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Sobre a história das residências na Fundação Oswaldo Cruz

A história das Residências em Saúde na FIOCRUZ pode ser contada por várias narrativas, tendo em vista os diversos atores e contextos que acompanham a história da saúde pública no país. Para tanto, este capítulo trata de apresentar uma síntese da trajetória a partir do olhar das autoras, sob o reconhecimento de eventuais limitações que possam ocorrer. Registre-se o início na década de 1970 com o Curso de Treinamento Avançado em Serviço (TAS), oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) como um programa de aperfeiçoamento voltado para profissionais da saúde. Para alguns pesquisadores esta foi a primeira experiência aliando ao mesmo tempo formação multiprofissional e trabalho sem, contudo, nomear como residência (Garcia, 2020). Desde então, a FIOCRUZ desempenhou um papel crucial na formação desses profissionais, por meio de uma variedade de programas de residência em saúde. Desde a criação dos primeiros cursos e treinamentos avançados em serviço, até os dias atuais, a FIOCRUZ tem consistentemente expandido suas ofertas educacionais para atender às demandas em constante evolução no campo da saúde coletiva.

As iniciativas na modalidade residência dentro da instituição ocorrem nas diferentes unidades por iniciativa e protagonismo de gestores educacionais que se sensibilizaram com as necessidades de formação para enfrentar desafios colocados, tanto na assistência direta aos usuários quanto na política de saúde em construção. São coordenadores de programas e supervisores que buscavam a articulação entre o fazer profissional com o conhecimento produzido nos avanços científicos e nas diretrizes desenvolvidas nos diferentes contextos. Entretanto, é importante salientar que eram períodos de pouca regulação para essas ofertas formativas. Com o aumento do quantitativo de ofertas na modalidade residência, ampliada pelo processo de redemocratização no país, houve a necessidade de aumento da regulação e a oportunidade de financiamento por parte dos Ministérios da Educação e da Saúde. Especialmente

com a estruturação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, como responsável por formular políticas públicas para formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, várias iniciativas de constituição de colegiados e fóruns foram se desenvolvendo no país (Brasil, 2003). Na FIOCRUZ, o período inicial viu o surgimento de residências em saúde pública, epidemiologia e medicina preventiva e social. Com o passar dos anos, novas especialidades foram incorporadas, abrangendo áreas como saúde da família, cirurgia pediátrica, obstetrícia, ginecologia, neonatologia, pneumologia pediátrica, infectologia e genética médica, entre outras.

Dado o cenário atual de crescente demanda por formação profissional no SUS, é imperativo que sejam desenvolvidas novas ofertas de programas de residência em áreas de concentração/especialidades relacionadas a questões emergentes e/ou negligenciadas na saúde pública. Além, dos programas se oferta mais generalizada no país, a FIOCRUZ possui programas de residência inovadores, genuinamente únicos no cenário brasileiro, tais como Programas de Residência Multiprofissional em: Tecnologias Aplicadas à Indústria Farmacêutica no Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), Doenças Infecciosas e Parasitárias no Instituto Nacional de Infectologia (INI), Atenção Básica com Ênfase na Saúde da População do Campo e Vigilância em Saúde, ambos na Escola de Governo da FIOCRUZ Brasília (EGF), Vigilância Sanitária no Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCQS), Saúde do Trabalhador na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Tais ofertas representam novas possibilidades de formação que estão sob o *know how* da FIOCRUZ e pouco exploradas no SUS.

Pela sua característica descentralizada, na FIOCRUZ os Programas de Residência em Saúde são ofertados nas unidades técnicas, científicas e educacionais, e gerências regionais em todo o país, seja como instituição

proponente ou em cooperação. Isto possibilita que cada unidade tenha autonomia para cadastrar, gerir seus programas e constituir sua própria Comissão de Residência Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Essas instâncias devem ser coordenadas obrigatoriamente por servidores da unidade, no caso da Residência Médica com eleição de um coordenador dentre os supervisores, e no caso da Residência Multiprofissional em Saúde, por eleição do coordenador, de acordo com o Regimento de cada Programa.

Essa evolução contínua, reflete o compromisso da FIOCRUZ em formar profissionais altamente qualificados e preparados para enfrentar os desafios complexos do sistema de saúde, tanto no presente quanto no futuro. A **Figura 1**, a seguir, apresenta a Linha do tempo das ofertas de residências em saúde na FIOCRUZ.

Figura 1. Linha do Tempo das ofertas de Residências em Saúde na FIOCRUZ



Fonte: próprias autoras.

Conforme observado na figura 1, destaca-se a migração dos cursos que eram denominados de especialização e passam a assumir a modalidade residência. Outra observação é o incremento considerável do número de residências em área profissional da saúde, priorizando as multiprofissionais como diretriz institucional, a partir de 2019. Algo não mencionado na Linha do Tempo, mas não menos importante, é o início no ano de 2019 da iniciativa de cooperação com o município de Campo Grande (Ranzi, 2021) e, posteriormente, em Dourados (FIOCRUZ, 2024), ambos do estado do Mato Grosso do Sul, para a oferta de Residências em Atenção Primária. Essas cooperações com as secretarias municipais de saúde tratam de apoiar a gestão educacional, desde a construção do Projeto Político e Pedagógico até a qualificação de preceptores (Carvalho; Gutiérrez, 2021), em consonância com a Resolução CNRMS n.º 07, 13 de novembro de 2014 (Brasil, 2014) que aponta para uma tendência de valorizar iniciativas de Secretarias de Saúde como instituição proponentes.

Essa tendência de cenário, em certa medida, vem atender ao desafio institucional da FIOCRUZ de disponibilizar a contento a força de trabalho especializada e dedicada para a gestão educacional de seus próprios programas. Atualmente, a FIOCRUZ oferta 35 Programas de Residência, 15 residências médicas, 5 residências em enfermagem e 15 multiprofissionais em saúde, com maior concentração de programas no Rio de Janeiro, seguido do Distrito Federal, Bahia, Pernambuco e Mato Grosso do Sul, este último em cooperação local. Observa-se que nem todas as unidades da FIOCRUZ possuem oferta de residência em função da missão de cada Unidade e do contexto local.

O modelo organizativo das Residências em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz

Reconhecendo a FIOCRUZ como importante instituição de saúde pública, há o compromisso com a sociedade de valorização e qualificação

dos trabalhadores do SUS por meio dos programas de residência e nos processos de educação permanente em serviço, visando contribuir com a transformação de modelos assistenciais mais alinhados com os princípios do SUS. Desta forma, nos últimos anos, a FIOCRUZ compreendeu essas lacunas das políticas do campo e as expectativas sociais frente à oferta de residências propondo diretrizes próprias para seus programas de residência, de modo a enfrentar os desafios colocados no contexto da implementação do SUS e pelas emergências sanitárias.

As residências na FIOCRUZ são orientadas pelas seguintes diretrizes: formação para o SUS; valorização das políticas nacionais e locais de saúde; alinhamento ao marco legal e regulatório de órgãos competentes nacionais; missão e políticas institucionais da FIOCRUZ; parcerias com outras instituições de excelência; formação de profissionais especialistas, com desenvolvimento de competências que permitam reconhecer as necessidades sociais, valorizar e atuar nas redes de atenção em saúde e incentivo à pesquisa e à educação continuada do residente. Como modo de contribuir para o melhor cumprimento dessas diretrizes e reafirmação do compromisso institucional na oferta de formação na modalidade residências, foram implementados dois arranjos institucionais estratégicos, compreendidos como o Fórum de Coordenadores e Supervisores das Residências e a Coordenação Adjunta de Residências, ambos vinculados à estrutura da Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação em Saúde.

Em julho de 2018, foi criado o Fórum de Coordenadores e Supervisores dos Programas de Residências em Saúde da FIOCRUZ, atendendo um pleito antigo dos coordenadores de identificarem um espaço dedicado ao tema da gestão educacional das residências. O Fórum se configura como espaço coletivo e integrado entre as residências médicas e em área profissional da saúde (uni e multiprofissionais), com a participação de coordenadores, adjuntos, supervisores, COREME e

COREMU. Com o propósito de facilitar a troca de experiências, promover a proposição de iniciativas e reconhecer os desafios enfrentados, seu principal objetivo é a corresponsabilização pela qualificação dos processos educacionais e a educação permanente dos diversos atores envolvidos nos programas desenvolvidos e apoiados pela FIOCRUZ. O Fórum opera de forma regular, realizando reuniões mensais de modo cogestor (Campos, 2000).

Com base na experiência do Fórum, em 2019 foi estabelecida a Coordenação Adjunta de Residências em Saúde, com o objetivo de oferecer apoio institucional (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013) à gestão educacional dos programas da FIOCRUZ dentro de sua rotina cotidiana complexa. A presença da Coordenação Adjunta de Residências à Coordenação Geral de Educação, sendo esta última uma estrutura similar à de uma pró-reitoria nas instituições de ensino superior, torna-se essencial como um agente estratégico na melhoria da qualidade da educação e da gestão dos programas educacionais. Sua atuação favorece a visibilidade dos Programas de Residência e suas particularidades. Além disso, promove discussões fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, garantindo uma abordagem técnica, ética, política, estética e pedagógica nas atividades educacionais (Brasil, 2010). Essas ações priorizam a atenção à saúde como objetivo central, integrando de maneira indivisível a gestão, a educação, o trabalho e o controle social (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Deste modo, incorpora-se como prática o apoio institucional como um referencial que valoriza o protagonismo das equipes gestoras dos programas nas singularidades dos contextos concretos de suas unidades e de acordo com os desafios que o segmento educacional residências apresenta nos eixos de educação, gestão, atenção e trabalho; organizando-se a partir de temas de interesse da macro e microgestão.

Compromisso com a formação para o SUS na Fundação Oswaldo Cruz

A Coordenação Adjunta de Residências em Saúde tem como objetivos específicos articular com as instâncias dos Ministérios da Educação e da Saúde para identificar as necessidades do SUS e desenvolver estratégias formativas, cooperar na produção de regimentos, termos de referência, notas técnicas e diretrizes para avaliação dos programas da FIOCRUZ, promover a integração dos coordenadores e adjuntos dos programas de residência, criar um ambiente de acolhimento e troca de experiências, estabelecer uma rede de compromisso para a qualificação contínua dos programas, e apoiar o cumprimento das diretrizes gerais estabelecidas na legislação e normas para os programas de residência. Além disso, está aberta para novas demandas, sendo um espaço de construção coletiva.

Ao longo de sua história, a Coordenação Adjunta de Residências em Saúde, em conjunto com o Fórum de Coordenadores, publicou uma série de documentos orientadores e termos de referência, além de relatórios de atividades relevantes. Estes incluem:

- Nota Técnica 01/2021: Orientações sobre o instrumento de avaliação dos residentes pelos preceptores e/ou supervisores (Gutiérrez *et al.*, 2021a).
- Nota Técnica 02/2021: Orientações sobre a emissão de certificados dos residentes nos programas em Área Profissional de Saúde (multiprofissional e/ou uniprofissional) (Gutiérrez *et al.*, 2021b).
- Nota Técnica 03/2021: Orientações sobre o fluxo de TCR/TCC das residências para inserção no Repositório Institucional Arca, com o apoio da Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ (Gutiérrez *et al.*, 2021c).
- Termo de Referência - Ano 2021: Perfil de competências para

preceptores e supervisores dos Programas de Residência em Saúde da FIOCRUZ (Gutiérrez *et al.*, 2021d).

- Nota Técnica 01/2022: Orientações sobre a elaboração dos editais dos Programas de Residência em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde no quesito Ações Afirmativas (Gutiérrez *et al.*, 2022).
- Termo de Referência - Ano 2023: Fórum dos Coordenadores e Supervisores das Residências da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (Gutiérrez *et al.*, 2023a).
- Perfil de Competências dos Coordenadores e Supervisores de Programas de Residências em Área Profissional da Saúde (uniprofissional e multiprofissional) e Médicas da FIOCRUZ - Competências, Ações e Desempenhos (Gutiérrez *et al.*, 2023b).
- Relatório da Oficina de Saúde Mental das Residências em Saúde FIOCRUZ 2023 (Gutiérrez *et al.*, 2023b).
- Vídeo de Programas de Residência em Saúde FIOCRUZ 2021 (FIOCRUZ, 2021)
- Vídeo de Programas de Residências em Saúde FIOCRUZ 2023 (FIOCRUZ, 2023)

Os materiais produzidos pela Coordenação Adjunta de Residências em Saúde são considerados de relevância para as residências da FIOCRUZ e para o cenário das residências em saúde no Brasil como um todo. Esses documentos orientadores, como os Termos de Referência e Notas Técnicas, desempenham um papel estratégico na qualificação da gestão educacional, fornecendo diretrizes claras e estratégias para o aprimoramento dos programas de residência, construindo uma memória. Além disso, todos os documentos seguem a política de ciência aberta e estão disponíveis no repositório institucional Arca.

A organização de Seminários Integrados e a criação de espaços de compartilhamento de experiências fortalecem a comunidade de prática

das residências, estimulando o aprendizado colaborativo e a troca entre os atores. Essas iniciativas não apenas beneficiam diretamente os residentes da FIOCRUZ, mas também contribuem para o avanço e a excelência das residências em saúde em todo o país, promovendo a melhoria contínua na formação de profissionais de saúde e no atendimento à população. A título de exemplo do trabalho realizado, ressalta-se a elaboração de Perfil de Competências da Preceptoría que integra a residência médica e em área profissional da saúde, por identificar aspectos comuns e transversais à função docente, em que alia “núcleo e campo” de atuação profissional (Ceccim, 2018), construído com os membros do Fórum e validado por residentes e preceptores. Entende-se que este documento amplia seu valor de uso por ocupar uma lacuna regulatória.

Refletindo sobre o cenário das Residências em Saúde: conquistas e desafios

As residências na FIOCRUZ representam uma importante estratégia para a formação de profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde e a promoção da saúde da população. No entanto, apesar das conquistas alcançadas ao longo dos anos, existem desafios que precisam ser enfrentados para garantir a eficácia e a valorização contínua desses programas. A ausência de uma política nacional específica para as residências em saúde representa um desses desafios. A falta de diretrizes claras e de uma coordenação centralizada pode levar a discrepâncias na oferta e na qualidade dos programas em diferentes regiões do país. Uma política nacional poderia estabelecer padrões mínimos de qualidade, diretrizes para a seleção e a avaliação dos residentes, além de promover a articulação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde.

Outro ponto a ser considerado é a predominância das residências com titulação na modalidade *lato sensu*. Embora essa modalidade ofereça uma oportunidade valiosa de educação continuada para profissionais de

saúde, é importante reconhecer que ela pode não ser suficiente para atender às demandas complexas das residências. A expansão para outra modalidade específica para a residência, que não configure nem *lato* e nem *stricto sensu*, reconheceria a valorização dos egressos das residências em concursos públicos e processos seletivos para o trabalho em saúde. Valorizar arranjos institucionais que promovam a integração das residências é crucial para maximizar os benefícios desses programas. Espaços coletivos de fomento à qualificação dos processos educacionais, como grupos de discussão, seminários e redes de apoio, podem facilitar a troca de experiências e o aprendizado colaborativo entre os residentes e preceptores.

Além disso, é essencial reconhecer a gestão de programas de residências como um campo de conhecimento a ser fortalecido. Muitas vezes, as dimensões educacionais e administrativas dos programas são tratadas de forma separada, o que pode resultar em lacunas na formação dos residentes. Integrar essas dimensões e desenvolver habilidades de gestão eficazes são fundamentais para garantir a sustentabilidade e o sucesso dos programas de residência.

Por fim, é importante observar as tendências de temas emergentes e relacioná-las com as necessidades de saúde em constante transformação. Os programas de residência devem ser flexíveis e adaptáveis o suficiente para responder às demandas emergentes, como novas tecnologias, mudanças demográficas e epidemiológicas e desafios de saúde pública. Isso requer uma abordagem proativa na identificação e integração de temas relevantes na formação dos residentes, garantindo que eles estejam preparados para enfrentar os desafios do sistema de saúde atual e futuro.

Conclusão

A FIOCRUZ tem acumulado experiências inovadoras no campo das residências em saúde, em particular a saúde coletiva, com a sistematização dos processos de trabalho, apoio institucional aos programas, estabelecimento

de diretrizes e fluxos para a gestão cotidiana dos programas, tomando a gestão educacional como um campo de conhecimento e de prática. A força de trabalho implicada nas residências composta por coordenador e adjunto, equipe pedagógica, tutores, docentes, secretaria acadêmica, preceptores, supervisores, demandam estruturas locais, nas unidades ofertantes, com condições de trabalho para realização das atividades previstas, com espaços reservados e protegidos, tais como reuniões de diversos grupos, secretaria acadêmica dedicada, ofertas teóricas, laboratórios de informática, refeitórios e alojamentos, dentre outras. A recomendação de estabelecimento e composição de espaços cogestores e participativos, como fóruns integrados, reuniões de equipe, reuniões com residentes, para além das instâncias legais COREME e COREMU tem sido um diferencial na gestão dos programas de residência da FIOCRUZ.

A escassez de servidores e docentes do quadro próprio impõem a necessidade de aporte de recursos para a contratação de profissionais qualificados para exercerem algumas funções, como de coordenador adjunto, tutoria de campo e de núcleo profissional e docência, sendo um desafio permanente da gestão educacional. No contexto nacional, conclui-se que se faz emergente uma política nacional para as residências em saúde que oriente a oferta dos programas, que integre todas as residências em saúde. Dentre outras questões, permanece ainda insuficiente as residências estarem restritas à modalidade *lato sensu*.

Se faz necessário valorizar arranjos institucionais que integrem as residências em saúde, médicas e em área profissional da saúde, por meio da criação e manutenção de espaços coletivos atuantes e descentralizados nas instituições ofertantes, de fomento à qualificação dos processos educacionais. É reconhecido como campo de conhecimento a ser fortalecido a gestão de programas de residências em que não se separe as dimensões educacionais das administrativas. Torna-se urgente e necessário o alinhamento de temas/áreas de concentração/

especialidades nas ofertas de residências, que considerem a observação das tendências emergentes correlacionando as necessidades de saúde em constante transformação, de forma a haver uma regulação nas ofertas, permitindo a qualificação dos processos de monitoramento e avaliação em todas as esferas de gestão do SUS.

No atual cenário político brasileiro vislumbra-se a oportunidade de investir na qualificação das residências como oferta educacional de formação de novos trabalhadores para o SUS, a inclusão de movimentos sociais e os espaços participativos e integrados de cogestão configuram potentes estratégias de enfrentamento da inadmissível separação entre gestão educacional e administrativa, como modo de contribuir para a superação das desigualdades sociais.

Referências

- Brasil. (2003). *Glossário da Gestão do Trabalho em Saúde* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2a ed., 5a reimp.). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Brasil. Presidência da República. (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Brasil. Resolução CNRMS n.º 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União*. 2014. <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=17/11/2014>
- Campos, G. W. de S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos* (1a ed.). São Paulo: Hucitec. <https://www.gastaowagner.com.br/files/23/Livros-Saude-Coletiva/74/metodo-paideia-quarta-edicao-2013.pdf>
- Campos, G. W. de S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. In: *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde* (pp. 402-402).
- Carvalho, M. A. P. de, & Gutiérrez, A. C. (2021). Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições

da FIOCRUZ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2013-2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65. <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjQMp/?format=pdf&lang=pt>

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (2024). *Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde*. <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1400>

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Presidência. Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação. Coordenação Geral de Educação. Coordenação Adjunta das Residências em Saúde. (2021). *Vídeo de Programas de Residência em Saúde FIOCRUZ 2021*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/VPEIC/CGE. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51694>

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Presidência. Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação. Coordenação Geral de Educação. Coordenação Adjunta das Residências em Saúde. (2023). *Vídeo Residência em Saúde FIOCRUZ 2023* [Arquivo de vídeo]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/VPEIC/CGE. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62097>

Garcia, M. R. G. (2020). *A implementação do modelo de formação multiprofissional no programa de ensino da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca* [Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46212/2/margareth_rose_gomes_garcia_ensp_dout_2020.pdf

Gutiérrez, A. C., et al. (2021a). Nota Técnica 01/2021: orientações sobre o instrumento de avaliação dos residentes pelos preceptores e/ou supervisores. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51685>

Gutiérrez, A. C., et al. (2021b). Nota Técnica 02/2021: orientações sobre a emissão de certificados dos residentes nos programas em Área Profissional de Saúde (multiprofissional e ou uniprofissional). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52552>

Gutiérrez, A. C., et al. (2021c). Nota Técnica 03/2021: orientações Fluxo de TCR/TCC das residências para inserção no Repositório Institucional Arca com o apoio da Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51686>

Gutiérrez, A. C., et al. (2021d). Termo de Referência-ano 2021: Perfil de competências para preceptores e supervisores dos Programas de Residência em Saúde da FIOCRUZ. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51688>

Gutiérrez, A. C., et al. (2022). Nota Técnica 01/2022: orientações sobre elaboração dos editais dos Programas de Residência em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde no quesito ações afirmativas. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52537>

Gutiérrez, A. C., et al. (2023). Termo de Referência-ano 2023: Fórum dos coordenadores dos programas de residência da Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51629>

- Gutiérrez, A. C., et al. (2023a). Termo de Referência-ano 2023: Fórum dos coordenadores dos programas de residência da Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51687>
- Gutiérrez, A. C., et al. (2023b). Perfil de Competências dos Coordenadores e Supervisores de Programas de Residências em Área Profissional da Saúde (uniprofissional e multiprofissional) e Médicas da FIOCRUZ – Competências, Ações e Desempenhos. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/58036>
- Gutiérrez, A. C., et al. (2023c). Relatório Oficina Saúde Mental e Residências. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61039>
- Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 60-77. <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010/6134>
- Ranzi, D. V. M., et al. (2021). Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1999-2011. <https://www.scielo.br/j/csc/a/P3JwTpRjSxYPsSHsqvcXWZw/?lang=pt#>



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA:

UMA FORMAÇÃO SOB O ENFOQUE DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Oswaldo Peralta Bonetti
Kelly Dandara da Silva Macedo
Daniel Marcos de Sousa Santos
Mayara Suelirta da Costa
Olga Maria de Alencar

Introdução

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (EGF), foi instituído em 2019, fruto da cooperação celebrada com a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS), da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF). O Programa foi aprovado junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com 90 vagas de ingresso anual, 180 se contados os residentes de 1º e 2º anos, distribuídas entre 7 categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. O Programa vem sendo repensado e transformado continuamente, segundo as reflexões coletivas ocorridas entre coordenação, corpo docente, apoiadores e residentes e que visam a uma formação cada vez mais alinhada à perspectiva da educação popular em saúde, da integralidade da atenção, da aprendizagem e prática interprofissional e da qualidade do trabalho nos âmbitos do cuidado, da participação e da satisfação e conforto do trabalhador.

O momento de acolhida da sua primeira turma foi marcado pela emergência da pandemia de covid-19, o que intensificou a parceria da

Fiocruz Brasília com a SES/DF no esforço coletivo de fortalecer a resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da crise sanitária que se instaurava no planeta, mas com características particulares no caso do Brasil. A primeira demanda era contribuir com a efetivação do programa “Converte”, vigente no DF e orientado à conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Estratégia Saúde da Família (ESF), transformando o cuidado de centrado na assistência para o acompanhamento de território (Monteiro, 2021).

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica

O histórico das residências multiprofissionais em saúde articula formação e processos de mudança no modelo assistencial. Neste sentido, se confunde com o próprio processo da reforma sanitária brasileira, destacando-se na busca por modelos de formação favoráveis à transformação dos paradigmas de atenção, gestão e participação. Com a criação do SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080, houve uma mudança significativa nos princípios que orientam as políticas de saúde do país. Anunciou-se um novo período em que o direito à saúde foi reconhecido como universal, com cuidados abrangentes estendidos a todos os cidadãos, independentemente de classe, raça, gênero ou condição particular de vida (Dias et al., 2009; Sarti et al., 2020). Esse processo histórico colocou a educação popular em saúde como fundamental à compreensão dos desafios a serem enfrentados pela saúde coletiva no Brasil, marcando uma transição de um modelo excludente para um sistema participativo, inclusivo e orientado às necessidades da população.

O PRMAB da EGF foi formulado com o objetivo geral de contribuir com a universalização do acesso ao sistema de saúde em todo o território do DF, segundo a cobertura da Atenção Básica, foco no território, práticas longitudinais de cuidado e ação em educação popular em saúde. O pressuposto é de que os residentes se tornem profissionais

com conhecimentos, habilidades, valores e uma ética orientada à inclusão e aos direitos de cidadania, vindo a compor tanto equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) como equipes multiprofissionais de suporte matricial na atenção primária à saúde (eMulti). As residências multiprofissionais em saúde trazem em si a concepção de que o ensino em cenários de prática é estratégia fundamental para a qualificação de trabalhadores para atuarem nos serviços públicos, com a perspectiva da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

As residências em saúde, como o PRMAB, são também estratégias de formação para a educação popular em saúde, este marco consagra a saúde como um direito de todos e dever do Estado a partir de necessidades e realidades sanitárias, sociais e políticas que dizem respeito a territórios, grupos por diversidade, valorização dos saberes ancestrais e geracionais, determinação social do processo saúde-doença, renda e práticas culturais. Ceccim (2018) reflete que a formação em saúde deve ser pautada por diretrizes integradas entre os setores da saúde, educação, ciência, tecnologia e trabalho, com articulação entre as esferas federal, estadual e municipal, respeitando os mecanismos democráticos do SUS, como conferências, conselhos e comissões intergestores em saúde. Destaca ainda a importância de consolidar o sistema sanitário nacional como espaço de ensino e aprendizagem na saúde. Assim, a colaboração intersetorial e interinstitucional, como verificado no DF entre SES/DF e EGF se mostra promissora de *per se*, mas se destaca na promoção de um sistema de saúde com elevada capacidade de acolhimento e resolubilidade.

Durante o desenvolvimento do PRMAB, a prioridade à educação popular em saúde deu origem ao Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde, espaço denominado Núcleo Angicos, instituído em 2023. O nome Angicos faz referência a uma espécie nativa de árvore da região do cerrado do Brasil, planta usada para fins medicinais e ornamentais, que deu origem ao nome da cidade potiguar onde o

pensador Paulo Freire, criador da educação popular, lançou as bases experimentais de sua perspectiva de ensino como direito ao estudo, à aprendizagem e ao desenvolvimento das capacidades cognitivas e afetivas ao estar no mundo.

Embora de trajetória recente, a EGF, desde 2019, já iniciou cinco programas de residência multi e uniprofissionais em saúde, todos realizados em parceria com a SES/DF. A partir das residências, a Fiocruz Brasília está diretamente presente no mundo do trabalho em todas as regiões administrativas do Distrito Federal, atuando em múltiplos cenários dos serviços de saúde, em especial aqueles da Atenção Básica e da gestão da política de saúde. Destaca-se que o investimento na formação em serviço pela Fiocruz Brasília tem contribuído com o cenário de mudanças **na atenção**, ampliando a cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família, e **na formação**, ampliando o número de vagas de residência na região.

Atenção Básica no Distrito Federal

O Distrito Federal é a menor unidade federativa da nação, está localizado no centro geográfico do país e abriga a capital brasileira, Brasília. O DF integra a região centro-oeste na geopolítica nacional, possuindo uma pequena fronteira com o estado de Minas Gerais e todas as demais com o estado de Goiás. Mesmo correspondendo a menor unidade federativa do Brasil, possui quase 3 milhões de habitantes (2.982.818 pessoas moram no DF). É a única unidade da federação que não possui municípios, seu território está distribuído em 35 Regiões Administrativas, mas, como as demais unidades, apresenta uma Secretaria Estadual de Saúde. A estrutura de saúde está organizada em sete superintendências regionais que ordenam e coordenam o sistema distrital de saúde. A Atenção Básica no Distrito Federal atualmente está organizada com 176 Unidades Básicas de Saúde, com um total de 632 equipes da Estratégia Saúde da

Família e 52 equipes matriciais de Atenção Primária à Saúde, possuindo uma cobertura de Saúde da Família de 76,79% da sua população, o que corresponde a 2.177.510 pessoas.

Dentre múltiplas iniquidades sociais e sanitárias, o DF apresenta o maior Produto Interno Bruto (PIB) do país ao mesmo tempo que ocupa a quarta posição entre as unidades federativas no índice de desigualdade social, tem a maior concentração de renda do país e um dos maiores quadros de pauperização da população. A Região do Sol Nascente (32ª Região Administrativa) corresponde a segunda maior favela do Brasil em número de habitantes e a primeira em área territorial. A Região Administrativa do Sol Nascente se desmembrou de Ceilândia, revelando-se território de grande desigualdade socioeconômica (CNM, 2024). Conforme dados do IBGE, em 2023, Paraíba, Piauí e o Distrito Federal ocupavam, nessa ordem, os menores indicadores nacionais no Índice de Gini (IBGE, 2023).

O PRMAB está articulado e comprometido com o conjunto de desafios colocados à assistência em saúde no Distrito Federal, contexto no qual a conversão da atenção primária em estratégia saúde da família se apresenta como prioritária. A proposta do PRMAB é oferecer uma formação com presença territorial e implicação popular, onde o reconhecimento dos saberes da cultura e o fomento à participação popular constituam parâmetros à integralidade da atenção e à humanização do cuidado. Segundo Kalichman e Ayres (2016, p. 10), “não são poucos nem pequenos os desafios colocados para a efetivação da integralidade, seja no plano da atenção, da gestão ou da construção de políticas”. Conforme os autores, todavia, tanto eficácia como potência sempre serão relativas aos modelos de oferta de cuidados “em face das realidades concretas e complexas”. A continuidade e radicalização do processo de implantação de redes, serviços e ações ou “a conversão”, como nos termos do DF, podem ser um caminho possível ao cuidado integral, mas “desde que

não perca sua sintonia com [...] [a] reconstrução das práticas de saúde” e desde que se “ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde”. Este é precisamente o escopo da educação popular em saúde que tece nossa residência de atenção básica.

A formação para o fortalecimento da Atenção Básica e a defesa do SUS

Em 2025, o PRMAB acolhe a sua quinta turma, tendo formado um primeiro grupo em 2020, um segundo em 2021 e um terceiro em 2022. No ano de 2022, o PRMAB vivenciou um período em que não foram ofertadas vagas para abertura de nova turma. Esta decisão foi tomada a partir de processos de escuta, avaliação e construção compartilhada com as turmas pregressas de residentes. A definição de não abrir processo seletivo naquele ano se justificou pela relevância de reorganizar e fortalecer a rede de tutores de campo e tutores de núcleo, como também valorizar a preceptoria nos serviços e qualificar o acolhimento e o processo de ensino dos residentes. Os ingressos de 2019, 2020 e 2021 foram para 90 vagas, já para as turmas de ingresso em 2023 e 2024 esse número foi reduzido a 54 vagas, priorizando-se a proporção de residentes por preceptor.

Acontece que os programas geridos pelo próprio governo do DF estão cobertos por uma legislação distrital relativa à formação realizada na rede própria de assistência à saúde e à valorização dos seus servidores no exercício da preceptoria em serviço, normatizando horas de trabalho exclusivas à atenção e horas dedicadas à educação, gratificação pecuniária para o ensino e auxílio moradia para os residentes (GDF, 2019; 2020). Os programas da Fiocruz e da Universidade de Brasília não estão amparados por esta legislação, assim sofrem com a avaliação comparativa.

Durante o ano de 2022, mantidos apenas o grupo de residentes do 2º ano, foi possível buscar maior integração interinstitucional do programa com a gestão distrital em saúde e com a gestão dos serviços e seus preceptores. A escuta avaliativa organizada com os residentes e

trabalhadores da rede gerou um conjunto de articulações e diálogos. A partir de então, buscou-se mecanismos de sustentabilidade, entre esses a formulação de um projeto de lei da política distrital de residências em saúde, atualmente em tramitação na Câmara Legislativa. Reitera-se que o PRMAB tem sua idealização ancorada no compromisso da Fiocruz de instituição científica, tecnológica e formadora integrada ao SUS e presente no contato direto com a população usuária das ações e serviços deste Sistema.

O PRMAB oferece uma formação prática e teórica aprofundada, focada nas necessidades de saúde da população e nas particularidades do trabalho em território, contribuindo para a atualização constante das práticas em saúde, assegurando a incorporação de novas tecnologias e conhecimentos diversos. O PRMAB tem o intuito de fortalecer o sistema de saúde ao proporcionar uma formação comprometida com a construção de profissionais mais qualificados e engajados com a realidade do SUS e domínio das habilidades inerentes ao fazer na atenção básica, promovendo uma melhor resposta às demandas de saúde da população no bojo da escuta, interação e compromisso gerados pela perspectiva de gestão e formação da educação popular em saúde.

A Educação Popular em Saúde como referencial da formação especializada

A educação popular não é um referencial novo na formação em saúde, sendo que, a própria educação na saúde tem suas bases referenciadas nos princípios freirianos. Neste contexto, importa dialogarmos sobre os significados e sentidos que se imprimiu ao Projeto Pedagógico de Residência ao destacar a educação popular em saúde como referencial. A educação popular em saúde, inspirada em Paulo Freire, representa um elemento constituinte na Atenção Básica. Freire enfatizava a importância da conscientização e da participação ativa dos indivíduos no processo

de aprendizagem, propondo um modelo educativo que rompesse com a passividade e promovesse a emancipação (Freire, 2001). Na saúde, isso se traduz em práticas educativas tanto dirigidas à população na condição de usuários de ações e serviços de prestação de cuidados, como à população em geral independente da condição de busca por ações e serviços, é a chamada comunicação e informação em saúde, mas, além dessas, também as práticas educativas de formação e desenvolvimento de profissionais tanto na condição de educandos formais como de trabalhadores em aprendizagem no mundo do trabalho cotidiano.

São características das práticas educativas da educação popular em saúde a crítica analítica dos processos de trabalho, a articulação dos saberes populares e acadêmicos, a interdisciplinaridade das ciências da saúde com as humanidades e ciências sociais, a leitura de território sob a análise dos fatores de determinação das desigualdades e iniquidades e inclusão da participação popular no incentivo à reflexão crítica sobre as condições de saúde. A aplicação dos princípios freireanos na saúde reforça a ideia de que a saúde é um direito social e que sua defesa requer o engajamento e a mobilização da sociedade, dando intensidade e destaque à necessária politização dos trabalhadores frente ao cenário e à cultura de alienação em curso no país e no mundo, com uma latente produção da perda de direitos inclusivos e igualitários e tolerância cordial para com as iniquidades. Por isso, comungamos com o pensamento freiriano (Freire, 2023a; 2023b), que aponta a educação como um processo amoroso que não acontece separado das configurações de mundo. Freire defendia uma educação dialógica (Freire, 2001), ou seja, a educação popular como compromisso ético na construção de uma sociedade justa e democrática, referenciada em inclusão social e acesso aos direitos de cidadania.

A incorporação da Educação Popular em Saúde no âmbito da Atenção Básica, no processo formativo no SUS, fomenta uma maior conscientização sobre questões de saúde, estimula práticas saudáveis e

fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e comunidade. Entendemos que essa abordagem é primordial para a promoção de uma saúde coletiva mais participativa e efetiva, de base territorial. Desta forma, o nosso currículo tem como elemento central os princípios da Educação Popular em Saúde, que são: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto político democrático e popular.

Com intuito de efetivar as diretrizes constitucionais do SUS na participação social, se introduz o princípio de que a educação deve respeitar a autonomia e valorizar a criatividade dos educandos, com vistas a desenvolver os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise da realidade a partir do diálogo respeitoso, horizontal, inclusivo e em defesa da vida de todas as pessoas. Toma-se como ponto de partida no processo pedagógico o saber prévio das pessoas, suas experiências e seu sentir/pensar/agir para a construção de uma sociedade solidária, embasada na justiça social e na participação popular.

Considerações Finais

Muitos desafios ainda estão presentes no processo de desenvolvimento do PRMAB, muitos destes são comuns aos desafios do SUS de modo geral e no Distrito Federal de modo particular, como o reconhecimento oficial da gestão do Distrito Federal de que as residências em saúde, sejam próprias ou interinstitucionais, fazem parte da cobertura assistencial global da população distrital, como qualificam a rede de ações e serviços distritais e valorizam o trabalho e os trabalhadores da rede própria. O Projeto de Lei Distrital nº 247/2023, que cria a Política Distrital de Residências em Saúde pode qualificar e dignificar a educação em serviço na saúde levada a cabo no território do Distrito Federal.

No percurso metodológico do PRMAB também estão colocadas necessárias reinvenções, como a ampliação de escopo das profissões e, a inclusão das categorias de odontologia e saúde coletiva no bojo da interprofissionalidade. O PRMAB atua para contribuir com a melhoria da qualidade da Atenção Básica no Distrito Federal, com o fortalecimento do SUS, por meio da especialização de profissionais de saúde, e com a modalidade de formação em saúde, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimentos formais e implicados com a população, habilidades profissionais e sociais em interação com o povo, atitudes éticas em defesa da vida e das políticas públicas e valores com a dimensão da democracia planetária e do direito à diversidade humana. Pautada nos princípios de Paulo Freire, a nossa Residência reforça uma abordagem de saúde de base territorial, promovendo uma saúde mais democrática e participativa.

Referências

- Ceccim, R. B. (2018) Ordenamento. In Ceccim, R. B.; Dallegrave, D.; Amorim, A. L. S.; Portes, V. M.; & Amaral, B. P. (org.). *EnSiQlopédia das Residências em Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, pp. 189-196. <https://doi.org/10.18310/9788566659986>.
- Confederação Nacional de Municípios. (2024) IBGE anuncia retorno da utilização do termo favela no censo demográfico. Disponível in: Portal CNM. IBGE anuncia retorno da utilização do termo favela no censo demográfico. CNM.
- Dias, E. C., Rigotto, R. M., Augusto, L. G. da S., Cancio, J., Hoefel, M. da G. L. (2009). Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2061-2070. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013>
- Freire, P. (2023a). *Pedagogia do oprimido*. 86 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2023b). *A pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 77 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2001). *Política e educação: ensaios*. 5 ed. São Paulo: Cortez.
- Governo do Distrito Federal. (2019). Lei n.º 6.455, de 26 de dezembro de 2019. Dispõe sobre as atividades de preceptoría nas carreiras de médico, cirurgião-dentista, enfermeiro e assistência pública à saúde e dá outras providências. GDF. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/db14acc789bd403aba27f98ee2a695db/Lei_6455_2019.html

- Governo do Distrito Federal. (2020). Portaria n.º 493, de 08 de julho de 2020. Regulamenta os Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e da Escola Superior de Ciências da Saúde (instituição formadora) como modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a médicos, na forma do Anexo I desta Portaria. GDF.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): distribuição de renda e desigualdade. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.
- Kalichman, A. O.; Ayres, J. R. de C. M. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8), e00183415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.
- Monteiro, W. L. N. (2021). Programa Converte e os novos caminhos da atenção primária à saúde no Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde). Escola de Governo da Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Fiocruz.
- Sarti, T. D.; Lazarini, W. S.; Fontenelle, L. F.; & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020166. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

A TUTORIA DE CAMPO PARA A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Guioberto Junio Caetano de Carvalho
Olga Maria de Alencar
Mayara Suelirta da Costa
Daniel Marcos de Sousa Santos
Kelly Dandara da Silva Macêdo

Para início de conversa: algumas notas introdutórias

A Atenção Básica (AB), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), se configura como um dispositivo essencial para a garantia do acesso aos serviços de saúde o mais próximo possível dos usuários (Fausto *et al.*, 2014; Giovanella, 2018). É consenso na literatura a importância da Atenção Básica para o fortalecimento do SUS, bem como seus princípios, como a defesa de um sistema universal, acessível, integral e centrado na pessoa, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças e prestação de cuidado ampliado e equânime (Starfield, 1998; Giovanella, 2018; Paim, 2009). Utilizamos o termo Atenção Básica ao invés de Atenção Primária em Saúde (APS), por comungarmos com o pensamento da saúde como direito, defendido pelo movimento da reforma sanitária brasileira evitando o reducionismo muitas vezes presentes nas de atenção seletiva e focalizada designadas por APS e que a restringem a uma “carteira de serviços”, restrita a populações vulnerabilizadas e orientada por uma concepção de vigilância e controle de doenças (Giovanella, 2018; Melo *et al.* 2018).

Nós, tutores e tutoras atuantes na formação de residentes em saúde, percebemos em nossa prática cotidiana a necessidade de refletir

sobre os desafios atuais da Atenção Básica, uma vez que passamos por um período de desmonte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, conseqüentemente, redução de investimentos para os programas de residência multiprofissional em saúde. Neste sentido, este manuscrito é uma tentativa de colocar em análise nossa prática como tutores e tutoras no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF). No Brasil, os programas de residência multiprofissional em atenção básica têm se destacado como uma estratégia fundamental para a formação de profissionais de saúde capacitados e alinhados aos princípios do SUS. Diversos pesquisadores da área da saúde coletiva e da educação na saúde abordam a importância da tutoria na formação de profissionais de saúde, destacando sua contribuição para o fortalecimento do SUS (Dias *et al.*, 2016; Pereira, Zanni; Cunha, 2019; Miolo; Fedosse, 2020).

Nesse contexto, a tutoria desempenha um papel crucial, contribuindo significativamente para a qualidade do ensino em serviço para os residentes. A tutoria consiste em um modelo de supervisão e orientação no qual profissionais são acompanhados e apoiados no seu desenvolvimento durante o preparo para uma ação mais qualificada e comprometida com os usuários (Parente, 2008; Bispo; Tavares; Tomaz, 2014). Essa abordagem promove uma aprendizagem mais integrada, interprofissional e contextualizada, favorecendo a aquisição de competências técnicas e socioemocionais fundamentais para o trabalho em equipe e a atuação na Atenção Básica (Escalda; Parreira, 2018).

A residência multiprofissional na Atenção Básica: sementeiras e colheitas

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica da FIOCRUZ Brasília está em sua terceira turma, conta com profissionais residentes de sete categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia,

fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Durante esses primeiros anos de existência (2020-2023) esteve inserida em diversos cenários do Distrito Federal (DF), estando atualmente em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas diversas regiões sanitárias do Distrito Federal. Os residentes ficam dois anos inseridos em um cenário específico. As residências desempenham um papel vital na formação de profissionais de saúde aptos a enfrentar os desafios complexos da Atenção Básica. De acordo com a coletânea do Ministério da Saúde “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios” (Brasil, 2006), esses programas têm se destacado como uma estratégia fundamental para a formação de profissionais da equipe multiprofissional em um contexto interdisciplinar.

Ao integrar teoria e prática, a residência multiprofissional em Atenção Básica promove a compreensão holística das necessidades dos usuários e o trabalho colaborativo entre os componentes da equipe de saúde, contribuindo para uma prestação de cuidados mais eficaz e centrada na pessoa. Além disso, também agrega avanços e desafios associados à formação, como adaptá-la às realidades locais e às demandas específicas da população, reforçando sua importância na construção de um sistema de saúde orientado para a promoção da qualidade de vida. Algumas concepções são fundamentais na formação de qualquer profissional que optou por formar-se nos cuidados da Atenção Básica, em destaque a relevância da Atenção Básica como pilar essencial de um sistema de saúde eficiente, enfatizando sua capacidade de promover a prevenção, a abordagem integral e a coordenação do cuidado. Também o reforço da Atenção Básica como ponto de partida para a organização do sistema de saúde, evidenciando sua relevância para garantir o acesso equitativo aos serviços e a continuidade do cuidado (Starfield, 2002; Paim, 2009; Giovanella, 2018).

Starfield (2002), em sua obra “Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”, destaca

a importância dessa abordagem como pilar fundamental de um sistema de saúde eficiente. A autora enfatiza que uma atenção primária forte é essencial para alcançar resultados positivos na saúde da população, reduzir desigualdades e otimizar o uso dos recursos. Starfield defende a ideia de que a atenção primária deve ser acessível, integral, coordenada e centrada na pessoa, priorizando a prevenção, o cuidado contínuo e o atendimento às necessidades globais dos indivíduos. A autora também demonstra, por meio de evidências empíricas, que sistemas de saúde com uma atenção primária bem estruturada tendem a apresentar melhores indicadores de saúde e maiores níveis de satisfação dos pacientes.

Reflexões sobre nossa prática na tutoria da residência em saúde

Dentre as diretrizes que norteiam a tutoria para a formação ensino-serviço dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, destacam-se: aprendizado prático e realista, integração entre teoria e prática, desenvolvimento de competências socioemocionais, estímulo à interprofissionalidade e compromisso na garantia dos princípios do SUS. Os tutores e as tutoras, ao guiarem os residentes por experiências práticas embasadas nessas diretrizes, ajudam a construir uma formação política, ética e estética comprometida com o sistema público de saúde brasileiro.

O trabalho de tutoria do PRMAB possibilita aos residentes vivenciarem situações reais do cotidiano dos serviços de saúde, integrando a teoria com a prática. Essa imersão no ambiente de trabalho facilita o desenvolvimento de habilidades técnicas e a compreensão das particularidades e desafios da Atenção Básica. Os tutores e as tutoras atuam como mediadores entre o conhecimento teórico adquirido nos encontros teóricos e sua aplicação na prática. Isso ajuda a fortalecer a formação de profissionais mais reflexivos e críticos, capazes de tomar decisões embasadas em evidências científicas e no conhecimento popular, alinhados à cultura e aos modos de viver nos territórios.

Ao reunir profissionais de diferentes categorias em um mesmo contexto de aprendizagem, a tutoria favorece a integração entre as diversas especialidades, incentivando a colaboração e a troca de conhecimentos. Essa interprofissionalidade é essencial para uma Atenção Básica eficiente e resolutiva. A interprofissionalidade pode ser definida como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas”, que envolve “refletir e operar” um trabalho “capaz de responder às necessidades da comunidade”, pautada no trabalho colaborativo desenvolvido em equipe (Pereira; Rivera; Artmann, 2013; Ceccim, 2019). Dessa forma, apostamos na reflexão sobre a prática, orientada para a problematização da realidade, favorecendo a articulação e integração das ações de saúde e uma melhor resposta aos problemas de organização dos serviços de saúde (Göttems; Pires, 2009).

Em suma, a tutoria é uma importante ferramenta para a aprendizagem problematizadora, ao proporcionar uma aprendizagem integrada, prática e alinhada às necessidades reais dos coletivos e territórios. A tutoria contribui para a formação de profissionais mais preparados para atender às demandas da população, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado. O tutor tem o desafio de articular a teoria com a prática, permitindo que os residentes vivenciem situações reais do cotidiano dos serviços de saúde. A aprendizagem é enriquecida, tornando-se mais contextualizada e produtora de sentidos. O acompanhamento próximo do tutor possibilita a reflexão sobre as experiências vivenciadas, favorecendo a construção de conhecimentos sólidos e a tomada de decisões embasadas em evidências científicas. Ao assumir o papel de docente, o tutor torna-se um facilitador da educação permanente em saúde. Por meio do diálogo constante com os residentes, ele atualiza os conhecimentos e promove a reflexão crítica sobre as práticas de saúde, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços oferecidos à população.

Tutoria: desafios para uma prática crítica

A tutoria não se limita apenas ao ensino de competências técnicas, também enfatiza o desenvolvimento de competências socioemocionais, como empatia, comunicação efetiva, trabalho em equipe e resolução de conflitos. Essas competências são fundamentais para a abordagem integral e humanizada dos usuários do SUS. Saltman, Rico e Boerma (2006), em seus estudos, destacam a importância da formação em equipe na Atenção Básica, enfatizando que uma abordagem colaborativa e integrada é fundamental para fornecer cuidados abrangentes e efetivos às pessoas. A tutoria permite que os profissionais residentes se envolvam em atividades práticas junto a uma equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes conhecimentos em saúde, além disso, nos encontros entre os profissionais da mesma categoria, nas tutorias de núcleo profissional, é possível fazer trocas com os demais colegas profissionais, com discussão sobre as condutas que são apresentadas em distintas situações e as diversas possibilidades de cuidado. Isso possibilita uma visão mais holística dos problemas de saúde, promovendo uma compreensão mais ampla e aprofundada das necessidades dos pacientes e das estratégias para abordá-las.

Mendonça *et al.* (2018) também ressaltam a importância do trabalho em equipe na Atenção Básica, enfatizando que a colaboração entre os profissionais é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e centrado no paciente. A tutoria oferece aos profissionais residentes a oportunidade de interação interprofissional e essa interação permite a troca de experiências e perspectivas, enriquecendo o aprendizado e preparando os profissionais para enfrentar desafios complexos no ambiente de trabalho. Ao investir em programas de tutoria, os profissionais residentes têm a oportunidade de desenvolver habilidades de liderança, trabalho em equipe, tomada de

decisão e resolução de problemas, além de aprimorar suas competências técnicas e científicas. A interação com outros profissionais da saúde e a exposição a diversos cenários permitem que eles se tornem profissionais mais preparados para enfrentar os desafios complexos da Atenção Básica.

As repercussões da residência no processo de trabalho dos serviços de saúde

A residência em saúde tem se estabelecido como uma etapa crucial na formação de profissionais qualificados e aptos a lidar com as complexidades do sistema de saúde contemporâneo. Seu impacto não se restringe apenas à formação dos residentes, mas se estende de maneira significativa ao próprio processo de trabalho dos serviços. Ao incorporar residentes em equipes multiprofissionais, há uma série de repercussões que afetam positivamente a qualidade do atendimento, o avanço da pesquisa e a dinâmica operacional das instituições. Em primeiro lugar, a presença de residentes enriquece o ambiente de cuidados de saúde com uma combinação única de entusiasmo, conhecimento atualizado e uma perspectiva fresca. Isso fomenta uma cultura de aprendizado contínuo, à medida em que os residentes trazem consigo os mais recentes avanços científicos e tecnológicos. A interação entre residentes e profissionais experientes promove um intercâmbio constante de ideias, impulsionando a busca por práticas embasadas em evidência e inovação, o que, por sua vez, eleva a qualidade geral do atendimento. A presença de residentes também contribui para a pesquisa e o desenvolvimento na área da saúde.

Com uma visão atualizada e habilidades em pesquisa clínica, os residentes podem participar de estudos, coletar dados e colaborar em projetos de pesquisa. Isso não apenas amplia o conhecimento científico na área, também fortalece a conexão entre a academia e a prática clínica, permitindo que novas descobertas sejam aplicadas diretamente na assistência ao paciente. É importante reconhecer que a inclusão de

org/10.1590/0103-1104201611120

- Escalda, P., & Parreira, C. M. de S. F. (2018). Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1717–1727. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>
- Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de., Seidl, H., & Gagno, J. (2014). A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38(spe), 13–33. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00029818. <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>
- Göttems, L. B. D., & Pires, M. R. G. M. (2009). Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 189–198. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200003>
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. de., Oliveira, J. R. de., & Andrade, G. C. L. de. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 38–51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
- Mendonça, M. H. M. de, Matta, G. C., Gondim, R., & Giovanella, L. (2018). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Miolo, S. B., & Fedosse, E. (2020). Tutoring and preceptory in multiprofessional residence programs in basic care: a necessary dialogue. *Research, Society and Development*, 9(3), e88932477. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2477>
- Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Parente, J. R. F. (2008). Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 7(2). <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31>
- Pereira, D. C., Zanni, K. P., & Cunha, J. H. da S. (2019). Residência multiprofissional em saúde: percepções de residentes, preceptores e tutores. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(2), 200–210. <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i2.2348>
- Pereira, R. C. A., Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 327–340. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
- Saltman, R., Rico, A., Boerma, W. (Eds.). (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead: Open University Press; McGraw Hill Education. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5693421/mod_resource/content/1/Artigo%20Tema%205.%20Saltman%20et%20al%2C%202006.pdf
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology* (Revised

Edition). Nova York: Oxford University Press.

Starfield, B. (2002). Atenção primária e sua relação com a saúde In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (pp. 19-42). Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>



A TUTORIA DE NÚCLEO E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Odete Messa Torres
Carolina Pereira Lobato
Américo Yuiti Mori

Introdução

A residência é uma modalidade de formação pós-graduada *lato sensu* que busca a especialização de trabalhadores da saúde, inseridos no mundo do trabalho, prioritariamente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Difere, quali e quantitativamente, das ofertas de especialização teóricas ao proporcionar atividades teórico-práticas com carga horária real no mundo do trabalho, desenvolvidas ao longo de um processo de formação de dois anos. Seu processo se dá na interseção ensino-serviço-gestão-comunidade, que se realiza pelo exercício da prática profissional do residente, inserido em equipe de saúde, sob supervisão de pares, ou seja, pela supervisão direta de profissional com experiência na área e campo de atuação, com perfil educativo e voltado ao ensino-aprendizagem. Deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados e articulados com a perspectiva do cuidado integral e da educação permanente em saúde (Ramos *et al.*, 2006).

A regulamentação nacional das residências em área profissional da saúde no Brasil, multiprofissional e uniprofissional, foi resultado de intensa mobilização e articulação entre movimento de residentes, educadores envolvidos no processo de formação e gestores, sendo

instituída em 2005, nos artigos 12 e 13 da Medida Provisória no 238, de 1º de fevereiro de 2005 (Brasil, 2005a) e regulamentada pelos artigos 13 e 14 da Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005b), como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a categoria médica, já contemplada em lei específica desde 1977.

Nasce de um contexto de escassez da compreensão do trabalho em equipe e da atuação interprofissional. Sua regulamentação surgiu na esteira da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de 2004, e convergiu mais adiante, em 2011, com a instituição dos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), marcos importantes para política de formação, considerando a compreensão do trabalho em equipe ampliada e da atuação interprofissional (Brasil, 2004a, 2004b). Torres (2015) relaciona o movimento pioneiro dos primeiros programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil, em analogia ao título do primeiro álbum do grupo musical O Teatro Mágico: Entrada para Raros.

Raros são os que entram no processo. Raros os médicos pelo pioneirismo e acúmulo, mais raros ainda pela hegemonia e reserva de mercado que rastreia sua formação. Raros os primeiros e pioneiros Programas Multiprofissionais, que se diziam Especializações Modalidade Residência, por não possuírem condições de titulação de Residência às profissões da saúde (ditas como “não médicas”). Raros os profissionais que formados nestas modalidades atuam na qualificação da gestão, da atenção e educação do Sistema Único de Saúde por produzirem a diferença nos modos de cuidado e gestão do sistema (Torres, 2015, p. 99).

A análise segue em apontar os raros: os residentes que desbravaram um movimento nacional denominado Fórum Nacional de Residentes em

Saúde; os coordenadores, tutores e preceptores que, em seus fóruns, junto aos primeiros, organizaram os Seminários responsáveis pelas proposições de regulamentação e da implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); os gestores visionários que abriram espaço para a formação em serviço, modalidade residência.

Transcorridas quase duas décadas desse movimento nacional, algumas questões seguem nos desafiando: quais acúmulos são percebidos nos programas instituídos? Como a formação em saúde vem dialogando com o papel desenvolvido pelos programas de residência nos territórios? De que forma coordenadores, tutores, preceptores e residentes organizam as demandas à formação em serviço? No caso em específico do Programa de Residência em Atenção Básica (PRMAB), da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF), quais mudanças são produzidas no cuidado em saúde e na participação social dos atores envolvidos? Consideradas essas perguntas, a presente análise tem por objetivo relatar a vivência na tutoria de núcleo desenvolvida durante o período de 2022 a 2023, perfazendo 18 meses em ação.

A construção do ser tutor de núcleo profissional: da função à atuação prática

A construção do ser tutor perpassa a compreensão do campo de atuação profissional, no caso em análise, da Atenção Básica (AB), a partir do olhar do núcleo profissional ao qual se relaciona, sem perder de vista a atuação multiprofissional, o trabalho em equipe e a interprofissionalidade. Conceitos substancialmente caros aos atos de ser tutor, ser preceptor e ser residente. Compete ao tutor promover a orientação acadêmica dos residentes, estendendo esse processo aos preceptores, com base na qualificação da formação e experiência profissional.

A função de tutor foi definida no Artigo 11 da Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012, compreendida como:

A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos (Brasil, 2012).

Ao analisar o papel do tutor de núcleo, a mesma Resolução estabelece em seu parágrafo primeiro que “a tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes” (Brasil, 2012).

Significa que cabe ao tutor estabelecer uma relação pedagógica com preceptores e residentes. Esta relação parte das realidades vivenciadas no mundo do trabalho que anunciam demandas teóricas, teórico-práticas e práticas à tutoria. Significa estabelecer um olhar crítico à inserção do residente no mundo do trabalho, compreendendo as dinâmicas das equipes como foco às necessidades pedagógicas vivenciadas no binômio residente-preceptor e destes com as equipes de saúde e de gerência. Garantir escuta atenta e afetiva, promover reflexão crítica e capacidade de enfrentar os desafios teórico-práticos do trabalho na Atenção Básica, são alguns dos desafios à tutoria de núcleo. A Resolução n.º 2, em seu artigo 12, define que ao tutor compete:

- I. implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP [Projeto Pedagógico] do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes, com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
- II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para a implementação e avaliação do PP;

III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI. participar do processo de avaliação dos residentes;

VII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

V. orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU [Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da instituição].

Entendendo que o debate da tutoria ultrapassa a dimensão pedagógica da formação profissional, compete ao mesmo a implicação coletiva ao processo formativo do programa, engajando-se na formulação e revisão do Projeto Pedagógico de Residência (PPR) para a garantia da definição e implementação de competências ao perfil do egresso. Ocupa-se, também, o tutor de conhecer a realidade do cenário de inserção do residente, proporcionando espaço de educação permanente em saúde às equipes dos territórios pactuados pelo programa de residência. Um olhar atento à inovação em saúde é necessário para a garantia da qualificação do cuidado em saúde e do trabalho interprofissional e intersetorial desenvolvido pelo residente sob supervisão do preceptor e em parceria com os demais membros da equipe.

Cabe ainda ao tutor, formular e revisar estratégias de avaliação do residente, propondo espaços de avaliação formativa sistematizada, com periodicidade pré-estabelecida ao conjunto de atores envolvidos no programa. Por fim, é de competência do tutor orientar a construção de trabalhos de conclusão de residência voltados para a resposta às demandas locais, formativas, de participação social, gestão e atenção em saúde. Com base em tantas atribuições e demandas, o processo de trabalho da tutoria de núcleo requer organização.

Desenhos possíveis à tutoria de núcleo: como aprender fazendo

As questões que envolvem o trabalho em equipe refletem-se na atenção em saúde prestada à população, na geração de demandas e capacidade de resposta aos problemas que afetam a saúde das populações. A forma como são concebidos os serviços de saúde, fruto das concepções e interações de gestores, trabalhadores e usuários do sistema, organiza e constrói as demandas por estes serviços (Torres, 2015). Nesse sentido, pensar o núcleo profissional no contexto do trabalho em equipe multiprofissional requer uma sistemática de organização do processo de Ser Tutor em cada categoria profissional. A construção do Ser Tutor é processo. O fazer-se tutor perpassa a construção social do profissional que educa, que aprende enquanto ensina e que ensina a partir de suas vivências teórico-práticas.

Um dos desafios de ser tutor em programas de residências multiprofissionais é, ao mesmo tempo, trazer a perspectiva de intersecção das profissões e a potência do pensar planos de cuidado abrangentes e integradores com e para os usuários, sem desconsiderar a perspectiva do cuidado em sua categoria profissional e que a atuação interprofissional não anule os saberes e práticas da própria categoria. Na prática, o trabalho multi e interprofissional não pode anular o núcleo específico de cada categoria profissional. Nesse sentido, as tutorias são espaços privilegiados para

reflexão sobre as competências de cada categoria nas equipes de saúde considerando as especificidades do trabalho e trazendo, por exemplo, a consulta como espaço importante e sistematizado de cuidado.

Em estudo sobre as competências a serem desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, Lopes *et al.* (2020), apresenta algumas, a saber: liderança; educação permanente; ética; comunicação; gestão de pessoas e de recursos materiais; trabalho em equipe; cuidado à saúde; tomada de decisão e estratégias organizacionais e individuais para desenvolvê-las. A aproximação da enfermagem com o SUS e com a AB permite uma definição de escopo para a qualificação da sua atuação, no entanto, em processos formativos que envolvem as diversas profissões da saúde, com a perspectiva da formação ser abrangente e integradora, por vezes, o fazer da enfermagem se apaga ou se perde no que seria elementar para o desenvolvimento da prática própria da profissão. A perspectiva do trabalho em equipe e a prática profissional interdisciplinar no lidar com necessidades em saúde, não apenas doenças, produz muitas áreas de interseção. Existe um espectro muito grande entre as aproximações exigidas pelo SUS e pela prática profissional na Atenção Básica entre as diferentes categorias.

O residente também deve se incorporar à equipe e ao território em que novos desafios são apreendidos, como a maior aproximação e conhecimento das demandas da comunidade, seu envolvimento e valorização da participação social e a utilização da educação popular em saúde como dispositivo de diálogo com a comunidade e equipe de saúde. O aprimoramento dos processos até então desenvolvidos levam à compreensão *na prática* da aprendizagem colaborativa, do trabalho interprofissional e da educação permanente em saúde como ferramentas de empoderamento das equipes e usuários. Dentre os temas abordados em um período de quase dois anos de tutoria, é possível, na experiência, esquematizar em modelo lógico algumas demandas. Vamos exemplificar a tutoria de núcleo em enfermagem.

Identifica-se, conforme a **Figura 1**, que parte das temáticas são trabalhadas no sentido de integrar o núcleo da enfermagem ao campo da Atenção Básica. Constituem-se objeto de discussão a inserção do residente nas equipes de saúde, a partir de sua ambientação no conhecimento do território em integração à equipe multiprofissional. A integração ao território utiliza-se de dispositivos de inserção comunitária, com foco na participação social, a partir da abordagem da educação popular em saúde. Os variados aspectos ou temas que envolvem a Atenção Básica são transversais ao processo de formação do residente. A compreensão do processo de trabalho, a partir da identificação das rotinas, protocolos, sistemas de informação e agenda de serviços é atravessada pela experimentação da interprofissionalidade, onde o trabalho em equipe e a aprendizagem significativa são instrumentos à educação permanente em saúde vivenciada nos cenários. Ao longo dos encontros de tutoria o desenho da **Figura 1** vai se materializando, pois, temas como as tecnologias de cuidado e a gestão da atenção demandam a compreensão de uma valise tecnológica cada vez mais recheada de ações e concepções. Delineiam-se, assim, temas nucleares à enfermagem, que serão melhor detalhados, a seguir, na **Figura 2**.

Figura 1. Tutoria de Núcleo em Enfermagem



Fonte: elaborado pelos autores (2023).

Na representação esquemática da Figura 1, é interessante destacar que o primeiro encontro com residentes aponta para a inserção no território. Compete ao tutor estabelecer um período de adaptação do profissional em formação neste cenário. A percepção do ser residente é fundamental para a sua inserção, ou seja, a ambientação ocorre ao mesmo tempo em que outras dimensões são percebidas, como as territoriais e de integração à equipe de saúde. Ao longo desta inserção, a compreensão do processo de trabalho em saúde daquele território é apreendida pelo residente, que experimenta a rotina da equipe, seus mecanismos e sistemas de informação ao cuidado em saúde, perpassando protocolos e a oferta de serviços, com a própria construção da agenda.

Além das questões relativas diretamente à discussão da prática clínica, orientada por diretrizes clínicas e protocolos, temas importantes aparecem nas tutorias que dizem respeito a reprodução do acúmulo de trabalho e responsabilidades que recaem sobre a enfermagem. São repetidos relatos de tensionamentos para que o residente de enfermagem substitua o enfermeiro de licença ou férias, mesmo de outras equipes ou setores, diferentemente dos residentes de outras categorias profissionais. O que alimenta ou reflete a sobrecarga e sobreposição de atribuições que recaem sobre a categoria. Neste sentido, um segundo modelo lógico define *nuclearmente* alguns dos temas trabalhados na tutoria de núcleo da enfermagem, conforme a **Figura 2**.

No ponto em que o residente já caminha para o final do primeiro ano de residência, quando as tecnologias de cuidado na atenção primária em saúde são parte inerentes de seu processo de trabalho, ensino e aprendizagem, e os protocolos e aspectos da clínica em enfermagem estão impressos em seu cotidiano, o papel do tutor se transforma novamente, sua experiência permite apresentar conceitos e proporcionar espaços de troca entre experiências profissionais. A partir daí, conceitos apreendidos ao longo do primeiro ano de residência são incorporados ao

modo de ser resistente, provocados (ou provocantes) pelos modos de ser de preceptores e tutores.

Figura 2. Aspectos da clínica em enfermagem



Fonte: elaborado pelos autores (2023).

O segundo ano de residência materializa a autonomia e proatividade, sempre dentro do contexto interprofissional e condizente aos acúmulos teórico-práticos vivenciados pelo percurso da formação em serviço, desde o ingresso no programa. Nesta perspectiva, o apoio matricial se constitui em dispositivo de gestão e do cuidado em saúde, como foco ao trabalho integrado nas Redes de Atenção em Saúde. Condizente ao papel pedagógico de orientador e avaliador desenvolvido pelo tutor, ao fechamento do processo formativo do residente compete a elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Momento este singular ao planejamento de ações voltadas à melhoria da qualidade da atenção, gestão, educação e controle social necessários à melhoria da resolutividade do Sistema Único de Saúde.

Desafios à prática profissional na tutoria de núcleo na Atenção Básica

Muitos desafios estão postos à prática profissional no Ser tutor na Atenção Básica. A diversidade da formação em cada categoria profissional no Brasil, com experiências variadas de currículos de graduação, inserções distintas dos cursos no Sistema Único de Saúde e processos pedagógicos singulares a cada curso fazem de cada perfil uma diversidade de atuação profissional. A escolha pela qualificação de residência na Atenção Básica, nem sempre é a primeira opção do egresso. Muitos ingressantes do PRMAB afirmam que escolheram a residência pela aprendizagem-trabalho remunerada no formato de bolsa, o programa pela facilidade de acesso e/ou pelo respeito institucional impresso pela FIOCRUZ. Ao depararem-se com o contexto de inserção do programa, distribuído em distintas regiões administrativas do Distrito Federal, os residentes saem da zona de conforto proporcionada pela graduação, cuja tutela docente é transversal à formação e assumem um papel protagonista nas equipes de saúde.

A adaptação às equipes de saúde é um dos primeiros desafios vivenciados, e esta, muitas vezes, atravessa boa parte dos primeiros meses do residente no Programa. Somada à adaptação, inerente à esta, inclusive, estão as rotinas e processos de trabalho das equipes. Ao tempo em que o residente se insere na equipe, além da interação com colegas e trabalhadores, ele precisa conhecer e vivenciar processos, conhecer o território, compreender as necessidades de saúde das pessoas que vivem no território e acolher as demandas de usuários. Estes temas perpassam os primeiros encontros de tutoria de núcleo. Quando a clínica se traduz em processo de trabalho, a necessidade de utilizar protocolos, diretrizes clínicas e rotinas, faz com que os conhecimentos e experiências prévias sejam acionados. Suas lacunas são imediatamente perceptíveis ao residente e às equipes e demandas surgem à tutoria de núcleo.

Faz parte do trabalho do tutor identificar lacunas de conhecimento e proporcionar espaços de reflexão sobre a atuação. Em tempo que os temas são trazidos à roda pedagógica da tutoria, as experiências são o pano de fundo das reflexões e a troca dessas vivências imprime singularidade aos encontros tutor-residentes. Ser Tutor é estar disposto a revisitar conceitos, vivências e experiências prévias, em tempo que requer disponibilidade à pesquisa, investigação e construção do conhecimento. Uma das fragilidades sentidas no processo de Ser Tutor está na distância deste ao serviço de saúde, a baixa aproximação às equipes e ao pouco contato com os preceptores, quer pela rotina estabelecida pelo processo de trabalho da tutoria, que exige minimamente encontros teóricos quinzenais, quer pela capacidade de articulação entre estes atores. O maior desafio à tutoria tem sido a presença qualificada do tutor nos cenários de prática.

Uma vez compreendidos os processos, limites e desafios, o compartilhar desta experiência possibilita que novos olhares possam contribuir com o tema, no sentido da estruturação de processos formativos de avaliação aos atores do programa e que estratégias de superação possam ser planejadas com o intuito de qualificar a tutoria de núcleo no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica na FIOCRUZ Brasília.

Referências

Brasil. (2004a). Portaria n.º 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

Brasil. (2005a). Medida Provisória n.º 238, de 1º de fevereiro de 2005. Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. Brasília: Governo Federal. <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla07.pdf>

Brasil. (2005b, 1 de julho). Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a

Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*: República Federativa do Brasil, Seção 1, 1-2 (Col. 1). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l111129.htm

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2012). Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*: República Federativa do Brasil. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2004b). Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: MS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

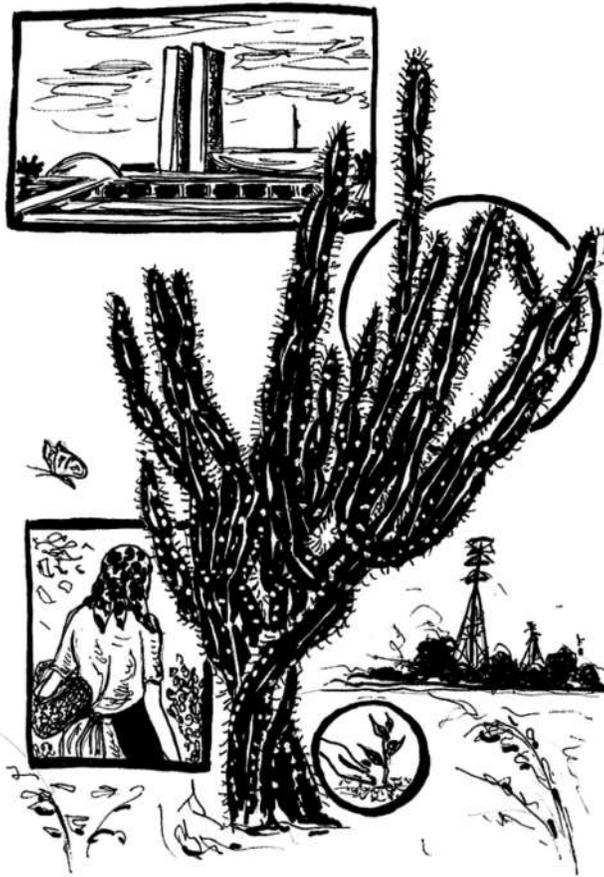
Lopes, O. C. A., Henriques, S. H., Soares, M. I., Celestino, L. C., & Leal, L. A. (2020). Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 24(2), e20190145. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>

Ramos, A. S., et al. (2006). Residências em Saúde: Encontro multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios* (pp. 375-390). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

Torres, O. M. (2015). *O "teatro mágico" das residências em saúde no Brasil: caminhos de uma política pública* (Tese de doutorado). Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo.

Seção 2

Conhecendo o solo: exercícios de territorialização



O **Distrito Federal** está situado no **Planalto Central**, região Centro-Oeste do Brasil. É uma das 27 unidades de federação do Brasil, fazendo divisa por todos os lados com o estado de Goiás, tocando apenas uma estreita faixa com estado de Minas Gerais, a sudeste. Sua capital é Brasília, a capital do Brasil, abrange uma área territorial de 5.760,784 km², sendo a menor unidade em extensão do país. Sua população estimada é de 3.055.149 habitantes para o ano de 2020. Predomina no Distrito Federal o **clima Tropical**, apresentando temperatura média em torno de 22 e 23 °C e **umidade relativa do ar frequentemente abaixo dos 60% (mínimo indicado pela Organização Mundial da Saúde para a qualidade de vida humana)**, chegando a picos de seca, com umidade de 10% em algumas regiões administrativas. O verão corresponde à estação chuvosa, enquanto o inverno à estação de seca. **Recebe esse nome por abrigar a sede do governo federal.**

CONHECER E ATUAR: A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA

Amanda Camargo Santos, Ana Júlia Xavier Porto Praça, João Victor Souza Ferreira, Letícia Felix de Souza (residentes); Patrícia Nunes Barbosa Soares (preceptora); Américo Yuiti Mori (tutor)

Introdução

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, desenvolvido por uma equipe multiprofissional, sob uma base territorial e comunitária, com adscrição de população. A AB segue princípios e diretrizes (Brasil, 2017), tais como integralidade, universalidade, acesso de primeiro contato, longitudinalidade do cuidado e primazia à Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as atribuições da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se o processo de territorialização como ferramenta para o reconhecimento e a apropriação do território com suas identidades, multiplicidades e relações de poder.

Como aponta Haesbaert (2014, p. 57), a apropriação do espaço geográfico por grupos sociais, é muito mais “um processo simbólico” e “carregado das marcas do vivido”, com seus respectivos campos de força. Nesse sentido, Haesbaert (2012) propõe uma dupla identificação no reconhecimento histórico do conceito de território: território-zona e território-rede, sendo as identidades territoriais engendradas pelo processo de territorialização. A territorialização consiste numa estratégia largamente utilizada na experiência brasileira de implantação e implementação da AB, permitindo identificar os aspectos ambientais,

sociais, demográficos e econômicos, além dos principais problemas de saúde que acometem a população de determinado território. Dessa forma, possibilita o planejamento de intervenções e a disposição de ações resolutivas para os usuários do Sistema Único de Saúde (Araújo, 2017).

Conhecer o território envolve um processo de identificação das principais demandas e necessidades em saúde de determinada localidade. A proximidade da saúde com o território acontece por meio da responsabilização de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) por uma área de abrangência. Essa relação com o território permite nortear as ações em saúde com base no perfil demográfico, epidemiológico, cultural, de contexto histórico, sob a presença de equipamentos sociais. Estes, dentre outros dados, são relevantes para a intervenção nos processos de adoecimento e de promoção da saúde da população adscrita (Brasil, 2017). A organização territorial dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde orienta a delimitação espacial, a fim de direcionar o cuidado na vigilância e controle das doenças e agravos no território-área e nos territórios-domicílios (Borges; Taveira, 2018).

Monken e Barcellos (2005) compreendem o território além da extensão geográfica de um local, apontando a composição de um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, diretamente influenciado por sua história, questões ambientais e sociais que promovem condições para a produção da saúde e de doenças em uma base local. O presente manuscrito tem por objetivo realizar uma reflexão crítica sobre o processo de territorialização.

Métodos

Para a territorialização, foi utilizado o estudo qualitativo com coleta de dados e observação participante. Esse método possui raízes na pesquisa etnográfica tradicional, proposta pelo antropólogo social Malinowski na década de 1920, consentindo utilizar o contexto sociocultural do ambiente

observado para explicar os padrões observados, os conhecimentos socialmente adquiridos e compartilhados e os recursos disponíveis para os participantes ou membros deste ambiente (Marietto, 2018). De acordo com a literatura, a observação participante requer compromisso a longo prazo devido a necessidade de inserção na rotina dos trabalhadores e no próprio território com a finalidade de realizar uma análise crítica com abordagem qualitativa a respeito de um fenômeno social (Abib; Hoppen; Hayashi Junior, 2013).

A observação participante ocorreu na Unidade Básica de Saúde n.º 1 da Região Administrativa Núcleo Bandeirante no período de março a julho de 2023, como uma atividade de aprendizagem da residência multiprofissional em Atenção Básica, envolvendo as categorias profissionais de enfermagem, nutrição e fisioterapia. Também foi realizado o levantamento de dados e sua análise crítica para identificar as características ambientais, econômicas, sociais, culturais e sanitárias do território da UBS. A UBS é composta de cinco equipes de referência em saúde da família, identificadas por cores (azul, vermelho, amarelo, verde e rosa), e uma equipe Multidisciplinar (e-Multi) integrada pelas categorias profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social.

Desenvolvimento

A atual UBS do Núcleo Bandeirante era conhecida por ser um Centro de Saúde que oferecia atendimento médico organizado em especialidades que, a partir de 2017, com a implantação no Distrito Federal do “Programa de Conversão da Atenção Primária para Estratégia Saúde da Família” (CONVERTE), foram constituídas ações de curto, médio e longo prazos para reorganizar a AB, extinguindo-se o modelo assistencial dos Centros de Saúde, convertendo-os em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família (Monteiro, 2021). Corrêa *et al.* (2019) abordam essa mudança de modelo, sugerindo que a Estratégia

Saúde da Família trouxe para a AB a mudança do paradigma biomédico (organizado em especialidades médicas) para o paradigma do cuidado integral, multiprofissional, preventivo e proativo dentro do contexto da atenção à saúde, ao menos, em tese.

Atualmente, o processo de trabalho da UBS do Núcleo Bandeirante implica observar os princípios e diretrizes da AB, a partir da Estratégia da Saúde da Família, mas ainda existem resquícios da constituição histórica dos serviços e persiste a demanda da população por atendimento centrado em especialidades médicas. Essa UBS tem uma localização privilegiada por estar na região central da Região Administrativa, mas, devido encontrar-se ao lado da Policlínica do Núcleo Bandeirante, verifica-se uma confusão acerca da entrada nas unidades, uma vez que não possuem delimitações e identificações bem definidas.

Em diálogo com os trabalhadores e com a comunidade, soube-se que a UBS foi construída pelos próprios moradores da região por volta da década de 1960, e que, inicialmente, atendia como Pronto Socorro, depois mudou para um atendimento ambulatorial, como Centro de Saúde, e hoje funciona como Unidade Básica de Saúde do tipo Estratégia Saúde da Família. Observando o acompanhamento temporal dessas transições de atuação da UBS percebe-se que ainda prevalece a cultura do modelo ambulatorial. A Unidade possui fácil acesso tanto em relação a pontos de ônibus, quanto a frequência de horários, seu funcionamento é de segunda a sexta, das 7h às 19h, e aos sábados, das 7h às 12h. Oferece Acolhimento Geral, que se configura como porta de entrada, atendendo pessoas fora de área, quando é o caso, ou direcionando aqueles da área às respectivas equipes de referência. Existe um rodízio entre os enfermeiros e os médicos em casos de gravidade nos atendimentos de demanda espontânea, no acolhimento geral e no apoio às equipes que estão sem o profissional de referência no dia. Esse rodízio é funcional, de acordo com o observado pelos residentes e conforme o relatado pelos servidores.

A e-Multi da UBS fornece apoio para a Região Administrativa Núcleo Bandeirante e para Candangolândia, sendo referência da região. Percebeu-se, pela grande demanda, falta de profissionais e restrição de carga horária dos profissionais da e-Multi, que há uma sobrecarga de trabalho, não sendo possível cumprir todas as metas ou atender toda a demanda que aparece. O saldo final é uma fila de espera de pelo menos dois meses para os atendimentos identificados como necessários à resolubilidade. A garantia da qualidade da atenção e gestão representa atualmente um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde e deve, necessariamente, compreender os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social (Galavote, 2020). O adequado atendimento das demandas espontâneas revela-se como uma base importante para a garantia de um atendimento integral, equânime e resolutivo para a população sob os cuidados de uma UBS, uma vez que inúmeros tipos de necessidades em saúde podem, em grande parte, ser acolhidos e respondidas na AB, inclusive com modalidades de tecnologias, equipamentos, protocolos e materiais que devem estar disponíveis neste tipo de serviço (Brasil, 2010).

Quanto ao perfil populacional do Núcleo Bandeirante, verifica-se a presença de uma população mais idosa que acompanha o desenvolvimento da Região Administrativa desde a sua construção, ou seja, é uma população pioneira e acometida por fatores de risco como doenças e condições crônicas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) refletem o estilo de vida da população, que é marcada por diversos determinantes sociais. As condições sociais do território vêm marcadas pela desigualdade e, levando em consideração que para a melhoria e controle dessas doenças é necessária a criação de políticas públicas que atuem nos determinantes sociais de saúde (Estrela *et al.*, 2020), a redução das disparidades e a melhoria da qualidade de vida são cruciais à alteração nos níveis de morbimortalidade.

Outro perfil verificado no território foi a condição de insegurança alimentar e nutricional. Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), realizada em 2021, 94,2% da população do Núcleo Bandeirante estava em condição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), enquanto 4% foram consideradas em insegurança leve. Segundo o Correio Braziliense (2011), a maior área de vulnerabilidade na Região Administrativa do Núcleo Bandeirante é a Vila Cauhy, que fica à margem da BR-040, próximo ao viaduto que liga o Balão do Aeroporto ao Núcleo Bandeirante e é uma ocupação urbana que começou há mais de 40 anos numa área destinada ao Clube de Regatas do Guará. A área da Vila Cauhy pertencia a uma reserva ambiental, sendo ocupada por pessoas em situação irregular de habitação, que instalaram casas simples de alvenaria e sem saneamento básico. Atualmente, a área está em processo de regularização no Plano Diretor de Ordenamento Territorial, segundo a Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Habitação (Defesa Civil, 2016).

Pesquisas mostraram que 5% da população da Vila Cauhy possuía renda média familiar inferior a R\$ 400, seguidos de 27% inferior a R\$ 500, 29% ganham até R\$ 1.000, e estes perfis financeiros estão diretamente associados às condições de moradia da população. As pessoas residem em áreas de alta vulnerabilidade ambiental e baixa acessibilidade viária e à infraestrutura e serviços, os domicílios são de tamanho reduzido e contam com mais de 04 habitantes (Rodrigues, 2015). Observa-se na área o desrespeito às regras de distanciamento do córrego e o acúmulo de resíduos sólidos em diversos locais, inclusive dentro do córrego. Algumas casas situam-se em becos estreitos e sem saída, impossibilitando a entrada de veículos em geral e, conseqüentemente, aumentando o risco de fatalidades quando ocorrem os alagamentos e elevação do nível do córrego Riacho Fundo. Nos últimos anos têm se tornado rotineiros episódios de alagamentos, inundações, destruição de casas e pontes, dessa forma, evidencia-se um complexo quadro sanitário, geográfico e hidrográfico.

No intuito de formar vínculo com a população adscrita a este território, promovendo intervenções em saúde e educação voltadas para as ações de promoção e prevenção, além de fortalecer o processo de controle social, territorialização, longitudinalidade e integralidade, existe o Programa de Saúde na Escola (PSE) que reflete uma união potente e de responsabilidade compartilhada entre Atenção Básica e Educação Básica (Brasil, 2023). O monitoramento de todo esse processo se dá por meio do e-SUS, Sistema de Informação em Saúde (SIS) vinculado à AB (Brasil, 2023). Seguindo o PSE como norteador, as equipes da UBS pactuam ações junto às demandas das escolas, como a verificação da caderneta de vacinação, suplementação de vitamina A, promoção de alimentação saudável, da saúde bucal e da saúde mental. A partir da participação em ações vinculadas ao PSE, foi observado que os pais possuem longas jornadas de trabalho, o que muitas vezes impede o comparecimento frequente à UBS.

Conclusão

A história do Núcleo Bandeirante mostra a luta e resistência que foram necessárias para a Região Administrativa permanecer e sobreviver onde está. Hoje é um local que manteve seu propósito inicial por ainda permanecer como polo comercial, mas atualmente possui muito mais áreas de habitação. O processo de territorialização como um todo foi enriquecedor tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Nesse processo, foi possível identificar o real sentido do cuidado longitudinal, integral e, principalmente, como o território emana suas particularidades e necessidades em saúde, as quais se tornam prioridades dentro do serviço de saúde. O território vai moldando o serviço, direcionando para onde estão os problemas e como resolvê-los, levando em consideração todos os aspectos físicos, culturais, estruturais, sociais e econômicos. Como fatores limitantes à

resolubilidade, aponta-se a limitação do acesso dos residentes em saúde por falta de disponibilidade de transporte, mesmo que houvesse cerca de 02 a 03 carros estacionados na garagem da Policlínica, falta de turnos disponíveis no Programa para comparecer ao território, maior volume de demandas espontâneas em relação aos pacientes marcados, ou seja, um cuidado voltado para atendimentos imediatos que toma muito do tempo, somado com o excesso de atividades administrativas sem turnos protegidos para realizá-las. A territorialização se segue, como trabalho contínuo, de modo a aprender a ofertar saúde aos moradores com afinco e empenho, entendendo o território, suas características e necessidades, promovendo integralidade, equidade e longitudinalidade no cuidado em saúde.

Referências

- Abib, G., Hoppen, N., & Hayashi Junior, P. (2013). Observação participante em estudos de administração da informação no Brasil. *Revista de Administração de Empresas*, 53(6), 604–616. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020130608>
- Borges, C., & Taveira, V. R. (2018). Territorialização. In: G. Gusso & J. M. C. Lopes (Eds.), *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios de formação e prática* (2ª ed., pp. 241-247). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Panorama Distrito Federal*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Atenção à demanda espontânea na APS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017, 21 de setembro). *Portaria n.º 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). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Bruno Araújo, G., Alves Filho, F. W. P., Silva Santos, R. da, & Muniz Lira, R. C. (2017). Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 16(1). <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1103>.
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2022). Pesquisa

- distrital por amostra de domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF 2021. Brasília, Brasil. https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Relatorio_DF-2021-1.pdf
- Corrêa, D. S. R. C., Moura, A. G. de O. M., Quito, M. V., Souza, H. M. de., Versiani, L. M., Leuzzi, S., Gottens, L. B. D., & Macinko, J. (2019). Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2031–2041. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
- Correio Braziliense. (2011, 6 de setembro). *As cores e a fé da Vila Cauhy*. https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/09/06/interna_cidadesdf,268581/as-cores-e-a-fe-da-vila-cauhy.shtml.
- Defesa civil. (Jan de 2016). Relatório Diário n.º 009/2016. <https://semma.belem.pa.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/INSTRU%C3%87%C3%83O-NORMATIVA-N-009-2016.docx>
- Estrela, F. M., et al. (2020). Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente a pandemia. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36559>. Acesso em: 18 mar. 2024.
- Galavote, H. S., Zandonade, E., Garcia, A. C. P., Freitas, P. de S. S., Seidl, H., Contarato, P. C., Andrade, M. A. C., & Lima, R. de C. D. (2016). O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*, 20(1), 90–98. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.
- Haesbaert, R. (2012). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multi-territorialidade* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4049992/mod_resource/content/1/Haesbaert.%20Cap.%202%20definindo%20territorio.pdf.
- Haesbaert, R. (2014). *Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Marietto, M. L. (2018). Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, 10. <http://revistaiberoamericana.org/ojs/index.php/ibero/article/view/2717>.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Caderno de Saúde Pública*, 21(3). <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/#>.
- Monteiro, W. L. N., et al. (2021). *Programa Converte e os novos caminhos da atenção primária à saúde no Distrito Federal*. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51361>.
- Pontes, J. E. D., et al. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13, 238-242. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO2967>
- Queiroz, D. T., et al. (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(2), 276-283.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf

Rodrigues, A. A. (2015). *Segregação residencial na Vila Cauhy: uma rugosidade espacial?* Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Brasília, DF.

A RESIDÊNCIA COMO FÔLEGO PARA OS TERRITÓRIOS:

IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA

Kelly Lima dos Santos, Laan do Nascimento Moura, Letícia Dias Albuquerque, Letícia Menezes Rodrigues Bonifácio, Marcos Antônio Resende da Silva, Rebeca Galeno dos Santos, Victor Hugo de Jesus da Silva (residentes); Amanda Karen Moraes Damasceno, Fernanda Dutra dos Santos, Glacy Soares Vasquez, Olga Soares Rocha Tosetto, Priscila Torres, Raquelini Merielle Campoe, Vanessa de Souza Nascimento (preceptoras)

Introdução

A Atenção Básica (AB) no Brasil foi reformulada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e visa um olhar diferente do modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico predominante ao longo dos anos. Por incluir o conceito ampliado de saúde, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ela considera os aspectos relativos à qualidade de vida das pessoas. Realiza ações individuais e coletivas de promoção, proteção, cura e recuperação, com intervenção por equipes multiprofissionais e constante melhoria do acesso, tendo como base o vínculo com a população por meio do acolhimento às demandas por ela trazidas (Brasil, 2017). Os serviços de AB devem apresentar características de base territorial, alicerçando-se nos princípios da resolutividade.

Em Faria (2020), encontra-se que a Atenção Básica é o único âmbito da atenção que está presente em todo o país, destacando que o projeto

territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da constituição de uma base que deve funcionar como porta de entrada e centro de comando do sistema. Já as Residências Multiprofissionais em Atenção Básica mostram-se como estratégia imprescindível para a efetivação do processo desencadeado pela PNAB e na garantia dos princípios do SUS no cotidiano de atendimento pelos profissionais que atuam na rede de saúde, haja vista que permitem a formação em serviço, compreendendo as diferentes perspectivas do trabalho e conhecimentos interdisciplinares, possibilitando intervenções adequadas para a realidade dos problemas vivenciados pela população adscrita a cada território (Miranda; Escóssia, 2018).

O presente manuscrito reflete sobre a realidade de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na região norte de Ceilândia, uma das maiores Regiões Administrativas do Distrito Federal (DF), sendo necessário perceber não somente sua ocupação no espaço geográfico, mas também entender as dificuldades e potencialidades dessa região com enfoque em seu contexto populacional, cultural, social, de gênero e étnico, como esses extratos da população buscam melhores condições de saúde e quais os reflexos de suas demandas na organização das unidades básicas de saúde. Buscou-se, então, vislumbrar a atuação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica em uma UBS de Ceilândia, tomando como interfaces o contexto histórico-social e a perspectiva do processo de formação em serviço.

Este documento foi produzido por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF), buscando-se enfatizar a relevância da residência para o SUS, o seu funcionamento em uma UBS, o processo de territorialização realizado pelos residentes, os desafios e potencialidades do território na proteção à saúde e o conhecimento situado do serviço. Para tal trabalho, adotou-se a exploração de material documental, principalmente a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) de 2022, realizada

pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), e a comparação dela com as experiências vividas pelos residentes no período de 6 meses de atuação no território. Também houve o recurso à construção de referencial teórico por meio da pesquisa na Biblioteca Científica Eletrônica (SciELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

O território

De acordo com a PDAD de 2022, observado o parâmetro da amostra observada na Região Administrativa de Ceilândia, o contexto geral em que se encontra a UBS 2 é de uma área de 19.265,69 hectares, com um quantitativo populacional de 350.347 pessoas. Sendo 52,6% do sexo feminino e idade média de 34,3 anos (CODEPLAN, 2021). Com relação ao quesito raça e cor, a Região apresenta 45,8% de pessoas que se autodeclararam pardas, 38,9% brancas e 14% pretas. A amostra identificou que 3,6% da população se autodeclara LGBTQ+ (CODEPLAN, 2021). Com relação à migração, Ceilândia apresenta 56,8% de moradores que nasceram no DF, em contrapartida àqueles que migraram de outras regiões, onde se encontram principalmente famílias nordestinas, sendo o Piauí o estado com maior número de migrantes, seguido da Bahia, Maranhão e Ceará (CODEPLAN, 2021).

Com relação a saúde, 85,1% dos moradores acessam exclusivamente o SUS, enquanto 14,9% possuem plano de saúde, a UBS foi acessada por 42,2% de pessoas no último episódio relacionado à saúde, sendo causa principal para a busca por serviços de saúde os sintomas de dor, febre e diarreia (CODEPLAN, 2021). Compreendeu-se que a Ceilândia é composta por uma porcentagem relativamente maior de mulheres, com uma população jovem, de maioria parda, de pessoas que nasceram no DF e que utilizam os dispositivos do SUS como principal opção no âmbito da atenção à saúde.

Quanto às diretrizes do SUS, é possível aprender que ele tem na integralidade o sentido de compreender a totalidade dos usuários dos

serviços públicos de saúde, oferecendo acesso de qualidade e efetivo, assim como tem entre suas competências, a de fomentar estratégias para a formação de profissionais qualificados, buscando implementar ações construtivas do mais alto padrão de assistência à saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) têm papel fundamental, com intervenções humanizadas (Carneiro; Teixeira; Pedrosa, 2021). Ao buscar as RMS no Brasil, Maroja; Fernandes; Almeida Júnior (2020) as apresentam constituídas pelo tripé ensino, serviço e comunidade, sendo estratégia fundamental na formação de profissionais para o SUS e, também, para a assistência privada à saúde. Deste modo, a formação profissional por meio das residências à converte em atuação que permite adjetivar os profissionais como agentes transformadores dos cenários de atuação, bem como, agentes de fortalecimento do conhecimento, sendo seres críticos a respeito da realidade do serviço ofertado ao território (Domingos; Nunes; Carvalho, 2015).

Ao observar o papel da RMS e analisar a realidade vivenciada pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília na UBS 2 Ceilândia, foi possível compreender que ela possibilita a formação em serviço na Atenção Básica, configurando a UBS como cenário de práticas e como UBS-Escola, favorecendo a construção profissional de forma longitudinal, interdisciplinar e multiprofissional, junto às demandas estabelecidas pelo território. Não obstante, as demandas que surgem estão diretamente relacionadas às características de vulnerabilidades socioeconômicas, população idosa, pacientes que têm limitações de saúde permanentes e/ou temporárias, estão em tratamento de saúde, são beneficiários do Bolsa Família e vivenciam a insegurança alimentar, assim como apresentam doenças características do território, como a hipertensão, o diabetes e a dengue.

Neste caminho, a RMS possibilita o respiro das equipes de saúde que, por vezes, adormecem os problemas encontrados no território e

que implicam diretamente a qualidade da Atenção Básica. A residência busca intervenções e medidas que viabilizem a aplicabilidade da integralidade, como pressuposto fundamental para a população adscrita e como uma potencialidade para o SUS e para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Como sugere Paim (2008), a integralidade representa construir possibilidades a partir do pensamento da Reforma Sanitária, na defesa de um SUS que compreenda o indivíduo e o coletivo, os conectando aos serviços e também com o território.

Quando refletido o ponto de partida que insere a RMS na perspectiva de formação do e para o SUS, bem como sua efetivação na atualidade, é possível perceber desafios significativos para as instituições formadoras, residentes e comunidade. A complexibilidade presente no trabalho precarizado conta com o trabalho prestado pelos residentes de forma íngreme e não equânime. Quando se observa a carga horária exorbitante de 60h semanais e se considera aspectos importantes como a perda de saúde e a falta de direitos trabalhistas e de autonomia, se reconhece a exploração do residente como trabalhador, o que não condiz com o cerne da política de saúde construída pela Reforma Sanitária (Silva, 2018). Percebe-se desafios, além da carga horária exaustiva, como o pouco tempo disponível para a educação permanente e a comunicação efetiva entre os residentes e os preceptores, para o alinhamento de condutas e as trocas entre os diferentes saberes da equipe multiprofissional. Contudo, percebe-se, de um lado, que há muito espaço para ser conquistado e, de outro, a existência de uma cultura organizacional resistente a mudanças, com perfil centralizador e autoritário no que tange aos processos de trabalho, muitas vezes voltados às exigências de produção quantitativa e menor valorização do teor qualitativo da presença dos residentes (Miranda; Escóssia, 2018).

É relevante destacar que muitas vezes a residência não é reconhecida e valorizada como uma estratégia pela população, e que não há o entendimento de que os profissionais inseridos no território por

meio da residência já detêm autorização legal de exercício profissional, já estando formados na graduação e atuando regulados pelos respectivos conselhos profissionais. Apesar disso, não é lugar para a reprodução de práticas, trazendo o desafio de transformar a realidade, questionar condutas e modos de atuar, aportando atualizações e mudanças para que o trabalho não se torne monótono e fragmentado (Miranda; Escóssia, 2018). Ademais, é um desafio sair do automatismo e atuar com dinamicidade, perceber novas abordagens intergeracionais, agregar um olhar integral e multifacetado, de modo a integrar não somente a equipe disponível na UBS, como pensar intervenções e pesquisas com o olhar multiprofissional e adequado às reais necessidades da população assistida pelos serviços de saúde.

As RMS repercutem em ganhos para a população e para o serviço, com oxigenação e ideias inovadoras, uso da tecnologia para divulgação dos trabalhos e valorização das equipes, maior integração entre recém-formados e profissionais experientes, o que proporciona troca de saberes e diálogos construtivos. É visível o compartilhamento do trabalho, o desenvolvimento de habilidades e a introdução de novas propostas de intervenção que remontam à clínica ampliada, como os grupos terapêuticos e as estratégias não convencionais do cuidado.

Conclusão

De acordo com as demandas levantadas, foi possível perceber os desafios para os avanços das RMS no SUS, as fragilidades estruturais e a falta de reconhecimento pela população para com os profissionais inseridos a cada ano no território. Há necessidade de espaço e carga horária protegidos para discussões efetivas. A carga horária exaustiva, os serviços com profissionais defasados e a alta demanda populacional exigem a construção de serviços de melhor qualidade e que atendam às necessidades da população. Percebe-se que existem

ganhos e potencialidades em qualificar novos profissionais por meio da formação em serviço e que as residências proporcionam oportunidades únicas. Além disto, foi perceptível o autoconhecimento e o crescimento profissional dos residentes, com base nos princípios da integralidade do cuidado e da universalidade do SUS, de modo a proporcionar também o cuidado longitudinal e afetivo junto aos usuários, embasados no acolhimento e vínculo dispostos como elementos fundamentais na PNAB.

Em suma, o mérito da RMS na AB pode ser atribuído não somente pela forma de trabalho (ensino/trabalho), mas também pela sua essência, estando embasada no trabalho multiprofissional e interdisciplinar da equipe de residentes. Sendo essa variedade de profissionais e profissões um grande aliado para o funcionamento do SUS como um todo, pois, a RMS pode atuar desde a gestão ao atendimento clínico/assistencial. A RMS oferece uma abordagem mais humanizada aos usuários do SUS ao trazer o acolhimento aos moldes do que é preconizado pela PNAB e por considerar o território em suas ações. Além disso, oferece aos profissionais das equipes de Saúde da Família e da própria AB uma discussão sobre o modelo de trabalho e seus resultados, oferecendo oxigenação para eles. Por meio de discussões de caso ou de estratégias conjuntas para melhoria dos processos de trabalho, também é perceptível a construção de um serviço mais efetivo e resolutivo, o que resulta em benefícios ao usuário e ao sistema de saúde.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria de Consolidação n.º 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII
- Carneiro, E. M., Teixeira, L. M. S., & Pedrosa, J. I. S. (2021). A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3). <https://www.scielo.br/j/physis/a/PT96npfTcfqT7xWPZZkyGpt/#>.

- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2021). Pesquisa Distrital de Amostras por Domicílios – Ceilândia. Brasília: CODEPLAN. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Ceilandia.pdf>.
- Domingos, C. M., Nunes, E. d. F. P. d. A., & Carvalho, B. G. (2015). *Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. Interface – comunicação, saúde, educação, 19(55)*, 1221–1230. <https://www.scielo.br/j/icse/a/rSCfWS9nWd7wZvH7FPdnNCt/abstract/?lang=pt#>
- Faria, R. M. de. (2020). A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 25(11)*, 4521–4530. <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/#>
- Maroja, M. C. S., Fernandes, M. N. de F., & Almeida Júnior, J. J. de. (2020). Integralidade na formação: compreensão de orientadores e da equipe multiprofissional. *Revista do NUFEN, 12(3)*, 176-197. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.n.º03artigo80>
- Miranda, A. A., & Escóssia, L. d. (2018). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar: análise de experiência em um Hospital Universitário. *Fractal: Revista de Psicologia, 30(3)*, 322–329. <https://www.scielo.br/j/fractal/a/CrjhqdNRgHByXX7Qd3Cpf9z/#>
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis, 21(1)*, 200–209. <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhg9LSW6n84d/abstract/?lang=pt#>

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE:

EXPERIÊNCIA PARA OS RESIDENTES EM ATENÇÃO BÁSICA

Ana Luísa Pereira Carvalho, Arielle Rodrigues Maringolo, Clara Mendes Medeiros, David Viegas Rodrigues, Lucileide dos Santos de Melo, Nathália Souza Martins, Pedro Custódio Botelho (residentes); Andressa Castro Bernardo Gomes, Beatriz Schmidt da Rocha, Isis Waleska Santana Rodrigues Porto, Luiza Alessandra Pessoa, Rosane Veiga Lopes (preceptoras)

Introdução

Quando se fala em território, a ideia mais comum é a de um espaço geográfico delimitado por divisões administrativas. Entretanto, o território não se restringe às fronteiras entre diferentes estados ou países, é caracterizado pela concepção de posse, de domínio e de poder, correspondendo ao espaço geográfico socializado (Colussi; Pereira, 2016). O processo de territorialização, segundo Gondim e Monken (2009), pode ser definido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais, sendo caracterizado como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura.

A territorialização em saúde pode ser definida como o processo de reconhecimento do território, caracterizando-se como uma ferramenta utilizada pela Atenção Básica (AB). É de grande importância conhecer o território, saber das condições de vida e da situação de saúde da população que o compõe, assim como o acesso dessa população às ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de ações de saúde voltadas à realidade cotidiana dessas pessoas (Colussi; Pereira, 2016).

Ao analisarmos os documentos oficiais que compõem a organização dos serviços da Atenção Básica, destaca-se, desde a edição da primeira Política Nacional de Atenção Básica, como uma das atribuições comuns a todos os profissionais sua participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes, com a finalidade de identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (Brasil, 2006; 2011; 2017; Pinto, 2018; Barbosa, 2022).

No Distrito Federal, a AB foi estabelecida na Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, instituindo a Política de Atenção Primária à Saúde, onde recomenda-se que as UBS tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, com população adscrita por equipe de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 habitantes, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da AB (Distrito Federal, 2017). A Estratégia Saúde da Família (ESF), busca cumprir os princípios da AB e aqueles definidos por Starfield (2002) como cuidados primários, de forma a ser aos requisitos de primeiro contato da população com as ações e os serviços em saúde, integralidade, longitudinalidade e função de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. A implantação dessa estratégia no Distrito Federal (DF) ocorreu em 2017. As equipes da ESF, funcionando adequadamente, devem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde, sem deslocamento da comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Santos; Rigotto, 2010).

Para o cumprimento da função coordenadora do cuidado, os indicadores em saúde são essenciais. Os indicadores são calculados a partir dos dados registrados no Sistema de Informação em Saúde para

Atenção Básica (SISAB), sendo monitorados a cada quadrimestre. O valor do incentivo financeiro a pagar por desempenho é definido pelo Indicador Sintético Final e não pelos indicadores individualizados. Aplica-se às transferências de quatro meses resultantes da medição. Cada indicador possui um parâmetro que representa o desempenho da meta a ser alcançada. As metas, por sua vez, representam os referenciais pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e são consideradas o ponto de partida para medir a qualidade da AB. Os numeradores dos sete indicadores são constituídos, em sua maior parte, pelo número de pessoas acompanhadas e advêm da produção das equipes de cada municipalidade. Para cada indicador são considerados critérios de atendimento quanto ao estado de saúde, desempenho e/ou vacinação avaliados até a data do quadrimestre analisado para não prejudicar municípios com capacidade reduzida ou condições desfavoráveis.

O presente manuscrito tem como objetivo mostrar o processo de territorialização da Unidade Básica de Saúde (UBS) n.º 02 do Guará II, localizado no Distrito Federal (DF) realizada por residentes de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2023.

Método

Trata-se de uma sistematização de experiência, com o objetivo de evidenciar o processo de diagnóstico do território da UBS n.º 02 do Guará II, localizado no Distrito Federal (DF), para conhecer a população adscrita e como essa população se organiza dentro desse território. A construção da territorialização foi conduzida por meio do método da observação participante Queiroz *et al.* (2007). Esta abordagem permite a imersão no contexto, vivenciando de forma ativa as dinâmicas territoriais e as interações entre os diversos profissionais de saúde e os pacientes

(Mussi, 2021). A participação ativa presente neste método possibilita adquirir uma compreensão mais profunda das complexas relações que influenciam a eficácia dos serviços de saúde. O período de elaboração e coleta de informações da experiência ocorreu entre os meses de março a junho de 2023. Quanto ao perfil sociodemográfico dos habitantes do território, foram considerados os dados do InfoSaúde e a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios de 2021. Além disso, relatos de profissionais atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de outros funcionários que compõem o quadro da UBS n.º 02 do Guará II, com o intuito de contemplar suas percepções acerca da população do território.

A construção de Brasília e suas territorialidades

Na época do Brasil colônia já havia a ideia de levar a capital do país para a região central para evitar ataques pelo mar. A possibilidade começou a ganhar força no Império quando em 1823, José Bonifácio de Andrade e Silva, conhecido como “Patrono da Independência”, reforçou a proposta de levar a capital para o interior e sugeriu o nome de “Brasília”. Em 1883, o sacerdote católico Dom Bosco sonhou que entre os graus de 15 e 20 havia uma enseada bastante longa e bastante larga, que partia de um ponto onde se formava um lago, que seria uma terra prometida, de onde jorraria leite e mel e seria de uma riqueza inconcebível (Distrito Federal, 2020). A Constituição de 1891 determinava a transferência da capital para o Planalto Central e um grupo de cientistas foi enviado para explorar o Planalto Central e demarcar a área. A expedição ficou conhecida como “Missão Cruls”⁴. Além disso, na comemoração do centenário da Independência, em 7 de setembro de 1922, o presidente Epitácio Pessoa, fez assentar a pedra fundamental da futura capital do país, a 10 km de Planaltina. Em 1956, com a eleição de Juscelino Kubitschek, a construção

⁴ A Comissão Exploradora do Planalto Central, liderada Louis Ferdinand Cruls, geógrafo belga, ficou conhecida como Missão Cruls. O estudo, em dois relatórios, demarcava uma área de aproximadamente 14.400 Km², considerada adequada para instalar a capital no centro geográfico do território, conhecida como “Quadrilátero Cruls”. (Pontual, 2020)

da capital começa a se tornar realidade. Em setembro do mesmo ano, foi sancionada a lei que criou a Companhia Urbanizadora da Nova Capital (Novacap) e deu o nome de Brasília à capital. As obras começaram em outubro. Conforme a construção de Brasília seguia em frente, foram surgindo pequenos acampamentos ao redor do Plano Piloto para abrigar os trabalhadores que vieram para construir a nova capital. Tais agrupamentos mais tarde se tornaram as cidades satélites que compõem o Distrito Federal (Distrito Federal, 2020). A capital federal foi inaugurada em 21 de abril de 1960.

Em 1967, Brasília, cidade jovem, já sofria com o problema da falta de moradia para os funcionários públicos, foi então que um grupo de funcionários da Novacap, comandados pelo engenheiro Rogério de Freitas Cunha, resolveu construir suas próprias casas em regime de mutirão ocupando um local próximo ao Córrego Guará, distante 11 km do Plano Piloto. O projeto arquitetônico foi feito pela Sociedade de Interesse Habitacional (SHIS) e o material para construção foi dado pelo Governo do Distrito Federal (Amador, 2019). Segundo relata Amador (2019), no dia 21 de abril de 1969 foi inaugurado o primeiro trecho com 800 casas, chamado de Setor Residencial de Indústria e Abastecimento (SRIA). Após cada rua ser finalizada, um sorteio era feito no chapéu de palha de Rogério Cunha⁵, que definia qual família ocuparia as residências. A primeira quadra concluída foi a Quadra Interna 05 no Guará I. Ainda conforme expõe o autor, a inauguração oficial da cidade aconteceu no dia 05 de maio de 1969, sendo batizada de Guará, Região Administrativa X⁶, que homenageia o córrego que a atravessava. O núcleo inicial do Guará contava com mais de 6 mil casas ocupando uma área de 2,9 km². Em 1971, houve uma ampliação e a cidade passou a ter 8,1 km². As mudanças continuavam acontecendo na região e no dia 02 de março de 1972 foi

⁵ Rogério de Freitas Cunha era engenheiro, presidente da NOVACAP e foi responsável pela implementação do Guará.

⁶ O Distrito Federal contempla a cidade de Brasília, capital federal, que está no Plano Piloto (contemplando o Lago Sul e Lago Norte). São 35 Regiões Administrativas, a numeração vai do I ao XXXV.

inaugurada uma nova etapa, o Guará II, dessa vez para funcionários públicos federais que chegavam em Brasília. Em 1983, foi inaugurada a Feira Permanente do Guará, que já existia informalmente desde 1969. Em 1984, foi inaugurado o Setor de Oficinas do Guará, com o objetivo de reunir em um só lugar as oficinas que funcionavam nas residências (Amador, 2019).

Ao se analisar os dados coletados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021, realizado pela Companhia de Planejamento (CODEPLAN)  possível perceber que o Guará  uma das regiões administrativas com maior renda per capita do DF e continua se expandindo com novos e modernos condomínios verticais. O Guará se localiza na porção central do DF (CODEPLAN, 2021), tendo como limites, ao Norte, as Regiões Administrativas XXV (SCIA) e XXIX (SAI), ao Sul, a Região Administrativa VII (Núcleo Bandeirante), ao Leste, as Regiões Administrativas I (Brasília) e XIX (Candangolândia) e, a Oeste, as Regiões Administrativas XXX (Vicente Pires), XX (guas Claras) e XXIV (Park Way). Os dados da PDAD 2021 apontam que o sexo feminino corresponde a 58% da população adscrita à UBS em causa. Já a faixa etária da população está entre 40 e 44 anos de idade. A raça/cor da população é formada por 48,78% de brancos, 40,70% de pardos e por 6,28% de pretos. Em relação à escolaridade, 36% da população tem ensino superior, 26% têm ensino médio e 19% ensino fundamental.

Segundo relato dos vigilantes que trabalham na UBS n. 02 do Guará II, esta foi inaugurada em 28 de abril de 1978, sendo chamada de Centro de Saúde e funcionava em um modelo de saúde bem diferente do que é adotado hoje em dia. Na época, o local foi inaugurado com atendimento em especialidades médicas de clínica geral, ginecologia e pediatria, em odontologia e em enfermagem. A organização dos atendimentos era feita por senhas de acordo com a quantidade de vagas do dia, os agentes de portaria eram responsáveis pela distribuição e organização da fila. Estes

atendimentos eram pautados pelo paradigma biomédico, buscando-se resolver o problema de saúde naquele momento imediato. Não sendo possível, o paciente era referenciado para o Hospital Regional da Asa Norte ou Hospital Regional do Guará. Questões administrativas como agendamentos, marcação de consultas e exames eram solucionadas pela Divisão de Documentação e Informática (DDI), hoje conhecida como Setor de Regulação. Hoje em dia, no subsolo da UBS tem o Laboratório Central (Lacen) e o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas (CAPSad). Em 2004, a Fundação Zerbini, em parceria com o Governo do Distrito Federal, instituiu um projeto piloto de um CAPS no Guará, com o decorrer do tempo a Fundação se dissociou do projeto e o Governo do Distrito Federal deu continuidade.

Apresentando o território do Guará e seus agentes

As Unidades Básicas de Saúde são estabelecimentos que atuam como porta de entrada para a atenção  saúde. O atendimento  voltado para as pessoas que moram ou trabalham na área onde ela está localizada. Nos casos da população atendida na UBS n. 02 do Guará II a rede especializada de apoio inclui: o Hospital Regional do Guará – HRGu; o Hospital Materno Infantil (HMIB), onde funciona também o Centro de Especialidades para a Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV; Centro de Atenção Psicossocial – lcool e Drogas (CAPSad); o laboratório de análises clínicas localizado na UBS n. 02 do Guará II e atende a toda a Região Centro-Sul de Saúde; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a 4 Delegacia de Polícia Civil. Ressalta-se que para garantir a cobertura de todo o território que compreende a abrangência da UBS n. 02 do Guará II as equipes de saúde da família (eSF) foram divididas em cores, dentre elas Laranja (eSF 01), Azul (eSF 02), Rosa (eSF 03), Lilás (eSF 04), Verde (eSF 05), Vermelha (eSF 06) e amarela (eSF 07).

Com relação ao perfil epidemiológico da população adscrita, constata-se que 62% das mulheres e 72% dos homens idosos apresentam casos de diabetes. Em relação à distribuição de hipertensos, os idosos de ambos os sexos correspondem a mais de 60% dos casos. Os casos de obesidade no sexo feminino são predominantes nas faixas etárias de adultos de 20 a 59 anos (73%) e de idosas de 60 anos ou mais (21%), sendo que no sexo masculino a predominância também ocorre nas mesmas faixas etária. O sobrepeso é maior entre os meninos de 0 a 10 anos, e de 11 a 19 anos quando comparados às mulheres.

Quanto aos casos de acidente vascular cerebral (AVC) independente do sexo, os idosos são a faixa etária que mais sofreu, correspondendo a mais de 70% dos casos notificados. Em relação aos casos de dengue, independente do sexo, os adultos de 20 a 59 anos são a faixa etária que mais sofreu casos de dengue entre 2022 e início de abril de 2023, correspondendo a mais de 60% dos casos notificados no sexo feminino e 60% dos casos no sexo masculino. Por último, ocorreram 4 casos de hanseníase no sexo feminino na faixa etária de 20 e 59 anos, e 1 caso entre 0 e 10 anos e 60 anos ou mais. Já no sexo masculino ocorreu 3 casos entre as faixas etárias de 20 e 59 anos, e com 60 anos ou mais, e 1 caso entre adolescentes de 11 e 19 anos. Dentre os procedimentos mais realizados na unidade em causa está a coleta de citopatológico do colo uterino, correspondendo a 41,74% dos procedimentos realizados em 2022. Em seguida, a administração de vitamina A (14,20%) e entre os procedimentos menos realizados estão a cauterização química e a cauterização vesical de alvo, ambas correspondendo a 0,23% dos procedimentos realizados no ano de 2022.

Ao longo da construção deste trabalho, foram percebidas características relevantes sobre equipes e serviços específicos da unidade. Em entrevista com a ACS da eSF Rosa (SOF Sul, QI 23 e QE 24), por exemplo, foi constatado que o perfil de renda das quadras de sua abrangência é em média de 3 salários-mínimos, já a escolaridade da QE

24 é de nível fundamental incompleto e a da QI 23 é a de nível superior completo. Ambas têm duas redes de apoio, a Igreja Filadélfia e a Escola Classe 06 que auxiliaram durante a pandemia. A QI 23 é caracterizada por uma população com renda acima de 4 salários-mínimos, por esse motivo 90% da comunidade possui plano de saúde, demonstrando resistência no cadastramento com a ACS. A QE 24 se configura como uma região tranquila com uma população de idosos aposentados, onde muitos dos filhos retornaram à casa dos pais no começo da pandemia de covid-19. Saneamento básico e energia são devidamente distribuídos e acessíveis à população, não sendo um problema local. O acesso a alimentos é uniforme e concreto, pois ambos possuem renda própria e conseguem se manter.

Nesses dois meses trabalhando na unidade como residentes, por mais que os dados demográficos nos mostram que a população do Guará é composta por adultos jovens de média de idade de 36 anos. No dia a dia foi possível perceber que as pessoas que mais procuram o posto de saúde são adultos com idade entre 50 e 70 anos de idade, nos levando a crer que essa é a característica da população. Corroborando com essa percepção, dados do PDAD 2018 mostram que a população idosa do DF aumentou de 7,7% em 2010, para 10,5% em 2018. Os idosos têm um histórico de comprometimento emocional e físico muito grande. Em sua grande maioria, são mulheres que cuidam do marido, filhos, netos e outros que estão doentes ou incapacitados e, nesse processo de cuidar, acabam esquecendo de si, o que leva ao adoecimento (World Health Organization, 2005). Esse é um dos pontos de vulnerabilidade encontrado na área de abrangência da UBS e precisa ser levado em consideração pelas equipes de saúde da família (eSF) e equipes multiprofissionais de suporte (e-Multi).

O fato de o Guará estar entre as RA com maior renda per capita do DF nos leva erroneamente a pensar que na região não haveria riscos e vulnerabilidade social. Na área de abrangência da UBS, temos a região

da Colônia Agrícola de Águas Claras (CAAC), setor de chácaras de responsabilidade da eSF Lilás. Essa área fica localizada logo após a Avenida Contorno do Guará, na região da Área Especial n.º 02, bem abaixo da linha férrea. Os profissionais da equipe dessa região relataram que é uma população na faixa etária de 40 a 50 anos de idade, de baixa escolaridade e renda mista. A comunidade desta região, tem pouco poder aquisitivo, dependem de ajuda das instituições que, com muita dificuldade, ajudam com alimentos, roupas e acolhimento. Salientaram a presença do tráfico de drogas no local, tornando-a uma área de periculosidade. Foi destacado também o grande número de casos que envolvem violência familiar, causando desestabilidade nas relações.

Quanto às vivências relacionadas à farmácia, pôde-se perceber que a população que pega os medicamentos na UBS n.º 02 do Guará II não costuma requerer o profissional farmacêutico. Acredita-se que muitas delas não o enxergam como um profissional para além da dispensação. Ademais, foi possível perceber que a população costuma ir à farmácia da unidade a procura de medicamentos que fazem parte do componente especializado que só são entregues pelas Farmácias de Alto Custo. Não foi possível inferir se isso se dá pela falta de instrução do profissional prescritor ou por uma possível dificuldade de entendimento por parte dos pacientes. A maior parte da população atendida pela farmácia da UBS n.º 02 do Guará II é aquela que faz tratamento de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, hipotireoidismo etc.) e psíquicas (depressão, ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia e outras psicoses). Além desse público, é costumeiro atender os pacientes advindos do CAPSad que é localizado no subsolo da unidade.

Conclusão

Realizar esse processo de conhecer/reconhecer o território, saber como a vida acontece nesse local e organizar a atenção a partir das

necessidades do território não tem sido uma tarefa fácil. É ainda mais difícil por ser uma UBS que ainda precisa se distanciar do modelo biomédico, caracterizado por ser um modelo individualista, curativo, centralizado na figura do médico especialista e que fragmenta o atendimento. Porém, se vê que a nova gerência da unidade está tentando adequar a realidade à Estratégia Saúde da Família. As primeiras impressões sobre o território eram de um território rico em infraestrutura, com uma população com boa qualidade de vida devido aos parques e a organização da cidade.

Em conversa com os servidores da UBS e durante as visitas domiciliares, vimos que dentro desse território existem fragilidades que precisam ser consideradas nas ações de saúde propostas pelo serviço. É necessário conscientizar a população sobre a importância do trabalho da unidade, que vai para além da aplicação de vacinas segundo o imaginário da classe média que compõe o território. Além disso, é necessário olhar para as microáreas mais vulneráveis e criar ações para que seja promovido o atendimento integral desses cidadãos. Diante do exposto, vemos que é um território com grandes potenciais e podemos explorar muito mais, gerando resultados positivos relacionados à prevenção e manutenção da saúde dos pacientes assistidos nesta unidade de saúde.

Referências

- Amador, J. C. (2019). *A origem do Guará. Histórias de Brasília*. <https://historiasdebrasil.com/2019/03/16/a-origem-do-guara/>
- Barbosa, S. S. (2022). *Política nacional de atenção básica à saúde no Brasil: análise das alterações históricas com ênfase para o financiamento*. Universidade Federal de Alagoas. <https://ud10.arapiraca.ufal.br/repositorio/publicacoes/4331>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006*. Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p. 71-76. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (Revogada pela PRt GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html

- BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 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). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Colussi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). *Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica*. Florianópolis: UFSC.
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). (2021). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Guara.pdf>
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). (2021). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Guara.pdf>
- Distrito Federal. (2017). Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 15. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.htm
- Distrito Federal. (2020). *Brasília: a cidade-sonho*. <https://www.df.gov.br/historia/>.
- Gondim, G. M. M., & Monken, M. (2009). *Territorialização em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2, 392-399. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.htm>
- Mussi, R. F. de F., FLORES, F. F., ALMEIDA, C. B. de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, 17(48), 60-77. <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010/6134>
- Pinto, H. A. (2018). Análise da mudança da política nacional de atenção básica. *Saúde em Redes*, 4(2), 191-217. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796/292>
- Pontual, H. D. (2020, julho 20). *Do quadrilátero Cruls ao patrimônio histórico e cultural da humanidade. Senado Federal*. <https://www.senado.gov.br/noticias/especiais/brasil50anos/not02.asp>
- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(3), 387-406. <https://www.scielo.br/jj/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXKvNrTKp#>
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf



TERRITORIALIZAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: AÇÃO DE RESIDENTES DE ATENÇÃO BÁSICA

Evelin Rodrigues da Silva, Gustavo Ribeiro Santos Souza, Isabella Teixeira Medeiros, Kethlen Dandara Paiva Coatio, Marina Campos Nogueira da Silva, Tamires Nunes Brandão (residentes)

Introdução

A territorialização é o processo de reconhecimento dos indivíduos, grupos e entidades que se estabelecem em determinado espaço no qual constituem relações sociais que promovem a criação de conexões, identidade e interação social. Além disso, existe o método de territorialização em saúde que analisa os contextos sociais e elabora estratégias para a coleta de dados, assim, realiza-se diagnóstico, planejamento e ações sanitárias diante dos problemas localmente encontrados (Gondin; Monken, 2009). Para reconhecer um território torna-se imprescindível realizar uma revisão histórica das circunstâncias vivenciadas a fim de compreender como se deram os contextos políticos, sociais, culturais e econômicos, de modo compreender o processo de determinação social da saúde (Gondin; Monken, 2009).

O presente manuscrito foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional de residentes de Atenção Básica, lotados na Unidade Básica de Saúde n.º 03 - Gama, no Distrito Federal (DF), cujo objetivo foi realizar a territorialização da Região Administrativa II - Gama, localizada na Unidade de Planejamento Territorial Sul (UPT - Sul), tendo sido criada pela Lei n.º 49/89 e Decreto n.º 11.921/89 e inaugurada dia 12 de outubro de 1960 (CODEPLAN, 2012). Cabe destacar que sua história está intrinsecamente associada com a construção de Brasília, visto que pessoas

que vieram dos diversos estados brasileiros para trabalhar na edificação da nova capital residiam e permaneceram nesta região (CODEPLAN, 2019).

Metodologia

Para construção da territorialização, realizou-se uma articulação específica da equipe de residentes multiprofissionais. Definiu-se a coleta de dados entre os meses de abril e junho de 2023, bem como diversas visitas ao território da UBS com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), envolvendo a visitação dos pontos históricos, culturais e sociais. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram: entrevistas com a população adscrita e com os servidores da UBS, observações no território, consulta a planilhas, relatórios e manuais da unidade de saúde, busca pelos sistemas de informação e bases de dados.

Os residentes portavam um diário de campo para tomarem nota de toda informação relevante para o processo de territorialização. Para finalizar essa experiência, o resultado final foi apresentado em seminário na Residência Multiprofissional em Atenção Básica, ressaltando as potencialidades e problemas locais.

Território

O processo de ocupação das terras onde hoje se localiza o Gama, tem início antes mesmo do Brasil colonial. Segundo pesquisas e estudos arqueológicos realizados pelo professor Eurico Teófilo Miller, foram encontrados sítios arqueológicos indígenas na região da Ponte Alta. De forma que os primeiros habitantes nessa região foram indígenas, depois ocupada pelos bandeirantes e, já na primeira República, indicada como território a capital federal pela Missão Cruls⁷ (Costa, 2011). Para

⁷ A ocupação habitacional proveniente do presidente Floriano Peixoto foi resultado da Comissão Exploradora do Planalto Central, chefiada pelo geógrafo Louis Ferdinand Cruls, que demarcou um território considerado adequado para a capital, conhecido como “Quadrilátero Cruls”, formado por uma área que incluía as lagoas de Formosa, Feia e Mestre d’Armas. (PONTUAL, 2020)

descrever a área e a população que compõe a Região Administrativa II é importante entender a origem das RA do DF, pois traz uma série de elementos históricos que traçam seu perfil e justificam o perfil da qualidade de vida de seus habitantes. O processo de expansão desordenada durante o período da construção de Brasília levou o governo a criar núcleos urbanos nas periferias, as chamadas “cidades satélites”, atualmente Regiões Administrativas (Maniçoba, 2019). Diante do caráter não planejado de tais núcleos, essas cidades criadas ao entorno do DF apresentam problemas que persistem e justificam as limitações atuais como falta de infraestrutura e de serviços, inclusive de delimitação dos limites geográficos das atuais (Maniçoba, 2019).

Se faz importante destacar que o território que abrange a UBS 3 do Gama fica localizado no Setor Leste, composto por zona urbana e zona rural, sendo está formada por 2 colônias agrícolas (Córrego Crispim e Alagado da Suzana). O Gama corresponde a uma área de aproximadamente 27.605,34 hectares (CODEPLAN, 2021), divididos em nove sub-regiões, sendo: Setor Norte; Setor Leste; Setor Sul; Setor Oeste; Setor Central; Setor de Indústrias; Vila Roriz; Pró DF; e Ponte Alta Norte (CODEPLAN, 2012). No que se refere especificamente ao público atendido e cadastrado na unidade, os dados refletem bastante as informações de nível macro, refletindo de fato a realidade da Região Administrativa II como um todo, sendo em sua maioria mulheres pessoas autodeclaradas pretas e/ou pardas. Nesse sentido, foi possível analisar de forma comparativa os dados, bem como fazer uma reflexão crítica sobre papéis de cuidado e público atendido nas unidades.

De acordo com a análise realizada, os dados refletem um contingente populacional feminino, sendo este maior em relação ao gênero masculino, sendo possível realizar uma reflexão crítica sobre os papéis de cuidado e a divisão social do trabalho, uma vez que a relação com o cuidado está historicamente atrelada aos papéis de gênero. Outra

reflexão possível de ser feita, abordado em algumas supervisões de preceptoria, diz respeito à faixa etária, pois observa-se uma barreira de acesso para efetivação do cuidado do público adolescente. Sendo este público alcançado principalmente nos Programas Saúde na Escola (PSE) e/ou em situações de vacinação ou gravidez na adolescência. Foi reiterada a falta de adesão desse público às atividades propostas pela UBS.

Com relação aos aparelhos sociais, que têm como finalidade o ordenamento do Estado, bem como dispor os serviços essenciais e complementares para a população, isto é, a disposição de aparelhos funcionais de Estado (órgãos) “pelos quais se diversifica o ordenamento político e administrativo do mesmo” (Soares, 1978), o Gama, para além da administração regional, dispõe de aparelhos sociais às diversas políticas públicas, atuando de forma intersectorial. São os aparelhos públicos de saúde, educação, segurança pública, assistência social, previdência social e de esporte e lazer. Estes aparelhos estão dispostos em todo o território da Região Administrativa e envolvem desde escolas de todas as modalidades de ensino às instituições de nível superior e tecnológico, os serviços de assistência social ofertados pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). A segurança pública é composta pelo Batalhão da Polícia Militar; Batalhão da Força Nacional; Delegacia de Polícia Civil; Batalhão do Corpo de Bombeiro; Penitenciária Feminina do Distrito Federal e Unidade de Internação Feminina Gama. Há, ainda, um Centro Olímpico e Paralímpico.

Dados Sanitários

A UBS 03 situa-se geograficamente no setor leste do Gama, na EQ 3/5. A unidade de saúde funciona de segunda a sexta com horário de funcionamento das 7 às 22 horas, sendo a única do Gama com extensão do horário. A população da UBS 03, estimada pelo InfoSaúde, é de cerca

de 21.595 pessoas, 55% dessa população é do sexo feminino e 45% é do sexo masculino. Observa-se que mais da metade dessa população, 67,1%, é composta por pretos e/ou pardos, corroborando com a PDAD de 2022, onde 42,8% dos habitantes se consideram pretos e/ou pardos. A outra parte desses habitantes é de brancos, pequena parcela de população amarela e indígenas.

Em relação a composição da equipe, a UBS 03 possui em sua composição geral uma equipe multiprofissional de residentes, uma equipe multiprofissional (e-Multi) de apoio às equipes de Saúde da Família (eSF), sendo essa composta por duas farmacêuticas, duas fisioterapeutas, dois nutricionistas e uma psicóloga. São seis as equipes de saúde da família, sendo essa composta por enfermeiro e médico de saúde da família e comunidade, dois técnicos em enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Essa é a composição mínima de uma ESF, segundo determina o Ministério da Saúde (MS).

Quanto aos serviços ofertados pela unidade, estão atenção e cuidados centrados na criança e no adolescente; atenção e cuidados centrados no adulto e no idoso; atenção e cuidados relacionados à saúde bucal; cuidados em saúde da mulher; procedimentos na atenção primária à saúde; vigilância em saúde e promoção da saúde. Em relação às atividades coletivas desenvolvidas estão os grupos de Hipertensão e Diabetes, de gestantes, de adolescentes, de idosos e de dor crônica, a ioga, a capoterapia (prática que combina atividade física com música e canto), as técnicas de redução do estresse e atividade física com profissional de educação física.

A estrutura física da UBS oferece para a população: gerência, farmácia, sala de vacinação, sala de curativo, acolhimento geral, laboratório, sala da e-Multi, consultórios de enfermagem e médicos, sala de reuniões destinada a atividades educativas em grupo. A estrutura física da UBS deve ser compatível com as atividades propostas pelas eSF e o trabalho realizado para a comunidade, com o dever de acolher

as demandas espontâneas dando respostas a população que é atendida e garantindo os cuidados voltados para a comunidade. Os espaços devem ser adequados para o quantitativo da população adscrita e suas especificidades. Atualmente, são computadas muitas doenças na região sul do Distrito Federal, logo buscou-se através da plataforma do InfoSaúde os dados epidemiológicos dos últimos cinco anos na região e território da UBS 03. Os atendimentos individuais para síndromes gripais (SG) e dengue formam um total de 241.867 casos, desses 216.056 foram SG e 25.811 dengue. Já aqueles que atingem a UBS 03 foram 17.780 de SG, sendo 10.346 (58,52%) referidos a mulheres e 7.334 (41,48%) aos homens. No que tange à dengue, os casos foram 2.240, dos quais 1.213 (54,15%) em mulheres e 1.027 (45,85%) em homens.

Riscos e vulnerabilidades percebidos na comunidade

Conforme visitas ao território e conversas informais com os trabalhadores da saúde foram observados alguns riscos e vulnerabilidades que expressam a diversidade social, bem como as contradições sociais, além de riscos à saúde por consequência de problemas ambientais. Os problemas sociais identificados foram: ausência de espaços culturais, esporte e lazer; ausência de bancos e caixas 24 horas; acumuladores; alto índice de gestação na adolescência; insegurança alimentar; população jovem acamada devido a violência urbana; agravos de saúde mental; barreiras com a rede de referência em saúde mental, como a ausência de psiquiatra e de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e Adulto; conflitos entre gangues rivais; violência urbana; fragilidade na rede de apoio para a população idosa; pessoas em situação de rua; prostituição e drogadição.

No que concerne, aos riscos de saúde por consequência de problemas ambientais, observa-se que em algumas localidades existem terrenos baldios, acúmulos de resíduos e carros abandonados, resultando em poluição e proliferação de pragas e/ou animais transmissores de

doenças infecciosas, além de favorecerem a criminalidade. Somando-se a isso, a zona rural (Córrego Crispim e Alagado da Suzana) não possui saneamento básico, gerando um alto índice de casos de dengue, pois por falta de abastecimento d'água a população que reside nesse local necessita construir reservatórios. Verificou-se uma certa diversidade no que tange aos riscos e vulnerabilidades sociais no território, estes problemas refletem a fragilidade de atenção do aparato estatal e que demandam intervenções intersetoriais.

Segundo as planilhas dos testes rápidos de covid-19 da UBS 03, até o dia 25 de março de 2023, foram confirmados 8.089 casos e aplicadas 73.933 vacinas, esta última consolidada de acordo com os relatórios diários da unidade, desde o início da vacinação no DF até fevereiro de 2023. Quanto aos registros e as informações coletadas referente aos dados de casos confirmados e vacinas aplicadas pela UBS, é relevante informar que podem não expressar a realidade total deste território, uma vez que ao serem consolidados a partir de relatórios manuais podem sofrer interferências nas notificações.

Conclusão

A territorialização da UBS permitiu apreender fatores sociais, ambientais e econômicos que favorecem a promoção e prevenção em saúde, bem como, ser um espaço potente para prevenção de riscos e agravos em saúde e promover a reflexão sobre a dinâmica social estabelecida. O processo de territorialização em saúde demanda esforço e tempo para que as impressões sejam apreendidas de forma integral. Além disso, foram percebidas barreiras de acesso a informações, tanto no que diz respeito a dados encontrados nos portais do SUS que não correspondem à realidade do território e da população atendida pela UBS, como também barreiras de mobilidade da equipe no processo de sair do serviço/unidade, visto que a demanda cotidiana da UBS impossibilita,

muitas vezes, os profissionais de vivenciarem o território para além dos limites físicos da unidade.

Apesar das barreiras encontradas, a residência multiprofissional torna-se um espaço importante não apenas de formação e qualificação profissional, mas um espaço, que de forma concomitante, proporciona a qualificação do serviço onde a equipe de residentes está inserida, ampliando o acesso aos serviços ofertados, bem como instigando os demais profissionais a atuarem de fato nos territórios. O processo de territorialização compreende dimensões para além da clínica, inclui fatores sócio-históricos, socioculturais, econômicos e ambientais que perpassam a construção da saúde e dos territórios.

Referências

- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2012). Distrito Federal em Síntese: Informações Socioeconômicas e Geográficas. Brasília, DF. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/S%C3%ADntese-de-Infoma%C3%A7%C3%B5es-Socioecon%C3%B4micas-e-Geogr%C3%A1ficas-2012.pdf>
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2019). Pesquisa Distrital por amostra de domicílios. Brasília, DF. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Gama.pdf>
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2022). Pesquisa Distrital por amostra de domicílios. Brasília, DF. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Gama.pdf>
- Costa, G. G. Brasília 50 Anos: a importância da cartografia na evolução urbana do Distrito Federal, 1^o. Simpósio de Cartografia Histórica, Paraty, maio de 2011. https://www.ufmg.br/rededemuseus/crch/simposio/COSTA_GRACIETE_G_2.pdf
- Gondim, G. M. M., & Monken, M. (2009). Territorialização em saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2, 392-399. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>
- Maniçoba, R. S. (2020). Criação de Regiões Administrativas no Distrito Federal e o histórico da definição de seus limites geográficos. *Revista Eletrônica: Tempo, Técnica, Território*, 10(2). <https://periodicos.unb.br/index.php/ciga/article/view/33529>
- Oliveira, M. F. de. (2011). *Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração*. Catalão: UFG, 2011. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf

Pontual, H. D. (2020, julho 20). *Do quadrilátero Cruls ao patrimônio histórico e cultural da humanidade*. Senado Federal. <https://www.senado.gov.br/noticias/especiais/brasil50anos/not02.asp>

Soares, F. L. (1978). VIII – Elementos e Aparelhos do Estado. In: *Introdução à Política I*. Lisboa: Editorial Escol. [https://www.marxists.org/portugues/luso/livros/politica/cap08.htm#:~:text=s%C3%A3o%20aparelhos%20\(funcionais\)%20do%20Estado](https://www.marxists.org/portugues/luso/livros/politica/cap08.htm#:~:text=s%C3%A3o%20aparelhos%20(funcionais)%20do%20Estado)

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AÇÕES E POSSIBILIDADES

Aline Lima Xavier, Itaynan Pires da Silva, Juarez Fayriston Coelho Sales, Laís Brito Moraes da Silva, Pedro Henrique de Souza Couto (residentes); Braulio Vieira de Sousa Borges, Karla Queiroz Raggio de Castro (preceptores)

Introdução

A territorialização como processo de trabalho da Atenção Básica no Brasil teve início nos anos 1990, com a descentralização e a criação de programas como o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Após várias mudanças e expansões, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como a principal porta de entrada nos sistemas de saúde territoriais, de acordo com Faria (2020). Cabe destacar que a proposta está alinhada com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considerando os fatores que influenciam a saúde, conforme definido por Buss (2007). De acordo com Gondin *et al.* (2008), a territorialização é compreendida como um instrumento de vigilância em saúde e uma ferramenta para delineamento de planejamento estratégico de ações em saúde. Trata-se de uma análise feita a partir da coleta sistemática de dados que abre oportunidade para identificar vulnerabilidades no território, mas, para além disso, Monken (2008), refere o processo de territorialização como uma metodologia de compreensão da produção social da saúde, relações entre os atores do território e seus respectivos usos.

A partir da necessidade implicada no processo de formação como trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizado um trabalho de territorialização junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) 3 do Paranoá Parque, no Distrito Federal (DF). Nesse processo, foi possível compreender o contexto da Região Administrativa (RA) do Paranoá, em

específico o bairro Paranoá Parque, que se revela uma região planejada em Brasília, porém marcada por desigualdades. Este bairro foi criado como um projeto habitacional para população de baixa renda e enfrenta desafios como parcelamento irregular do solo e déficit habitacional. A área apresenta diversidade socioeconômica, refletida nas condições estruturais variadas das quadras. A RA do Paranoá foi oficialmente estabelecida em 1964 (Brasil, 1964), mas, de acordo com Silva, Kunz e Costa (2020), sua administração só foi efetivamente implantada em 1989 (Brasil, 1989). A RA do Paranoá faz parte da Unidade de Planejamento Territorial Leste e abrange áreas como Paranoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Itapoã. A região enfrenta pressão devido ao parcelamento irregular do solo, caracterizando-se também pela presença de uma Reserva Particular de Patrimônio Natural, chamada Córrego Aurora, e por um déficit habitacional no Distrito Federal.

O conjunto habitacional Paranoá Parque foi o primeiro projeto construído através do programa habitacional Morar Bem, lançado em 2011 pelo Governo do Distrito Federal (GDF), destinado a famílias de baixa renda que foram classificadas por meio de pontuação de acordo com seu nível de vulnerabilidade social, além de serem consideradas outras situações de vulnerabilidade, tais como desastres, perda de imóvel, condições insalubres, entre outras (Carmo, 2022). Com cerca de 6.240 unidades habitacionais, o empreendimento conta com apartamentos de dois quartos distribuídos em vários blocos.

O governo do Distrito Federal assumiu o compromisso de implantar diversos equipamentos públicos no local, como escolas, centros de ensino (fundamental e médio), escola de educação profissional, unidades de saúde, academia da família, ampliação do Centro de Orientação Socioeducativa (COSE) e ampliação do terminal rodoviário. O projeto previa áreas comerciais e de serviço e uma Área de Desenvolvimento Econômico para pequenas indústrias (Carmo, 2022). Na

análise territorial, a população adscrita referente à UBS é multifacetada, refletindo a entrega por fases dos apartamentos com base na faixa de renda. As visitas domiciliares evidenciam contrastes marcantes, desde quadras com desgastes estruturais até áreas conservadas com sistemas de segurança. Cabe destacar que compreender as dinâmicas de saúde nesse contexto específico, oferece insights valiosos para aprimorar as estratégias de atendimento e é um processo valioso para o planejamento e implementação de ações em saúde.

Metodologia

A territorialização na UBS 3 do Paranoá Parque no DF foi realizada no primeiro semestre de 2023, sendo parte de uma atividade pedagógica de aproximação e de realização do diagnóstico situacional acerca das vicissitudes do Paranoá Parque. A vivência ocorreu entre março e junho de 2023. A coleta de dados ocorreu via Portal de Transparência da Saúde do DF e relatórios do e-SUS, mas também foi realizado um diário de campo pelos residentes durante o processo de imersão da UBS, diálogos com profissionais de saúde, líderes comunitários e a população. Esses diálogos foram realizados durante o mês de abril em turnos matutino e vespertino a depender da disponibilidade dos participantes. Os diálogos foram realizados na UBS e no território do Paranoá Parque de forma voluntária em consultório fechado e em ambiente externo da UBS. Ocorreram nos turnos matutinos e vespertinos. Nesse aspecto, o pressuposto que orientou o processo foi o da pesquisa-ação, em que os investigadores realizam uma análise situacional, refletem sobre as informações levantadas e impressões subjetivas vivenciadas e, por fim, são propostas algumas linhas de intervenção (Tripp, 2005). A amostra envolveu o território que abrange o Paranoá Parque.

Resultados e discussão

A UBS 03 do Paranoá Parque integra a Gerências de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) do Paranoá, possuindo estrutura física para comportar quatro equipes de Saúde da Família (eSF), todas dominadas por árvores nativas do cerrado (Jacarandá, Jatobá, Jequitibá, Pequi, Buriti e Ipê). No entanto, devido à organização do território prévio à construção da UBS, atualmente é constituída de seis eSF, mais três equipes de Saúde Bucal (eSB) e uma equipe multidisciplinar (e-Multi) de suporte às eSF e eSB, que presta apoio especializado, contando com apoiadores das categorias profissionais de farmácia, nutrição e serviço social. Esta UBS teve seu prédio novo inaugurado em agosto de 2021. De modo geral, a estrutura física está bastante conservada, ainda que apresente algumas deteriorações pontuais ocasionadas pelo tempo e uso. A UBS conta com uma recepção, uma farmácia, uma sala da gerência, seis salas de acolhimento das eSF, sala dos ACS, sala de vacinação, sala de medicação, sala de procedimentos, sala de curativos, três salas utilizadas pela eSB, uma sala de atendimento da e-Multi, seis consultórios, uma sala da preceptoria de residência, uma copa, um refeitório, quatro bebedouros e nove banheiros.

O exame detalhado da região do Paranoá Parque, revela uma série de desafios sociais, impactando diretamente a qualidade de vida dos habitantes. A análise incorpora diálogo com profissionais de saúde e líderes comunitários, proporcionando uma visão abrangente das complexidades territoriais. As principais categorias identificadas incluíram a insegurança, a violência, o desemprego agravado pela pandemia e as preocupações com a saúde mental devido às limitações no espaço de lazer e restrições nas ações de planejamento familiar. Destacam-se problemas como a sensação de insegurança e violência, com a presença de áreas de tráfico de drogas nas praças. A UBS 03 do Paranoá Parque desempenha um papel essencial nesse contexto. A parceria estabelecida com a delegacia local para rondas

policiais não apenas visa combater a insegurança, mas também busca aumentar a percepção de segurança pelos moradores, evidenciando a importância da atuação integrada da UBS com outros setores, conforme dialogado com líderes comunitários. Calixter (2022) defende que a presença policial individualmente não provoca o afastamento do medo do crime, é primordial um tratamento da questão social como uma ação intersetorial. Nota-se também a emergência da criação de condomínios fechados no Paranoá Parque, fato também observado por Calixter (2022), que aponta a tendência ao isolamento como uma forma de diminuição do convívio social entre as pessoas, distanciando as possibilidades de ação e mudanças coletivas efetivas.

Outro ponto crítico é a situação de desemprego, agravada pela pandemia, gerando riscos de insegurança alimentar na região, conforme identificado por Madoz (2022). Há necessidade de ações voltadas para o fortalecimento de emprego e capacitação profissional como resposta a esse cenário. Em reunião do Conselho de Planejamento Territorial Urbano do Distrito Federal (Cipriano, 2021) foi orquestrada a descentralização dos serviços, atraindo um novo fluxo de atividades para a área e, ao mesmo tempo, proporcionando oportunidades de trabalho aos moradores locais. Essa ação seria benéfica para aqueles que vivem no bairro, mas gera na população sentimento de incerteza quanto à possibilidade de adquirir um estabelecimento comercial.

Com este cenário, a saúde mental emerge como uma preocupação com o espaço de lazer limitado, desemprego e restrições nas ações de planejamento familiar, conforme elucida Vale (2022). Considerando isto, o papel da residência em saúde é fundamental no sentido de realizar uma integração ativa dentro da comunidade, desenvolvendo uma compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pela população, em especial os que dizem respeito à distribuição de renda e dificuldades encontradas na manutenção de vínculos estáveis de

trabalho. Além disso, delinear atividades internas na UBS e diálogos em rede para dirimir os efeitos dos determinantes sociais da saúde. Além disso, a readequação e redistribuição de equipes de saúde são abordadas como estratégias para enfrentar as demandas, contudo, a persistência do índice de vulnerabilidade indica a necessidade de intervenções intersetoriais mais abrangentes.

A análise do processo revela a importância da territorialização na compreensão das necessidades locais, destacando-se a necessidade de abordagens mais sensíveis e do envolvimento ativo da comunidade. Propõe-se um diálogo constante com outros setores, fortalecendo parcerias e promovendo ações de educação permanente para profissionais de saúde e demais atores envolvidos. Durante este processo, foi observada a relevância da territorialização como instrumento para identificar as vulnerabilidades e potenciais existentes na região. Compreender as peculiaridades e os desafios enfrentados pelos indivíduos e grupos dentro do território permitiu uma análise mais aprofundada das causas subjacentes aos problemas de saúde e bem-estar. Além disso, esse conhecimento possibilitou uma abordagem mais sensível e humanizada ao lidar com as questões enfrentadas pela população local.

Ao estabelecer vínculos comunitários sólidos, se reconhece o valor do envolvimento ativo dos moradores e lideranças locais. O diálogo constante, as visitas domiciliares e a participação em eventos comunitários proporcionam um maior entendimento das necessidades, expectativas e demandas da população. Essa interação direta fortaleceu a confiança mútua, permitindo iniciar um trabalho de forma mais eficiente e eficaz na promoção da saúde e no enfrentamento das vulnerabilidades identificadas. Além disso, é essencial investir na integração de abordagens multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais no cuidado e na promoção da saúde pela via do matriciamento, dispositivo que merece ser melhor aprofundado na formação para o trabalho na Atenção Básica.

No âmbito da educação, é importante desenvolver iniciativas que promovam a conscientização sobre hábitos saudáveis, prevenção de doenças e autocuidado através do Programa Saúde na Escola (Brasil, 2024). O apoio às famílias e ações voltadas para a primeira infância também se mostram cruciais para o desenvolvimento saudável das crianças e o fortalecimento dos laços familiares. De acordo com Araújo *et al.* (2024), no centro-oeste o número de estudantes beneficiados pelo programa é menor que o número de matriculados no ensino fundamental. Isto indica a importância de aprofundamento de diálogos intersetoriais que intensifiquem as ações de saúde na escola. Esta é mais uma iniciativa que vale a pena dar maior aprofundamento e estruturação a partir de diálogo com os profissionais, tendo em vista que essas atividades no atual momento estão adormecidas em função do contexto de poucas escolas de referência dentro do território. No âmbito do urbanismo, é fundamental planejar e implementar estratégias que visem a melhoria das condições de vida no território, incluindo ações de melhoria da infraestrutura de lazer, segurança e acessibilidade.

A proposta de intervenção abrange diversos setores-chave, desde a educação, com iniciativas de conscientização e apoio à primeira infância, até a assistência social, com a ampliação do acesso a serviços específicos. O urbanismo é considerado fundamental para melhorar as condições de vida, enquanto a segurança pública desempenha um papel relevante na promoção da saúde e bem-estar. Em suma, o fato é que a territorialização é uma ferramenta indispensável para identificar e abordar as vulnerabilidades territoriais, como aborda Faria (2020). Sem dúvida, são necessárias intervenções intersetoriais e participativas, visando promover a saúde integral, reduzir as desigualdades e criar um território mais saudável e cuidador para todos os habitantes do Paranoá Parque.

Conclusões

A experiência sobre territorialização em uma Unidade Básica de Saúde urbana permitiu aos residentes uma profunda reflexão sobre a compreensão das necessidades e realidades da comunidade local, pois ao mapear e analisar o território, foi possível obter uma visão abrangente das características sociais, econômicas, demográficas e de saúde da população, a fim de promover intervenções eficazes e direcionadas. Destaca-se que foi possível a compreensão parcial do território, das necessidades da população que ali reside, da unidade de saúde e do vínculo da comunidade com a UBS. Ademais, foi possível observar o comportamento das equipes e o seu empenho em se moldar diariamente para suprir as necessidades da população.

A territorialização contribui ao reconhecimento de que os desafios enfrentados pelos indivíduos e comunidades transcendem as barreiras setoriais. Ao analisar as vulnerabilidades presentes no território, torna-se evidente a necessidade de intervenções intersetoriais que envolvam diferentes áreas, como saúde, educação, assistência social, urbanismo e segurança pública. A colaboração entre essas áreas é essencial para superar as complexas questões sociais e estruturais que impactam a saúde da população, como foi levantado nos riscos do território. Com base nessas reflexões, propõe-se um diálogo estruturado e constante com outros setores da região para dirimir os efeitos das vulnerabilidades presentes no território e que os profissionais tenham horário protegido para tal. Primeiramente, é necessário fortalecer as parcerias entre os diferentes setores, estabelecendo canais de comunicação eficientes e espaços de colaboração contínua. Tal ação já é realizada por alguns profissionais da unidade em reuniões estabelecidas pela própria organização do contexto de saúde, educação e assistência social. No entanto, notou-se que a pressão por produtividade pode ocasionar uma diminuição do tempo disponível dos profissionais para colocarem em prática esses diálogos de forma mais resolutiva.

A territorialização revelou-se uma ferramenta indispensável para compreender as vulnerabilidades do território e orientar ações efetivas de intervenção. Ao estabelecer vínculos comunitários e promover ações intersetoriais, pode-se trabalhar de forma colaborativa na busca por soluções que contribuam para a redução das desigualdades e a promoção da saúde integral da população. Essa abordagem holística e participativa é fundamental para transformar o território em um espaço mais saudável, inclusivo e cuidador, garantindo o bem-estar de todos os seus habitantes.

Referências

- Araújo, D. A. (2024). Análise da adesão dos Estados Brasileiros ao programa saúde na escola. *Psicologia e Saúde em Debate*, 10(1), 1–11. <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1067>
- Brasil. (1964). Lei n.º 4.545, de 10 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4545.htm
- Brasil. (1989). Lei n.º 049, de 10 de outubro de 1989. Altera a estrutura da administração do Distrito Federal, extingue órgãos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/18122/Lei_49_25_10_1989.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024) Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Escola (PSE). <https://sisaps.saude.gov.br/pse>
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Calixter, A. L., et al. (2022). Morfologia urbana, segurança pública e a sensação de medo em Brasília, Distrito Federal. In: M. A. B. Romero, A. L. Calixter, & E. O. Teixeira (Eds.), *Desenho urbano sustentável participativo para a cidade resiliente: estratégias para políticas públicas contra violência* (pp. 60-78). Brasília: Editora Universidade de Brasília. <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/226>
- Carmo, E. A. do. (2022). *Estado e políticas de habitação: o caso de Brasília* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/44428>
- Faria, R. M. de. (2020). A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4521–4530. <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>
- Gondin, G. M. de M., et al. (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: A. C. de Miranda, et al. (Eds.). *Território, ambiente e saúde* (pp. 237-255). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. <https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/>

File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf

- Madoz, K. de A. (2022). *A carência do habitar/morar no Programa Minha Casa, Minha Vida* (Tese de doutorado, Universidade de Brasília). <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/44758>
- Monken, M., et al. (2008). O território e saúde: dimensões teóricas e conceituais. In: A. C. de Miranda, et al. (Eds.), *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritiroiro_na_saude.pdf
- Silva, G. de C., Kunz, S. A. da S., & Costa, S. R. S. (2020). Cidade invisível: mapa afetivo da Vila Paranoá e seus quintais de memórias. *Élisée - Revista de Geografia da UEG*, 9(1), e912016. <https://www.revista.ueg.br/index.php/elisee/article/view/9536/7563>
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443-466. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>
- Vale, D. V. do. (2022). *A população idosa e os novos paradigmas da mobilidade: o caso da região administrativa do Paranoá* (Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Brasília). <https://bdm.unb.br/handle/10483/32671>

(RE)CONHECENDO O TERRITÓRIO E PROMOVENDO SAÚDE: A TERRITORIALIZAÇÃO COMO MEIO

Amanda Ferreira Rocha, Josiclea Gomes da Silva, Taisa de Fatima Rodrigues
(residentes); Daniel Marcos de Sousa Santos (tutor)

Introdução

Ao considerar o projeto de base territorial do Sistema Único de saúde (SUS), faz-se necessário ressaltar que a Atenção Básica é o âmbito da atenção em saúde que, por funcionar como porta de entrada e ponto focal do sistema, orientando e coordenando o cuidado, apresenta-se vinculada ao seu território de inserção em todo o território nacional, designando para cada indivíduo, inclusive, o acesso secundário e terciário para o cuidado em saúde (Santos *et al.*, 2022). Uma questão a salientar é, portanto, a necessidade de superar as delimitações territoriais, pontuando a necessidade de vinculação e pertencimento entre população e serviços. O processo de territorialização adquire força com a implementação da proposta de Distritos Sanitários (regionalização) e com a integração dos Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), que passaram a compor o escopo das Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), gerando a Estratégica Saúde da Família (ESF), como paradigma e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como ação intercomplementar dos serviços de atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar (Faria, 2020).

De uma forma geral, a territorialização em saúde pode ser compreendida como uma importante ferramenta promovida pelas equipes de Saúde da Família (eSF), tendo em vista conhecer as

condições de vida e a situação de saúde da população, considerando a multidimensionalidade territorial. A partir dessa estratégia é possível construir ações de forma contínua e aperfeiçoada sob os problemas e as necessidades de saúde identificadas (Gondim *et al.*, 2017). Para o processo de territorialização, faz-se necessária a apropriação e conhecimento do território, a partir da perspectiva epidemiológica, sanitária, política, socioeconômica e geográfica, pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, possibilitando reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. Pode-se utilizar como meio de obtenção das informações, a cartografia do território a partir de diferentes mapas: físico, socioeconômico, sanitário e demográfico (Brasil, 2017).

O território aqui estudado está situado na região norte do Distrito Federal, recentemente oficializada como Região Administrativa (RA) Arapoanga. O contexto histórico deste território inclui em seus aspectos características ligadas com a RA de Planaltina, caracterizada como o núcleo urbano mais antigo do DF, sendo, portanto, considerado como um bairro periférico e um espaço territorial o qual as pessoas com vulnerabilidades socioeconômicas, sem moradia fixa, passaram a ocupar ou, de forma ilegítima, compraram terrenos e imóveis comercializados ilegalmente por grileiros e invasores. A ocupação do Setor Habitacional Arapoanga caracteriza-se como um lugar marcado pela insegurança e desproteção e, naquilo que tange à habitação, têm-se as carências de infraestrutura, de mobilidade, de equipamento ou de aparelhos sociais que, por sua vez, se perpetua até hoje. A região de Arapoanga é ainda conhecida entre a população pelos períodos substanciais da violência, da opressão e da ausência de liberdade de viver devido a limitação de horários estabelecida por conflitos entre organizações de pessoas em conflito com a lei e pelos recorrentes roubos e assaltos.

Essas características somente demonstram o quão necessário é um estudo que considere seu arcabouço histórico para desvendar problemáticas que interferem contemporaneamente nos aspectos de saúde e bem-estar de um povo. Portanto, o objetivo da territorialização consiste em abordar a importância do território para a Unidade Básica de Saúde de Araponga, bem como identificar especificidades do território e das microáreas da população adscrita.

Metodologia

Trata-se da territorialização da unidade básica de saúde administrada pela Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP) 09 de Planaltina no período entre abril e setembro de 2023. Foram considerados os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) e para subsidiar o processo de associação da conjuntura histórica com aspectos atuais. Foram realizados mapeamentos dentro e fora da unidade. Os mapeamentos englobam quantidade de equipes e identificação de equipes completas e incompletas; identificação de profissionais especialistas do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); identificação de aparelhos e equipamentos sociais; e identificação dos serviços de saúde ofertados na Região Administrativa.

Para além dos mapeamentos, foram realizadas visitas e entrevistas com indivíduos da comunidade e com representantes de alguns pontos territoriais. Foram realizadas visitas a aparelhos sociais e sondagem no território de todas as equipes para reconhecimento de características visuais, guiadas pelo motorista e o preceptor da própria unidade de saúde. Para a realização das entrevistas montou-se um roteiro como um instrumento facilitador. Este instrumento foi formulado em reunião com as profissionais residentes, e nele foram pontuadas perguntas a respeito

de: (A) História da pessoa como moradora do Araponga ou como atuante de um serviço; (B) Percepção geral de Arapoanga, considerando o contexto geral antes e depois de se tornar RA; (C) Organizações políticas, culturais e sociais identificadas no território; (D) Aspectos percebidos do território, como condições de trabalho, de moradia e sanitárias, relação entre Araponga e Planaltina e serviços oferecidos e disponíveis para a população; (E) Potencialidades e fragilidades do território; (F) Sugestões de melhorias.

Desenvolvimento

A unidade a qual está vinculado o programa de residência conta com nove equipes de Saúde da Família (eSF) e fica localizada na região central do perímetro urbano de Arapoanga. Compõem as eSF os profissionais descritos como equipe mínima no arcabouço da Atenção Básica (AB). Neste serviço, profissionais médicos e residentes de medicina se complementam. Das doze equipes, três encontram-se incompletas, decorrente das ausências de duas enfermeiras e de um médico de referência. Neste serviço também se conta com equipe de Saúde Bucal (eSB) e dispõe de espaço físico para organização da distribuição de medicamentos e insumos, geridos para as duas UBS administradas pela GSAP 09.

No que se refere à equipe de suporte multiprofissional (e-Multi), que ao início do trabalho era reconhecida como NASF-AB, houve mudanças significativas em um curto espaço de tempo. Como NASF, a equipe era composta por quatro profissionais: uma farmacêutica, um fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga. No entanto, com a publicação da Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023, houve a necessidade de compor a equipe com mais profissionais para que pudesse ser constituída uma e-Multi Ampliada. Sendo assim, no mês de julho incluídos mais quatro profissionais na equipe: uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional. No total,

atualmente, a e-Multi conta com oito profissionais servidores, além de duas profissionais residentes de nutrição e psicologia.

A localização das unidades básicas de saúde em Arapoanga representam uma barreira de acesso geográfico para as populações que residem nas áreas extremas da região, uma vez que devido a distância física e a dificuldade de acesso a meios de transporte público, seja por razões financeiras ou por ausência da oferta de linhas de ônibus, há uma limitação para deslocar-se até o serviço. A realização de parcerias com escolas e com instituições filantrópicas do território para a realização de atendimentos fora da unidade é uma das estratégias que vem sendo desenvolvida para que o entrave de acesso geográfico à unidade possa ser diminuído.

A grande quantidade de equipes situadas na mesma UBS é também percebida como uma fragilidade. Há falta de consultórios para todos os profissionais, ausência de infraestrutura adequada e insuficiência de recursos para a realização de atividades coletivas. É estimado pelos profissionais da unidade que cada equipe atenda entre 6 a 8 mil pessoas, dificultando o estabelecimento de vínculo entre usuário e equipe, bem como a identificação quantitativa da população adscrita coberta pela GSAP 09. A alta densidade populacional em Arapoanga gera nas UBS muitas demandas, sobrecarregando as equipes com ações clínico-assistenciais e dificultando a realização de ações coletivas e de vigilância em saúde.

A população de Arapoanga ainda depende muito de serviços ofertados em Planaltina, Região Administrativa a qual estava vinculada até o ano anterior. Como tornou-se uma RA apenas recentemente, a Administração do território ainda está em processo de organização. Há pouca ou nenhuma oferta dentro de Arapoanga de serviços de atenção secundária e terciária à saúde, escolas de Ensino Médio, delegacias e terminais de ônibus com horários flexíveis. Há também poucos espaços públicos de lazer. Geralmente, a população precisa deslocar-se até

Planaltina para ter acesso a praças, quadras, parquinhos infantis, pistas para caminhada, ciclovias, academias de saúde, entre outros.

Atualmente, Arapoanga conta com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar ainda em formação, dois Pontos de Encontro Comunitário (PEC), uma quadra poliesportiva, uma feira livre, uma unidade de Alcoólicos Anônimos recém-inaugurada, além de igrejas, templos e outros espaços religiosos. Outros serviços da rede de atenção à saúde, como policlínicas, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), entre outros, encontram-se em outras RA da região norte do DF ou na região central, sendo necessário que o usuário se desloque até elas para ter acesso a serviços da atenção especializada. Acerca da percepção dos profissionais sobre questões de saúde mental, há uma alta demanda. Muitas delas são atribuídas a insuficiência de fatores de proteção e de preservação do acesso à saúde, principalmente relacionado a mulheres sobrecarregadas com serviços domésticos, cuidadoras, vítimas de situações de violência e ausência de atividades de lazer e espaços públicos disponíveis, dificultando a socialização entre a população. Isto é observado pelos próprios usuários, visto que muitos contam com as atividades coletivas desenvolvidas na própria UBS como forma de socializar com outras pessoas e ter um tempo de lazer.

Os aspectos socioeconômico e psicossocial da acessibilidade podem ser notados a partir do que foi apresentado anteriormente, pois são variáveis que influenciam na forma que acontece a relação usuário-serviço. Elas exprimem a diminuição da capacidade de acolhimento e resolução dos problemas, bem como a insatisfação das demandas surgidas na dinâmica do território. A vinculação à atenção básica e a confiança em seu manejo adequado do processo saúde-doença se fragilizam, sobrepondo de modo prejudicial a relação entre sociedade, determinantes contextuais e cuidado prestado. Por consequência, aumentam as possibilidades de

risco provenientes das condições desfavoráveis de saúde e a mortalidade por causas evitáveis (Organización Panamericana de Salud, 2023).

No que se refere às características da população que compõe o território de Arapoanga, estima-se que tenha uma população urbana de 47.829 pessoas, sendo majoritariamente do sexo feminino (51%) e autodeclaradas pretas (11,7%) e pardas (59,7%), com idade média de 30,2 anos (CODEPLAN, 2022). Apesar de apresentar uma população majoritariamente negra, observou-se fragilidades quanto à atuação da UBS no que diz respeito à realização de ações de saúde voltadas à população negra. Pouco é discutido dentro da unidade sobre a relação entre as características étnico-raciais da população e as demandas de saúde física e mental dos usuários.

Considerando a produção histórica, cultural e social do Brasil, perpassada pelo racismo, pela violência e pela estigmatização de pessoas negras, os processos de vulnerabilização dessa população também são identificados no setor da saúde, o que se evidencia na falta ou no muito incipiente acolhimento às suas necessidades e especificidades. Menor acesso às ações de prevenção de agravos, despreparo profissional, preconceitos verbais e atitudinais, inexistência de espaços afirmativos de comunicação, ausência de ações direcionadas à atenção integral e potencialização de hábitos e comportamentos saudáveis. A incompreensão de fatores restritivos encontrados nos serviços, são exemplos dos desafios presentes na realidade da atenção básica (Oliveira *et al.*, 2023).

Importa elucidar outra problemática que é, por sua vez, a identificação associada ao contexto de Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) na população do Arapoanga. A PDAD de 2021, informa que 46,8% da população apresenta algum grau de INSAN, sendo, neste sentido, 33,9% em insegurança leve, 6,2% em insegurança moderada e 6,7% em insegurança grave (CODEPLAN, 2022). Seja qual for a gravidade da insegurança, é preciso salientar que a fome por ter uma condição multidimensional,

envolvendo questões políticas, sociais, culturais e econômicas, gera impactos negativos por interferir na realização do respeito, da equidade e da dignidade humana (Brito; Baptista, 2021). Os problemas associados, por sua vez, surgem nos serviços de saúde, uma vez que são nestes espaços que recaem as consequências da severidade da fome, sendo muitas vezes expressas pela desnutrição, pelos sistemas alimentares não promotores de saúde e pelas práticas alimentares inadequadas, gerando problemas de saúde, muitas vezes, crônicos, tal como a obesidade (Jaime *et al.*, 2018). A unidade conta também com o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE) em conjunto com sete escolas de Arapoanga para estimular o cuidado integral da população, por meio de ações intersetoriais entre saúde e educação, e para ampliar o alcance das ações em saúde.

Conclusão

O processo de trabalho vivenciado foi ativo e repleto de condicionantes que se apresentavam a cada etapa de construção, acompanhando as oscilações do lugar físico e simbólico, que é fortemente atuante nos contextos de vida das pessoas que nele habitam. Simultaneamente, proporcionou conhecer mais profunda e realisticamente a organização da RA, da população e da UBS, permitindo ações mais condizentes e pautadas no conjunto de demandas, visões, ideias e ideais percebidos e identificados. Durante esse caminho também foi observada uma atividade de mobilização dos demais trabalhadores atuantes na unidade ao reconhecimento das questões do território e à atualização e sistematização dos dados e significados que iam se formando. Há o desejo de que esses novos entendimentos venham a gerar mudanças, que a princípio podem parecer diminutas, porém muito significativas, assim como já têm se consolidado como identidade profissional e de residentes.

As informações e reflexões produzidas demonstram a dinâmica do território vivo experienciado por meio da residência em saúde e

a importância da defesa do direito à saúde desde o ingresso da pessoa na rede de serviços; tal como a continuidade do desenvolvimento e aprimoramento desta modalidade de especialização, que promove a qualificação da assistência, a sensibilização e a mudança dos cenários e seus movimentos. Tudo isto, enfim, na direção do fortalecimento do SUS como política pública universal, integral e equânime.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria n.º 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*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brito, F. R. dos S. de S., & Baptista, T. W. de F. (2021). Sentidos e usos da fome no debate político brasileiro: recorrência e atualidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10), e00308220. <https://www.scielo.br/j/csp/a/QsKwnNkdFdDrbpBcVYGcYwz/abstract/?lang=pt#>
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2022). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios PDAD 2021: Planaltina, Arapoanga. Brasília, DF. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Arapoanga.pdf>
- Faria, R. M. de. (2020). A territorialização da Atenção Básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4521-4530. <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpSTwLfYWpRhg5z/#>
- Gondim, G. M. de M., & Monken, M. (2017). Território e territorialização. In: G. M. de M. Gondim, et al. *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade* (pp. 21-44). Rio de Janeiro: EPSJV. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26065>
- Jaime, P. C., et al. (2018). Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1829-1836. <https://www.scielo.br/j/csc/a/8qdxFgTZdX8TZKqyGZL36R/#>
- Oliveira, L. M., et al. (2023). Os desafios da assistência integral da mulher negra na atenção básica: uma questão de saúde pública. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(9), 5324-5338. <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10097>
- Organización Panamericana de Salud (OPAS). (2023). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPAS. <https://doi.org/10.37774/9789275327562>
- Santos, G. A. dos, et al. (2022). A estratégia saúde da família e territorialização: uma revisão de escopo. *Conjecturas*, 22(12), 706-717. <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1585>

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROCESSO DE TRABALHO: O RECONHECIMENTO DAS REALIDADES LOCAIS

Adenisia Teixeira Neres, Larissa Rodrigues de Moraes,
Nathália Manuelle dos Santos (residentes)

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS) os territórios são constituídos de acordo com uma dinâmica local e devem funcionar sob uma gestão descentralizada, sendo as ações estratégicas executadas mediante monitoramento, assegurando-se promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 2017). Os territórios são uma estratégia para organizar as ações de saúde coletiva e priorizar o cuidado da população, não apenas a execução das ações clássicas de saúde pública, permitindo que cada unidade de saúde possua conhecimento amplo da sua área de atuação, de modo que atenda de forma efetiva as necessidades da população e/ou grupos específicos de pessoas.

O presente manuscrito se refere à territorialização, mapeamento e diagnóstico de saúde do território de atuação das residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília, atuantes na Unidade Básica de Saúde n.º 09, de São Sebastião. As atividades em campo foram iniciadas no dia 21 de março e, desde então, foram observados os aspectos próprios do território. A partir da observação empírica, diálogos com Agentes Comunitários em Saúde (ACS) e levantamento de dados bibliográficos foi

possível constituir uma apreensão do território. Os chamados territórios, em matéria de saúde, são formados por áreas geográficas singulares com características e particularidades que se diferenciam a partir da cultura, relações e questões sociais próprias. A territorialização é uma ferramenta de planejamento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território. A territorialização permite levar em conta o impacto dos condicionantes e determinantes de saúde às pessoas e coletividades que constituem determinado espaço (Brasil, 2017).

São Sebastião é uma das regiões periféricas do Distrito Federal (DF) que revela as contradições e desigualdades do processo de urbanização da capital federal. As periferias do DF se caracterizam pela segregação socioespacial resultado do planejamento urbano seletivo, paternalista e concentrador que pode ser observado de forma escancarada no DF. (Couto; Andrade, 2022). São Sebastião ocupa uma área de 26.270,52 hectares, a população urbana é de cerca de 118.972 pessoas (CODEPLAN, 2022). O atual administrador de São Sebastião é conhecido pela alcunha “Amigo de Todos”, a Região elegeu como deputado distrital um candidato com importante papel na luta pela regularização fundiária.

Brasília, considerada a “cidade oficial” do DF é contemplada com um urbanismo bem planejado, com muitas opções de lazer e alta cobertura dos serviços de saúde, já as regiões administrativas (periféricas) contém a maior parte da população e são negligenciadas, excluídas e ignoradas nas representações da cidade oficial, possuem baixa cobertura dos serviços de assistência social e saúde, poucos espaços de lazer, legitimando desigualdades e privilégios. Alguns bairros de São Sebastião são duplamente negligenciados, pois além da segregação que ocorre entre Brasília e demais regiões do DF, ocorre uma separação entre a parte central da cidade e os bairros mais afastados, que possuem baixa cobertura dos serviços de saúde e transporte público, perpetuando a desigualdade e exclusão social.

Desenvolvimento

Conforme dados retirados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) realizada a cada 2 anos pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) no DF, a população urbana de São Sebastião é de 118.972 pessoas, sendo cerca de 51,1% do sexo de nascimento feminino e a idade média de 29 anos. No que diz respeito à raça/cor, 62,1% dos moradores se declaram pardos. Os principais motivos para o atendimento em saúde são os sintomas de dor, febre e diarreia, os pacientes procuram predominantemente os serviços da própria região de São Sebastião. Cerca de 97% dos moradores com mais de seis anos de idade declaram saber ler e escrever, 60% da população entre 4 e 24 anos relataram frequentar escola pública. Em relação a população considerada economicamente ativa (14 anos ou mais) cerca de 62% estão de fato economicamente ativas, a remuneração é de cerca de R\$ 1.829,30. A renda domiciliar estimada foi de R\$ 2.649,50, que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 1.063,10, com uma média de 3,74 moradores por domicílio (CODEPLAN, 2021).

A UBS 09 está localizada no bairro Bosque. Os bairros Bosque 1 e Vila Nova 2 compõem a área de abrangência da UBS 9, cuja Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde - GSAP é a de número 4 de São Sebastião, que faz parte da Região de Saúde Leste do Distrito Federal. A unidade possui 2 equipes de Saúde da Família (eSF) e uma equipe Multiprofissional (e-Multi) um total de 8.494 cadastros individuais (Vila Nova 2 com 4.115 e Bosque 1 com 4.379), sendo 56% do gênero feminino e 44% masculino. Em relação aos cadastros, há suspeita de subnotificação, pois a população atendida é superior ao número de cadastros, além de insistências em relação ao número de pessoas com deficiência, acamados e público LGBTQ+.

A Unidade oferta as atividades de grupos de saúde mental, de tabagismo, de alimentação saudável para adultos e de introdução alimentar

para crianças a partir de 04 meses, Circuito de exercícios funcionais, Laya Yoga, Chá da Tarde (preparação de chás e orientações sobre ervas medicinais), Terapia Comunitária para mulheres, Tai Chi Chuan e Automassagem. Também são ofertadas as seguintes Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: auriculoterapia, Shantala e Reiki. Segundo dados coletados do InfoSaúde, o maior público a frequentar a unidade tem faixa etária de 20 a 24 anos de idade, entretanto nos Grupos e nas PICS ofertadas pela Unidade a maior adesão é de pessoas com mais de 40 anos, especialmente o público feminino, geralmente mulheres donas de casa. Em relação ao nível de escolaridade, cerca de 29% têm ensino fundamental, 24% ensino médio, 8% ensino superior. A baixa escolaridade influencia diretamente na questão de trabalho e renda, trata-se de um território socialmente vulnerável. Já na autodeclaração, cerca de 66% se consideram pardos, 23% brancos, 7,3% pretos, 3% amarelos, e nenhuma pessoa se declarou indígena (Distrito Federal, 2023).

Referente à situação social do território, foi observado de forma empírica que na região central de São Sebastião há uma grande população de rua, principalmente em torno do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), no centro da Região. Fazem parte do território abrangente, 2 casas de passagem masculinas, que possuem grande rotatividade de acolhidos, o que dificulta o vínculo e o cuidado continuado. As principais demandas apresentadas pelos acolhidos para a UBS são: laudo para passe livre, acompanhamento de doenças crônicas, demandas de saúde mental e dispensação de medicamentos na farmácia.

Foi observado que a baixa ou ausência de renda é um grande fator de vulnerabilidade do território, o que influencia por completo a dinâmica dos núcleos familiares da região. Foram identificados muitos usuários em situação de extrema vulnerabilidade social, fome e miséria sendo acompanhados pelas equipes. Em visita ao território Bosque 1 juntamente com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) foi identificada

uma área de ocupação em que não há rede de esgoto, sendo utilizadas fossas sépticas. As casas são de tábua e estão localizadas próximas ao córrego e à mata da região, o ambiente é propício à disseminação de arboviroses como a dengue e são muitos os casos diagnosticados no local.

A questão da criminalidade é alta e, segundo relato da ACS da área, aumentou consideravelmente após a instalação da Casa de Passagem, cuja existência é bastante criticada pela população. Em 2010, foi criado o Domingo no Parque, com o intuito de ocupar o espaço e mostrar à população a importância da revitalização desse parque. Nesse evento tem música ao vivo, poesia e teatro. Durante a pandemia, os eventos foram interrompidos, mas foram retomados recentemente. Na Praça do Bosque existia um posto da polícia, hoje desativado, mas alvo de críticas da população já que o local é utilizado para a prática de atividades ilícitas.

O Bosque 1 possui 5 microáreas sendo apenas duas ACS, responsáveis pelas microáreas 2 e 3. Já durante a visita ao território da Vila Nova 2 foi identificado que na Rua 14 grande parte da população não possui rede de esgoto, sendo frequentes os casos de dengue e chikungunya. Na área existem famílias que estão em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica. Na Rua 26 existe uma área aberta em que os moradores jogam entulhos e lixo de forma clandestina, servindo de grande risco de contaminação do solo e transmissão de doenças, principalmente porque segundo o ACS da localidade há um número considerável de gestantes. A Região abriga ainda um prostíbulo com o qual a UBS 9 estabeleceu vínculo em uma ação de oferta de testes rápidos, vacinas e orientações.

Por fim, deve-se dizer que se encontra no território uma grande concentração de venezuelanos que foram acolhidos na Cáritas Arquidiocesana de Brasília, que possui famílias peruanas e até mesmo uma família indiana. Segundo o ACS, grande parte dos idosos mora em casas não adaptadas, o que favorece quedas e suas complicações.

Devido à falta de ACS, a equipe atual fica mais na unidade, o que impede a realização das visitas domiciliares de rotina. A Vila Nova 2 possui 5 microáreas. O correto seria 1 ACS por microárea, mas hoje são 2 ACS no todo. Em articulação com a Administração de São Sebastião, foi realizada a limpeza nos depósitos irregulares de entulho e lixo.

Conclusão

O processo de formação em serviço, que é a modalidade da residência em saúde, proporciona uma oportunidade de aprendizado única, pois coloca o profissional diante da realidade do Sistema Único de Saúde e capacita para enfrentar desafios do dia a dia do processo de trabalho. É uma troca, o residente em saúde ocupa aquele espaço e atua nas suas competências profissionais e em equipe multiprofissional enquanto recebe uma especialização profissional riquíssima.

Um dilema encontrado no serviço é a questão do papel do residente em saúde diante de alguns integrantes da equipe da Unidade: ser tratado como profissional em treinamento pós-graduado ou como estudante, como nos estágios curriculares da graduação. A intenção é que o trabalho dos residentes em saúde se perpetue para as próximas turmas, assim contribuindo para a construção de seu papel e para a configuração de um SUS melhor. Ser residente é uma tarefa árdua. Com carga horária igual à de um servidor público, mas não recebendo como um. Com carga horária superior às jornadas de tempo integral nas unidades onde atuam, ainda têm de ter tempo para estudar. Para muitos residentes esta é a primeira experiência profissional, então aprender pelo trabalho e ainda tornar-se especialista é uma oportunidade. Enquanto desenvolve habilidades em lidar com a grande demanda de pacientes, a complexidade é lidar com o acolhimento de seres humanos, não de doentes, como na internação hospitalar. Mergulhar no território, conhecer as diversas condições de vida da comunidade é um processo fundamental para se aproximar ao máximo das suas realidades e vivências.

Referências

- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). Portaria n.º 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). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Cadê Brasília. (2023). *São Sebastião recebe programação gratuita neste domingo*.
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2021). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio - PDAD. https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Sao_Sebastiao.pdf.
- Couto, G. R., & Andrade, L. M. S. de. (2022). Territórios de resistência: as ocupações culturais insurgentes nas periferias do Distrito Federal. In: *Anais do 19º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional (ENANPUR)*. Blumenau: Fundação Universidade de Blumenau (FURB). <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/45200>.
- INFOSAÚDE-DF. (2023). Cadastro Individual. <https://info.saude.df.gov.br/cadastro-individual/>

TERRITORIALIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO:

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E ATUAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Adriana de Moraes Silva, Aline de Sousa Lima, Estela Odete Garcia de Oliveira, Maria Heloísa Souza Rodrigues, Samuel Silva dos Santos (residentes)

Introdução

A territorialização pode ser entendida como o processo de reconhecimento do território, sendo vista como uma técnica de observação do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso da população às ações e aos serviços de saúde (Colussi; Pereira, 2016). No Brasil, a territorialização é uma das diretrizes previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que orienta o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). A organização territorial dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) orienta a delimitação espacial, para direcionar o cuidado no combate às doenças nas áreas e domicílios atendidos (Oliveira *et al.*, 2020).

O território representa muito mais que apenas um local físico, ele é composto por um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, além de sofrer a interferência dos aspectos históricos, sociais e ambientais, explicando o perfil das condições de saúde das comunidades, sendo importante conhecê-lo para planejar ações, intervenções e iniciativas (Oliveira *et al.*, 2020). O território aqui

abordado localiza-se na cidade de Ceilândia, Distrito Federal. A região começou a se formar no final da década de 1960, período em que o governo militar adotou a chamada “política de higienização”, que obrigou trabalhadores a desocuparem a área nobre de Brasília e a migrarem para áreas mais isoladas (Nascimento, 2019). Em 1971, Hélio Prates lançou a pedra fundamental da nova cidade, que adotou o nome Ceilândia, inspirado na sigla CEI, da Campanha de Erradicação das Invasões, e no sufixo inglês “land”, usado para “terra”, “lugar”, “morada”, “lândia” em português. Em 1989, a Lei n.º 11.921 instituiu Ceilândia como uma nova Região Administrativa do Distrito Federal (Brasília, 2019).

Após a criação de Ceilândia, a chegada constante de migrantes culminou na criação de novos setores, como o P Norte e P Sul, em 1979. Já o Setor Habitacional Sol Nascente, localizado entre estes dois setores, foi criado pela Lei Complementar n.º 785, de 14 de novembro de 2008, sendo considerado irregular até 2019, quando foi reconhecido como Região Administrativa (Brasília, 2021). A construção deste processo de territorialização e diagnóstico em saúde justificou-se pela necessidade de conhecer melhor o território adscrito pela unidade por parte dos residentes em saúde, para obter informações que ajudassem no entendimento das particularidades do território de atuação, guiando o planejamento das ações na unidade.

O objetivo do presente manuscrito é descrever o território de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS) n.º 08 de Ceilândia, abordando suas características e aspectos que interferem nas condições de saúde da população. O estudo foi realizado pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília, composto por profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Serviço Social, atuantes no Setor P Norte. Os dados foram coletados/organizados no período de abril a junho de 2023, usando os sites da CODEPLAN e InfoSaúde – DF, além das visitas e conversas no território.

O território

De acordo com dados do InfoSaúde – DF, a UBS 08 de Ceilândia possui 25.011 pessoas adscritas. Devido à falta de uma UBS no trecho 2 do Sol Nascente, a UBS também atende a essa população. Das 25.011 pessoas, 54% são do sexo feminino e 46% do sexo masculino. Em relação à raça/cor, 63,63% são pessoas pardas, 27,34% são brancas, 5,24% são amarelas, 2,75% são pretas e 0,01% indígenas. Em relação à escolaridade, a maioria das pessoas possuem apenas o ensino médio ou o ensino fundamental completo. Pessoas com ensino superior são minoria e representam apenas 7%. As condições de adoecimento mais referidas são diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, respiratórias e renais, além de alcoolismo e tabagismo.

A presença dos residentes em saúde no cenário e no território traz consigo novos olhares para demandas já existentes, possibilitando a ampliação das alternativas de resolução dos problemas. No entanto, é importante mencionar que, por vezes, os residentes enfrentam desafios, como a resistência de alguns servidores em aceitar esses novos olhares e as propostas de reinventar o cuidado, promover a prevenção e reduzir danos à saúde, entre outros. Muitos profissionais ainda entendem o conceito de saúde apenas como ausência de doença, sob uma perspectiva médico-centrada. Nesse sentido, a superação desses desafios também se torna parte do processo de formação e melhoria dos serviços de saúde.

Outro desafio observado foi a alta demanda de atendimentos da UBS. Há um alto número de demandas espontâneas e, muitas vezes, a UBS se aproxima de um atendimento ambulatorial, como aquele de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O alto número de atendimentos é consequência da ausência de serviços de saúde no Sol Nascente, o que faz com que a população procure o serviço de saúde mais próximo, que, no caso, é a UBS 08 de Ceilândia. O elevado número de atendimentos dificulta a execução de

ações de prevenção e promoção da saúde, por exemplo, pois as equipes de Saúde da família (eSF) ficam focadas em realizar ações assistenciais.

A UBS está localizada em um território diverso, o que, conseqüentemente, leva a ter demandas diversas. Por exemplo, a UBS atende o trecho 2 do Sol Nascente, parte de uma região administrativa do Distrito Federal que possui uma infraestrutura urbana precária. A população deste setor é bastante vulnerável, por não ter acesso a saneamento básico de qualidade, serviços de saúde, educação, lazer, segurança pública e assistência social. A dificuldade de acesso a estes serviços interfere diretamente no processo saúde-doença da população, levando em consideração a perspectiva ampliada de saúde. A diversidade de demandas nos leva a estar em constante processo de diálogo e trabalho interprofissional, para buscar estratégias para atender o usuário em sua integralidade.

Residências multiprofissionais em saúde e atuação nos territórios

As residências multiprofissionais em saúde desempenham um papel fundamental na formação de profissionais para o SUS. Esses programas proporcionam uma abordagem completa e interdisciplinar da prática clínica e na atenção integral à saúde. Os primeiros Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram criados no início dos anos 2000. Entretanto, é a partir de 2009 que se pode observar um aumento expressivo no número de programas. Segundo Sarmiento *et al.* (2017), de 2009 a 2015, o Ministério da Saúde aprovou 320 novos programas de residência. O aumento expressivo no número de programas de residência multiprofissional em saúde nos leva a refletir sobre a importância desse modelo de formação para o SUS. As residências multiprofissionais em saúde propõem o cuidado à saúde sob uma perspectiva integral, o que, conseqüentemente, leva a um tensionamento do modelo hegemônico biologicista, que enxerga a saúde apenas como ausência de doença.

As residências multiprofissionais em saúde são consideradas por Sarmiento *et al.* (2017) uma estratégia de Educação Interprofissional (EIP), ao propor um trabalho coletivo para além da prática multiprofissional, com várias profissões atuando e aprendendo entre si em um mesmo cenário, em constante interação, atuando coletivamente, buscando estratégias para o cuidado integral em saúde. A prática interprofissional é fundamental para o atendimento do usuário em toda a sua integralidade e complexidade.

Os programas de residência, ao defenderem uma perspectiva ampliada de saúde e uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, podem contribuir de diversas formas para a melhoria dos processos de trabalho nos serviços de saúde. No caso dos Programas de Residência em Saúde da Família, as mesmas podem contribuir para a melhoria do trabalho das equipes, agregando condições de aumento da capacidade resolutiva e para o fortalecimento de ações preconizadas na PNAB, como promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

A residência multiprofissional em saúde, por ser uma modalidade de pós-graduação caracterizada pelo ensino em serviço, em que os residentes estão em constante ação crítico-reflexiva, também pode contribuir com a reflexão dos profissionais acerca dos seus processos de trabalho. Por exemplo, na Unidade Básica de Saúde n.º 08 de Ceilândia, recorrentemente são desenvolvidas ações de Educação Permanente em Saúde, que tem como objetivo a qualificação dos servidores. Essas ações são desenvolvidas na maioria das vezes por profissionais servidores e residentes em saúde que compõem a equipe multiprofissional de suporte às equipes primárias de Saúde da Família (e-Multi), durante as reuniões de matriciamento. Estas ações educativas são feitas tendo como objetivo qualificar os profissionais sobre temas em que as eSF possuam menor domínio. Por exemplo, já foram realizadas por profissionais e residentes em saúde da e-Multi ações de Educação Permanente em Saúde sobre

direitos e benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada e a Bolsa Família, sobre o acolhimento em saúde mental e serviços existentes, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros.

As residências multiprofissionais em saúde também desempenham um papel essencial na formação de profissionais de saúde, na promoção de uma abordagem integral da saúde e no fortalecimento das eSF. Além disso, ao incentivarem a educação permanente e a colaboração interprofissional, esses programas contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Conclusão

Após este trabalho, tornou-se cada vez mais evidente a relevância intrínseca do processo de territorialização e diagnóstico em saúde. Na análise dos dados ambientais, demográficos, sociais, políticos e econômicos percebe-se a riqueza de informações que oferecem para compreender-se o perfil da população e do território, bem como suas fragilidades e potencialidades. O processo de reconhecimento territorial também possibilita a identificação dos principais fatores que interferem no processo saúde-doença da população. No caso da UBS n.º 08 de Ceilândia, a falta de infraestrutura urbana, principalmente da região administrativa do Sol Nascente, interfere diretamente no processo de adoecimento e na qualidade de vida da população, também se associando aos problemas do Setor P Norte, como a reduzida oferta de espaços de lazer e cultura.

Buscando compreender a realidade deste território, durante o processo de territorialização foram encontradas dificuldades para acessar dados relacionados ao Setor P Norte, setor em que a UBS está localizada. Os sites utilizados para a coleta de dados (Codeplan e InfoSaúde) possuem informações escassas sobre o setor específico. Em contrapartida, encontrou-se maior facilidade de acesso aos dados relacionados à região administrativa da Ceilândia em geral. Também

foram encontrados com maior facilidade dados relacionados a região do Sol Nascente, já que a Região Administrativa é amplamente abordada em estudos e documentos oficiais. Contudo, muitos registros coletados do Sol Nascente não são incorporados às estatísticas da UBS, já que a região é colocada como excedente do máximo permitido pela regulamentação de adscrição de clientela da Estratégia Saúde da Família.

Apesar das limitações, o processo de territorialização e diagnóstico em saúde possibilitou aos residentes em saúde um maior conhecimento acerca do território adscrito pela UBS n.º 08 de Ceilândia. Por consequência, possibilitou também o planejamento de ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde, de acordo com as necessidades da população, tendo em vista as singularidades encontradas no território em questão.

Referências

- Brasília, Administração Regional de Ceilândia. (2019). *História de Ceilândia*. <https://www.ceilandia.df.gov.br/2019/11/08/historia-de-ceilandia/>
- Brasília, Administração Regional de Ceilândia. (2021). *Informações da RA*. <https://ceilandia.df.gov.br/category/informacoes-da-ra/>
- Colussi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). *Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica*. Florianópolis: UFSC. https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf
- Nascimento, G. R. (2019). *Ceilândia e memórias de vida na Educação de Jovens e Adultos: a história do lugar na formação do trabalhador e da trabalhadora*. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade de Brasília. Brasília. <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/37205>
- Oliveira, M. C. C., et al. (2020). Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 13578-13588. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/17511/14214>
- Sarmiento, L. de F., et al. (2017). A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde em Debate*, 41(113), 415-424. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Dmb4cQyDZRFtNYwQLW4BRMs/?lang=pt#>

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:

REFLEXÕES SOBRE TERRITÓRIO

Maria Cristina da Silva Ribeiro, Marina Santos de Andrade, Paula Christina Torres Carvalho, Thaysa Gabrielle Silva Oliveira, Wellington Monteiro Ferreira (residentes); Bárbara Silva Gomes, Dayane Abadia Silveira, Pollyanna Santos Magalhães (preceptoras); Mayara Suelirta da Costa (tutora)

Introdução

Fundamentado num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem na Atenção Básica (AB) a presença em todo o território nacional, que funciona como porta de entrada do usuário e centro de comunicação da RAS, atuando ainda na promoção de saúde, ordenação do cuidado e coordenação das ações e serviços disponibilizados na rede (Faria, 2020; Brasil, 2017). Dito isso, a territorialização se torna um instrumento crucial para auxiliar a AB a cumprir seu papel. Com diversas definições, a territorialização pode ser entendida como um movimento histórico determinado pela expansão do modo de produção capitalista e de seus aspectos culturais (Gondin; Monken, 2008), sendo uma ferramenta utilizada pela AB naquilo que permite o diagnóstico da área de abrangência de um serviço, identificando as suas necessidades e problemas (Colussi; Pereira, 2016). As definições mostram o conceito de territorialização como muito amplo.

A territorialização em saúde é de suma importância para a AB, pois possibilita o diagnóstico cuidadoso e preciso do território com um olhar ampliado, indo além do modelo médico-centrado ao abordar os aspectos

sociais, ambientais, ocupacionais, subjetivos, históricos e culturais, possibilitando o planejamento das ações em saúde, especificamente para as necessidades identificadas. Ademais, é um instrumento de obtenção e análise de informações, usado para entender os contextos do território em todas as áreas, como econômicas, sociais, culturais, políticas e ambientais. É necessário destacar a necessidade de fazer um processo de territorialização constante, pois o território é vivo, fluido e os perfis demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político se renovam constantemente.

O território explorado no presente trabalho é aquele da Unidade Básica de Saúde (UBS) 17, de Ceilândia, uma cidade periférica do Distrito Federal, com uma população de quase meio milhão de pessoas. A UBS 17 abrange parte do P SUL, bairro da região administrativa de Ceilândia e todo o Pôr do Sol, uma região administrativa junto com Sol Nascente, que se tornou, em 2022, a maior favela do Brasil (Reis; Doyle, 2023). Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de apresentar algumas reflexões sobre o processo de territorialização em saúde realizado por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, lotados na UBS 17 de Ceilândia/DF.

O trabalho foi realizado por meio de buscas em sites de dados públicos, percepções dialogadas com os profissionais da UBS e visitas ao território, entre março e maio de 2023, por seis residentes da equipe multiprofissional, com formação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Serviço Social.

O território da UBS: reflexões a partir da territorialização em saúde

A UBS 17 de Ceilândia possui cerca de 16.360 usuários cadastrados, correspondendo ao território de parte do PSul (região localizada na Ceilândia) e todo o Pôr do Sol. Olhando pela perspectiva do acesso, por exemplo,

quanto às necessidades básicas como o saneamento, estes dois territórios possuem discrepâncias imensas que impactam diretamente na qualidade de vida da população, sendo o Pôr do Sol a segunda Região Administrativa mais vulnerável do DF (Agência Brasília, 2022). Segundo o Distrito Federal (2023), do total de usuários cadastrados, 56% são do sexo feminino, a maior parte destes usuários tem entre 20 e 24 anos de idade (1.544). Em relação à escolaridade, apenas 31% concluíram o ensino médio e 8% o superior. No que se refere à raça/cor, 56% dessas pessoas se autodeclararam pardas. Com relação à remuneração do trabalho principal, a média observada é de R\$ 1.578,78. Em 2021, 87% dos moradores do Sol Nascente/Pôr do Sol estavam empregados, mas 41,4% dos jovens de 18 a 29 anos de idade não estavam trabalhando e nem estudando (CODEPLAN, 2021).

Os equipamentos e espaços públicos do Pôr do Sol são deficitários, não havendo ambientes para lazer e esporte. Em relação a espaços escolares, atualmente conta com um centro de ensino fundamental e creche, ambas são atendidas na UBS 17. Divergente da população do P Sul, que possui 9 escolas, 3 centros de ensino fundamental, 1 centro de ensino médio, com educação especial, 1 quadra poliesportiva, e vários pontos de encontro comunitário (PEC). Nenhum dos espaços localizados no P Sul, são atendidos pela UBS 17. As Organizações Não Governamentais (ONG) são as principais ferramentas na implementação do cuidado em prol da população na região atendida pela UBS 17. A ONG Instituto Meninos do Pôr do Sol oferece aulas de baixo custo de balé, violão, karatê, bateria, capoeira, englobando crianças e jovens com idade de 05 a 20 anos.

Segundo as percepções dos residentes em saúde e dos trabalhadores da saúde sobre a comunidade atendida pela UBS 17 da Ceilândia, a parte do Pôr do Sol depara-se com dificuldades para se locomover até a UBS, pelo motivo do distanciamento a ser percorrido e por falta de condições para pagar um transporte. Quando se pensa em um contexto geral, a vulnerabilidade reflete o processo de desagregação social, dependendo de

variáveis sociais, ambientais, econômicas e culturais, entre outras. Além do mais, apresenta uma série de privações, não apenas materiais, mas também subjetivas, pois os indivíduos podem ser afetados em relação ao status de bem-estar social. Foi por causa do processo de segregação socioespacial que a 32ª Região Administrativa conhecida como Sol Nascente/Pôr do Sol foi criada. A população que reside no local não consegue usufruir de diversos direitos sociais de modo amplo.

Diante do contexto apresentado, a presença de um programa de residência em saúde dentro do território é regada de aprendizagens, contribuições e desafios. A Escola de Governo da FIOCRUZ Brasília (EGF), por meio da residência multiprofissional em atenção básica, se propõe a especializar profissionais de saúde, por meio da modalidade de formação em serviço, com conhecimentos, habilidades, competências e atitudes para desenvolverem práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde na Atenção Básica, compondo as equipes da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), na perspectiva do cuidado integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, em seus diferentes ciclos de vida, em consonância com as políticas públicas de saúde.

É necessário pensar as residências como ferramentas potencializadoras dos serviços, para além de somar mão de obra ou como apenas como estagiários. A presença dos residentes multiprofissionais em saúde, com categorias de especialidades que não atuavam anteriormente na UBS, resulta na melhoria da oferta da equipe para atender às questões de saúde dos usuários e territórios, pois, para os trabalhadores, os residentes em saúde representam apoio na prestação do cuidado por meio da troca de saberes entre diferentes categorias e especialidades, discussão de casos e tomada de decisões na prestação de cuidados de saúde. A residência é entendida como um caminho para o fortalecimento da Atenção Básica, pois amplia o conhecimento do profissional sobre o SUS e oferece um cuidado em saúde mais próximo do território. Vale

ressaltar que, à medida que os residentes em saúde vivenciam os problemas cotidianos, eles se aproximam do que se chama de aprendizagem significativa, que constitui a base da educação permanente em saúde.

Os residentes ganham experiência relacionada ao processo cotidiano de trabalho da UBS, o que se caracteriza pela complexidade, diversidade, criatividade e dinamismo, onde a produção do cuidado envolve um conjunto complexo de atividades. Os trabalhadores aderem às distribuições materiais e organizacionais acordadas nas conversas mediadas pelo trabalho, com atuação inicial em locais específicos e que produzem determinados produtos, por exemplo: salas de vacinação, balcões de recepção, acolhimento, atividades coletivas, entre outros.

Conclusão

O trabalho de territorialização permite ter uma percepção ampliada da área de abrangência dos serviços de saúde, indo além do conceito de área delimitada a ser atendida, para um conceito que abrange os contextos essenciais do ser humano. Infelizmente, limitações como o conhecimento limitado da área, as poucas visitas domiciliares e a maior exploração virtual que presencial do território, além da falta de mapa físico na UBS de referência e pouca participação das equipes de Saúde da Família para realização da territorialização, limita a percepção de um trabalho mais amplo e plural.

É notória a importância de conhecer o território junto a sua população adscrita. Com a elaboração da territorialização em saúde, se pode avaliar, refletir e observar alguns fatores, tais como: constatar as reais necessidades, vulnerabilidades, riscos e potencialidades dos territórios. Com isso, se pode contribuir na criação e fortalecimento de vínculos entre os usuários do SUS e a UBS, propiciando de forma mais assertiva a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde.

Referências

- Agência Brasília. (2022). *Vínculo estreito com a comunidade é marca da Região de Saúde Oeste*. Governo do Distrito Federal. <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2023/12/28/vinculo-estreito-com-a-comunidade-e-marca-da-regiao-de-saude-oeste/>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Colussi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). *Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica*. Florianópolis: UFSC. https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2019). Nota Técnica: Sol Nascente/Pôr do Sol: um retrato demográfico e socioeconômico. https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT_Sol_Nascente_Por_do_Sol_compactado.pdf
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2023). Info Saúde-DF. <https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/>
- Faria, R. M. de. (2020). A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4521-4530. <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/#>
- Gondim, G. M. de M., & Monken, M. (2008). Territorialização em saúde. In: Pereira, I. B., et al. (Eds.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 392–398). Rio de Janeiro: EPSJV. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/25955/Livro%20EPSJV%20008871.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Reis, A., & Doyle, L. (2023). Sol Nascente, no DF, se torna a maior favela do Brasil, segundo prévia do Censo 2022. *Globo.com*. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/03/17/sol-nascente-no-df-se-torna-a-maior-favela-do-brasil-segundo-previa-do-censo-2022.ghtml>

LISTA DE AUTORES / EXERCÍCIO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Adenisia Teixeira Neres. Nutricionista residente. adenisianeres@gmail.com

Adriana de Moraes Silva. Enfermeira residente. drianamoraes21@gmail.com

Aline de Sousa Lima. Fisioterapeuta residente. alinelima.fisioterapia@gmail.com

Aline Lima Xavier. Enfermeira, mestra em saúde coletiva, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. alinelimaxavier@gmail.com

Amanda Camargo Santos. Enfermeira residente. amanda.camargost@gmail.com

Amanda da Silva Oliveira. Enfermeira residente. amandaoliveiraso@gmail.com

Amanda Ferreira Rocha. Enfermeira residente. aferreira2@aluno.fiocruz.br

Amanda Karen Morais Damasceno. Terapeuta Ocupacional, especialista em Terapia Ocupacional na Neurologia, preceptora de núcleo da terapia ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. amanda.morais.df@gmail.com

Américo Yuiti Mori. Enfermeiro, especialista e mestre em saúde pública, tutor do núcleo de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. americomori@gmail.com

Ana Júlia Xavier Porto Praça. Enfermeira residente, especialista terapia intensiva e em saúde da família e comunidade. naju.xavier@hotmail.com

Ana Luísa Pereira Carvalho. Farmacêutica residente. alpcarvalho3@gmail.com

Andressa Castro Bernardo Gomes. Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia cardiorrespiratória e atenção ao Transtorno do Espectro Autista, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. andressacb@gmail.com

Arielle Rodrigues Maringolo. Fisioterapeuta residente, especialista em fisioterapia traumato-ortopédica e esportiva. arielle.maringolorm@gmail.com

Bárbara Silva Gomes. Enfermeira, especialista em enfermagem na atenção primária à saúde, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. barbarasilvag94@gmail.com

Beatriz Schmidt da Rocha. Psicóloga, especialista em psicodrama, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. beatrizsदारocha@gmail.com

Braulio Vieira de Sousa Borges. Enfermeiro, mestre em enfermagem, preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. braulitos89@hotmail.com

Clara Mendes Medeiros. Assistente Social residente, especialista em oncologia. cmmedeiros97@gmail.com

Daniel Marcos de Sousa Santos. Enfermeiro, especialista em saúde da família com ênfase em saúde da população do campo, tutor de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. daniel.sousa@fiocruz.br

David Viegas Rodrigues. Profissional de Educação Física residente. davidviegas97@gmail.com

Dayane Abadia Silveira. Enfermeira, especialista em saúde da família, mestranda em saúde da família, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. dayaneuftm@gmail.com

Estela Odete Garcia de Oliveira. Farmacêutica residente. estela.farma2@gmail.com

Evelin Rodrigues da Silva. Enfermeira residente. enfermeira.evelinrodrigues@gmail.com

Fernanda Dutra dos Santos. Fisioterapeuta, mestra em engenharia biomédica, preceptora do núcleo de fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. nandadut@gmail.com

Glacy Soares Vasquez. Nutricionista, especialista em nutrição clínica, preceptora do núcleo de nutrição do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. glacyfsoares87@gmail.com

Gustavo Ribeiro Santos Souza. Farmacêutico residente. farmafaci@gmail.com

Isabella Teixeira Medeiros. Assistente Social residente. isabellat.medeiros@gmail.com

Isis Waleska Santana Rodrigues Porto. Enfermeira, especialista em saúde da família, mestranda em ciências para a saúde, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. nurse.isis@gmail.com

Itaynan Pires da Silva. Enfermeira residente. itaynan70@gmail.com

João Victor Souza Ferreira. Nutricionista residente. joaovictorsouzaferreira3@gmail.com

Josiclea Gomes da Silva. Nutricionista residente. johgomes3988@gmail.com

Juarez Fayriston Coelho Sales. Enfermeiro residente. juarezfayristonc@gmail.com

Karla Queiroz Raggio de Castro. Assistente Social, especialista em serviço social, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. karla.queiroz@gmail.com

Kelly Lima dos Santos. Enfermeira residente. kellylima002@gmail.com

Kellyane Torres da Silva. Enfermeira residente. enfa.kellyane@gmail.com

Kethlen Dandara Paiva Coatio. Psicóloga residente. psicologadandaracoatio@gmail.com

Laan do Nascimento Moura. Fisioterapeuta residente, especialista em osteopatia. laanmoura@hotmail.com

Laís Brito Moraes da Silva. Psicóloga residente. laisbrito97@gmail.com

Larissa Rodrigues de Moraes. Assistente Social residente. larissamores198@gmail.com

Leticia Dias Albuquerque. Psicóloga residente. leticiadias.psi@gmail.com

Letícia Felix de Souza. Enfermeira residente, especialista em urgência e emergência. letfelix.souza@gmail.com

Letícia Menezes Rodrigues Bonifácio. Farmacêutica residente. rodriguesmleticia@gmail.com

Luana Karolyne da Silva Alencar. Fisioterapeuta residente. fisioluanaalencar@gmail.com

Lucileide dos Santos de Melo. Nutricionista residente, especialista em nutrição clínica. leidemelonutri@gmail.com

Luiza Alessandra Pessoa. Assistente Social, especialista em violência, mestra em política social, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. luizaalexandrapessoapiubelli@gmail.com

Marcos Antônio Resende da Silva. Assistente Social residente, pesquisador associado ao Núcleo de Estudos da Infância e Juventude. antonior.unb@gmail.com

Maria Cristina da Silva Ribeiro. Farmacêutica residente. kristinaribeiro26@gmail.com

Maria Heloísa Souza Rodrigues. Assistente Social residente. mariahelois2548@gmail.com

Marina Campos Nogueira da Silva. Enfermeira residente. marinacn.nog2014@gmail.com

Marina Santos de Andrade. Enfermeira residente. marinaandrade311@gmail.com.

Mayara Suelirta da Costa. Nutricionista, mestra em saúde, sociedade e endemias na Amazônia, doutoranda em saúde coletiva, tutora de campo do programa de residência multiprofissional em atenção básica. mayarasuelirtac@gmail.com

Milena Almeida da Costa de Oliveira. Psicóloga residente. milena.acoliveira@gmail.com

Nágilla de Oliveira Ribeiro Nogueira. Profissional de Educação Física residente. nagylylyn@gmail.com

Nathália Manuelle dos Santos. Enfermeira residente. enfernathaliasantos@gmail.com

Nathália Souza Martins. Enfermeira residente. nath.liass@gmail.com

Olga Soares Rocha Tosetto. Enfermeira, especialista em gestão pública, preceptora do núcleo de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. olgasoares23@gmail.com

Patrícia Nunes Barbosa Soares. Enfermeira, especialista em auditoria e em atenção básica, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. patricia.soaresnb@gmail.com

Paula Christina Torres Carvalho. Enfermeira residente. paula.carvalhoal@escs.edu.br.

Pedro Custódio Botelho. Psicólogo residente. pedro.botelhopcb@gmail.com

Pedro Henrique de Souza Couto. Farmacêutico residente. farmaceuticopedrohsc@gmail.com

Pollyanna Santos Magalhães. Enfermeira, especialista em administração hospitalar e em saúde da família, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. pollyanasmagalhaes@gmail.com.

Priscila Torres. Farmacêutica, especialista em gestão de saúde pública, preceptora do núcleo de farmácia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. priscilatorres86@gmail.com

Raquelini Merielle Campoe. Enfermeira, atuando como Auxiliar e Técnica em Enfermagem, depois como Enfermeira, ao longo de 20 anos, preceptora do núcleo de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. raqueinroll2019@gmail.com

Rebeca Galeno dos Santos. Enfermeira residente, especialista em saúde mental, álcool e outras drogas. rebecagaleno95@gmail.com

Rosane Veiga Lopes. Farmacêutica, especialista em farmacologia clínica, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. rosanegalopes@gmail.com

Samuel Silva dos Santos. Enfermeiro residente. samuelenfescs@gmail.com

Taisa de Fatima Rodrigues. Psicóloga residente. tfrodrigues@aluno.fiocruz.br

Tamires Nunes Brandão. Nutricionista residente. thammynunes35@gmail.com

Thaysa Gabrielle Silva Oliveira. Fisioterapeuta residente. abriellethaysa18@gmail.com

Vanderson Stanley de Andrade Silva. Farmacêutico residente. vandersonstanley13@gmail.com

Vanessa de Souza Nascimento. Assistente Social, especialista em Arteterapia e em Atenção ao Adolescente em uso de Drogas, preceptora do núcleo de serviço social do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. vanessa.nascimento11@gmail.com

Victor Hugo de Jesus da Silva. Profissional de Educação Física residente. victor.ed.fisica14@gmail.com

Wellington de Lima Borges. Nutricionista residente. wellington.lima.borges@gmail.com

Wellington Monteiro Ferreira. Assistente Social residente. wellingtonmonteiro69@gmail.com

Seção 3

A floração dos ipês: alimento e boniteza



Brasília, a capital do Ipê. Ipês são espécies nativas no cerrado e estão no grupo de espécies tomadas como Patrimônio Ecológico-Urbanístico do Distrito Federal. A Flor do Ipê Amarelo foi definida como a flor símbolo do Brasil, segundo decreto presidencial de 27/06/1961. A flor do Ipê é comestível, enquadrada como Planta Comestível Não Convencional. A floração dos ipês se inicia em junho e se estende até setembro. **Em fenômenos nem tão raros em Brasília, floresce e refloresce.**

ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO FEDERAL:

A PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Matheus de Sousa Cunha
Larissa Dias Pessoa
Santiago Tadielo Rossa

Introdução

A concepção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam a necessidade e a oportunidade de desenvolver abordagens e estratégias inovadoras na capacitação de profissionais da área da saúde. No contexto dos programas de residência, a abordagem multiprofissional em saúde se alinha com a defesa dos princípios e diretrizes do SUS. Isso nos capacita a explorar a previsão de criar programas de formação em saúde que sejam aptos a lidar com a diversidade e a complexidade das demandas de saúde que surgem no cotidiano (Silva, 2018). As residências multiprofissionais em saúde são uma estratégia inovadora para a formação de profissionais, fundamentadas na compreensão das complexas interações políticas e humanísticas entre ensino, serviços de saúde e comunidade. Essas residências adotam uma abordagem pedagógica centrada na problematização da realidade dos serviços de saúde, buscando alinhar-se de forma prática com a rotina dos trabalhadores. Impulsionadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), valorizam a aprendizagem no ambiente de trabalho e envolvem a colaboração de diversos atores. Nessa visão, os profissionais de saúde são considerados agentes de transformação, visando formar indivíduos críticos e reflexivos sobre seu próprio contexto (Maroja, 2020).

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF) encontra-se nesse cenário. Seu propósito reside na capacitação de profissionais para a prestação de cuidados em saúde, embasando-se nos princípios e diretrizes da Atenção Básica, específicos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), perpassando a ótica do pensamento freireano (BRASIL, 2021). Essa abordagem de formação reflete os princípios da Pedagogia da Problematização proposta por Paulo Freire, enfatizando a importância de compreender o ser humano dentro de seu contexto, destacando que os indivíduos são os principais protagonistas de seu próprio desenvolvimento. Isso é alcançado por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, suas vivências e sua realidade, resultando em uma formação mais engajada e significativa (Freire, 2005).

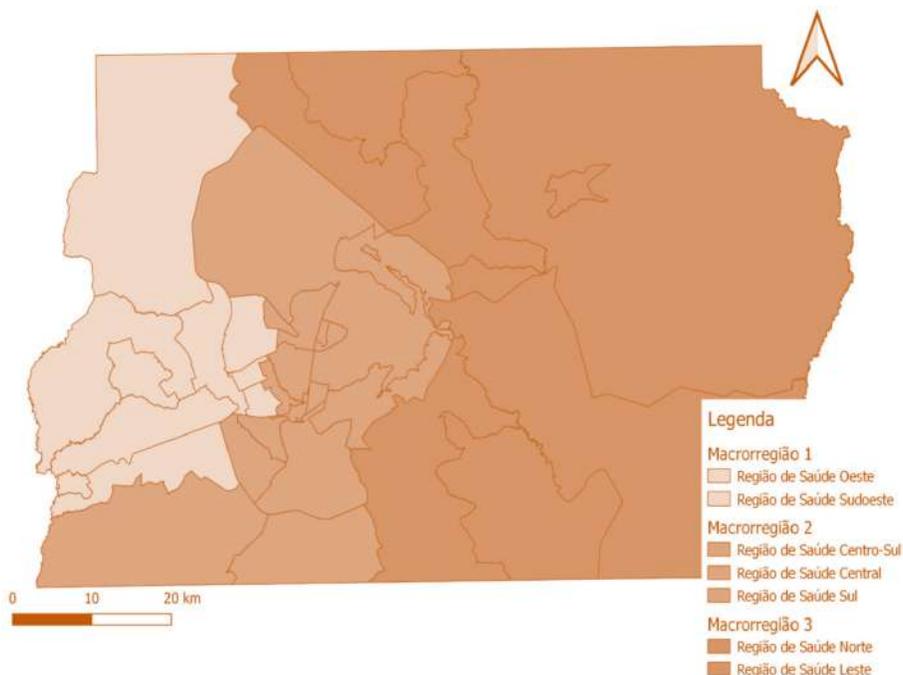
Discussões sobre a experiência

O PRMAB ocorre, em sua totalidade, nas três macrorregiões de saúde do Distrito Federal (DF). A primeira macrorregião abrange as Regiões de Saúde Oeste e Sudoeste, a segunda engloba as Regiões de Saúde Sul, Centro-Sul e Central, enquanto a terceira abrange as Regiões de Saúde Leste e Norte (**Figura 1**). Cada uma dessas Regiões de Saúde é composta por um determinado número de Regiões Administrativas (Brasil, 2023). O corpo de profissionais que compõem o PRMAB inclui representantes das seguintes categorias: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social (FIOCRUZ, 2021).

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica representa um passo fundamental na qualificação dos profissionais de saúde e na melhoria do atendimento à população. A residência, por meio de sua abordagem multiprofissional e prática supervisionada, proporciona aos residentes a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos e

habilidades nas diferentes áreas de atuação (Moura, 2023). A Atenção Básica representa um conjunto abrangente de ações de saúde que engloba cuidados individuais, familiares e coletivos. Essas ações abrangem desde a promoção e prevenção até o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Para alcançar esse compromisso, a Atenção Básica adota práticas de cuidado integrado e gestão comprometida com uma equipe multiprofissional dedicada a atender a população em um território específico, assumindo responsabilidade pela saúde dessa comunidade (FIOCRUZ, 2020).

Figura 1. Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: elaborada pelos autores (2023).

A Vigilância em Saúde é compreendida como um conjunto de ações integradas, que inclui a vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde

ambiental e em saúde do trabalhador. Essas práticas redefinem a abordagem da saúde a partir de um território delimitado, buscando intervenções eficazes para os problemas identificados na análise da situação de saúde. O objetivo é garantir a integralidade do cuidado, abrangendo tanto ações individuais quanto coletivas, de forma a promover a saúde da população (Almeida, 2018). Dentro do escopo da Vigilância em Saúde se encontra a Vigilância Epidemiológica (VE), que pode ser conceituada como um conjunto de ferramentas voltadas ao conhecimento, detecção e prevenção de mudanças nos fatores que determinam e condicionam a saúde individual e coletiva, a finalidade é recomendar e adotar medidas efetivas de prevenção e controle de doenças e agravos. Essas ações são fundamentais para promover a saúde pública, garantindo uma abordagem integral e direcionada à proteção da população contra ameaças à saúde (Brasil, 1990).

A VE desempenha um papel fundamental no SUS, sendo conduzida por meio de um conjunto de medidas que contribuem significativamente para a melhoria da saúde pública. Em termos práticos, a VE no âmbito do SUS compreende uma série de atividades, tais como o registro e investigação de casos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a análise criteriosa dos dados coletados, a divulgação de boletins informativos e a monitorização das ações em curso (Silveira, 2023). A importância da integração entre VE e Atenção Básica é fundamental para atender às necessidades de saúde da população. Essa convergência busca abordar os determinantes de saúde e promover a integralidade da atenção, envolvendo a coleta, a análise e o uso de dados para orientar medidas de saúde pública. Ações de Vigilância em Saúde são da responsabilidade dos profissionais atuantes na Atenção Básica, incluindo monitoramento da situação de saúde, detecção de eventos de saúde pública e prevenção de doenças. Essa convergência visa a promover saúde e a prevenir doenças “em território”, fortalecendo o sistema de saúde para atender às necessidades da população (FIOCRUZ, 2020).

Considerando os aspectos abordados, buscou-se evidenciar a importância da vigilância epidemiológica para a formação dos profissionais que atuam na Atenção Básica, através da apresentação de vivências dos residentes durante sua formação pelo ensino em serviço, visando uma compreensão crítico-reflexiva sobre a relevância do componente na qualificação dos profissionais de Atenção Básica. O cenário foi aquele dos residentes da Unidade Básica 01 do Recanto das Emas, no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI) da Região de Saúde Sudoeste, situado no Hospital Regional de Taguatinga, durante os meses de setembro e outubro de 2022. Sua área de atuação abrange 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas Regiões Administrativas de Samambaia, Taguatinga, Águas Claras, Recanto das Emas, Arniqueiras e Vicente Pires (**Figura 2**), onde a população estimada era de aproximadamente 833.663 habitantes (CODEPLAN, 2022).

Figura 2. Unidades Básicas de Saúde de atuação do NVEPI



Fonte: elaborado pelos autores (2023).

Durante o período de vivência, a equipe do NVEPI era composta por 22 profissionais, incluindo 12 técnicos em enfermagem, nove enfermeiros e um assistente administrativo, de acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Brasil, 2022). A inserção dos residentes no NVEPI ocorreu contínua e sistematicamente, de forma que contribuísse nos processos de trabalho, vivenciando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e implementando ações de intervenção em saúde. Para registrar e refletir sobre essas experiências, foram utilizados relatórios diários, ferramentas de autoavaliação e fotografias que documentaram momentos importantes.

O NVEPI é um serviço criado em 2016 como uma unidade orgânica de execução, funcionando de forma direta sob a supervisão da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) e em colaboração com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal, onde os residentes foram introduzidos e constituíram trajetória. O NVEPI surge em conformidade com o Decreto n.º 39.546, de 19 de dezembro de 2018, suas atribuições fundamentais envolvem a investigação de casos de doenças, agravos e eventos adversos de saúde pública de notificação compulsória nas Regiões de Saúde. O NVEPI desempenha um papel essencial no controle e erradicação de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis, principalmente por meio da implementação de programas de vacinação sistemática na população (Distrito Federal, 2018). A primeira etapa da integração dos residentes ao NVEPI começou com a recepção por parte dos servidores do Departamento, que proporcionaram informações sobre a infraestrutura e as operações do setor. Eles também apresentaram a equipe de profissionais, as atividades diárias do serviço e as principais necessidades de saúde da comunidade. À medida que as demandas do processo de trabalho do NVEPI surgiram, os residentes foram sendo incorporados.

Um relato de experiência originário do Programa de Residência Multiprofissional em Planejamento e Gestão em Saúde, da Universidade

Federal da Bahia, abordou as contribuições da Residência para a capacitação e desempenho em Vigilância Sanitária no município de Salvador. O relato destacou a residência como um ambiente formativo que proporcionou ao residente uma ampla gama de experiências ao longo do processo de aprendizagem, permitindo-lhe uma compreensão abrangente da evolução dos serviços de saúde e como eles se relacionavam com as ações de prevenção, promoção e proteção da saúde (Dantas; Souza, 2020).

Vivências na Vigilância Epidemiológica

Inicialmente, faz-se necessário resgatar algumas ponderações no que tange às competências do NVEPI, ao qual compete a qualificação epidemiológica dos seguintes **sistemas de vigilância em saúde**: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e-SUS Notifica, e-SUS Sinan, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Na VE são realizados o **monitoramento e a investigação das doenças transmissíveis e agravos de notificação compulsória** constantes na Portaria n.º 217, de 1º de março de 2023, por meio de planilhas de controle e notificações recebidas das seis Regiões Administrativas que compõem a Região de Saúde Sudoeste (Brasil, 2023).

A jornada dos residentes foi marcada por experiências profundamente gratificantes, começando pela participação em visitas técnicas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com foco na **sífilis gestacional**. Essas visitas ofereceram uma visão abrangente dos desafios enfrentados no combate a essa doença, destacando a importância de uma atuação precoce para prevenir a transmissão vertical. O contato direto com profissionais e pacientes permitiu que os residentes compreendessem a relevância do diagnóstico precoce e do acompanhamento adequado, garantindo a saúde materna e fetal. Nesse contexto, é crucial destacar a implementação de políticas públicas externas para a prevenção e

promoção da saúde, especialmente no caso da sífilis, que se tornou agravo de notificação obrigatória.

Para debelar essa doença, é essencial que as unidades de saúde estejam bem equipadas com testes rápidos, promovam o uso de preservativos para prevenir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e melhorem o acesso aos serviços de saúde, incluindo tratamento adequado. Ter um entendimento abrangente da situação da sífilis no Brasil é fundamental para orientar a educação da população e dos profissionais de saúde, aumentando os casos diagnosticados (Carneiro *et al.*, 2023). Ademais, a imersão em diferentes áreas, como a farmácia e o laboratório, proporcionou aos residentes uma abordagem holística e compreensão detalhada da dinâmica de trabalho, bem como a relevância dos insumos e procedimentos para diagnóstico e ações preventivas.

As reuniões foram uma constante na rotina dos residentes, propiciando discussões e atualizações sobre temas fundamentais relacionados à **sífilis**, tais como rastreamento, diagnóstico, notificação e tratamento. Esses encontros enriqueceram o conhecimento dos residentes sobre a doença e aprimoraram suas práticas na assistência aos pacientes. O monitoramento de doenças, em especial a investigação epidemiológica e o encerramento de notificações de dengue na Região Administrativa do Recanto das Emas, desempenhou um papel central na atuação dos residentes. Essa atividade meticulosa permitiu uma análise detalhada dos dados, fornecendo informações cruciais para a compreensão da distribuição dos casos e para a formulação de estratégias efetivas no combate a essa doença tão disseminada na região.

O acompanhamento das doenças, com ênfase especial na investigação epidemiológica e no encerramento das notificações de **dengue** na RA do Recanto das Emas, desempenhou um papel central nas atividades dos residentes. De acordo com Barreto (2008), o controle dessa doença tem sido revelado uma tarefa complexa, devido à rápida

transmissão vetorial e ao aumento dos casos graves de dengue, o que tem gerado preocupação crescente tanto na sociedade quanto nas autoridades de saúde. Essa abordagem minuciosa permitiu uma análise detalhada dos dados, forneceu informações cruciais para compreender a distribuição dos casos e desenvolver estratégias eficazes no combate a essa doença amplamente presente na região. A participação dos residentes nas reuniões do Grupo Intersetorial de Planejamento de Ações e Combate à Dengue (GEIPLAN) foi uma oportunidade estratégica para divulgar e ampliar o impacto das ações desenvolvidas no enfrentamento da dengue. A apresentação de um vídeo educativo sobre dengue, elaborado pelos residentes, desempenhou um papel relevante na conscientização da população sobre a importância da prevenção e controle dessa doença, contribuindo para o engajamento da comunidade nas ações propostas.

Outra área de atuação relevante aos residentes foi o manejo da **tuberculose** e da **toxoplasmose**. Quanto à tuberculose, pela promoção de treinamentos e capacitação dos profissionais de saúde das UBS, contribuindo para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos pacientes afetados. Quanto à toxoplasmose, a busca ativa de casos. Já o **atendimento antirrábico** e à **hanseníase** representaram atividades de grande importância comunitária. Essas ações permitiram identificar eventuais falhas no atendimento e assegurar uma assistência mais aprimorada aos pacientes afetados, reforçando o compromisso dos residentes com a saúde da comunidade.

Estudos têm evidenciado a importância da **educação permanente em saúde**, garantindo que os profissionais estejam atualizados e preparados para desafios diários. Iniciativas educacionais permitem a autoavaliação, identificação de áreas de melhoria e adoção de abordagens inovadoras. Isso melhora as práticas profissionais e beneficia os serviços de saúde e a comunidade (Ferreira, 2019).

Considerações Finais

A experiência vivenciada pelos residentes no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização na Região Sudoeste do Distrito Federal representou uma imersão profunda no universo da saúde coletiva, que teve um impacto de grande relevância em suas trajetórias profissionais. As atividades variadas e desafiadoras que desempenharam ao longo desse período forneceram um panorama abrangente da complexidade da saúde coletiva, permitindo-lhes traduzir seus conhecimentos teóricos em ações práticas. Essa vivência reforçou o papel essencial dos residentes na linha de frente do combate às doenças e na promoção da saúde da comunidade.

A capacidade em colaborar de forma interdisciplinar e interagir efetivamente com diversos setores ressaltou a importância da sinergia e da cooperação na obtenção de resultados notáveis no enfrentamento das doenças que afetam a comunidade. As visitas técnicas e as reuniões regulares representaram fontes ininterruptas de aprendizado, mantendo os residentes atualizados e aprimorando seus conhecimentos constantemente, particularmente em relação à sífilis e outras doenças infecciosas. Esse aprendizado contínuo se traduziu diretamente na assistência aos pacientes, garantindo um tratamento mais preciso e eficaz que, por sua vez, fortaleceu ainda mais o compromisso desses profissionais com a saúde coletiva. Assim, a experiência dos residentes no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização na Região Sudoeste do Distrito Federal não apenas enriqueceu suas formações, mas também favoreceu a consolidação como agentes de mudança no campo da saúde coletiva. O comprometimento, dedicação e capacidade de adaptação a situações desafiadoras são reflexo do papel crucial de contribuição na melhoria da qualidade de vida da comunidade e na promoção da saúde, através da formação ensino-serviço.

Referências

- Almeida, M. G., & Santos, L. (2018). Atenção Básica e Vigilância em Saúde: os desafios da prática no território. *Divulgação em saúde para debate*, 58, 177-184. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29836/1/Artigo%20Liliana%20Santos.%202018.pdf>
- Barreto, M., & Teixeira, M. G. (2008). Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. *Estudos Avançados*, 22(64), 53-72. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300005>
- Brasil. (1990). Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=Dispõe%20sobre%20as%20condições%20para,correspondentes%20e%20dá%20outras%20providências.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (2023). Macrorregiões e Regiões de Saúde. Brasília: CONASEMS. https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/13_macrorregioes-e-regioes-de-saude
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Brasil. Ministério da Saúde. CNES-DATASUS. (2022). Brasília. <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
- Carneiro, B. F., et al. (2023). Perfil epidemiológico dos casos de sífilis adquirida, no Brasil, no período de 2017 a 2021. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 43, p. e11823. <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/11823/7129>
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2022). Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030. Brasília. <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Estudo-Projecoes-populacionais-para-as-Regioes-Administrativas-do-Distrito-Federal-2020-2030-Resultados.pdf>
- Dantas, A. A., & Souza, M. K. B. (2020). Contribuições da residência em planejamento e gestão em saúde no âmbito distrital da vigilância sanitária. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 34. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34905/20898>
- Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. (2022). Decreto n.º 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c7d8594440ea48969cee564fafa77865/Decreto_39546_19_12_2018.html
- Ferreira, L., et al. (2019). Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão

- integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 43(120), 223-239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- Freire, P. (2005). *Education for critical consciousness*. London: Continuum. <https://abahlali.org/wp-content/uploads/2012/08/Paulo-Freire-Education-for-Critical-Consciousness-Continuum-Impacts-2005.pdf>
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (2020). Projeto político pedagógico: Escola de Governo FIOCRUZ Brasília [livro eletrônico]. Brasília: EGF-Brasília. https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/04/Projeto-Politico-Pedagogico-EGF-Brasilia_2.pdf
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (2021). Gerência Regional de Brasília. Portaria n.º 068/2021, de 23 de dezembro de 2021. Resolve Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Governo FIOCRUZ Brasília, na forma do Anexo I desta Portaria. Brasília: FIOCRUZ. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/Port.068.pdf>
- Maroja, M. C. S., Almeida Júnior, J. J. de, & Noronha, C. A. (2020). Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e180616. <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>
- Moura, C. O., et al. (2023). Educação de residentes multiprofissionais na atenção primária na covid-19. *Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 13(41), 111–124. <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/722>
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(01), 200-209. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
- Silveira, R. E., et al. (2023). O papel da vigilância epidemiológica no controle de surtos de doenças infecciosas no SUS. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(6), e12797. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/12797/7616/>

ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL:

AUTOCUIDADO APOIADO E A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Priscila de Araújo Borges
Cássia de Andrade Araújo

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reconhecido a importância de uma nova classificação das condições de saúde que considera as condições agudas e crônicas. Essa abordagem é considerada mais adequada para descrever uma ampla gama de problemas de saúde e para referenciar os sistemas de atenção, em comparação com a tradicional classificação em doenças transmissíveis e não transmissíveis (Organização Mundial da Saúde, 2003; Mendes, 2012). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) afetam mais da metade dos brasileiros adultos e são responsáveis por aproximadamente 76% das mortes no Brasil (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). As transições significativas que vivenciamos, como as mudanças nutricionais, demográficas, epidemiológicas, urbanas e sociais, têm contribuído para a alteração no perfil das causas de morte, com um aumento nas DCNT. No Brasil, cerca de 17% dessas mortes são prematuras (World Health Organization, 2020).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012), embasa-se no Chronic Care Model (CCM), desenvolvido

pelo MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, com base em extensa revisão da literatura sobre a gestão das condições crônicas. O MACC também incorpora o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR), amplamente utilizado em vários sistemas de diversos países, o qual estratifica as condições crônicas em três grupos: condições leves com grande capacidade de autocuidado e suporte social, condições moderadas em um número menor de pessoas e condições graves com pouca capacidade de autocuidado (Mendes, 2012). A Atenção Básica representa a base para o modelo de assistência e organização do sistema de saúde no Brasil, atuando como porta de entrada prioritária e capaz de realizar atendimento para todos os usuários (Giovanella *et al.*, 2012; Brasil, 2017). A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca a reorientação do modelo assistencial em saúde da Atenção Primária, garantindo a integralidade da assistência centrada na família e na comunidade (Brasil, 2002).

Devido à longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica, as condições crônicas são acompanhadas de forma adequada na ESF, estabelecendo uma relação de longo prazo entre os profissionais e os usuários. Assim, o cuidado das condições crônicas está integrado à clínica da ESF (Mendes, 2012). Uma das estratégias eficazes para o controle e vigilância dos agravos de saúde na Atenção Básica, são os grupos, que podem contribuir significativamente para melhorar a qualidade das práticas de autocuidado, prevenção de doenças e fortalecimento das relações das equipes de saúde com a comunidade, promovendo a confiança e a autonomia do usuário no cuidado de sua saúde (Ribeirão Preto, 2021; Fernandes; Souza; Rodrigues, 2019).

Por meio das ações educativas nos grupos, os usuários compartilham informações e experiências, o que possibilita melhor convivência com suas condições de vida e o desenvolvimento de estratégias para superar dificuldades (Furlan; Campos, 2010). A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) desempenha um papel essencial nesse

contexto, proporcionando a construção da autonomia e iniciativa própria para práticas alimentares saudáveis e conscientes (Brasil, 2012). A EAN é conceituada como um dispositivo de ação de vários setores e profissões, atravessando as fronteiras disciplinares, sua compreensão e aprendizado, de forma regular e permanente, visa à construção da autonomia e iniciativa própria para as práticas alimentares saudáveis, com o uso de métodos e abordagens educacionais ativas e baseados em problemas (Brasil, 2012). Um dos aspectos relevantes destacados nessa abordagem é o autocuidado apoiado, que integra um dos seis elementos fundamentais do modelo de atenção crônica. Esse conceito visa capacitar os usuários a gerenciarem sua própria saúde com responsabilidade, fornecendo apoio e recursos necessários para esse cuidado (Mendes, 2012).

A pandemia de covid-19 teve um impacto significativo nas dimensões físicas, econômicas, sociais, emocionais e culturais da população. O distanciamento social pode ter afetado a oferta de cuidados de saúde para os usuários com condições crônicas, reduzindo o acesso a esses serviços (Estrela *et al.*, 2020; Chu *et al.*, 2020). Diversas motivações e inquietações na Residência Multiprofissional em Atenção Básica fomentaram a escolha da temática da **Educação Alimentar e Nutricional** e do **Autocuidado Apoiado**, sendo a principal delas relacionada à vivência com o grupo de autocuidado apoiado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Construir caminhos possíveis, junto aos usuários, para a estabilidade clínica das condições crônicas no território, observando as particularidades da atuação do nutricionista e a efetividade em suas ações na Atenção Básica também impulsionaram a presente construção reflexiva.

Métodos

Trata-se de uma reflexão de natureza descritiva e qualitativa, na forma de relato de experiência. O período de observação ocorreu entre

agosto de 2021 e fevereiro de 2022, utilizando a ferramenta de registro “portfólio”. O referencial teórico utilizado foi o conceito de autocuidado apoiado, embasado na teoria de Mendes (2012). Essa concepção propõe ações de autocuidado que não desconsiderem a relação entre profissionais e usuários, buscando apoiar as pessoas para se tornarem agentes produtores de sua saúde, com suporte significativo para seu empoderamento nesse processo. Assim, o autocuidado apoiado envolve a produção de conhecimento e habilidades para que os indivíduos compreendam suas condições crônicas, tomem decisões sobre seu tratamento, mudem comportamentos e superem desafios.

Os estudos descritivos têm como objetivo retratar detalhadamente situações ou fenômenos, analisando correlações entre as variáveis e valorizando o contato direto com o objeto de estudo (Selltiz; Wrightsman; Cook, 1965). A abordagem qualitativa possibilita uma investigação minuciosa dos eventos e suas relações, considerando a individualidade e os significados dos participantes (GIL, 1999). O relato de experiência é uma abordagem embasada nas memórias vividas, expressas por escrito sobre diversos temas, sendo uma forma importante de compartilhar conhecimento adquirido por meio das vivências socioculturais (Córdula; Nascimento, 2018). O estudo centrou-se em um grupo de autocuidado da Unidade Básica de Saúde, representada pelo pseudônimo Roriz, localizada em uma Região Administrativa do Distrito Federal. O grupo foi iniciado em 2018, passando por uma evolução que envolve diferentes profissionais de saúde e equipes. Com a chegada da pandemia de covid-19 em março de 2020, todas as atividades coletivas foram suspensas temporariamente. Entretanto, em agosto de 2021, as atividades coletivas foram retomadas, seguindo as orientações sanitárias, e o grupo passou a ser gerenciado de forma integrada e multiprofissional pela equipe do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com a participação dos profissionais residentes. Os encontros semanais, com o público-

objetivo composto por adultos e idosos, abordavam temas relacionados à educação alimentar e nutricional, tendo como referência os manuais propostos pelo Ministério da Saúde, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2014, e o Guia Alimentar para Crianças brasileiras menores de 2 anos, publicado em 2019, com o uso da roda de conversa (Brasil, 2014; Brasil, 2019).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), lançado em 2014, veio em resposta às transformações sociais que impactaram as condições de saúde e nutrição da população, sendo este um documento oficial que aborda recomendações e princípios para uma alimentação adequada e saudável, se tornando também uma ferramenta para subsidiar políticas públicas, ações e programas que encorajam, contribuem, protegem e propiciam a saúde e a segurança alimentar e nutricional para os brasileiros (Brasil, 2014). O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, publicado em 2019, está alinhado ao GAPB, apoiando as famílias no cuidado cotidiano e trazendo subsídios para os profissionais para o desenvolvimento de ações de EAN tanto no âmbito individual quanto coletivo no Sistema Único de Saúde e demais setores de políticas públicas (Brasil, 2019).

Embora o público-alvo seja composto por adultos e idosos, foi analisado um potencial na utilização do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, pois este dispõe de informações sobre higienização, diferenças no processamento dos alimentos, orientações para cozinhar alimentos em casa, utensílios necessários, como utilizar a panela de pressão, tempo de armazenamento dos alimentos na geladeira, bem como o planejamento de compras mensal, quinzenal e semanal. Diante disso, a intervenção da residente de nutrição foi pela inclusão do material nas atividades. Os encontros com a nutricionista no grupo de autocuidado aconteceram entre os meses de agosto de 2021 a fevereiro de 2022, com um total de seis encontros. Eles abordaram temáticas de

nutrição e foram realizados semanalmente com 1 hora de duração, sempre às quintas-feiras pela manhã, em um espaço aberto e ventilado da unidade, devido à pandemia de covid-19, com uso de máscara e álcool gel 70%. O grupo era composto por pessoas acompanhadas pelo SUS com condições crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, com a participação de 3 a 10 usuários por semana, principalmente, mulheres com idades entre 50 e 70 anos e nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto.

Resultado e discussão

Os resultados foram divididos em duas seções, sendo a primeira denominada de autocuidado apoiado, empoderamento e autonomia nas escolhas alimentares e a segunda, adequação para a realidade econômica do território e pandemia da covid-19. As temáticas de nutrição que nortearam a discussão do Grupo de Autocuidado Apoiado foram escolhidas de acordo com o interesse e o cotidiano dos participantes. O planejamento das atividades, principalmente nos primeiros encontros, foi proposto pela residente nutricionista a partir das demandas de atendimento no consultório, onde as maiores dúvidas envolviam o que comer no desjejum, lanche da tarde, almoço e jantar, levando em consideração a condição crônica que apresentavam. Os demais encontros foram acordados juntamente com os participantes do grupo, onde era feita a sugestão do tema, com adesão ou não da proposta, ou ainda, eles mesmos sugeriam as temáticas, que eram preparadas no decorrer da semana.

Os assuntos eram apresentados aos usuários na forma lúdica, com imagens coloridas, para que todos pudessem compreender o tema e consultar o material em seu cotidiano. O autocuidado apoiado se expressa através dos recursos educacionais e de intervenções de apoio, com o potencial de ampliar as habilidades e a confiança dos usuários em gerenciarem suas condições de saúde (Mendes, 2012). O primeiro

tema abordado no grupo foi opções de café da manhã e lanche da tarde seguindo o Guia Alimentar da População Brasileira. Após a exposição do tema, como atividade de fixação, cada usuário presente falava sobre uma opção de café da manhã, com base nas informações apresentadas, sempre pontuando o cuidado no consumo de açúcares simples para os diabéticos, sobre a importância de realizar essas refeições e quanto ao uso moderado de sal e alimentos ricos em sódio para os pacientes hipertensos.

O segundo tema abordado trouxe oito opções de almoço e jantar, também embasadas no Guia Alimentar da População Brasileira. Semelhantemente à primeira atividade, após a apresentação das opções, cada usuário presente foi convidado a fazer sua própria combinação de almoço e jantar, tecendo comentários sobre os aprendizados junto aos demais e ressaltando a atenção sobre algumas preparações que foram apresentadas, a exemplo da feijoada. Ao final, os participantes compartilharam estratégias práticas para melhorar as combinações dos alimentos. O Guia Alimentar para a População Brasileira norteou ainda o terceiro tema abordado: tipo de processamento e classificação dos alimentos. A temática foi abordada em três encontros sequenciais, sendo o primeiro para apresentar os alimentos *in natura* e os minimamente processados; o segundo para falar sobre ingredientes culinários e alimentos processados e o terceiro para tratar sobre os alimentos ultraprocessados. Como atividade de fixação, em cada um dos encontros foi perguntado se determinado alimento era de uma determinada classificação e o porquê de o alimento ser ou não ser da classificação questionada, além do impacto deles para a saúde.

Outro tema abordado com os usuários do grupo de autocuidado foi a diferença entre suco, suco em pó, refresco e néctar, retirado do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos. Junto da exposição do material também foi explicado que o suco em pó, refresco e néctar não são produtos saudáveis para a população em geral e, também, que não são

saudáveis para os pacientes com condições crônicas. Foi enfatizado, como alternativa saudável, o consumo de frutas *in natura* e a ingestão de água.

Os usuários do grupo foram bastante participativos nos encontros, com diversos questionamentos sobre os assuntos abordados, além de relatarem sobre as suas experiências de consumo e aquisição de alimentos, que ora era adquirida do supermercado e sacolão, ora eram advindos de plantações em pequenas hortas e chácaras próprias ou de familiares. Nos encontros, foram pactuadas metas de melhoria junto aos usuários, como: redução do consumo de adoçante (que por vezes era de forma inadequada), redução do tamanho das porções, evitar beliscar entre as refeições, bem como o incentivo para a substituição de alimentos pouco saudáveis (a exemplo da margarina por manteiga) e aumento no consumo de *in natura* e minimamente processados.

Autocuidado apoiado, empoderamento e autonomia nas escolhas alimentares

Nos primeiros encontros do grupo de autocuidado, os participantes expressaram suas dúvidas sobre o que poderia, ou não comer, considerando suas condições crônicas. Alguns relataram que passar por longos períodos sem se alimentar lhes trazia benefícios, mas, ao aferirem a glicemia, no caso dos diabéticos, constatavam que os valores estavam elevados. Essa situação gerava confusão entre os participantes em relação ao autocuidado. Por meio da Educação Alimentar e Nutricional e das temáticas apresentadas, embasadas nos guias alimentares e adaptadas às condições individuais, os alimentos saudáveis foram incentivados a compor gradualmente a rotina dos participantes. O autocuidado apoiado agrega conhecimento sobre condição de saúde, informações sobre o tratamento e escolhas para adotar, transformar ou manter comportamentos que contribuem positivamente para a saúde, com foco em melhorias na qualidade de vida dos participantes (Mendes, 2012; Da Silva *et al.*, 2020).

Os usuários tinham em comum a assistência à saúde exclusiva pelo SUS, tanto para as consultas e exames, quanto na assistência farmacêutica. A Atenção Básica era a porta de entrada preferencial, sendo essencial que as equipes de saúde se planejem para priorizar ações voltadas aos indivíduos com condições crônicas, valorizando o autocuidado apoiado, com especial atenção às ações relacionadas à alimentação (Bortolini *et al.*, 2020). As escolhas alimentares são influenciadas por aspectos individuais e coletivos. Os aspectos individuais incluem fatores subjetivos, conhecimentos sobre nutrição e alimentação, e compreensão sobre alimentação saudável. Já os aspectos coletivos são considerados fatores sociais, econômicos e culturais (Brasil, 2012). Alguns dos usuários acreditavam que consumir margarinas trazia benefícios, pois o produto estava sendo disponibilizado à venda nos supermercados. O mesmo acontecia com outros produtos, como por exemplo, os iogurtes, realçadores de sabor para carnes, feijão e salada. Relatavam que se consumissem de forma moderada, não lhes causaria mal, pois o determinante era a quantidade ingerida.

Aos poucos os usuários foram percebendo que esses produtos, mesmo disponibilizados à venda, não eram adequados para o consumo de adultos e crianças e os mesmos relatavam nos encontros seguintes que passaram a diminuir o consumo dos alimentos mencionados, bem como alertavam os demais membros de sua família. Os participantes assíduos passaram a sentir-se mais confortáveis para falar das suas experiências com as listas de compras da semana, bem como questionarem-se sobre ser adequada ou não a compra de alguns produtos para suas casas. Também passaram a contar sobre o consumo de alguns alimentos que não são saudáveis, como doces e sobremesas consumidos no final de semana passado ou no final de semana que se seguiria, devido a alguma comemoração ou até mesmo por hábitos alimentares.

Com a orientação da residente nutricionista, os usuários passaram a fazer escolhas mais conscientes, optando por substituir alimentos ou até

mesmo reduzir as porções. Em algumas situações, eles até reconheciam que estavam consumindo quantidades excessivas e compreendiam o impacto desse comportamento alimentar em suas condições crônicas. O comportamento alimentar pode expressar práticas contraditórias, dependendo de fatores subjetivos do momento. As escolhas alimentares podem refletir tanto as preocupações com a saúde, quanto impulsos e desejos do paladar, embasados em lembranças e nos comportamentos alimentares anteriores, tais como gostos, valores e hábitos (Garcia, 1999). A autonomia dos usuários é essencial, possibilitando que eles reflitam sobre as opções de saúde discutidas em conjunto com os profissionais. Isso envolve a capacidade de tomar decisões, confiança na escolha realizada, definição de caminhos para alcançar metas e responsabilidade pelo próprio cuidado (Durand; Heidemann, 2013; Hewitt-Taylor, 2003). Funnell e Anderson (2004) destacam que os usuários se sentem empoderados quando adquirem conhecimento para tomar decisões de forma racional, recursos para executar essas decisões e habilidades para avaliar suas escolhas. Isso lhes permite influenciar seu próprio comportamento e o dos outros, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Adequação das atividades para a realidade econômica do território

A maioria dos usuários participantes do grupo de autocuidado é de baixa renda, recebendo o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou aposentadoria. Muitas vezes, são os principais provedores financeiros de suas famílias, arcando com diversas despesas, incluindo alimentação. Durante a pandemia de covid-19, outros membros da família perderam suas fontes de renda, tornando o papel dos idosos ainda mais crucial como provedores financeiros. Esse contexto resultou em situações de insegurança alimentar para muitas famílias, com dificuldade para garantir uma alimentação adequada. A alimentação dos participantes do grupo nem sempre incluía a quantidade adequada de frutas e hortaliças,

proteínas e fibras. Em vez disso, apresentava alto consumo de gorduras e carboidratos simples. Muitos participantes relataram que não era viável comprar frutas e verduras devido aos altos custos e a necessidade de dividir a alimentação com outros membros da família. Assim, preferiam adquirir alimentos básicos como arroz, feijão e farinhas, que proporcionavam maior “sustança” ao longo do dia.

Segundo Araújo *et al.* (2020), cerca de 40% das famílias pesquisadas em seu estudo enfrentavam insegurança alimentar e mais de 90% delas tinham dificuldades para sobreviver até o final do mês com a renda disponível. A pesquisa também constatou que quase todos os domicílios consideravam necessário o equivalente a dois salários-mínimos para cobrir as despesas da casa, incluindo gastos com alimentação, destacando que atrasos em pagamentos de despesas domésticas eram mais comuns nas famílias em situação de insegurança alimentar. As escolhas alimentares são complexas e influenciadas pelo ambiente, cultura, aspectos sociais e biológicos. Os valores dos alimentos e as preferências individuais determinam sua aquisição e consumo (Monteiro *et al.*, 2018). Além disso, o acesso a alimentos de qualidade pode ser limitado em áreas com baixo poder aquisitivo (Duran *et al.*, 2013; Lopes; Menezes; Araújo, 2017).

O grupo de autocuidado recebeu orientações nutricionais para aumentar o consumo de frutas e verduras, incentivando a compra desses alimentos em dias de promoção e no final das feiras livres. Além disso, foram informados sobre a relação de custo-benefício entre alimentos industrializados e *in natura*, estimulando a consumir alimentos da safra, que são mais saborosos e econômicos. A educação nutricional com enfoque em diferentes realidades, de baixo custo e fácil execução, apresenta bons resultados e otimiza o tempo dos profissionais de saúde (Moura *et al.*, 2018). Diálogos criativos e interativos são fundamentais, especialmente em grupos vulnerabilizados para construir planos de cuidado realistas, considerando preferências e disponibilidade dos usuários. É importante

abordar temas como regionalidade, sazonalidade e acesso aos alimentos (Moreira *et al.*, 2018). A pandemia de covid-19 evidenciou as desigualdades sociais, especialmente em relação à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), exigindo uma articulação dos governos para assegurar o acesso a alimentos e renda para grupos vulneráveis. O fortalecimento de programas como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e a agricultura familiar, adaptados à demanda sanitária da pandemia, se mostra essencial para mitigar a fome em grupos vulneráveis (Ribeiro-Silva *et al.*, 2020).

O papel do profissional nutricionista é oportunizar a educação alimentar e nutricional para pessoas com condições crônicas, proporcionando orientações para uma alimentação saudável e equilibrada, visando melhorar a qualidade de vida e saúde (Abu-Qamar, 2019; Souza; Costa, 2021). As ações de educação alimentar e nutricional promovem não apenas o autocuidado, mas também a troca de saberes e experiências, aumentando a confiança dos usuários em relação à sua saúde e fornecendo ferramentas para gerenciarem suas condições de saúde (Tete *et al.*, 2021). O nutricionista, ao trabalhar com o autocuidado apoiado, deixa de apenas prescrever e torna-se um parceiro na tomada de decisão, centrando o foco na pessoa e no trabalho em equipe, em vez de apenas na doença (Mendes, 2012). Assim, o nutricionista deve conhecer as características e desafios do território em que atua e considerar os impactos da pandemia de covid-19 para promover ações efetivas de educação alimentar e nutricional. Com informações de qualidade e estratégias adequadas, os usuários do grupo de autocuidado podem melhorar sua alimentação e, conseqüentemente, sua saúde.

Considerações finais

Durante a Residência Multiprofissional em Atenção Básica, a atuação como nutricionista proporcionou o conhecimento dos espaços e processos

de trabalho, na lógica do ensino em serviço. Isso permitiu compreender a importância da Atenção Básica como base de organização e assistência, defendendo um sistema público de saúde de qualidade para a população. A experiência fortaleceu a confiança na prática profissional e nas relações com os usuários e colegas. A vivência ressaltou a importância de trabalhar em conjunto com os usuários, oferecendo além de informações, escuta e apoio para garantir sua corresponsabilidade e empoderamento no processo de gerenciamento da condição de saúde. O nutricionista, como agente de apoio no autocuidado das condições crônicas, passa de uma relação verticalizada focada apenas na doença para uma abordagem horizontal, em parceria com o usuário na construção de planos de cuidado reais, considerando suas particularidades, renda e instrução.

A pandemia de covid-19 trouxe impactos às famílias dos usuários, muitas vezes tornando os pacientes crônicos e idosos os principais provedores financeiros. Explicar e enfatizar a possibilidade de garantir alimentos mais saudáveis com menor custo fortalece a educação alimentar e nutricional e o autocuidado apoiado como estratégias efetivas na Atenção Básica. O trabalho conjunto entre a equipe multiprofissional e as equipes da Estratégia Saúde da Família mostra-se uma potente estratégia para ampliar a resolução dos problemas no território.

Referências

- Abu-Qamar, M. Z. (2019). Use of nutrition therapy in the management of diabetes mellitus. *Nursing Standard*, 34(3).
- Araújo, M. L. et al. (2020). Condições de vida de famílias brasileiras: estimativa da insegurança alimentar. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 37, e0110. <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/sZBVzPSsRYkT4JQY3XRVLVYF/#>
- Bortolini, G. A. et al. (2020). Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e39. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e39/pt/>
- Brasil Ministério da Saúde. (2014). Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

- Brasil Ministério da Saúde. (2019). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
- Brasil Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2012). Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf
- Brasil. (2002). As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 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). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Chu, D. K. et al. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395(10242), 1973-1987.
- Córdula, E. B. de L., & Nascimento, G. C. C. do. (2018). A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. *Revista Educação Pública*, 18, 1-10. <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-producao-do-conhecimento-na-construcao-do-saber-sociocultural-e-cientifico>
- Da Silva, I. S. et al. (2020). Grupo de autocuidado apoiado para portadores de doenças crônicas na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 51920-51930. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13979>
- Duran, A. C. et al. (2013). Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in Sao Paulo, Brazil. *Health & Place*, 23, 39-47. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829213000701>
- Durand, M. K., & Heidemann, I. T. S. B. (2013). Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 288-295. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q6YRzBCcsMrSNXkHTnfWBpr/#>
- Estrela, F. M. et al. (2020). Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36559>
- Fernandes, E. T. P., Souza, M. N. de L., & Rodrigues, S. M. (2019). Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 29. <https://www.scielo.br/j/physis/a/kkHWJSQzjKJf8nhVntmcfN/#>
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-128.
- Furlan, P. G., & Campos, G. W. de S. (2010). *Os grupos na Atenção Básica à Saúde*. In *Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf

- Garcia, R. W. D. (1999). Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões do comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 51-68. <https://www.scielo.br/j/physis/a/htStKN3nVTn9sWVvNHjKcQH/abstract/?lang=pt#>
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas. <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Eds.). (2012). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.
- Hewitt-Taylor, J. (2003). Issues involved in promoting patient autonomy in health care. *British Journal of Nursing*, 12(22), 1323-1330. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2003.12.22.11895>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease*. <https://www.healthdata.org/gbd/2019>
- Lopes, A. C. S., Menezes, M. C. de, & Araújo, M. L. de. (2017). O ambiente alimentar e o acesso a frutas e hortaliças: “Uma metrópole em perspectiva”. *Saúde e Sociedade*, 26, 764-773. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GQZP4p7FDzkFRMxXt8Wy6TG/abstract/?lang=pt#>
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- Monteiro, C. A. et al. (2018). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutrition*, 21(1), 5-17. <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/un-decade-of-nutrition-the-nova-food-classification-and-the-trouble-with-ultraprocessing/2A9776922A28F8F757BDA32C3266AC2A>
- Moreira, S. F. da C. et al. (2018). Avaliação dos fatores relacionados à adesão de pacientes com diabetes mellitus ao tratamento. *Itinerarius Reflectionis*, 14(4), 01-19. <https://revistas.ufj.edu.br/rir/article/view/54953>
- Moura, P. C. et al. (2018). Educação nutricional no tratamento do diabetes na atenção primária à saúde: vencendo barreiras. *Revista de APS*, 21(2). <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/15607>
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial de Saúde. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf;jsessionid=9BF5E37EB7362166DA56BF19AFF2934B?sequence=2
- Ribeirão Preto. (2021). *Guia Prático de Grupo na Atenção Primária à Saúde*. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde. <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude464202112.pdf>
- Ribeiro-Silva, R. de C. et al. (2020). Implicações da pandemia covid-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3421-3430. <https://>

www.scielo.br/j/csc/a/mFBrPHcbPdQCPdsJYN4nclY#

Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. W. (1965). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Herder. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/88680/mod_folder/content/0/Selltiz.%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20de%20escalaspdf?forcedownload=1

Souza e Silva Costa, M. de. (2021). Diálogos sobre a relevância do nutricionista na atenção básica: uma revisão narrativa. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, 2(8), e28668. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i8.668>

Tete, R. M. D. D. et al. (2021). Educação alimentar e nutricional melhora conhecimento sobre o tratamento de diabetes mellitus tipo 2: um estudo qualitativo. *O Mundo da Saúde*, 45. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/educacaoalimentar_diabetes_qualitativo.pdf

World Health Organization et al. (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. Geneva: World Health Organization. <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases/ncds-progress-monitor>

ATENÇÃO BÁSICA E O ESPAÇO SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:

EXERCÍCIO FÍSICO E PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Rayssa Maria de Farias Silva
Thiago Fernandes Costa Diniz
Mayara Suelirta da Costa
Bruno Pereira Stelet

Introdução

O Brasil passou por um conjunto de mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas que acabaram por evidenciar os diferentes modos de vida construídos pela população ao longo do tempo. Tal dado se baseia na busca da população pela ampliação de políticas sociais para a saúde, educação, garantias no trabalho e assistência social. Observando a rápida transição demográfica e epidemiológica do país, é possível analisar também uma certa mudança de perfil nutricional da população, ou seja, a população passou a ter maior expectativa de vida e menor taxa de natalidade, sendo que, ao mesmo tempo, o padrão de saúde alimentar e o consumo nutricional passou por mudanças que requerem atenção (Brasil, 2014). Serviços e programas em promoção à saúde, integração e funcionalidade são fundamentais para a população, uma vez que permitem um conjunto de possibilidades de tratamento e acompanhamento. A alimentação e a nutrição fazem parte dessa condição básica, podendo as estratégias de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) contribuir para além do contexto, proporcionando também saúde mental e socialização das pessoas, melhorando sua qualidade de vida e trazendo mais autonomia e independência (Brasil, 2014).

O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta um conjunto de estratégias com o objetivo de proporcionar aos brasileiros a realização de práticas alimentares saudáveis. Por sua fácil linguagem, o guia é um instrumento para ser utilizado por qualquer pessoa em qualquer espaço, onde atividades de promoção da saúde tenham lugar (Brasil, 2014). Sendo assim, a educação nutricional deve ser estratégica e acessível para que seja uma ferramenta de orientação pensada nas peculiaridades que cada faixa etária requer, podendo prevenir certos agravos e reduzindo a incidência de patologias já existentes através do conhecimento básico sobre a alimentação saudável e o desenvolvimento do estímulo ao pensamento crítico na população (Schuler *et al.*, 2020). Como resultado desse processo, existe a mudança do padrão epidemiológico da população, uma vez que o avançar da idade está diretamente relacionado ao surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade e alterações do metabolismo, entre outros, podendo resultar na alteração do estado nutricional dos idosos e, se associada ao sedentarismo, podem causar processos de adoecimento (Schuler *et al.*, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil ainda apresenta grande parte de sua população inativa fisicamente. Buscando uma maior apropriação por parte dos profissionais de saúde acerca desse cenário, foi desenvolvido o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, que é um guia que traz recomendações e informações sobre promoção da saúde e qualidade de vida para a população através da atividade física, além de subsidiar também profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde e dos demais setores relacionados com a promoção da atividade física, convergindo esforços intersetoriais para o aumento dos níveis de atividade física dos brasileiros (Brasil, 2021a). Visto essa necessidade de orientação sobre práticas corporais e atividade física e nutricional por grande parte da população e usuários que comparecem diariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), surge a demanda de atividades

práticas para auxiliar a população quanto às práticas e hábitos saudáveis na tentativa de otimizar esse processo de trabalho.

Estudos apontam que intervenções e estratégias pautadas para o incentivo à alimentação adequada e saudável, principalmente quando associada a prática regular de atividade e exercício físico, apresentam resultados satisfatórios sobre o consumo alimentar, relação com o alimento e perfil antropométrico (Brasil *et al.*, 2016). Nesse contexto, esta reflexão tem o objetivo de relatar a experiência de residentes no apoio e execução de um grupo com espaço de exercícios físicos e o incentivo da alimentação saudável na Atenção Básica do Distrito Federal, com o intuito de tornar acessível a prática regular de atividade física e as boas práticas de alimentação, bem como o trabalho multiprofissional, o acesso integral e de qualidade, a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população.

Metodologia

A reflexão parte do estudo realizado na UBS 01 da Asa Sul, localizada no Setor de Grandes Áreas Sul, 612 sul, Plano Piloto, Brasília, Distrito Federal. A observação foi realizada no período de janeiro a agosto de 2022. Foram realizadas reuniões de planejamento, anotações sobre casos, discussões de casos com preceptores e a apreensão de histórias/narrativas das pessoas atendidas. O grupo trabalhado trouxe como projeto inicial o desenvolvimento de atividades direcionadas a adultos e idosos, sendo um grupo aberto para a comunidade local ou para o encaminhamento pelas equipes de Saúde da Família (eSF) após acolhimento e atendimento, vistas as necessidades pelo profissional de saúde. Os indivíduos que participavam das atividades do grupo eram em sua maioria mulheres idosas, com faixa etária entre 60 e 89 anos de idade, em sua maioria híginas e com algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) controladas. Havia também alguns homens idosos, com faixa etária entre 60 e 84 anos de idade e alguns adultos entre 40 e 59 anos de idade que estavam buscando viver uma vida

mais ativa. É importante destacar que a presença dos participantes nas atividades do grupo se dava de forma voluntária e que não havia restrições quanto à permanência ou frequência no grupo, por entender-se que o grupo apresentava características que possibilitavam ser porta aberta à comunidade. A experiência pode ser descrita como no **Quadro 1**.

Quadro 1. Descrição do Grupo Espaço Saúde, UBS 01, Asa Sul

Período de observação	Janeiro a agosto de 2022
Número de participantes	Média de 30 alunos (15 a cada dia)
Público-alvo	Adultos e idosos
Dias de ocorrência	Quintas e Sextas-Feiras
Horário/Duração Atividades	7:30 às 9:00 (1 h para exercícios e 30 min para atividades de EAN)
Exercícios realizados	Círculo com 17 exercícios para fortalecimento muscular
Atividades de EAN	Práticas alimentares relatadas pelos participantes

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

A coleta e análise das informações seguiu o acompanhamento dos participantes durante e após os encontros. Suas evoluções nas aulas eram registradas por fotos e vídeos durante a realização das atividades e posteriormente protocolizadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão, por meio do Sistema de Informação de Saúde em Atenção Básica (e-SUS APS), onde é possível o acesso a dados em âmbito nacional e reunião de informações na tentativa de propor um histórico de acompanhamento e continuidade do atendimento em saúde. Tais dados são restritos e não são de domínio público, uma vez que somente profissionais autorizados e registrados os podem acessar, além do próprio paciente. Foram elaboradas planilhas de Excel onde se pudesse organizar dados dos participantes como nome, data de nascimento e telefone. Esta ferramenta possibilitou a contagem dos participantes que compareceram no grupo, bem como facilitou o registro das presenças na participação de atividades coletivas no Ponto de Encontro Comunitário (PEC).

Resultados e discussão

O Espaço Saúde foi um projeto desenvolvido pelo Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) da UBS 01 da Asa Sul e teve como objetivo propiciar a prática de exercícios físicos no PEC e orientação nutricional. Esse projeto surgiu a partir da ideia de se desenvolver um trabalho multiprofissional entre os profissionais do NASF-AB, onde cada um pudesse contribuir com suas especialidades para a formação do grupo. Já o PEC, surgiu em 2006 para atender demanda do Programa Brasil Saudável, do Ministério da Saúde e sua finalidade era cumprir o compromisso com as diretrizes previstas pela Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, lançada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (Assix, 2013). Trata-se de uma estrutura na qual a população pode realizar atividade física de maneira global em diversos aparelhos espalhados em locais públicos.

Como excelente ferramenta para a promoção da atividade física e redução do comportamento sedentário, esses locais se tornaram extremamente acessíveis para toda a população e podem ser utilizados na Atenção Básica para diversas finalidades. Poderiam participar do projeto adultos e idosos que gostariam de atividades de fortalecimento muscular, bem como pessoas que quisessem ter hábitos de vida mais saudáveis. Juntamente com os exercícios foi fornecida a educação e prática nutricional através da abordagem de temas do cotidiano sobre nutrição e bem-estar, proporcionando saúde e qualidade de vida por meio da promoção da alimentação saudável. Além dos aspectos nutricionais e de atividade física, o projeto também visou trabalhar a parte social, estimulando os participantes a socializarem de maneira dinâmica e descontraída, incluindo o domínio afetivo, promovendo entre os participantes um sentimento de pertencimento de grupo e criando laços de amizade.

Dessa forma, o Projeto Espaço Saúde visou abarcar todos os aspectos da vida das pessoas, sejam eles motores, cognitivos, sociais e

afetivos. As aulas do grupo foram realizadas às quintas e sextas-feiras, com duração de 90 minutos sendo distribuídos em 60 minutos para alongamento e atividades no PEC e 30 minutos para a prática nutricional. O grupo era composto por 30 adultos e idosos, que foram divididos em duas turmas de 15 alunos, em conformidade com a disposição de aparelhos e as medidas de proteção impostas em decorrência da covid-19. Foram utilizados todos os aparelhos disponíveis (simulador de caminhada, esqui, pressão de pernas, multi exercitador, alongador, simulador de cavalgada, remada sentada, surf, rotação dupla diagonal e rotação vertical) e alguns exercícios foram adaptados para serem realizados na estrutura dos aparelhos, como agachamento, elevação lateral da perna e halteres para fazer flexão de cotovelo (bíceps) e extensão de cotovelo (tríceps).

Figura 1. Registro de exercícios físicos realizados no PEC, UBS 01, Asa Sul



Fonte: Acervo pessoal (2023).

Figura 2. Registro atividades de educação alimentar e nutricional, PEC, UBS 01, Asa Sul



Fonte: Acervo pessoal (2023).

Para as atividades nutricionais, foram utilizados materiais impressos de orientações ou embasamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde do DF. Foram utilizadas cartilhas, manuais e guias capazes de fornecer informações diretas e sucintas sobre alimentação e nutrição e demais dúvidas dos participantes. Contou ainda com a formulação e organização de dinâmicas capazes de promover a interação e participação entre membros do grupo, tornando o seu funcionamento dinâmico e efetivo, sendo um orientador da mudança de prática no que se refere a promoção da saúde, apresentando metodologias de aporte teórico e prático para o desenvolvimento das ações.

O olhar da educação física no espaço saúde: impressões e reflexões

Observou-se desde a chegada na UBS 01 da Asa Sul a carência de atividades físicas e práticas corporais no local, visto que as demais atividades em grupo haviam sido suspensas em decorrência da pandemia e por não existir um profissional de educação física atuando na Atenção Básica. Nesse contexto, os participantes, em sua grande maioria idosos, mostraram-se interessados em realizar práticas utilizando o PEC, pois gostariam de utilizar o espaço, mas não sabiam como utilizá-lo da forma adequada. Foi assim que surgiu inicialmente o Espaço Saúde, um espaço para a realização de exercícios físicos, onde também se aprende sobre hábitos de vida e alimentação saudável.

Por ser uma novidade, eram poucos participantes no início e foi crescendo e se desenvolvendo a partir do momento em que iam reconhecendo a importância das práticas e melhorando a autoestima, até que o grupo chegou a mais de 30 pessoas frequentando ao mesmo tempo. Um fator a ser destacado, é que reunir um grupo de mais de 30 pessoas, em sua maioria idosos, em uma Unidade Básica de Saúde, durante a pandemia, é um importante indicador que mostra como existe carência de atividades em promoção da saúde para a população, em especial a idosa. Se fazem necessários mais estudos para compreender a adesão da população em programas na Atenção Básica, com vistas a formular ações estratégicas que acarretem mudanças de comportamento e hábitos de vida a longo prazo (Ribeiro *et al.*, 2012; Hagger; Chatzisarantis, 2014).

Em relação aos idosos, muitos chegaram com alguma demanda de saúde mental, seja por um luto, baixa autoestima, medo, depressão e que, com o passar do tempo, foram relatando que as práticas em grupo foram trazendo para eles uma maior confiança para realizarem as atividades de vida diária e também retomar práticas que gostavam de realizar, o que corrobora com os achados por Gomes Júnior *et al.* (2015, p. 195), onde relatam que as práticas em grupo, além dos benefícios fisiológicos,

proporcionaram melhor socialização e distanciamento de agravos psicológicos, como depressão e redução da autoestima. Há ainda que se destacar que havia pacientes vindos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde se sentiam acolhidos pelo grupo e melhoraram muito as relações interpessoais e coletivas, mostrando a importância da prática de exercícios físicos também na atenção especializada.

Outra grande e importante demanda dos participantes foi em relação às dores musculoesqueléticas, onde muitos relatavam dores nos pés, joelhos, quadril, coluna e ombros, cotovelos, punhos e dedos e muitos apresentavam acentuado processo de sarcopenia. A sarcopenia é um processo importante a ser considerado na saúde do idoso e, dentre as principais causas, estão a inatividade física, corroborando com o estudo de Santos *et al.* (2017), que encontraram forte relação entre sarcopenia e falta de mobilidade em 116 idosos com 80 anos ou mais. Desta forma, optou-se por realizar um trabalho de fortalecimento muscular no PEC, utilizando os aparelhos já existentes no local, junto a exercícios com o peso corporal e incorporando também exercícios com elástico, halteres e caneleiras. Dentre o que foi relatado, durante e após a intervenção, alguns participantes referiram não sentir mais dores nos ombros após a orientação de uso adequado do PEC e que os exercícios estavam ajudando bastante com as dores. Outros apontaram a dor nos joelhos e como isso prejudicava suas atividades de vida diária (AVD) e que após os exercícios perceberam não só a redução de dores, mas também o aumento da flexibilidade, conseguindo inclusive ficar na postura de cócoras. Além disso, alguns participantes com baixa mobilidade da articulação do ombro, realizaram o trabalho de fortalecimento muscular e alongamento no PEC e melhoraram a amplitude de movimento, conseguindo elevar o braço acima de 120°. Além disso, foram percebidas melhoras pelos participantes na flexibilidade e mobilidade da articulação do joelho e redução de dores na região lombar e na coluna.

Quanto ao aspecto social, a participação e empenho dos participantes foi fundamental para os avanços observados durante o período. Além disso, o trabalho em grupo presencial em uma UBS, em um período pandêmico, permitiu que os idosos pudessem sair de casa e interagir com outras pessoas, o que contribuiu não só para o aspecto social, mas também para o mental. Um outro fator é o bem-estar que sentiam ao participar do grupo, o que corrobora com os achados de Coelho *et al.* (2017), onde os autores citam que o bem-estar é um dos principais fatores para a decisão de ingressar e permanecer nos programas de atividade física. Identificou-se que o Espaço Saúde foi também um espaço de socialização e afetividade.

Mazo, Meurer e Benedetti (2009, p. 22) destacam que a sociabilidade é um dos “principais fatores pelos quais os idosos [iniciam] a participação no programa de exercícios físicos, enquanto competitividade e estética foram os fatores menos pontuados”. Além disso, outros diversos estudos trazem a temática da sociabilidade como uma das principais motivações de pessoas idosas para o engajamento em grupos e para a realização de atividade física (Ângelo *et al.*, 2021; Araújo; Albuquerque Souza, 2021; Schmidt *et al.*, 2019). É importante entender o fluxo que ocorre em grupos na Atenção Básica, pois apesar do processo de ensino-aprendizagem e dos momentos de educação em saúde, a grande maioria dos participantes entram no ciclo vicioso da busca da UBS/Grupo alegando alguma condicionante relacionada às DCNT ou algias, realizam os exercícios propostos e que contribuem para a evolução clínica dos, porém param de frequentar o grupo por motivos pessoais ou por conta de viagens e retornam às condicionantes relacionadas às DCNT ou algias e buscam novamente o grupo. Assim, qualquer que seja o comportamento da população, vale destacar que a Atenção Básica é porta de entrada para os serviços do SUS, e que é importante sempre manter as portas abertas, mesmo para os sujeitos que insistem em realizar o ciclo vicioso.

Os PEC são estruturas com diversas estações e que estão acessíveis a grande parte da população, independente de classe social

ou renda. Contudo, sua distribuição não é tão igualitária em todas as regiões de saúde, já que é possível ver que as Regiões Administrativas mais periféricas apresentam poucos PEC ou sua concentração está mais próxima às regiões urbanas se comparadas às rurais. No DF, estão distribuídos 742 PEC, dentre os quais muitos carecem de reformas e/ou consertos, mas uma observação importante é que próximo à maioria das UBSs, existe ao menos um PEC, o que mostra que trabalhar a promoção da saúde através da prática de atividade física é viável e não está tão distante da Atenção Básica. A Asa Sul é privilegiada com três parques urbanos, Parque da Cidade Sarah Kubitschek, Parque Ecológico da Asa Sul e o Parque dos Pioneiros Cláudio Sant'Anna (Deck Sul) com pistas de caminhada, ciclovias, quadras poliesportivas, PEC, pista de skate, parques infantis, aparelhos de ginástica/calistenia, quadras de vôlei de areia, quadras de tênis, sem falar das imensas áreas verdes, onde também podem ser realizadas atividades físicas/exercícios físicos.

Além disso, e já somados aos presentes nos parques, são 49 PEC espalhados por todo o bairro, o que mostra que existem diversas possibilidades de prática gratuita de atividade física para os moradores da região. Como isso pode se relacionar com a Atenção Básica? Ao considerar a Atenção Básica como porta de entrada dos usuários no SUS, e que entre seus princípios e diretrizes estão ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, os espaços públicos para a prática de atividade física devem ser considerados como uma alternativa no planejamento e execução de ações de AB.

O olhar da nutrição no espaço saúde: reeducação alimentar para melhores escolhas alimentares

Entende-se que são diversas as motivações para a criação e prática de atividades em grupo para uma melhor percepção dos usuários e profissionais de saúde. Entre elas, lista-se a atividade coletiva como um meio para construção e fortalecimento de relações interpessoais, maior construção de

saberes e um espaço para o cuidado integral da saúde. São fatores que nos auxiliam a compreender a importância dos grupos dentro da Atenção Básica, promovendo maior adesão e permanência dos usuários nas UBS (Friedrich *et al.*, 2018). Dessa forma, a busca pela melhoria dos hábitos alimentares surgiu como uma demanda proposta pelos participantes do grupo. Discutir temas relacionados à nutrição e alimentação que estão presentes no cotidiano dos participantes, podendo o profissional nutricionista participar ativamente não somente das novas atividades realizadas, mas também das já existentes. Criou-se então, ao final dos encontros, um momento reservado para a conversa sobre nutrição e promoção da alimentação saudável.

Nesses momentos, muitos usuários se sentiam à vontade para participar e explorar as suas próprias demandas, permitindo assim uma melhor investigação do diagnóstico de saúde do grupo. De acordo com a literatura, as ações de promoção da alimentação adequada e saudável precisam ser efetivas e contextualizadas de acordo com a realidade dos sujeitos envolvidos, englobando os conceitos que envolvem a promoção da saúde como um todo, o real contexto de doenças crônicas no Brasil e algumas políticas públicas que norteiam as ações do SUS (Brasil, 2016). Assuntos como a leitura de rotulagem nutricional, consumo adequado de sal, gorduras e açúcares, uso de temperos naturais e seus benefícios para a saúde e alimentação de forma integral e sustentável geraram grande interesse e participação. Para tornar a experiência mais lúdica e interativa, alguns instrumentos como materiais de simulação de alimentos, impressão de orientações e embalagens de alimentos também foram utilizados. Para a aula de consumo adequado de sal, gorduras e açúcares, foram apresentados os valores diários referenciados para consumo adequado e seguro de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e esclarecimento da importância de cada um nas nossas rotinas alimentares. A atividade atraiu muitas reações de espanto e importante reflexão sobre o consumo e acesso a certos tipos de alimentos.

De forma geral, os dez passos para a alimentação saudável fornecidos pelo Guia Alimentar para a População Brasileira foram preconizados e postos como referencial para a alimentação adequada e balanceada, expressando assim a importância do material. Como orientação geral, a frase de efeito “tenha uma alimentação mais natural possível” era citada em quase todas as aulas. Assim, pontos de referência como feiras orgânicas, mercados locais ou até mesmo o quintal de casa viraram locais onde, aos poucos, passaram a ser semeadas novas escolhas alimentares. Após um tempo, foi observado que alguns participantes do grupo trouxeram informações sobre a prática de plantio e cultivo de frutas e hortaliças nas suas residências, estendendo-se também para a troca de receitas e provas de alimentos com os demais participantes no momento da atividade.

O grupo permitiu que os usuários da UBS pudessem se sentir mais próximos dos profissionais que o ministravam, trazendo sempre dúvidas e obtendo esclarecimentos. Relatos como a redução da glicemia e a perda de peso foram referidos por alguns que participavam de forma regular das atividades. Destaca-se a importância do dinamismo no trabalho do nutricionista na Atenção Básica. Para alcançar o objetivo proposto nas atividades, foi necessário que se assimilasse o ritmo e capacidade de compreensão dos participantes, respeitando seus questionamentos e limitações. Para além de todo o trabalho, a potencialidade e riqueza de oportunidades de adaptação que a Atenção Básica possui permite que o nutricionista explore suas habilidades, criatividade e capacidade de percepção e troca com os usuários que utilizam frequentemente a rede.

Apesar de ser uma prática diária, a alimentação envolve diversos aspectos, tanto individuais, quanto coletivos (Brasil, 2014). Os participantes demonstraram a todo momento possuir hábitos alimentares que desenvolveram de forma única e individual ou que permeavam junto dos amigos e familiares. Para tal feito, é necessário valorizar toda

a cultura, hábitos, costumes e tradições que carregam consigo e que, durante as rodas de conversa, eram apresentados e discutidos ao final do exercício. Dúvidas e questionamentos como “o pão engorda?”, “a banana piora o diabetes?” ou “mortadela faz mal para saúde?” eram frequentemente escutados e esclarecidos. Ainda assim, nem todos os dogmas eram desfeitos na tentativa de não se propagar o terrorismo e a desinformação alimentar. Acredita-se que o fato de compartilharem informações nutricionais uns com os outros trazia uma riqueza de informações repassadas na tentativa de auxiliar o próximo a entender o que poderia ser a alimentação saudável de fato ou que simplesmente tinham a intenção de funcionar como uma ajuda para melhorar sua condição de saúde. Muitas das vezes foram relatadas histórias e vivências passadas de boca em boca que continham informações ricas e precisas.

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (Brasil, 2021b) mostram que cerca de 25,8% da população acima dos 18 anos de idade moradores do DF fazia o consumo diário de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças por dia, ou seja, menos de um terço da população. O recomendado pela OMS é de 400g de frutas e hortaliças por dia. Uma forma de incentivar a população a ampliar o seu consumo é trabalhar com promoção da alimentação saudável de forma respeitosa, empática e acolhedora, criando a oportunidade de ensinar aos demais que não existem alimentos somente “ruins e vilões” ou “bons e saudáveis”, mas também ressignificar a relação que possuem com os alimentos, exaltando a importância das escolhas nos momentos certos e onde melhor se encaixarem (Distrito Federal, 2021).

Por alguns momentos, também foi discutido o significado do ato de comer. O benefício das rodas de discussão resultou, na maioria das vezes, na reflexão dos participantes sobre as nossas ações, escolhas e a importância do comer saudável. Para além da troca de saberes, os

participantes criaram afeição, cuidado, preocupação e comprometimento uns com os outros. O material do Guia Alimentar serviu, como o nome já propõe, como um orientador para que se compreendesse que a alimentação envolve uma série de fatores e atividades entrelaçadas ao cotidiano. Foi uma ferramenta facilitadora para a construção do entendimento da soberania e da autonomia alimentar.

Como embasamento, os “Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável” (Brasil, 2015) eram preconizados a todo momento. Questões para a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e promoção de alimentos *in natura*, o hábito de se cozinhar em casa e a crítica aos veículos de comunicação de massa. Ainda que não se possa afirmar que as orientações geraram grande impacto e mudança nos hábitos alimentares dos participantes, algumas declarações permitem observar mudança de comportamento.

Promoção e importância da alimentação saudável no envelhecimento

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2019, as principais causas de mortes para pessoas acima dos 50 anos de idade foram doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas e doenças do aparelho respiratório (que fazem parte do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis), sendo as doenças do aparelho circulatório o primeiro lugar em número de óbitos por registro. É consenso que as DCNT estão relacionadas como a maior causa de morbimortalidade no mundo e podem acarretar a perda da qualidade de vida, incapacidades e limitações (Distrito Federal, 2021). Os dados comprovam a importância de promover e afirmar ações em saúde direcionadas à população adulta e idosa no país que cresce a cada ano devido às melhores condições de vida.

Como já apresentado anteriormente, a maior parte dos participantes do Espaço Saúde eram idosos. É sabido que a transição nutricional da população idosa conta naturalmente com a mudança de

hábitos alimentares e um conjunto de alterações fisiológicas que surgem ao longo dos anos e que são capazes de modificar comportamentos e atitudes a nível temporário ou permanente (Brasil, 2021c). Percebemos mudanças nos hábitos alimentares, com mudanças nos horários das refeições, onde muitos não comiam da mesma forma que comiam há alguns anos ou que enxergam a comida de um jeito diferente hoje em dia. Os motivos são vários: diminuição do apetite, perda da dentição, tempo para cozinhar, perda de parentes responsáveis pela alimentação, falta de companhia, perda da habilidade, falta de motivação, entre outros que foram possíveis de serem observados no grupo.

Por ser uma atividade quase diária, a aproximação com os participantes do grupo reflete a importância de uma educação permanente em saúde para a população e um olhar ampliado para os diversos aspectos da vida do ser humano. São diversas as emoções e sentimentos que permeiam a construção de um local onde se sintam acolhidos e inseridos, ainda mais a população idosa que detém tanta experiência de vida. Outro ponto chave foi a importante participação majoritária de mulheres no grupo. Cotidianamente, as mulheres estavam em peso na participação das atividades e no cuidado e preocupação com a saúde. Foi possível observar que elas passaram a apresentar mais independência para realizar as suas atividades diárias. Devido à cultura ocidental, mulheres sempre estiveram à frente das atividades domésticas, principalmente as mulheres pretas. Empoderar e mostrar que elas também são merecedoras de cuidado, atenção e espaço nos tratamentos em saúde se torna algo potente e necessário sempre.

Conclusão

Atuando na UBS, em especial com o público idoso, é possível perceber o quanto se faz necessário, não só no âmbito do SUS, mas também nas demais áreas da sociedade, que sejam oferecidas atividades para esse público, que muitas vezes carece de atividades mais coletivas

e multiprofissionais. Portanto, quando a UBS cria um ambiente propício, e oferta atividades coletivas ou grupos para idosos, a adesão desse público é proporcional à dedicação que recebem. Inicialmente, o grupo era pequeno e houve um período em que 30 participantes eram assíduos, e foi preciso dividir em duas turmas de 15 participantes, mas não era um grupo que se restringia apenas a idosos, toda e qualquer pessoa que buscasse uma melhor qualidade de vida era acolhida. Isso fez com que fossem criados vínculos entre idosos, adultos de 40 anos ou mais, pacientes do CAPS e pacientes com Parkinson, de forma bem inclusiva, seja através das atividades, seja através dos integrantes do grupo. Eles se sentiam pertencentes àquele grupo, aquele local, e isso foi uma das experiências mais ricas vivenciadas durante a residência.

Como já discutido anteriormente, não faltam espaços onde possamos realizar diversas atividades de promoção da saúde, e isso não se limita a uma ou outra área específica da saúde, mas a todo e qualquer profissional de saúde. As experiências na UBS mostraram que, quando a equipe se disponibiliza efetivamente a realizar uma atividade de promoção da saúde, organizando um cronograma, divulgando o que será realizado e especialmente se a equipe se envolve a realizar a ação, a adesão da população é bem mais facilitada. Ademais, se faz necessário fortalecer o vínculo com a população para que também se sintam integrados, inseridos e pertencentes às ações de promoção da saúde, onde o cidadão possa ser o principal agente para melhorar sua condição de vida. Assim, auxiliá-los a entender que a importância da participação ativa no planejamento de estratégias, criação de fluxos para a assistência e levantamento de demandas pode apoiar todo o processo de trabalho da UBS.

Referências

Ângelo, E. B. et al. (2021). Fatores motivacionais dos idosos para a prática de atividade física em projeto social de Teixeira - PB. *Revista Saúde*, 47(1). <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/53602>

- Araújo, T. S. de, & Albuquerque-Sousa, A. C. Patrício de. (2021). Razões motivacionais relacionadas à prática de atividade física em idosos: estudo piloto para subsidiar estratégias na atenção primária à saúde do município de Caicó. *Research, Society and Development*, 10(7), e41110715725. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.15725>
- Assis. (2013). *Academias ao ar livre*. <http://academiaaoarlivre.com.br/index.php?id=projetos>
- Brasil. Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. (2021). *Fascículo 2: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa* [Recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guiia_alimentar_fasciculo2.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira* (2ª ed.). Brasília, DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2015). *Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. (2021). *Guia de Atividade Física para a População Brasileira* [Recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2021). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 - Vigitel Brasil 2021. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. (2016). Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. (p. 168). https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/guias-alimentares/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_nutricao_ab.pdf/view
- Coelho, I. P. dos S. M. et al. (2017). Prática de atividade física na terceira idade. *Revista Online Cuidado é Fundamental*, 9(4), 1107-1112. <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5896/pdf>
- Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Gerência de Serviços de Nutrição. (2021). Plano Distrital de Alimentação e Nutrição. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/54137/PDAN+-+Política+distrital+de+Alimentação+e+Nutrição.pdf/1ad5cae4-99e7-a5ef-6ac9-308348606a49?t=1648235158835>.

- Friedrich, T. L. et al. (2018). Motivations for collective practices in Primary Care: perception of users and professionals. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 22(65), 373-385. <https://www.scielo.br/j/eins/a/CVH9NjPdgZqFKNtft7rxZDz/?lang=en#>
- Gomes Júnior, F. F. et al. (2015). Compreensão de idosos sobre os benefícios da atividade física. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19(3), 193-198. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/25540>
- Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2014). An integrated behavior change model for physical activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 42(2), 62-69. <https://doi.org/10.1249/JES.0000000000000008>
- Mazo, G. Z. et al. (2009). Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. *Psicología desde el Caribe*, (18). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000200005&lng=pt&nrm=iso
- Ribeiro, J. A. B., et al. (2012). Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34(4), 969-984. <https://www.scielo.br/j/rbce/a/DjDMC5nxJPnvBwwSm3JCRyc/#>
- Santos, V. R. dos, Gomes, I. C., Christofaro, D. G. D., Freitas, IF, Gobbo, L. A.. (2017). Obesity, sarcopenia, sarcopenic obesity and reduced mobility in Brazilian older people aged 80 years and over. *Einstein*, 15(4), 435-440. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017A04058>
- Schmidt, K. et al. (2019). Avaliação antropométrica e fatores motivacionais de praticantes de hidroginástica e caminhada em Guarapuava, Paraná. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 123-131. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3333>
- Schuler, A. C., & Vieira, M. P. (2020). Alimentação saudável e educação nutricional na terceira idade. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 14(84), 105-110. <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1181>

ATENÇÃO BÁSICA E TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTE NO DISTRITO FEDERAL: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Kamila Lorrane Neves Palmeira
Marcela Gois Gonçalves
Jacinta de Fátima Sena da Silva

Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica e curável, que tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*, podendo ser classificada como adquirida quando é contraída por contato sexual ou por transfusão sanguínea; e congênita ou gestacional, quando ocorre transmissão materno-fetal durante a gestação (Brasil, 2017; Sousa *et al.*, 2021). A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas, mas, quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (Almeida, *et al.*, 2021).

Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, pois nesta situação a infecção pode resultar em abortamento, natimortalidade, morte do recém-nascido, prematuridade e manifestações congênitas, precoces ou tardias (Brasil, 2022a). Desse modo, a sífilis gestacional se configura como um grave problema de saúde coletiva, e sua detecção e manejo em tempo oportuno, se apresenta como essencial para a melhoria

da assistência à saúde da mulher e da criança (Amorim *et al.*, 2021). No Brasil, no período de 2005 a 2021, foram 449.981 casos confirmados de sífilis em gestantes e 260.596 casos de sífilis congênita no período de 1998 a 2021. Estima-se o total de 2.694 óbitos por sífilis congênita em menores de um ano entre os anos de 2000 e 2020. O percentual de casos de sífilis congênita considerados inadequadamente tratados entre os anos de 1998 a 2021 é de 50,7%, e de tratamento não realizado é de 28% (Brasil, 2022a).

Devido à importância epidemiológica da sífilis em suas formas gestacional e congênita, ambas foram incluídas no quadro de doenças de notificação compulsória em 1986 e 2005, pelas Portarias n.º 542, de 22 dezembro 1986, e n.º 33, de 14 julho de 2005, respectivamente, provenientes do Ministério da Saúde (Soares; Aquino, 2021). A Sífilis Congênita está associada, na maioria dos casos, a falhas na assistência pré-natal, a exemplo das gestantes que não realizam a triagem para sífilis e/ou aquelas que não são tratadas adequadamente ou sequer recebem o tratamento (Padovani; Oliveira; Peloso, 2018). Acredita-se que o pré-natal é uma importante ferramenta para detecção precoce de agravos à saúde perinatal, prevenindo a transmissão vertical de doenças e, assim, reduzindo a mortalidade materna e infantil. Ainda há barreiras como a falta de adesão das gestantes, falta de preparo e/ou manejo inadequado dos serviços de saúde (Macêdo *et al.*, 2019). Sabe-se que existem dificuldades no acesso ao pré-natal de qualidade, colaborando com o início tardio, consultas insuficientes e procedimentos/exames de triagem preconizados incompletos.

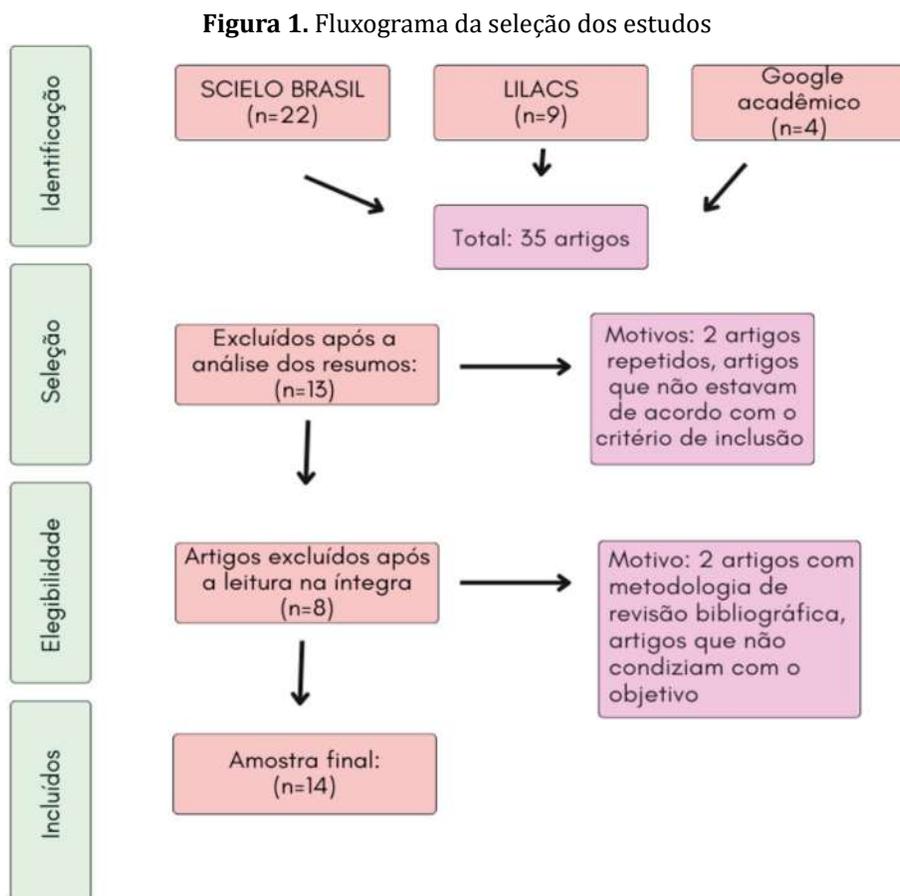
De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento da gestante é considerado adequado quando realizado com penicilina benzatina, com início do tratamento até 30 dias antes do parto e esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico, respeitando-se o intervalo entre as doses, avaliação quanto ao risco de infecção, documentação da queda do título

do teste não treponêmico em, pelo menos, duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento-resposta imunológica adequada. Além disso, algumas gestantes, mesmo com o tratamento preconizado no protocolo clínico, são consideradas inadequadamente tratadas pelos serviços de atenção secundária devido ao não preenchimento ou preenchimento inadequado do cartão da gestante. Outro ponto é a subnotificação pelos serviços de atenção primária que afetam os indicadores de incidência de sífilis gestacional (Brasil, 2022b). Observando a incidência de gestantes consideradas inadequadamente tratadas e crianças consideradas expostas a sífilis faz-se necessária uma análise da assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da treponemíase, norteando-se pelo questionamento de “quais são as dificuldades e barreiras encontradas pelas gestantes e pelos profissionais de saúde para a prevenção da sífilis congênita”.

Metodologia e resultados

A reflexão aqui presente aborda uma revisão bibliográfica, do tipo revisão integrativa, sobre o tratamento da sífilis em gestantes na Atenção Básica, focando a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita, realizada no período de maio a dezembro de 2022. A pesquisa bibliográfica consistiu no levantamento ou revisão de obras publicadas e teve como objetivo reunir e analisar textos de apoio ao trabalho (Sousa; Oliveira; Alves, 2021). Constituíram-se como critérios de inclusão artigos científicos publicados no Brasil, na língua portuguesa, no espaço de tempo entre 2018-2022, e como critérios de exclusão artigos científicos não disponibilizados na íntegra, em língua estrangeira e materiais que não condissessem com o tema. Para embasamento teórico foram utilizados artigos científicos na íntegra da base SciELO, Lilacs e Google Acadêmico. As palavras-chaves utilizadas foram: Sífilis na Gestação; Sífilis Congênita; Complicações Infeciosas na Gestação;

Cuidado pré-natal. Efetuou-se a análise de dados com os seguintes passos: análise textual; análise temática; análise interpretativa; problematização e síntese (**Figura 1**). Originalmente foram selecionados 35 artigos para compor a revisão.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Após a análise foram excluídos 21 artigos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão e, dentre esses, 2 foram excluídos por serem artigos com metodologia de revisão bibliográfica, obtendo-se uma amostra final de 14 artigos. A amostra final foi constituída por 14 artigos,

destes, 1 artigo com abordagem qualitativa e 13 artigos com abordagem quantitativa, 6 foram realizados na região Nordeste; 1 na região Sul, 4 na Região Sudeste e 2 na Região Centro-Oeste. Assim, apresentam-se os resultados por autor, ano, título, periódico, método, local, objetivo, ideias principais e resultados, conforme o **Quadro 1**.

Quadro 1. Artigos por autor, ano, título, periódico, método, local, objetivo e resultados

Autor / Ano/ Título/ Periódico	Método/Local	Objetivo	Resultados/Ideias Principais
Padovani, Camila; Oliveira, Rosana; Pelloso, Sandra 2018. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo retrospectivo, transversal - PR	Analisar a prevalência de sífilis na gestação e sua associação com características socioeconômicas, histórico reprodutivo, assistência no pré-natal e no parto e características do recém-nascido.	O estudo detectou associação da raça/cor não branca, baixa escolaridade e ausência do companheiro no pré-natal com a sífilis na gestação, e a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer associados à sífilis gestacional. A variável mulheres múltiparas, com histórico de perda fetal e ausência de pré-natal ou baixo número de consultas pré-natais, também se mostrou estatisticamente associada à ocorrência de sífilis durante a gestação.
Amorim, Evlhin et al. 2021. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde	Estudo ecológico - MG	Analisar a tendência das notificações de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, Brasil, de 2009 a 2019.	O estudo evidenciou a notificação de 20.348 casos de sífilis gestacional e 11.173 casos de sífilis congênita. Constatou-se que, para o controle efetivo da doença, a tríade de prevenção deve se basear em triagem sorológica, tratamento adequado de gestantes e sua parceria sexual e reforça-se a necessidade da notificação e tratamento da parceria visando ao cuidado do indivíduo e, conseqüentemente, à não reinfeção da gestante.

<p>Soares, Maria Auxiliadora; Aquino, Rosana 2020.</p> <p>Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil.</p> <p>Cadernos de Saúde Pública</p>	<p>Estudo ecológico e longitudinal - BA</p>	<p>O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre as taxas de incidência da sífilis gestacional e da sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no período de 2007 a 2017 no Estado da Bahia, Brasil.</p>	<p>O estudo demonstrou que, embora a ampliação da cobertura do pré-natal tenha contribuído com o aumento da detecção de casos de sífilis em gestantes, a redução da taxa de sífilis congênita não foi alcançada.</p>
<p>Almeida, Anelisa et al., 2021. Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer.</p> <p>Texto & Contexto - Enfermagem.</p>	<p>Estudo de coorte - SP</p>	<p>Investigar, em gestantes com sífilis, fatores associados à ocorrência de sífilis congênita e descrever os casos dessa doença quanto à justificativa para notificação e aspectos relativos ao recém-nascido.</p>	<p>O estudo revelou que a maioria das gestantes com sífilis era branca, tinha nove ou mais anos de escolaridade e não trabalhava. Entre as participantes, 74 (46,8%) tiveram recém-nascido com sífilis congênita. De modo independente, o número de consultas pré-natais foi o único fator associado à sífilis congênita: à medida que aumentou o número de consultas, diminuiu a ocorrência. O não tratamento da mãe e do parceiro foram as justificativas mais frequentes para definição do caso de sífilis congênita, e 33 recém-nascidos com sífilis apresentaram intercorrência ao nascer.</p>

<p>Santos Filho, Ricardo et al. 2021.</p> <p>Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis-GO: uma análise retrospectiva</p> <p>Cogitare Enfermagem</p>	<p>Estudo epidemiológico, descritivo e transversal de natureza quantitativa - GO</p>	<p>Descrever a situação clínica e epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis, Goiás, Brasil, entre os anos de 2012 e 2018.</p>	<p>O estudo evidenciou o aumento dos casos de sífilis gestacional. A assistência foi oferecida a 522 pacientes, entre 19 e 29 anos (58,1%), com etnia parda (69,1%) e com ensino médio incompleto (24,5%); predominou a sífilis primária (30,8%) e alto índice de não tratamento do parceiro (57,1%). Foi apontado como causas do aumento no número de casos de sífilis gestacional o aumento da cobertura de testagem, a ampliação do uso de testes rápidos, a diminuição do uso de métodos contraceptivos, o desabastecimento mundial de penicilina e a resistência à administração de penicilina pelos profissionais de saúde na Atenção Básica.</p>
<p>Roncalli, Ângelo et al. 2021.</p> <p>Efeito da cobertura de testes rápidos na Atenção Básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil.</p> <p>Revista de Saúde Pública</p>	<p>Estudo ecológico - RN</p>	<p>Analisar o efeito da cobertura de testes rápidos na Atenção Básica sobre a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil, nos municípios com mais de 100 mil habitantes.</p>	<p>O estudo mostrou que, à medida que a taxa de testes rápidos aumenta em um ponto para cada mil nascidos vivos, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumenta em média 0,02 casos por mil nascidos vivos. Esse valor está ajustado para cobertura de Saúde da Família, proporção de UBS por habitante, gastos per capita com saúde e Índice de Desenvolvimento Humano. Dentre os fatores que podem explicar o aumento dos casos de sífilis em gestantes no Brasil, estão a melhora na notificação dos casos, mas também a baixa qualidade do pré-natal e a baixa proporção de tratamento adequado da gestante e de suas parcerias.</p>

<p>Soares, Maria Auxiliadora; Aquino, Rosana 2021.</p> <p>Compleitude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017.</p> <p>Epidemiologia e Serviços de Saúde</p>	<p>Estudo ecológico - BA</p>	<p>Descrever a completude e as características das notificações de sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia, Brasil, no período 2007-2017.</p>	<p>O estudo demonstrou a caracterização dos casos com maiores percentuais de ocorrência da doença entre mulheres negras, na faixa etária de 20 a 39 anos com menor escolaridade. Foram identificados 15.050 casos de sífilis gestacional e 7.812 de sífilis congênita, no período analisado. A taxa de incidência variou de 1,3 para 15,1 casos em gestantes/1 mil nascidos vivos, e de 0,5 para 6,7 casos em menores de 1 ano/1 mil nascidos vivos. A completude da 'classificação clínica' dos casos de sífilis gestacional apresentou preenchimento variável, entre 58,2% e 67,2%, entre 2007 e 2017.</p>
<p>Macêdo, Vilma et al. 2020.</p> <p>Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical.</p> <p>Cadernos Saúde Coletiva</p>	<p>Estudo descritivo, caso - controle - PE</p>	<p>Avaliar as barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis em gestantes segundo o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial em uma metrópole do nordeste brasileiro.</p>	<p>No estudo foram incluídas 1.206 mulheres, 91,7% realizaram pré-natal e se declararam, em maior proporção, como casadas, menor número de filhos e maior escolaridade. O resultado do VDRL do pré-natal foi anotado em 23,9%. Entre as 838 mulheres que receberam o VDRL no pré-natal, 21% eram reagentes e 70,5% trataram a infecção. Destas, 69,4% utilizaram o esquema para sífilis terciária e 8,1% trataram com outras medicações.</p>

<p>Nunes, Patrícia et al. 2021.</p> <p>Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico.</p> <p>Epidemiologia e Serviços de Saúde</p>	<p>Estudo ecológico de série temporal - GO</p>	<p>Analisar a tendência temporal e a distribuição espacial de sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) em Goiás, Brasil, no período 2007-2017.</p>	<p>No estudo foram registrados 7.679 casos de SG e 1.554 de SC no período. Observou-se tendência crescente das taxas de detecção de SG; e um acréscimo de 326% no número de municípios com taxa de incidência de SC >0,5/1 mil nascidos vivos. Foi identificado crescimento das taxas de detecção da sífilis gestacional e congênita e do número de municípios notificantes.</p>
<p>Araújo, Túlio César; Souza, Marize 2020.</p> <p>Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária.</p> <p>Revista da Escola de Enfermagem da USP</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório, quantitativo - RN</p>	<p>Identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho no que se refere à adesão das equipes de Atenção Básica ao teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C durante o acompanhamento do pré-natal e a administração da penicilina benzatina na atenção primária à saúde.</p>	<p>Do estudo participaram 18 municípios, 94 Unidades Básicas de Saúde e 100 equipes da Estratégia Saúde da Família. O enfermeiro era o principal envolvido no serviço de testagem, 93% das equipes entrevistadas ofereciam o teste na rotina do serviço. Dessas equipes, 97,8% realizavam a testagem no pré-natal, 51,6% disponibilizavam o teste para a gestante no início do terceiro trimestre e 57% ofereciam o teste rápido para os(as) parceiros(as) sexuais. A penicilina benzatina estava disponível em 87,1% das equipes, todavia, 49,5% não administravam a medicação na atenção primária. Constatou-se que o processo de testagem se mostrava fragilizado, pois, mesmo havendo disponibilidade do teste no pré-natal, as demais atividades interligadas ao processo de trabalho não ocorriam adequadamente.</p>

<p>Figueiredo, Daniela et al. 2020.</p> <p>Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na Atenção Básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita.</p> <p>Cadernos de Saúde Pública</p>	<p>Estudo ecológico</p>	<p>Analisar a relação entre as ofertas de diagnóstico e tratamento para sífilis na Atenção Básica e as incidências municipais de sífilis gestacional e congênita. E, avaliar o impacto dessas ações na redução da transmissão vertical, por meio de indicador.</p>	<p>A pesquisa constatou que a administração da penicilina e a realização de teste rápido nesses municípios obtiveram medianas iguais a 41,9% e 67,14%, respectivamente, com diferenças regionais. A mediana da incidência de sífilis gestacional foi 6,24 em municípios com maior oferta de teste rápido, e de 3,82 naqueles com oferta inferior; apontando aumento na capacidade de detecção. Municípios com redução da transmissão vertical apresentavam maiores medianas dos percentuais de equipes com oferta dos testes rápidos e realização de penicilina, demonstrando relação entre estas ações e a redução de sífilis congênita. Os achados indicam a necessidade de ampliação dessas ofertas e reforça a importância na redução da transmissão vertical.</p>
--	-------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Discussão

Com base nos artigos analisados, observou-se que a sífilis teve predomínio em gestantes de raça parda e negra, na faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade, com baixa escolaridade, baixa renda, sem ocupação/emprego, com maior número de filhos e com ausência do companheiro durante o pré-natal. Este perfil epidemiológico está associado ao menor acesso ao acompanhamento pré-natal de qualidade, o que contribui para a manutenção da transmissão vertical (Soares; Aquino, 2021). Em relação às características clínicas das infecções de sífilis gestacional, observou-se que a maioria foi classificada como sífilis primária e muitos casos tiveram

essa variável ignorada (Conceição; Câmara; Pereira, 2019). Também existe a possibilidade de a classificação ter sido realizada erroneamente, levando em consideração que a sífilis primária é caracterizada pelo aparecimento do “cancro duro” e pode não ser notada pelo paciente (Conceição; Câmara; Pereira, 2019). Quanto ao trimestre de gestação do diagnóstico de sífilis, identificou-se uma predominância no terceiro trimestre de gestação. O diagnóstico da infecção no terceiro trimestre gestacional é considerado tardio e pode estar relacionado ao início tardio do pré-natal, bem como às baixas sensibilidade e efetividade da assistência pré-natal oferecida (Conceição; Câmara; Pereira, 2019).

De modo independente, o número de consultas pré-natais foi o único fator associado à sífilis congênita: à medida que aumento no número de consultas, diminui a sua ocorrência. (Almeida, 2021). A ocorrência da sífilis congênita indica fragilidades na atenção ao pré-natal, sendo, portanto, um evento sentinela para o monitoramento do acesso e da qualidade da Atenção Básica (Figueiredo *et al.*, 2020). Foi relatado em todos os estudos a subnotificação de casos e o preenchimento incompleto dos dados como os principais problemas identificados pela vigilância da doença. É possível que o preenchimento inadequado das fichas esteja associado à quantidade de campos presentes, a não obrigatoriedade do preenchimento de alguns campos e o excesso de formulários a serem preenchidos nos serviços de saúde. O completo preenchimento da ficha de notificação é essencial para a melhor compreensão do perfil dos casos e para adoção de medidas (Soares, Aquino, 2021).

A forma que o cartão da gestante é preenchido pode influenciar na morbidade e mortalidade por sífilis na gestação. A falta de informações sobre o tratamento dificulta o atendimento em outras consultas do pré-natal e em outros âmbitos de atenção à saúde, impossibilitando a continuidade de um cuidado integral e de qualidade por qualquer profissional que venha a atendê-la futuramente (Sousa *et al.*, 2023).

Informações incompletas no cartão da gestante sobre o tratamento de sífilis também podem acarretar procedimentos invasivos no recém-nascido e no retratamento da gestante/puérpera. Estudos apontam que o início tardio do pré-natal, o baixo número de consultas, a falta ou demora no diagnóstico, o esquema terapêutico inadequado ou incompleto, o não tratamento das parcerias sexuais e a falta de conhecimento da gestante sobre a doença são as principais falhas relacionadas ao manejo inadequado da sífilis gestacional (Cerqueira; Silva; Gama, 2021), ou seja, são fatores comportamentais e de assistência à saúde que estão relacionados ao aumento do número de taxas de sífilis gestacional e de sífilis congênita.

A elevação no número de casos de sífilis gestacional também foi relacionada ao aumento da cobertura de testagem, ampliação do uso de testes rápidos, diminuição do uso de métodos contraceptivos, desabastecimento mundial de penicilina (ocorrido entre 2014 e 2016) e a resistência à administração de penicilina pelos profissionais de saúde na Atenção Básica após a publicação da Portaria Ministerial n.º 156, de 19 de janeiro de 2006 (Santos Filho *et al.*, 2021). Um estudo apontou como fator de dificuldade o amplo histórico de decisões sobre a administração da penicilina na Atenção Básica no Brasil. A quantidade de informações publicadas ao longo dos anos reforça a resistência dos profissionais que, por vezes, ao não se atualizarem, acabam embasando suas decisões em normas revogadas (Araújo; Souza, 2020).

Dentre outros fatores que podem explicar o aumento dos casos de sífilis em gestantes no Brasil, está a melhora na notificação dos casos (Roncalli *et al.*, 2021), mesmo com a subnotificação sendo relatada como um grande obstáculo. De acordo com Almeida (2021), essa melhora pode ser atribuída ao fato de os profissionais estarem mais sensíveis à notificação dos casos. A melhora também pode ser relacionada a mudança da definição de casos, que em 2017, passou a considerar notificações durante o pré-natal, parto e puerpério para

sífilis gestacional como forma de diminuir a subnotificação dos casos em gestantes (Santos Filho *et al.*, 2021, p. 7).

O não tratamento das parcerias sexuais, a inadequada utilização de métodos de proteção e profilaxia e as ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva foram consideradas como fatores que contribuem para a ocorrência de reinfecção e manutenção da cadeia de propagação da infecção, podendo exercer ainda maior pressão sobre o sistema de saúde, dada a necessidade de estrutura de apoio e atendimento especializado às alterações congênitas e tardias, decorrentes da exposição ao *Treponema pallidum* (Nunes *et al.*, 2021). Estudos relatam dificuldades na abordagem dos parceiros sexuais (Cerqueira; Silva; Gama, 2021). Há, ainda, fatores desafiantes, como: a migração dos moradores, a multiplicidade de parcerias sexuais, bem como parceiros reclusos no sistema prisional e com pior acesso ao tratamento (Cerqueira; Silva; Gama, 2021).

O acesso, a utilização e a qualidade dos serviços de saúde para as gestantes são essenciais para garantir o bloqueio da transmissão vertical da sífilis. Ao avaliar a estrutura das unidades de saúde e a assistência pré-natal, também foram verificadas inadequações, como problemas no acesso, na realização das ações de promoção da saúde e na qualidade do cuidado individual e coletivo oferecido à gestante (Soares; Aquino, 2020). Como barreiras para o acesso oportuno das gestantes, pode-se citar as dificuldades na superação de desigualdades sociais, especialmente entre as mais vulneráveis: indígenas, pretas, de menor escolaridade, com maior número de gestações e as pessoas moradoras nas regiões norte e nordeste (Macedo *et al.*, 2020). Para o tratamento adequado da sífilis gestacional, uma parte dos casos necessita de consultas frequentes ao serviço de saúde, acarretando mais deslocamentos, custos e ausências no trabalho (Amorim *et al.*, 2021). Assim, além de considerar a acessibilidade geográfica, é preciso pensar em aspectos relacionados à acessibilidade funcional, como horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde

e organização do fluxo de atendimento para realizar um acolhimento adequado (Figueiredo, 2020).

De acordo com Figueiredo (2020), o diagnóstico de sífilis pode despertar sentimentos de ansiedade, tristeza, culpa, insegurança e receio de comunicar ao parceiro, que consiste em um potencializador das vulnerabilidades existentes, dificultando a adesão ao tratamento e acompanhamento. O enfrentamento dessa barreira também consiste em habilidades de comunicação, equipe multiprofissional e ações intersetoriais. A remoção de barreiras para realização de um pré-natal adequado envolve a captação precoce da gestante, o aconselhamento, a intervenção educacional, a solicitação e realização dos exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempo oportuno, além do tratamento adequado da mulher e seu parceiro (Macedo *et al.*, 2019). A educação em saúde da comunidade sobre o tema se mostra extremamente importante, levando em consideração que o conhecimento sobre a doença amplia o autocuidado da gestante e a capacidade de reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, assim como os possíveis efeitos sobre o feto, levando uma maior adesão ao tratamento (Sousa *et al.*, 2020). Além das barreiras de acesso ao pré-natal, ao se avaliar o manejo da sífilis entre pré-natalistas, foi observado o baixo conhecimento dos protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem das infecções sexualmente transmissíveis relatados pelos profissionais de saúde (Macedo *et al.*, 2020).

As desigualdades no acesso e a baixa qualidade do pré-natal explicariam, em alguma medida, a maior exposição das crianças de classes menos privilegiadas ao risco de contraírem sífilis congênita (Soares; Aquino, 2021). Um estudo evidenciou o protagonismo do enfermeiro no processo de testagem, apontando que o enfermeiro surge como único profissional responsável por todas as etapas em cerca de 90% das equipes. Tal afirmativa é favorável quando se entende que a Atenção Básica esteja contribuindo para a autonomia do enfermeiro através da incorporação

de novas competências e tecnologias do cuidado. Porém, a sobrecarga do enfermeiro atuante na Atenção Básica, possivelmente, tenha influência na resistência destes profissionais. Assim, se faz importante que as demais categorias profissionais se sintam também responsáveis pelo teste rápido, visando à integralidade na saúde (Araújo; Souza, 2020).

Foi observado em um dos estudos que, mesmo as equipes tendo uma boa adesão ao teste, os fatores a ele associados, como realização do teste no período preconizado, testagem dos(as) parceiros(as) sexuais da gestante, administração da penicilina benzatina e envolvimento da equipe, ainda não aconteciam a contento (Araújo *et al.*, 2020). Confrontando com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o resultado de um estudo realizado no Rio grande do Norte evidenciou que uma pequena parcela dos entrevistados (11,8%) iniciara o tratamento presuntivo do(a) parceiro(a) da gestante com resultado positivo para sífilis sem os seus exames confirmatórios, dificultando a interrupção da cadeia de transmissão e aumentando a possibilidade de reinfecção da gestante e transmissão vertical (Araújo *et al.*, 2020). É importante destacar que a Rede Cegonha teve um considerável papel na luta contra a sífilis, com o objetivo de oferecer atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, garantir o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. “A implantação da Rede Cegonha trouxe a expansão da triagem pré-natal da sífilis, por meio da descentralização dos testes rápidos para a Atenção Básica, ampliando a capacidade de detecção” (Nunes *et al.*, 2021 p. 2).

Apesar das limitações de cada estudo analisado, há uniformidade quanto à multifatorialidade da sífilis gestacional se configurar um importante agravo de saúde coletiva. Mais que limitações físicas ou de recursos disponíveis na Atenção Básica, compreende-se que a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis ainda se mostra deficiente, pois foi demonstrado que, ainda na presença de recursos, houve

falhas no diagnóstico oportuno, bem como no tratamento adequado. Além disso, fatores como número insuficiente de trabalhadores, desatualização do profissional quanto ao manejo ou seguimento de fluxos desatualizados, seguem sendo um desafio, tornando a assistência pré-natal insuficiente para garantir o controle da sífilis.

Considerações finais

Apesar da sífilis ser uma infecção sexualmente transmissível milenar, curável e com tratamento pouco oneroso, ainda existem falhas na assistência pré-natal, levando à persistência da doença como um acometimento de importância epidemiológica. É necessário investimento na educação permanente em saúde para os profissionais vinculados ao manejo da sífilis no que tange ao conhecimento de protocolos e fluxos vigentes, notificação compulsória e adequado preenchimento do cartão da gestante.

Ademais, é imprescindível atentar para o diagnóstico oportuno e a captação do parceiro para o tratamento, além da busca ativa das gestantes faltosas, reduzindo, assim, desfechos desfavoráveis ao binômio. Levando em consideração que estudos associam a sífilis gestacional e congênita às condições socioeconômicas desfavoráveis e fatores como etnia e escolaridade, também é necessário o investimento em políticas públicas que atentem aos determinantes sociais em saúde.

Conclui-se que é necessária a produção de mais estudos sobre a temática, considerando o número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita, a fim de identificar as possíveis falhas na assistência e a contribuição para o planejamento de ações de prevenção e promoção à saúde. Os programas de residências multiprofissionais em Atenção Básica constituem aliados na atenção, educação permanente, educação popular, além de alargamento e qualificação da cobertura assistencial populacional em território.

Referências

- Almeida, A., et al. (2022). Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, 1-13. <https://www.scielo.br/j/tce/a/DcJG3jTsbHtr8BvRT3PLZsm/?format=pdf&lang=pt>
- Amorim, E., et al. (2023). Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, 1-13. <https://www.scielo.br/j/ress/a/C9HNFpTnZV4DjHJJpkkwtGP/?format=pdf&lang=pt>
- Araújo, T., & Souza, M. (2020). Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-11. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GJKMK7gxhQWLSgz3mkNbCDF/?format=pdf&lang=pt>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Infecção pelo HIV e Aids, Hepatites Virais, Sífilis Adquirida e em Gestantes, Sífilis Congênita. In: *Guia de vigilância em saúde: volume único* (2a ed., pp. 242-285). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2022a). *Indicadores de Sífilis*. <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2022b). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST*. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf
- Cerqueira, B.G.T., Silva, E.P., & Gama, Z.A.S. (2021). Melhoria da qualidade do cuidado à sífilis gestacional no município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 55:34. <https://doi.org/10.11606/s15188787.2021055002534>.
- Conceição, H., Câmara, J., & Pereira, B. (2020). Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em Debate*, 43, 1-14. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?format=pdf&lang=pt>
- Figueiredo, D., et al. (2020). Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, 1-12. <https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/?format=pdf&lang=pt>
- Macêdo, V.C.de, Romaguera, L.M.D., Ramalho, M.O. de A., Vanderlei, L.C. de M., Frias, P.G. de., & Lira, P.I.C. de. (2020). Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4), 518-528. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>
- Nunes, P., et al. (2023). Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, 1-11. <https://www.scielo.br/j/ress/a/qB3yypDbSchTBxJDSKGqBsv/?format=pdf&lang=pt>

- Padovani, C., Oliveira, R., & Pelloso, S. (2018). Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-10. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/?lang=en>
- Roncalli, A.G., Rosendo, T.M.S.S., Santos, M.M., Lopes, A.K.B., Lima, K.C. (2021). Efeito da cobertura de testes rápidos na atenção básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 55:94. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003264>
- Santos Filho, R., et al. (2021). Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis-GO: uma análise retrospectiva. *Cogitare Enfermagem*, 26, 1-12. <https://www.scielo.br/j/cenf/a/dKj4YFP7Y5qsBccGB5krHRy/?format=pdf&lang=pt>
- Soares, M. A., & Aquino, R. (2023). Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, 1-12. <https://www.scielo.br/j/csp/a/RbhXfcYGbCjF3DYNL3L39Fp/?format=pdf&lang=pt>
- Soares, M. A., & Aquino, R. (2023). Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, 1-11. <https://www.scielo.br/j/ress/a/zDffptPDS8JRtYD8GnBH4Tc/?format=pdf&lang=pt>
- Sousa, A. S., Oliveira, G. S., & Alves, L. H. (2021). A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. *Cadernos da Fucamp*, 20(43), 64-83. <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2336>
- Souza, A. C., et al. (2023). Análise epidemiológica dos casos de sífilis na gestação em Uberlândia (MG) de 2011 a 2020. *Journal Health NPEP*, 7, 1-18. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5666>

ATENÇÃO BÁSICA E AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:

A PREVALÊNCIA DA COINFECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL

William Oliveira da Silva
Ana Paula Cardoso Roriz
Athália de Jesus Rodrigues

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil continua entre os 30 países com elevada carga para a Tuberculose (TB) e para coinfeção TB e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). De 2011 a 2019, houve um rápido crescimento da proporção de casos novos de TB testados para HIV, de 65,3 para 82,5. Já em 2020, 76,5% dos casos novos de TB conheciam seu status para a infecção pelo HIV, sendo que 8,4% dos casos novos foram positivos (Brasil, 2022). A coinfeção TB/HIV é configurada como um fenômeno multicausal. O HIV, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), compromete o sistema imunológico, aumentando a suscetibilidade a várias doenças, incluindo a TB. A coinfeção é uma das principais causas de óbito entre as Pessoas em Situação de Rua (PSR) que são afetadas por ambas as doenças (Brasil, 2019).

No Brasil, a coinfeção TB/HIV é uma das principais causas de mortalidade entre as pessoas infectadas pelo HIV, especialmente entre os segmentos mais marginalizados e economicamente desfavorecidos da sociedade. Globalmente, estima-se que cerca de seis milhões de pessoas sejam afetadas pela coinfeção, correspondendo a aproximadamente 9% dos

pacientes com diagnóstico de TB e infecção pelo HIV (Rodrigues *et al.*, 2021). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) identifica certas populações vulneráveis como prioritárias para intervenções de diagnóstico, controle e tratamento da TB, incluindo as PSR. Essa população enfrenta exposição constante a várias doenças, incluindo a TB, e tem 56 vezes mais probabilidade de ser afetada por essa condição no Brasil. Portanto, é crucial direcionar intervenções específicas para esse grupo (Brasil, 2016; Brasil, 2019).

A TB afeta principalmente adultos, representando cerca de 90% dos casos, com uma incidência mais elevada entre homens e associada a fatores socioeconômicos. No contexto global, os continentes africano e americano lideram, em termos de casos e mortalidade pela doença. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), aproximadamente 95% dos casos ocorrem em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2021; Organização das Nações Unidas, 2016). No ano de 2020, o Brasil registrou 4.543 óbitos relacionados à TB, seguindo uma tendência observada nos anos anteriores. O coeficiente de mortalidade foi de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes. O ano de 2021 contabilizou 68.271 novos casos de TB, com um coeficiente de incidência de 32,0 casos por 100 mil habitantes. A variação negativa em 2020 é atribuída aos impactos da pandemia de covid-19 (BRASIL, 2022; World Health Organization, 2021). Nesse contexto de impactos na saúde de grupos vulneráveis decorrentes da coinfeção TB/HIV, a presente reflexão tem como objetivo analisar as produções científicas acerca da prevalência da coinfeção TB e HIV em pessoas em situação de rua.

Metodologia

Uma revisão integrativa diz respeito a um recurso da prática de pesquisa, que resume a leitura empírica ou teórica, proporcionando fácil compreensão do assunto ao leitor e abordando a identificação de um problema, seu conceito e populações afetadas. Para a presente reflexão, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do problema, pesquisa nos bancos de dados bem definida,

avaliação dos dados, análise dos dados, apresentação (Whittemore; Knafl, 2005). A questão geradora adotada para o desenvolvimento da revisão foi: quais as evidências científicas relacionadas à prevalência da coinfeção de HIV e TB em pessoas em situação de rua? Sendo sua construção baseada na estratégia “PICO”: População, Paciente ou Problema abordado (no presente caso, P = pessoas em situação de rua), Interesse (no presente caso, I = prevalência) e Contexto (no presente caso, Co = coinfeção HIV/TB). A PICO foi adotada para guiar a busca de evidências (Santos *et al.*, 2007; Lockwood *et al.*, 2020).

A coleta de dados ocorreu nas bases/bancos: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), via Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Bases de dados bibliográfica Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (Cinahl) e Web of Science, no período entre agosto e dezembro/2022. A fim de ampliar a busca nas bases de dados, realizou-se a busca remotamente via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para a coleta de dados utilizou-se os operadores booleanos OR e AND com associação aos descritores controlados e não controlados, dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) e ListofHeadings do Cinahl Information Systems, conforme **Quadro 1**.

Quadro 1. Expressões de busca utilizadas para a recuperação de artigos

Bases de Dados	Expressão de Busca Primária
Lilacs	(Prevalence) OR (Coinfection) OR (Co-infection) OR (Mixed Infection) OR (Polymicrobial Infection) OR (Secondary Infection) OR (Secondary Infections) AND (HIV) OR (AIDS Virus) OR (Human Immunodeficiency Virus) OR (Human Immunodeficiency Viruses) OR (Human T Cell Lymphotropic Virus Type III) OR (Human T Lymphotropic Virus Type III) OR (Human T-Cell Leukemia Virus Type III) OR (Lymphadenopathy-Associated Virus) OR (Human Immunodeficiency) AND (Tuberculosis) OR (Kochs Disease) OR (Mycobacterium) OR (Tuberculosis Infection) AND (Homeless Persons) OR (Homeless Shelters)

SciELO	(Prevalência) OR (Coeficiente de Prevalência) OR (Infecção por Mycobacterium tuberculosis) OR (Pessoas em situação de rua) OR (Abrigos) OR (Abrigos para Pessoas Sem-Teto) OR (Falta de Habitação) OR (Falta de Moradia) OR (Morador de Rua) OR (Moradores de Rua) OR (Pessoas sem Lar) OR (Pessoas sem-Teto) OR (População em Situação de Rua) OR (Sem-Teto)
Medline	(Period Prevalence) OR (Co-infection) OR (Polymicrobial Infection) OR (Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus) OR (Mycobacterium) OR (tuberculosis Infection) AND (Homeless Persons)
Scopus	(Point Prevalence) OR (Co-infection) OR (Polymicrobial Infection) OR (Acquired Immunodeficiency Syndrome Virus) OR (Mycobacterium) OR (tuberculosis Infection) AND (Homeless Persons)
Cinahl	(Mixed Infection) OR (Polymicrobial Infection) OR (Human T Cell Lymphotropic Virus Type III) OR (Homelessness) OR (Shelters for Homeless Persons) OR (Street People)
Web of Science	(Prevalence) OR (Coinfection) OR (Co-infection) OR (Mixed Infection) OR (Polymicrobial Infection) OR (Secondary Infection) OR (Secondary Infections) AND (HIV) OR (AIDS Virus) OR (Human Immunodeficiency Virus) OR (Lymphadenopathy-Associated Virus) OR (Human Immunodeficiency) AND (Tuberculosis) OR (Kochs Disease) OR (Mycobacterium) OR (tuberculosis Infection) AND (Homeless Persons) OR (Homeless Shelters)

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Foram adotados como critérios de inclusão as publicações de delineamento quantitativo que abordavam a temática coinfeção de TB+HIV em PSR, artigos completos e disponíveis na íntegra, sem limitação temporal e de idiomas. Cabe ressaltar que os artigos duplicados foram contabilizados uma única vez. Foram excluídos manuais, teses, opiniões públicas, editoriais, revisões e cartas ao editor. Como instrumento para coleta de dados utilizou-se o instrumento validado por Ursi (2005), adaptado para esta revisão. Quanto ao processo de análise e síntese dos dados, realizou-se de forma descritiva. Para a análise das evidências, utilizaram-se os seguintes níveis: Nível I: revisão sistemática, contendo apenas ensaios clínicos randomizados; Nível II: pelo menos um ensaio clínico randomizado; Nível III: ensaios clínicos controlados bem desenhados sem randomização; Nível IV: estudos de coorte ou caso-controle bem delineados, estudos analíticos, preferencialmente

de mais de um centro ou grupo de pesquisa; Nível V: evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: múltiplas séries temporais e resultados em experimentos não controlados; Nível VII: opinião de autoridades respeitadas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (Melnik; Fineout-Overholt, 2011). Destaca-se que as etapas de seleção, leitura, organização e categorização dos artigos foram realizadas por três revisores de forma independente e comunicativa, com reuniões on-line e presenciais para comparação, esclarecimento e consenso dos achados.

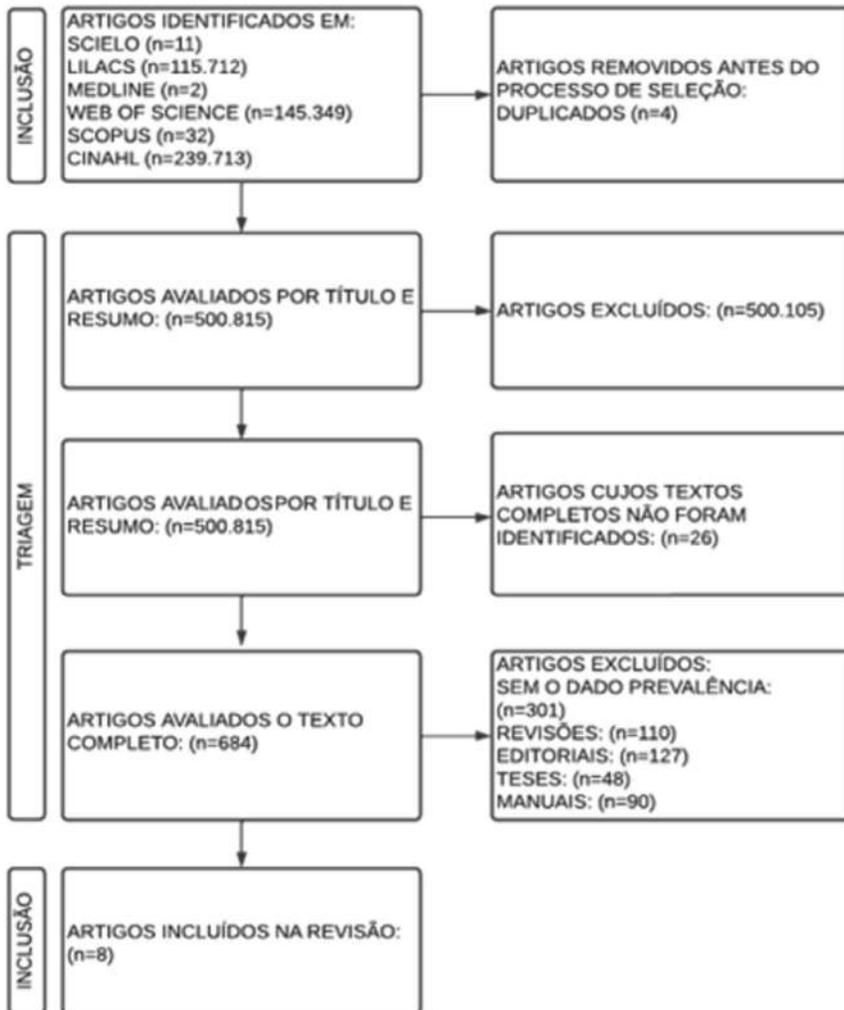
Resultados

Foram identificados, mediante ao cruzamento dos descritores, 500.819 artigos, sendo eles: SciELO (n=11), Lilacs (n=115.712), Medline/Pubmed (n=2), Web of Science (n=145.349), Scopus (n=32) e Cinahl (n=239.713). Desses, baseado nos critérios de elegibilidade, foram excluídos 500.113. Por duplicidade foram removidos 4. Desse modo, foram selecionados 710 para leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão e 08 artigos atenderam os critérios desta revisão. O processo de busca e seleção dos artigos está representado no fluxograma esquemático da **Figura 1**.

As distribuições dos oito artigos selecionados de acordo com o ano de publicação foram: dois (25%) artigos publicados em 2006 e um (13%) em 2003, 2010, 2011, 2016, 2021 e 2022. Em relação ao idioma, três (38%) artigos foram publicados em português e cinco (65%) em inglês e, desses, dois (25%) artigos foram publicados em periódicos brasileiros; quatro (50%) estudos foram desenvolvidos no Brasil, um (13%) no México, um (13%) na Etiópia, um (13%) na União Europeia e um (13%) nos Estados Unidos. Quanto ao nível de evidências, quatro (50%) artigos são estudos descritivos - Nível IV, dois (25%) trazem evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos - Nível V, um (13%) inclui ensaio clínico randomizado - Nível II e um (13%)

consiste em estudo de coorte ou caso-controle - Nível IV. Quanto ao local das pesquisas, os estudos foram desenvolvidos em diferentes cenários, incluindo abrigos, hospitais, bem como recrutamento nas ruas.

Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos*



Fonte: Adaptado de Page et al., 2021.

* Adaptado do diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

No **Quadro 2**, é apresentada a distribuição dos artigos selecionados segundo o título, ano da publicação, objetivo, principais resultados, prevalência, conclusão, tipo de estudo e nível de evidência.

Quadro 2. Artigos selecionados

Título do Artigo/ Ano de Publicação	Objetivo	Tipo de Estudo	Nível de Evidên- cia	Preva- lência	Principais Resultados	Conclusão
Aspectos epidemiológicos da coinfeção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. 2003	Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2003, segundo a condição sorológica para o vírus da imunodeficiência humana.	Investigação epidemiológica retrospectiva de cunho descritivo.	Nível IV	30%	Nesse período, foram notificados 1.273 casos de tuberculose, sendo que 377 apresentaram sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana.	Foi observada alta prevalência da coinfeção no município estudado, sendo nítido que a pequena adesão terapêutica desses casos reflete a necessidade de se adotar estratégias especiais de acompanhamento.
Coinfeção por Mycobacterium tuberculosis e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). 2006	Discutir os principais aspectos da coinfeção TB/HIV no município de Taubaté (SP) nos anos de 2001 e 2002.	Levantamento epidemiológico.	Nível VII	42,25%	Dos 165 pacientes com TB testados para HIV, 70 positivaram. Número elevado comparado ao estado de São Paulo	Concluiu-se que o vírus da imunodeficiência humana é importante na epidemiologia da tuberculose, portanto o teste sorológico para o vírus da imunodeficiência humana deve ser realizado quando se diagnostica a presença de tuberculose.

Latent Tuberculosis among Persons at Risk for Infection with HIV, Tijuana, Mexico. 2010	Entender a prevalência de ILTB para antecipar o surgimento de uma reativação aumentada de ILTB.	Estudo experimental/descritivo.	Nível II	57%	Não foram observadas diferenças significativas por grupo de risco ($p > 0,05$). Dois participantes tiveram TB (prevalência 398/100.000).	ILTB frequente em pessoas marginalizadas pode levar ao aumento da TB à medida que o HIV se espalha.
Smear positive pulmonary tuberculosis and associated factors among homeless individuals in Dessie and Debre Birhan towns, Northeast Ethiopia. 2016	Determinar a prevalência e fatores associados de baciloscopia positiva de TB pulmonar (PTB) e MDR-TB.	Estudo transversal.	Nível VI	55,5%	A prevalência de TBP com baciloscopia positiva foi de 2,6% (IC 95% 1,3-5) entre moradores de rua com suspeita de TB.	Ênfase especial é necessária para que os indivíduos em situação de rua exerçam esforços intensivos para identificar casos de TB não detectados para limitar a circulação da doença na comunidade.
Tuberculosis and HIV coinfection in European Union and European Economic Area countries. 2011	Determinar o ônus da infecção por TB-HIV na União Europeia (UE) e no Espaço Económico Europeu (EEA).	Revisão sistemática.	Nível V	Portugal e Islândia 15%. Países da Europa central 1%	A proporção de pacientes com TB infectados pelo HIV variou de 0 a 15%.	O aumento do teste de HIV em pacientes com tuberculose e estratégias direcionadas e informadas para controle e prevenção podem ajudar a conter a epidemia de coinfeção.
Outbreak of Tuberculosis Among Homeless Persons Coinfected with Human Immunodeficiency Virus. 2003	Investigar um grupo de pacientes com TB na Carolina do Norte e determinar a extensão da transmissão de uma cepa de Mycobacterium tuberculosis.	Estudo de coorte retrospectivo.	Nível IV	22%	Todos os pacientes, exceto 1, eram do sexo masculino, 22 (88%) eram afroamericanos e 14 (56%) estavam infectados pelo vírus da imunodeficiência humana.	O reconhecimento anterior deste abrigo como um local de transmissão de M. tuberculosis poderia ter sido facilitado por meio de abordagens inovadoras para investigação de contato e tipagem genética de isolados

Tuberculose, vulnerabilidades e HIV em pessoas em situação de rua: revisão sistemática. 2022	Analisar, sistematizar e compilar os fatores de vulnerabilidade (social, individual e programática) associados à tuberculose e HIV em pessoas em situação de rua.	Revisão sistemática de literatura.	Nível V	17,3%	Em 10 estudos, foi descrita a ocorrência de tuberculose e HIV. Os fatores de vulnerabilidade individual, social e programática mais descritas foram uso de drogas, coinfeção com HIV e falha no tratamento da tuberculose, respectivamente	A vivência na rua potencializa os riscos para a ocorrência de doenças crônicas e infecciosas, bem como a priorização de questões mais pragmáticas à manutenção da vida, como segurança e alimentação, em detrimento à saúde
--	---	------------------------------------	---------	-------	--	---

Discussão

Nessa revisão, a prevalência de coinfeção TB/HIV em pessoas em situação de rua foi considerada alta, com variação 4,2% a 56%. A maioria das pessoas afetadas pela prevalência da coinfeção TB /HIV são os grupos mais pobres e marginalizados da sociedade ou aqueles que são mais suscetíveis à doença (Rodrigues *et al.*, 2021). No que concerne à coinfeção, na pesquisa de Rodrigues *et al.* (2021), foi identificado que 40% das pessoas em situação de rua receberam diagnósticos de HIV e tuberculose ao mesmo tempo. Em linha semelhante, uma pesquisa realizada em Tijuana, México, revela alta prevalência de infecção por TB em populações marginalizadas com alto risco de infecção por HIV. Embora a prevalência de HIV no estudo (4,2%) tenha sido menor do que as estimativas relatadas entre populações semelhantes em outros locais, a média foi superior à da população geral da Baixa Califórnia, (0,8%-0,9%), no México (Garfein *et al.*, 2010). A prevalência da TB em pessoas em situação de rua é significativamente maior do que na população geral, e a ocorrência de TB e HIV é comum neste grupo. Além disso, as pessoas em situação de rua são frequentemente subdiagnosticadas e subtratadas para ambas as doenças, o que pode levar a uma propagação da doença na comunidade. Fatores de

risco adicionais para a ocorrência de TB e HIV em pessoas em situação de rua incluem uso de drogas injetáveis, comportamentos sexuais de alto risco e exposição a ambientes insalubres (Hino *et al.*, 2021). Em pesquisa realizada com 13 pacientes em situação de rua do Condado de Wake, na Carolina do Norte (EEUU), a maioria (56%) estava infectada pelo HIV no momento do diagnóstico de TB (Peter *et al.*, 2003).

No levantamento sistemático feito por Gioseffi, Batista e Brignol (2022), nos trabalhos analisados, uma parte significativa dos pacientes com diagnóstico de TB também apresentavam infecção por HIV. Como exemplo dessa evidência descrita no levantamento dos autores, pode-se citar os achados da pesquisa de Ranzani Vieira *et al.* (2016), em que 17,3% (24 pessoas) da população em situação de rua tinham HIV positivo. Já a pesquisa de Vieira *et al.* (2018) revela que o aumento de 100 casos da coinfeção HIV/TB na população em geral leva ao aumento da incidência da tuberculose entre pessoas em situação de rua para 14 casos por 100 mil habitantes (Gioseffi; Batista; Brignol, 2022). De acordo com pesquisa feita nos Estados Unidos, indivíduos soropositivos em situação de rua tiveram 6,75 vezes mais chances de testar positivo para TB do que indivíduos HIV negativos em situação semelhante. É sabido que a infecção pelo HIV frequentemente resulta em uma maior taxa de TB, seja devido à reativação de infecções por MTB existentes ou ao aumento na suscetibilidade à aquisição de novas infecções, tornando a infecção por HIV o principal fator agravante da TB. O risco ao longo da vida de indivíduos infectados pelo HIV desenvolverem TB é de 20 a 37 vezes maior do que o de indivíduos não infectados pelo HIV (McElroy *et al.*, 2003). Na pesquisa de McElroy *et al.* (2003), a coinfeção TB/HIV também foi visivelmente elevada (55,56%). Essa alta prevalência do HIV pode ser causada por aqueles que estão em risco de contrair a doença que se envolve em comportamentos de risco.

Em âmbito nacional, pesquisa de Muniz *et al.* (2006), no município de Ribeirão Preto (SP), constatou-se alta prevalência da coinfeção TB/

HIV, o que demonstra a necessidade de que sejam desenvolvidos estudos que possibilitem descrever a magnitude da epidemia de HIV/AIDS na dinâmica da transmissão da TB. Como se vê, a prevalência da TB e da infecção pelo HIV é particularmente alta em PSR. Essas pessoas estão em risco aumentado devido a uma série de fatores, incluindo falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, condições de vida precárias, falta de acesso a alimentos nutritivos, exposição a doenças e falta de proteção contra infecções. Nesse estudo, os principais fatores associados à coinfeção TB/HIV em PSR foram condições precárias de moradia, pobreza, uso de drogas ilícitas, atividade sexual de risco e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Autores apontam que escolhas de estilo de vida, abuso de álcool, compartilhamento de seringas e proximidade com caso de TB têm sido associados a um risco aumentado de coinfeção TB/HIV (Pimpin *et al.*, 2011). A coinfeção pelo HIV continua sendo, portanto, um fator significativo que contribui para o agrupamento de casos de TB em pessoas em situação de rua, assim como em outras áreas. Com base nessa realidade, para contornar essa situação, é necessário implementar não só políticas voltadas para a obtenção de melhores condições de vida como também garantir o direito de acesso à atenção integral à saúde à população desabrigada.

Dados preliminares mostram que as taxas de mortalidade entre os pacientes HIV positivos com TB são maiores do que entre os pacientes HIV positivos sem TB. Embora não seja a mais grave, a infecção pelo HIV ainda é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da tuberculose hoje. Isso se deve a uma variedade de fatores, incluindo a interação patológica que favorece a progressão da doença em ambas as condições (Muniz *et al.*, 2006). A associação TB/HIV provoca mudanças na tendência epidemiológica da doença, pois os pacientes coinfectados que desenvolvem a TB têm características únicas. As formas extrapulmonares são mais prevalentes nesses indivíduos e há também um risco maior de que

o paciente desenvolva resistência aos medicamentos para o tratamento da tuberculose. A duração do tratamento para esses pacientes é de seis meses, a mesma dos pacientes que não têm infecção de HIV, ao contrário do que foi antecipado pelo Primeiro Censo Brasileiro de Tuberculose de 1997, que afirmou que a duração do tratamento para os pacientes que foram coinfectados foi de vinte meses, a fim de facilitar abandono. É vital lembrar que a infecção de tuberculose acelera o processo de replicação do HIV, o que poderia aumentar a mortalidade dos pacientes se eles também forem coinfectados (Carvalho *et al.*, 2006).

O caráter transitório de uma pessoa em situação de rua frequentemente impede o diagnóstico precoce e o tratamento. Este incidente demonstra a necessidade de estratégias melhoradas para garantir um início e conclusão bem-sucedidos do tratamento para essa população (McElroy *et al.*, 2003). No caso da infecção por TB, o esquema de tratamento da TB sensível é dividido em duas fases: intensiva e manutenção, que será prescrito de acordo com o peso do paciente (Brasil, 2022). Os medicamentos utilizados nessas fases, estão disponíveis em comprimidos com doses fixas combinadas (DFC), que têm como vantagem redução do volume de medicamentos, facilidade na prescrição e nas orientações à pessoa, minimização de erros na administração de medicamentos, aumento da taxa de cura, redução de custos, e tem como principal objetivo alcançar a melhor adesão dos pacientes em tratamento (Brasil, 2022).

Embora a prevenção da infecção pelo HIV deva ser a principal prioridade para reduzir o risco de TB, a alta prevalência em diferentes pesquisas sugere que há uma necessidade não atendida de detecção e tratamento precoces da TB entre as populações de rua em risco de infecção pelo HIV. O rastreamento e o tratamento da TB e do HIV podem ser difíceis de implementar, uma vez que essas populações têm acesso limitado aos cuidados médicos, além de enfrentarem barreiras adicionais ao tratamento (Garfien *et al.*, 2010). Essa realidade é preocupante e

sugere maior atenção e maior investimento na melhoria das ações de identificação, prevenção e intervenção dos casos de TB/HIV em pessoas que vivem em situação de rua.

Um fator fundamental a ser considerado no processo de coinfeção é a vulnerabilidade socioeconômica. Estudos epidemiológicos de coorte revelam que a vulnerabilidade, sobretudo a relativa ao acesso a recursos públicos e institucionais, tem se destacado como um fator-chave na análise da suscetibilidade das populações ao HIV e à tuberculose, evidenciando a distribuição precária e a fragilidade desses recursos. A falta de conclusão do tratamento e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos estão incluídos nessa dimensão, pois evidenciam a inadequação do sistema de saúde em fornecer atendimento, informações e infraestrutura suficientes para o tratamento dos pacientes (Gioseffi; Batista; Brignol, 2022).

A maioria das pessoas afetadas pela prevalência da coinfeção TB /HIV são os grupos mais pobres e marginalizados da sociedade ou aqueles que são mais suscetíveis à doença. Há um número considerável de pessoas em situação de rua que são analfabetos, que evitam serviços de saúde, que não usam preservativo em relacionamentos e utilizam drogas ilícitas, fatores que a literatura aponta como associados ao aumento da vulnerabilidade à coinfeção TB/HIV (Rodrigues *et al.*, 2021). É importante destacar que, diferentemente da população em geral, as pessoas em situação de rua são marginalizadas, afastadas das políticas públicas e impossibilitadas de exercer efetivamente seus direitos fundamentais, mesmo quando se trata de direitos básicos, como o atendimento médico no SUS. Isso reforça a necessidade de incluir ações e políticas públicas, bem como recursos direcionados a esforços sociais, materiais e financeiros para reduzir a infecção pelo HIV e tuberculose na área em discussão.

Destaca-se o baixo fluxo de publicações atuais quanto aos dados epidemiológicos de prevalência da coinfeção TB/HIV em PSR,

principalmente na perspectiva de compreender como esses indivíduos em condição de vulnerabilidade refletem sobre seu processo de adoecimento e lidam com as questões de saúde. Ainda assim, os resultados aqui reunidos sugerem que a prevalência de coinfeção TB/HIV é uma realidade presente na vida das PSR, ou seja, um problema social grave capaz de afetar de forma negativa a saúde, bem como urge a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas para populações prioritárias, a fim de qualificar o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e o acesso aos serviços de saúde.

Conclusão

A presente reflexão revelou uma prevalência significativamente alta de coinfeção TB/HIV em PSR, com associação significativa à dificuldade da identificação e acompanhamento das doenças, uso de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas, entre elas, injetáveis, histórico de encarceramento, imigração, distúrbio psicológico, prostituição, analfabetismo, desnutrição, coinfeção por HIV e outras doenças crônicas como diabetes, insuficiência renal crônica e hepatites B e C. Esses achados destacam a necessidade de intervenções direcionadas para atender às necessidades de saúde dessa população, incluindo maior acesso à testagem e tratamento oportuno de HIV e TB, com ênfase na Atenção Básica. Cabe salientar a necessidade de fomentar a inclusão dos recortes populacionais mais vulneráveis nas formações em saúde. Também é importante abordar os determinantes sociais da saúde que contribuem para a falta de moradia, como a pobreza, e a ausência de acesso a cuidados de saúde.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2016). *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2019). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose. (2022). *Boletim Epidemiológico, n. esp.* Brasília. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>
- Carvalho, L. G. M. de., Buani, A. Z., Zöllner, M. S. A. da C., & Scherma, A. P. (2006). Coinfecção por *Mycobacterium tuberculosis* e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 32(5)*, 424-429. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000500009>
- Garfein, R. S., Laniado-Laborin, R., Rodwell, T. C., Lozada, R., Deiss, R., Burgos, J. L., Cuevas-Mota, J., Cerecer, P., Moser, K., Volker, M. L., Strathdee, S. A. (2010) Latent tuberculosis among persons at risk for infection with HIV, Tijuana, Mexico. *Emerging Infectious Diseases, 16(5)*:757-763. <https://doi.org/10.3201/eid1605.091446>.
- Gioseffi, J. R., Batista, R., & Brignol, S. M. (2022). Tuberculosis, vulnerabilities, and HIV in homeless persons: a systematic review. *Revista de Saúde Pública, 56*, 43. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003964>
- Hino, P., Yamamoto, T. T., Bastos, S. H., Beraldo, A. A., Figueiredo, T. M. R. M. de., & Bertolozzi, M. R. (2021). Tuberculosis in the street population: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55*, e03688. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019039603688>
- Lockwood, C., Porritt, K., Munn, Z., & Rittenmeyer, L. (2020). Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide: Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
- McElroy, P. D., Southwick, K. L., Fortenberry, E. R., Levine, E. C., Diem, L. A., Woodley, C. L., Williams, P. M., McCarthy, K. D., Ridzon, R., Leone, P. A. (2003). Outbreak of tuberculosis among homeless persons coinfecting with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases, 36(10)*, 1305–1312. <https://doi.org/10.1086/374836>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (Eds.). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muniz, J. N., Ruffino-Netto, A., Villa, T. C. S., Yamamura, M., Arcencio, R., & Cardozo-Gonzales, R. I. (2006). Aspectos epidemiológicos da coinfecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 32(6)*, 529–534. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000600010>
- Organização das Nações Unidas. ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas. (2016). *ONU quer acabar com epidemia de tuberculose até 2030*. 24 mar. 2016. <https://news.un.org/pt/story/2016/03/1545481>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, *372*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pimpin, L., Drumright, L. N., Kruijshaar, M. E., Abubakar, I., Rice, B., Delpech, V., Hollo, V., Amato-Gauci, A., Manissero, D., Ködmön, C. (2011). Tuberculosis and HIV co-infection in European Union and European Economic Area countries. *European Respiratory Journal*, *38*(6), 1382-1392. <https://doi.org/10.1183/09031936.00198410>
- Ranzani, O. T., Carvalho, C. R. R., Waldman, E. A., et al. (2016). The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. *BMC Med - BioMed Central Academic Journals*, *14*, 41. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0584-8>
- Rodrigues, B. F. L., Brasil, M. H. F., Ferreira, M. A. M., Patrício, A. C. F. de A., do Nascimento, J. A. do. (2021). Determinantes para tuberculose e HIV: pessoas em situação de rua. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, *13*, 698-704. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9497>
- Ursi, E. S. (2005). *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura* [Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456>
- Vieira, A. L., Oliveira, O., Gomes, M., Gaio, R., & Duarte, R. (2018). Tuberculosis incidence rate among the homeless population: the impact of socio-demographic and health-related variables. *Pulmonology*, *24*(5), 309-311. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2018.05.001>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA: O CASO DA REGIÃO SUDOESTE NO DISTRITO FEDERAL

Larissa Dias Pessoa
Matheus de Sousa Cunha
Odete Messa Torres
Sandra Pinheiro Braz

Introdução

A Constituição Federal de 1988 teve como objetivo primordial a redemocratização do país, almejando a descentralização do orçamento e dos poderes, promovendo o federalismo e distribuindo competências entre diferentes esferas de governo. A Constituição reconheceu a saúde como direito fundamental, assegurando o acesso universal e igualitário às suas ações e serviços por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), financiado pela seguridade social. Desse modo, no Brasil, a saúde é reconhecida como um direito de todos, e cabe ao Estado assegurar a sua efetivação por meio de políticas sociais e econômicas que visem à prevenção de doenças e agravos, bem como à promoção do bem-estar da população (Giovanella, 2012).

O SUS foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, abordando condições de saúde, organização de serviços, participação da comunidade e transferências de recursos financeiros (Giovanella, 2012). Diante de mudanças estruturais, o SUS busca reorientar os modelos assistenciais, integrando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos cidadãos (Brehmer,

2016). Estrategicamente, o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), propôs uma mudança no modelo assistencial, focando na Atenção Básica e nos princípios do SUS. Isso inclui atenção integral à saúde, intervenção em fatores de risco, parcerias interdisciplinares e promoção do controle social (Santos, 2011).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi estabelecida priorizando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo principal de reorganização da atenção primária à saúde no SUS (Giovannella, 2012). A PNAB reconhece a importância da atenção primária como a porta de entrada do SUS e destaca o papel da Atenção Básica (AB) como coordenadora e ordenadora da rede de atenção à saúde (Mendes, 2022). O financiamento da AB tem composição tripartite e, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), composto pelo componente federal de recursos financeiros para a AB. O PAB era constituído pela parte fixa, calculada com base em um valor per capita definido pelo Ministério da Saúde (MS) para cada município e o Distrito Federal (DF) e pelo PAB variável, destinado ao financiamento de estratégias nacionais de organização da AB. O somatório dessas partes integrava o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica, conforme as diretrizes do Pacto pela Saúde (Giovannella, 2012). Apesar disso, o financiamento da política pública de saúde no Brasil ainda enfrenta fragilidades antigas, como a insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros (CONASEMS, 2022).

Os países que defenderam a AB como base para a coordenação do sistema de saúde vêm desfrutando sucesso na qualidade dos serviços prestados à população e com gastos reduzidos. No Brasil, a partir da criação do SUS, investe-se na AB, principalmente na ESF para o incentivo à transformação no modelo de atenção à saúde (Shimizu, 2019). O programa Previnde Brasil, instituído em 2019 pela Portaria n.º 2.979, reformulou o financiamento da AB no SUS. Em vez do PAB fixo e variável, ele utiliza o

número de pessoas registradas nas equipes de ESF, considerando critérios socioeconômicos, demográficos e geográficos (Brasil, 2019a).

O Programa Previne Brasil concebeu uma transformação extensa no modelo de destinação orçamentária da Política de Atenção Básica do SUS (Mendes, 2022), sendo que três argumentos foram apresentados para justificar a nova política de financiamento: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais, alcançar os grupos mais vulneráveis e garantir custo-efetividade na PNAB (Brasil, 2019b). As recentes alterações no financiamento, juntamente com os impactos orçamentários decorrentes da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, representam uma ameaça de colapso da AB e do SUS (Geremia, 2020). A nova proposta de financiamento trouxe riscos significativos para a ESF, pois não incentiva o desenvolvimento de atividades voltadas ao território e à população, fundamentais para aprimorar a saúde e o manejo de doenças e agravos. Além disso, existe a possibilidade de que as equipes atuem com um número maior de pessoas cadastradas para maximizar o repasse de recursos com menor custo de contratação de profissionais e manutenção de serviços, resultando em menos equipes disponíveis, maior demanda e, conseqüentemente, queda na qualidade da atenção oferecida. Por fim, é importante destacar que o cadastro não pode ser considerado sinônimo de acesso e cuidado efetivo (Melo, 2019).

Este tipo de indução econômica gera a legitimação de comportamentos de âmbito local que beneficiam/incentivam alguns modelos de práticas em detrimento de outras, e, é nessa percepção que esta seletividade levada pelo novo modelo de financiamento da AB, descaracteriza os princípios do SUS na AB, tais como um sucessivo método de focalização da assistência em prejuízo da difusão do acesso (Mendes; Carnut, 2020). Diante do que foi exposto, a presente reflexão teve o objetivo identificar as Regiões Administrativas (RA) da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal (DF), em relação ao alcance das metas propostas pelos indicadores de desempenho do Programa Previne

Brasil, no 1º quadrimestre de 2022, mapeando e caracterizando as UBS da Região de Saúde Sudoeste do DF.

Metodologia

Com a premissa de analisar os indicadores de desempenho da AB na região Sudoeste do DF, a presente reflexão tem caráter descritivo e exploratório de abordagem quantitativa em que se analisou os indicadores de desempenho de Programa Previne Brasil no âmbito do DF no período de janeiro a abril de 2022. A AB no DF, até 2017, era prestada pelos Centros de Saúde e Postos Rurais, onde eram ofertados atendimento médico em ginecologia, pediatria e medicina interna, atendimento odontológico e atendimento de enfermagem. Após esse período, as Portarias n.º 77 e n.º 78, de 2017, atualizaram a PNAB do DF e alvitram a conversão de todas as unidades que seguiam o modelo tradicional de saúde, para o modelo de ESF (Distrito Federal, 2017).

Como forma de estruturar a Rede de Atenção à Saúde no DF, o Decreto n.º 39.527, de 14 de dezembro de 2018, organiza o DF em sete Regiões de Saúde, sendo elas: Central, Centro Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste (Distrito Federal, 2018). A região de saúde Sudoeste é formada por seis Regiões Administrativas (RA): Águas Claras, Arniqueiras, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia e Vicente Pires. Com uma população estimada de aproximadamente 833.663 mil habitantes, possui 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 162 equipes de Saúde da Família (eSF), 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 5 Centros de Especialidades, 3 Policlínicas, 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 2 Hospitais e 2 Unidades de Apoio Diagnóstico/Terapia, totalizando 52 estabelecimentos de saúde (Distrito Federal, 2022).

A extração de dados envolveu três fontes: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o e-Gestor AB (Atenção Básica) e o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Foram selecionadas as 32 UBS na Região de Saúde Sudoeste e sete indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil: (1) Proporção de gestantes com pelo menos 6

consultas de pré-natal, sendo a 1ª realizada até a 12ª semana de gestação; (2) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na AB; (3) Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na AB; (4) Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na AB contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada, no quadrimestre avaliado; (5) Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; (6) Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre na AB; (7) Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na AB nos últimos 36 meses.

Resultados e discussão

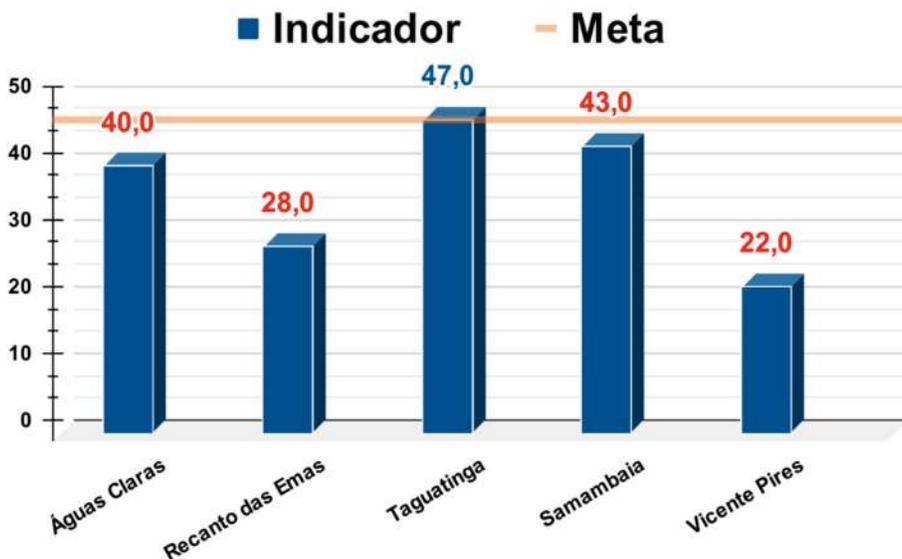
A política de financiamento da Atenção Básica, quando da criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no Ministério da Saúde, período 2019-2022, determinou repasses com base no cadastro de usuários e nos indicadores de desempenho das equipes de saúde da família (BRASIL, 2019b). Os indicadores então definidos deveriam corresponder à quatro ações programáticas, designadas como estratégicas ao monitoramento da resposta do sistema de saúde às necessidades de cuidados primários: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas (Brasil, 2022a). Os indicadores do 1º Quadrimestre de 2022 foram analisados usando estatística descritiva simples, com os resultados apresentados em quadros, gráficos e tabelas compilados em planilha de Excel.

Indicador Pré-Natal

É crucial implementar políticas de saúde para mulheres, promovendo a prevenção e tratamento de agravos. Os cuidados na gestação visam à saúde da mãe e da criança, reduzindo riscos de morte, incluem medidas preventivas, promoção da saúde e tratamento de

problemas durante e após a gravidez. O MS recomenda pelo menos 6 consultas distribuídas nos 3 trimestres (Brasil, 2022b). Na perspectiva de acompanhamento e monitoramento do cenário descrito, foi estipulado o indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª realizada até a 12ª semana de gestação”. A meta estipulada para este indicador, conforme o Programa Previne Brasil, é de 45% (Brasil, 2019a).

Gráfico 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª realizada até a 12ª semana de gestação, por RA



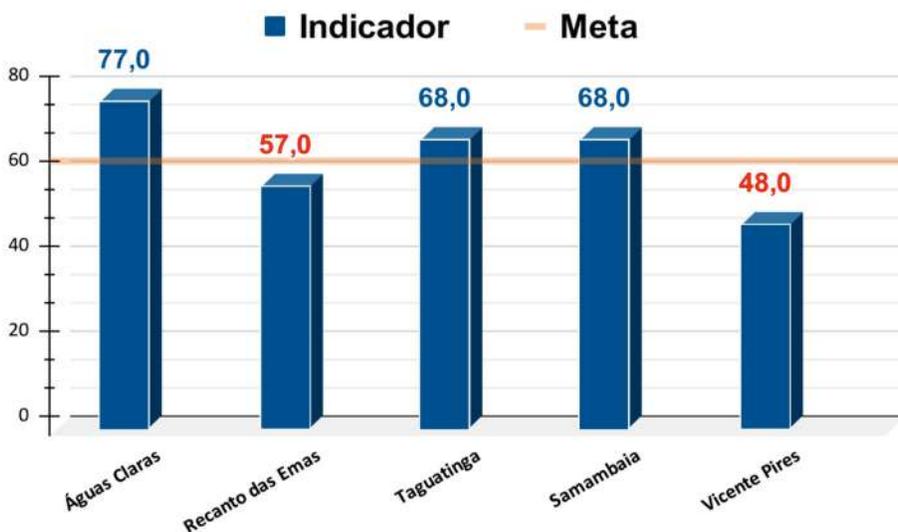
Fonte: SISAB (2022).

O **Gráfico 1** mostra que apenas a RA de Taguatinga (47,0%) atingiu a meta estabelecida, enquanto as RA de Águas Claras (40,0%), Recanto das Emas (28,0%), Samambaia (43,0%) e Vicente Pires (22,0%) não atingiram a meta, conforme estabelecido no indicador. O não cumprimento da meta do Programa Previne Brasil na Região de Saúde Sudoeste do DF possivelmente ocorre por uma somatória de fatores, como desafios na

identificação precoce de gestantes, falta de acompanhamento contínuo durante a gravidez, problemas de atualização dos dados das gestantes e falta de estratégias para facilitar o acesso às consultas de pré-natal.

De acordo com as diretrizes do MS, todas as gestantes devem realizar testes rápidos e/ou sorologias para Sífilis e HIV na AB, sendo solicitados na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação. A meta pactuada para este indicador é de 60%. Os resultados apresentados no **Gráfico 2**, mostram que as RA de Águas Claras (77,0%), Taguatinga (68,0%) e Samambaia (68,0%) atingiram a meta proposta para o indicador. Já as RA Recanto das Emas (57,0%) e Vicente Pires (48,0%) apresentaram resultados inferiores à meta estabelecida.

Gráfico 2. Proporção de gestantes com exames para sífilis e HIV, por RA

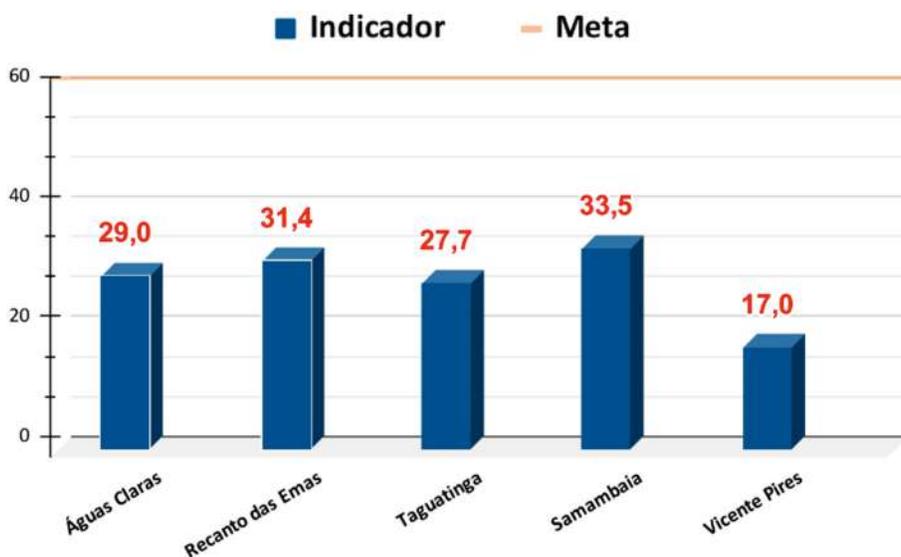


Fonte: SISAB (2022).

Para o alcance da meta, as equipes de saúde da AB devem solicitar os exames de sífilis e HIV durante o pré-natal em tempo oportuno, o que possibilitará o diagnóstico e o tratamento precoce, além da qualificação dos profissionais e o monitoramento contínuo das gestantes. O MS recomenda

ao menos um atendimento odontológico durante o pré-natal para garantir acesso à saúde bucal da gestante na rotina de cuidados pré-natais na AB. Doenças bucais variam em gravidade, podendo afetar o bem-estar sistêmico em casos mais sérios. A meta pactuada para este indicador é de 60%. O **Gráfico 3** mostra que nenhuma das 5 RA atingiu a meta de 60%. Samambaia obteve o resultado mais alto (33,5%), enquanto Vicente Pires o mais baixo (17%). Para avanço do indicador, podem ser adotadas estratégias como agendar consultas odontológicas junto com a primeira consulta de pré-natal, garantir vagas suficientes para as gestantes acompanhadas pelas eSF e melhorar a comunicação entre as eSF e eSB.

Gráfico 3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico na AB, por RA



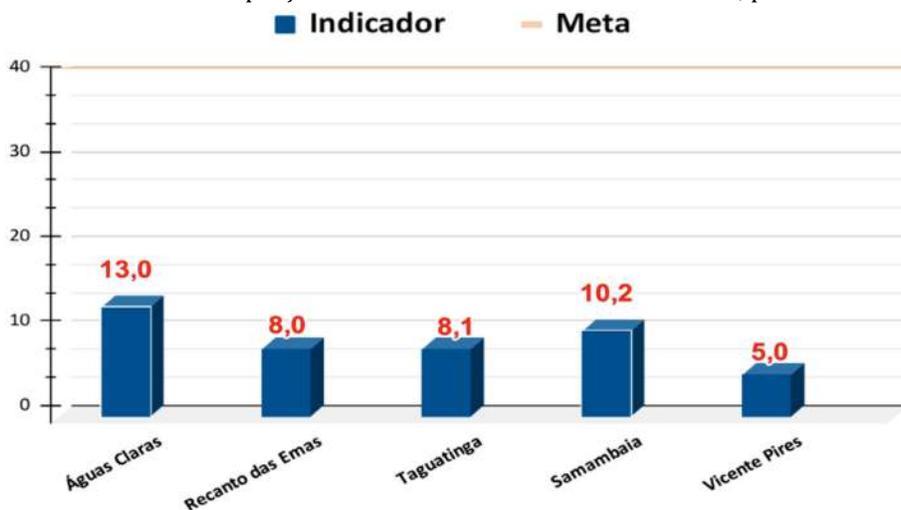
Fonte: SISAB (2022).

Indicador Saúde da Mulher

O exame citopatológico (CP) é crucial no rastreamento e diagnóstico do Câncer do Colo do Útero, detectando lesões precursoras e/ou malignas em estágios iniciais para tratamento efetivo. A AB desempenha seu papel

através da vacinação, rastreamento preventivo e ações de educação e promoção da saúde. A meta atualmente pactuada para este indicador é de 40%. O **Gráfico 4** mostra que nenhuma das RA da Região Sudoeste do DF alcançou a meta. Isso pode ser atribuído à falta de busca ativa na população, cadastro desatualizado para mulheres que buscam atendimento e a faixa etária incluída no indicador (25 a 64 anos). Para melhorar a cobertura de CP, estratégias de visitas domiciliares, campanhas de conscientização e educação sobre a importância do exame são possíveis.

Gráfico 4. Proporção de mulheres com coleta do CP na AB, por RA



Fonte: SISAB (2022).

Indicador Saúde da Criança

A imunização através do esquema vacinal básico é uma estratégia essencial da AB para reduzir a morbimortalidade infantil, já que as crianças são mais vulneráveis a doenças e complicações que podem levar a óbito. A vacinação cumpre o calendário recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), eliminando doenças imunopreveníveis e sendo uma das intervenções em saúde mais

seguras e eficientes, tornando-se elemento estratégico dos programas de saúde. A meta atualmente pactuada para este indicador é de 95%. O indicador avalia o acesso às ações de imunização nas RA da Região Sudoeste do DF, mas nenhuma delas alcançou a meta proposta, sendo a RA de Vicente Pires a que obteve o melhor resultado com 86%, conforme **Gráfico 5**.

Gráfico 5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na AB contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo B e Poliomielite Inativada, por RA



Fonte: SISAB (2022).

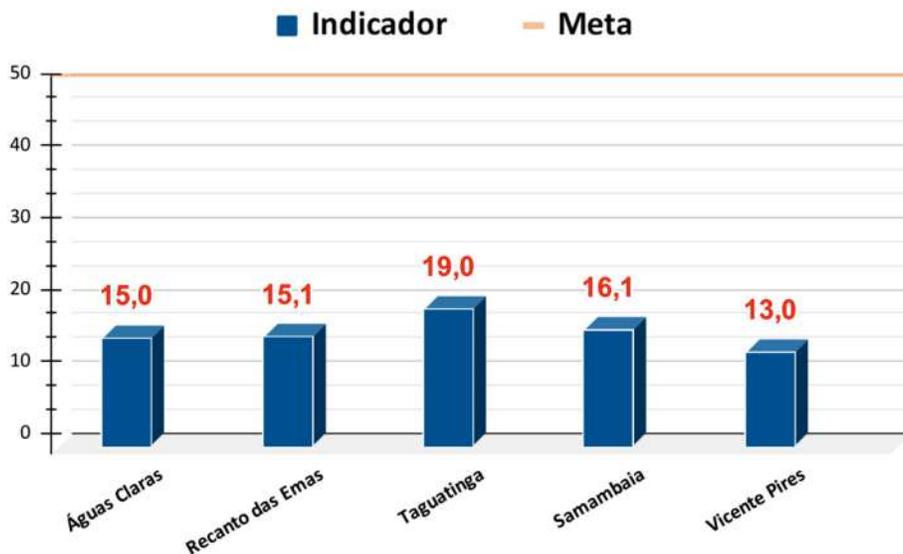
Estudos apontam que a baixa cobertura vacinal pode estar relacionada ao desconhecimento da população sobre o calendário nacional de vacinação, medo de reações adversas, falta de comunicação entre gestores de saúde e a população e a falta de informação sobre o funcionamento das UBS (Morais, 2021). Para melhorar os resultados, sugere-se que a AB adote medidas direcionadas ao público-objetivo

do indicador, como captar crianças logo após o nascimento, oferecer orientações sobre a importância das vacinas desde o pré-natal e ao longo das consultas de puericultura, monitorar os faltosos individualmente e realizar busca ativa, manter contato com as creches através do Programa Saúde na Escola (PSE) para verificação e acompanhamento dos cartões de vacina e ampliar o horário e dias de funcionamento das salas de vacinas.

Indicador de Condições Crônicas

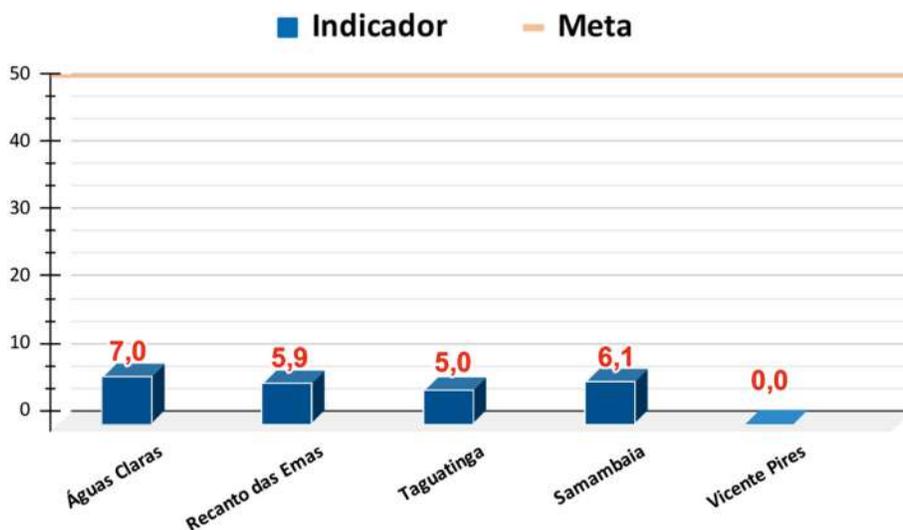
A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema crônico comum na população brasileira e pode levar a riscos cardiovasculares significativos quando não é devidamente acompanhada e tratada. Além de aumentar a morbimortalidade, a HAS também contribui para hospitalizações e custos no sistema de saúde. A meta pactuada para este indicador é de 50%. O diabetes mellitus (DM) é uma preocupante condição de saúde pública devido à sua alta prevalência no Brasil e é considerado um relevante fator de risco cardiovascular, com crescente importância devido às complicações agudas e crônicas. A AB desempenha um papel crucial no manejo eficaz desta doença, contribuindo para reduzir complicações e a mortalidade. A aferição da hemoglobina glicada é uma ferramenta importante, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos 3 meses. A meta pactuada para este indicador é de 50%. Os **Gráficos 6 e 7** mostram que nenhuma das RA da Região Sudoeste do DF alcançou as metas propostas para os indicadores de HAS e DM.

Gráfico 6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre



Fonte: SISAB (2022).

Gráfico 7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre



Fonte: SISAB (2022).

Segundo o MS, falhas no preenchimento dos registros, estrutura inadequada e falta de profissionais são fatores que contribuem para o não alcance das metas dos indicadores de condições crônicas (Faquinello, 2010). Para melhorar os resultados, estratégias necessárias incluem o acompanhamento contínuo dos pacientes, busca ativa por meio de sistemas de informação e flexibilização das agendas para melhor atender à população com HAS e DM.

Caracterização das eSF da Região Sudoeste

De acordo com a PNAB, cada eSF deve se responsabilizar por no máximo 4.000 pessoas em seu território, atendendo os parâmetros de equidade para essa definição. Recomenda-se também que o quantitativo de pessoas por equipe leve em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias do território (Giovannella, 2012). A Região Sudoeste do DF tinha 162 eSF distribuídas em 32 UBS e, dessas equipes, 30 (18,5%) estavam incompletas, enquanto 132 (81,5%) estavam completas, como mostrado na **Tabela 1**.

Tabela 1. Quantitativo de eSF da Região Sudoeste do DF, distribuição por RA

Região Administrativa	Unidades Básicas de Saúde	Equipes		
		N.º	Incompletas	Completas
Águas Claras	2	7	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Recanto das Emas	9	36	12 (33,3%)	24 (66,7%)
Taguatinga	7	50	7 (14%)	43 (86%)
Samambaia	13	61	10 (16,4%)	51 (83,6%)
Vicente Pires	1	8	0	8 (100%)
Arniqueiras	0	0	0	0
Total	32	162	30 (18,5%)	132 (81,5%)

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, adaptado 04/08/2022.

A Região Sudoeste do DF possui uma população de 833.663 pessoas, com as RA de Samambaia e Taguatinga representando 54,4% do total. Cerca de 36,7% da população não está coberta pela eSF, com destaque para Arniquireiras, Águas Claras e Vicente Pires com maior falta de cobertura (**Tabela 2**). Seria necessário criar 76 novas equipes completas (208 eSF no total) para alcançar 100% de cobertura. A falta de profissionais nas eSF é uma barreira de acesso aos serviços, levando à desassistência e busca por serviços em outras regiões. Isso pode afetar o alcance das metas do Previne Brasil (Costa, 2022).

Tabela 2. Estimativa de habitantes nas RA da Região Sudoeste do DF, não cobertas por eSF

Região Administrativa	População	eSF completas	Estimativa de eSF p/ 100% da população	Estimativa de pessoas não cobertas pela eSF
Águas Claras	124.015 (14,9%)	6	31	100.015 (80,6%)
Recanto das Emas	132.447 (15,9%)	24	33	36.447 (27,5%)
Taguatinga	208.177 (25%)	43	52	36.177 (17,4)
Samambaia	244.960 (29,4%)	51	61	40.960 (16,7%)
Vicente Pires	77.443 (9,3%)	8	19	45.443 (58,7%)
Arniquireiras	46.621 (5,6%)	0	12	46.621 (100%)
Total	833.663 (100%)	132	208	305.663 (36,7%)

Fonte: CODEPLAN, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, adaptado, 2022.

Conclusão

Levando em consideração que o novo modelo de financiamento de custeio da AB, proposto pelo Programa Previne Brasil é um assunto novo e ainda pouco explorado, se faz necessário a análise e o monitoramento dos resultados apresentados pelos indicadores de desempenho,

possibilitando a criação de estratégias para obter melhores resultados. O financiamento tem a capacidade de induzir processos de mudança pela alocação, restrição ou retirada de recursos. No Programa Previne Brasil, o sentido individualizante é estimulado pela revogação do PAB fixo e a adesão de capitação firmado no pagamento por desempenho e na pessoa cadastrada, centralizado em uma seleção de características clínicas.

Diante do que foi exposto no estudo, foi possível refletir que há uma falta de vigilância em saúde na população do território, falhas no preenchimento da ficha de cadastro individual e no registro no prontuário do paciente no e-SUS pelos profissionais da eSF, estrutura inadequada, cadastros desatualizados e número de profissionais insuficiente para desempenhar as atividades preconizadas pelo MS. Esses fatores geram impactos negativos nos resultados dos indicadores de desempenho, o que pode repercutir negativamente no repasse do financiamento da AB.

É crucial destacar que apenas monitorar regularmente os resultados das metas alcançadas dos indicadores de desempenho não é suficiente. Para aprimorar esses resultados, torna-se imperativo estabelecer novas eSF na Região de Saúde. Isso implica garantir a cobertura total da população moradora e oferecer oportunidades de educação permanente em saúde para os profissionais. Essas medidas têm como objetivo orientá-los sobre o registro e o uso adequado dos sistemas de informações. Além disso, é essencial realizar um acompanhamento longitudinal da população no território designado e manter um monitoramento constante dos resultados.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2022c). Nota técnica n.º 4/2022-SAPS/MS. Indicador 4: *Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde*. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2022a). Nota técnica n.º 11/2022-SAPS/MS. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS n.º 102, de 20 de janeiro de

2022, que alterou a Portaria GM/MS n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (2019a). *Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2019b). *Portaria n.º 2.539, de 26 de setembro de 2019*. Altera as Portarias de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. (2019c). *Portaria n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019*. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Diário Oficial da União.

Brehmer, L., & Ramos, F. (2016). O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 20(56), 135–145. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0218>

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (2022). *Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS*. Brasília: CONASEMS. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>

Costa, J., et al. (2022). Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previnde Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 3189–3201. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-278>

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2017). *Portaria n.º 78, de 14 de janeiro de 2017*. Regulamenta o art. 51 da Portaria n.º 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. <https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/sau-de-do-cidadao/>

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2017). *Portaria n.º 78, de 14 de janeiro de 2017*. Regulamenta o art. 51 da Portaria n.º 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/Portaria_78_14_02_2017.html

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2018). *Decreto n.º 39.527, de 14 de dezembro de 2018*. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/33c250cbc43444fb8fe716d7425be3e1/Decreto_39527_14_12_2018.html

Faquinello, P., Carreira, L., & Marcon, S. (2010). A unidade básica de saúde e sua função na

- rede de apoio social ao hipertenso. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 19(4), 736–744. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400017>
- Geremia, D. (2020). Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>
- Giovanella, L., et al. (2012). Políticas e sistemas de saúde no Brasil (2ª ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Melo, E., et al. (2019). Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(spe5), 137–144. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>
- Mendes, Á., & Carnut, L. (2020). Crise do capital, Estado e neofascismo. Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*, 57(57), 174-210. <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>
- Mendes, Á., Melo, M., & Carnut, L. (2022). Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(2), e00164621. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
- Mendes, K., Carnut, L., & Guerra, L. (2022). Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo Programa Previne Brasil. *Research, Society and Development*, 11(1), e37011125018 <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25018>
- Morais, J., & Quintilio, M. (2021). Fatores que levam à baixa cobertura vacinal de crianças e o papel da enfermagem – revisão literária. *Revista Interfaces*, 9(2), 1054-1063. <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/903>
- Santos, K., et al. (2011). Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl.1), 1023-1028. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>
- Shimizu, H., & Ramos, M. (2019). Evaluation of quality of the family health strategy in the Federal District. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 367–374. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>

ATENÇÃO BÁSICA E COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO: DISTRITO FEDERAL, 2018 A 2021

Érica Marciano Cavalcante Caldas
Odete Messa Torres

Introdução

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer do colo do útero é o terceiro tumor maligno que mais acomete a população feminina, tendo incidência de 7,5% no ano de 2020 (16.710 casos novos) e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (INCa, 2022), representando taxa de mortalidade de 6,0% em 2020 (6.596 óbitos). O câncer do colo do útero pode ser originado pela infecção de tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV). A doença tem como fatores de risco correlacionados o início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, tabagismo e o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais (INCa, 2021). O câncer do colo do útero tem alta possibilidade de controle quando diagnosticado e tratado de forma precoce. Mesmo que tenha alta incidência, as medidas preventivas têm grande potencial para a redução de casos, pois além da detecção precoce por meio da realização periódica do exame citopatológico de esfregaço cervical, é importante destacar a vacinação e a educação em saúde (Brasil, 2014).

O rastreamento das lesões precursoras deve ser implementado de forma regular nos serviços públicos de saúde. Todos os âmbitos de assistência são incumbidos pelo rastreamento, tendo como enfoque a Atenção Básica (Dias; Ribeiro, 2019). A Atenção Básica (AB) tem como foco a prevenção de danos e agravos à saúde, promoção, proteção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Cabe à AB desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero, por meio de vacinação e rastreamento adequado para o público-objetivo (INCa, 2016).

No que se refere aos serviços públicos de saúde, é importante destacar que no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado como um modelo de saúde voltado para as necessidades da população. A Constituição Federal determinou por meio do artigo 196 que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira (Brasil, 1988). Outro aspecto relevante, referente aos serviços de saúde, é a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formulada com o objetivo de estabelecer as diretrizes e a organização dos cuidados de abrangência populacional e intervenção territorial (Brasil, 2006).

A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero são as mulheres que possuem vida sexual ativa, com idade entre os 25 e os 64 anos de idade. Os dois primeiros exames devem ser realizados com periodicidade anual e, posteriormente, após dois resultados negativos, os exames subsequentes passam a ser realizados de forma trienal (Dias; Ribeiro, 2019). Com o objetivo de fortalecer as medidas de detecção precoce, a cobertura do exame citopatológico foi selecionada para ser um dos indicadores essenciais de cobertura da AB (Brasil, 2019a). O financiamento federal da AB foi normatizado pelo Programa Previne Brasil, a partir de 2019, tendo o exame citopatológico de colo de útero arrolado como essencial. O câncer do colo de útero é o terceiro tumor maligno que mais acomete a população feminina e tem como método de rastreamento o exame citopatológico (INCa, 2022). Verificar a cobertura do exame citopatológico é de suma importância, pois uma alta cobertura pode reduzir as taxas de incidência e mortalidade do Câncer do Colo do Útero. Já uma cobertura baixa, pode aumentar o índice de mortalidade, o número de internações e aumentar os custos para o sistema de saúde.

No ano de 2020, o mundo passou por uma pandemia, a infecção humana por um novo coronavírus (2019-nCoV), fazendo com que o Ministério da Saúde declarasse, no dia 3 de fevereiro de 2020, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), sendo necessária a organização de fluxos de atendimento para casos suspeitos e confirmados nos serviços de saúde (UNA-SUS, 2020). No mês subsequente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou, em 11 de março de 2020, estado de pandemia em relação ao coronavírus (UNA-SUS, 2020). A Atenção Básica passou a ser a porta de entrada preferencial para os pacientes com sintomas respiratórios, mas é importante ressaltar que os serviços essenciais foram mantidos no Distrito Federal, inclusive o rastreamento de câncer do colo do útero para a população feminina dos 25 aos 64 anos de idade, sendo priorizadas as situações de maior risco e vulnerabilidade clínica e social, conforme Nota Técnica específica sobre a “Carteira de Serviços Essenciais para a Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia de Covid-19” (Distrito Federal, 2020). A Emergência em Saúde Pública perdurou até o ano de 2022, sendo encerrada por meio da Portaria n.º 913, de 22 de abril de 2022 (Brasil, 2022a).

Perante a importância da prevenção do câncer do colo do útero, a inserção da cobertura do exame citopatológico como um dos indicadores do Programa Previne Brasil e o estado de emergência em saúde pública vivenciado de 2020 a 2022, foi constituída a presente reflexão, cujo objetivo foi a investigação da cobertura do exame citopatológico entre 2018 e 2021 no Distrito Federal.

Câncer do colo do útero: da fisiologia ao diagnóstico, prevenção e tratamento

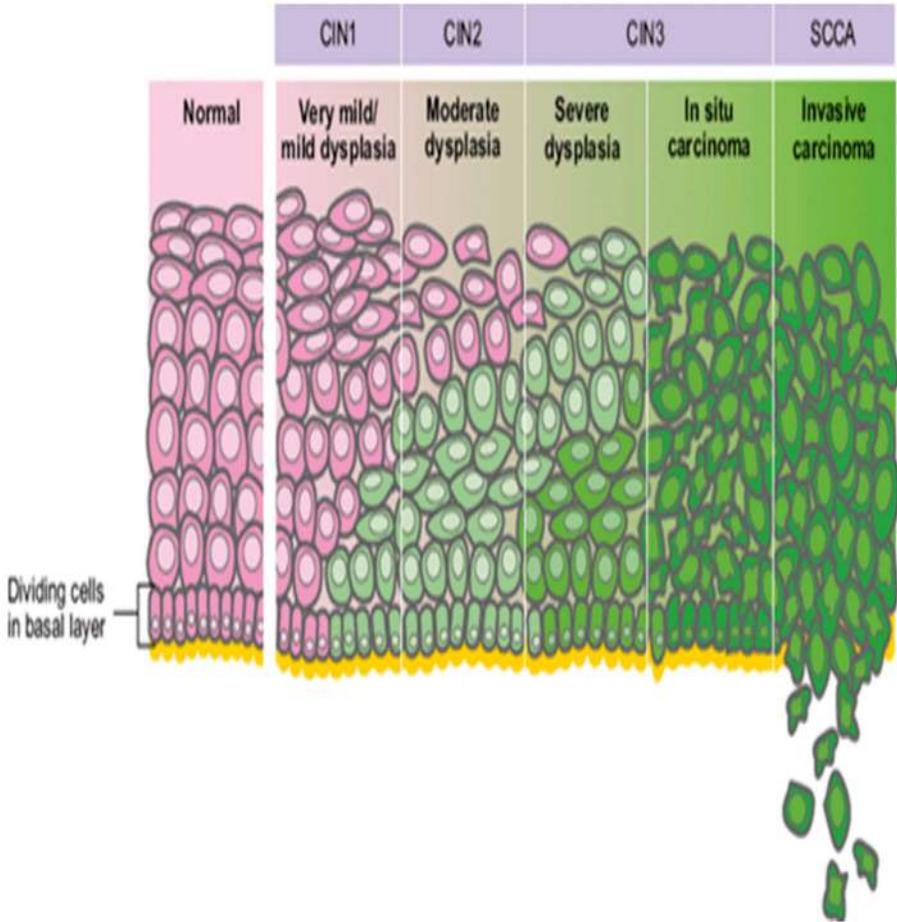
O câncer é caracterizado pelo desenvolvimento descontrolado, agressivo e maligno de células e tecidos. O câncer do colo do útero é originado, na maioria das vezes, pela infecção pelo Papiloma Vírus

Humano (HPV). Quando a infecção é persistente ou prolongada, as células epiteliais do colo do útero começam a sofrer alterações específicas (**Figura 1**), dando origem às lesões precursoras do câncer do colo do útero (Organização Mundial da Saúde, 2016). Essa enfermidade possui lenta progressão, podendo ser assintomática na sua fase inicial. À medida que vai se desenvolvendo, pode apresentar sangramento vaginal após a relação sexual ou de forma intermitente, corrimento vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais (INCa, 2023).

Após o exame citopatológico evidenciar alterações celulares, por vezes é necessária a confirmação do mesmo em outro exame. Os métodos mais utilizados para diagnóstico do câncer do colo do útero envolvem curetagem endocervical (CEC), biópsia e colposcopia. As amostras são classificadas em normal, neoplasia intraepitelial cervical do útero (NIC) ou carcinoma invasivo. A lesão de baixo grau (NIC I) é considerada como leve e apresenta baixo risco, geralmente é tratada, sendo necessário o acompanhamento gradual. Já as lesões NIC II e NIC III são lesões de alto grau, consideradas como moderadas ou graves e são tratadas. (Organização Pan-Americana de Saúde, 2016)

A Atenção Básica, caracterizada por ações de promoção, prevenção de danos e agravos à saúde, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde tem papel fundamental para a promoção das ações educativas em relação ao exame citopatológico (Brasil, 2017). Cabe à AB desenvolver medidas para prevenção do câncer do colo do útero, realizar e promover a vacinação da população-objetivo, que são meninas de 9 a 14 anos de idade e meninos de 11 a 14 anos de idade (INCa, 2016). Em setembro de 2022, o Ministério da Saúde ampliou a população objetivo da vacina para meninos de 9 e 10 anos, igualando a faixa etária para ambos os sexos (Brasil, 2022b).

Figura 1. Evolução das células epiteliais até o câncer invasivo



Fonte: Marley (2018).

Embora a vacinação seja bastante eficaz para a prevenção contra o HPV, é necessário incluir o rastreamento como método de diagnóstico precoce por meio do rastreamento em mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade (Dias; Ribeiro, 2019). Em relação ao rastreamento, é importante destacar que o enfermeiro tem papel fundamental para a captação das mulheres e para a realização do exame (Brasil, 2017).

Políticas públicas de saúde no combate ao câncer de colo do útero

No ano de 1984, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de promover assistência integral clínico-ginecológica, com atenção para a qualificação do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, ações de educação em saúde, controle de infecções sexualmente transmissíveis, controle do câncer e assistência quanto ao planejamento familiar (Brasil, 1984). Ainda no ano de 1984, foi criado o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado com o objetivo de ser um modelo de atenção à saúde focado não só para a assistência individual, mas às ações de promoção e proteção à saúde. Com ele, foi possível adotar o processo de territorialização e a demarcação do território de abrangência de cada equipe de saúde, formada por médico, enfermeiro e um profissional de nível médio em enfermagem (Brasil, 1984).

No ano de 1988, a Constituição Federal reconheceu que toda a população tem direito à saúde e que é dever do Estado garantir a mesma, promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado por uma rede regionalizada e hierarquizada que realiza ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 1988). O SUS foi regulamentado por meio das Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990). A segunda trata da participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990). No ano de 2011, foi publicado o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 que veio regulamentar a Lei n.º 8.080, atualizando a organização do SUS (Brasil, 2011a). No ano de 1997, o PSF que tinha como estratégia atender a comunidade de forma integral e contínua, mediante ações de promoção, proteção e recuperação da saúde,

deixou de ser um programa e passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) com caráter permanente e contínuo (Brasil, 1997).

No ano de 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero por meio da Portaria n.º 3040, de 21 de junho de 1998, com o objetivo de diminuir a incidência do câncer do colo do útero (Brasil, 1998). O programa começou com o objetivo de atingir no período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, um total de 3.600.000 mulheres, desenvolver um sistema de informação para armazenar e monitorar os exames realizados e fortalecer o SUS para controle dessa doença (Brasil, 1998). Assim, no ano de 1999 foi implantado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Portaria n.º 408, de 30 de julho de 1999, com a finalidade de realizar a inserção dos exames, gerenciamento e monitorização das ações referentes ao câncer do colo do útero (Brasil, 1999). No período de 1999 a 2001, as ações foram ampliadas, totalizando oito milhões de exames citopatológicos por ano. À medida que as ações foram sendo realizadas, houve o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica, possibilitando a intensificação das ações para combate ao câncer do colo do útero (INCa, 2023).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Oncológica por meio da Portaria de n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005, posteriormente revogada pela Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com o objetivo de reduzir a mortalidade, a incapacidade e a incidência de alguns tipos de câncer e melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer (Brasil, 2013). No ano de 2006, fez-se necessária a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a finalidade de estabelecer as diretrizes e a organização da Atenção Básica com prioridade à Estratégia Saúde da Família. De acordo com a PNAB, a ESF tem o objetivo de reorganizar a Atenção Básica e deve:

- I. ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II. atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população;
- III. desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV. buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V. ser um espaço de construção de cidadania. (Brasil, 2006, p. 20).

A Política Nacional traz a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Brasil, 2006). A AB é eleita como principal porta de entrada dos usuários, sendo consideradas como unidades a Unidade Básica de Saúde, a Unidade Básica de Saúde Fluvial e a Unidade Odontológica Móvel. É importante ressaltar que, além de ser a principal porta de entrada do usuário, a AB é considerada coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na AB. A RAS é a composição de diferentes organizações de ações e serviços de saúde, com complexidades diferentes, que tem a finalidade de garantir a integração das ações e

serviços de saúde de forma contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade (Brasil, 2010).

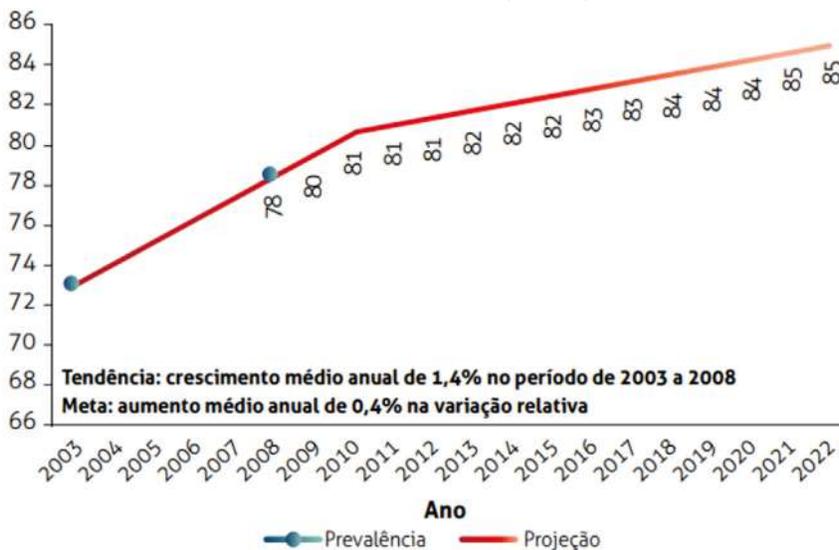
A AB tem como atributos essenciais a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. A atenção ao primeiro contato caracteriza-se pela entrada do usuário no serviço de saúde como o primeiro recurso a ser buscado quando há um problema de saúde ou uma necessidade. A longitudinalidade consiste na oferta de atenção regular em um período de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários das unidades de saúde. A integralidade compreende o cuidado ampliado à saúde, não apenas o tratamento de doenças, integração das redes de serviços com diferentes arranjos de complexidade e a oferta serviços capazes de satisfazer a necessidade do usuário. A coordenação, definida como o quarto atributo da AB, corresponde à conexão entre os serviços e ações de saúde de maneira harmoniosa e focada em um objetivo comum, de promoção de serviços que garantam uma saúde integrada, mediante diferentes pontos da rede de atenção (Starfield, 2002).

No ano de 2011, a Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, revogou a portaria que deu início a PNAB, propondo novas diretrizes de organização da AB e para a ESF. A PNAB ainda passou por mais uma atualização no ano de 2017, por meio da Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que determinou a presença do Agente Comunitário de Saúde como obrigatória na ESF, realizada a integração da atenção básica com a vigilância em saúde e reconhecimento do gerente das unidades básicas de saúde, entre outras alterações (Brasil, 2017). Também em 2011, foi publicada a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e publicado o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, com o objetivo de combater e reduzir, no período de 2011 a 2022, as doenças crônicas não transmissíveis. No que se refere ao câncer do colo do útero, as metas foram aumentar a cobertura do exame citopatológico em mulheres com idade entre 25 e 64

anos, garantir acesso ao exame preventivo e tratar todas as mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Em vista disso, foi realizada uma projeção da cobertura do Exame de Papanicolau, com meta prevista para o aumento médio anual de 0,4% da cobertura, propondo uma cobertura de até 85% no ano de 2022 (Brasil, 2011b), como se vê na **Figura 2**.

Foi implementado, no ano de 2013, o Sistema de Informação de Câncer (Siscan) no âmbito do SUS, ou seja, uma plataforma web que compõe a integração do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) (INCa, 2016). Foi desenvolvido para que as unidades de saúde realizassem a solicitação de exames, visualizassem os resultados e acompanhassem as mulheres com exames alterados (seguimento). Vale destacar que em alguns casos os exames realizados na rede privada podem ser inseridos na base do SISCAN desde que a mulher esteja em seguimento, pois o primeiro exame virá da base dos prestadores do SUS (Brasil, 2013).

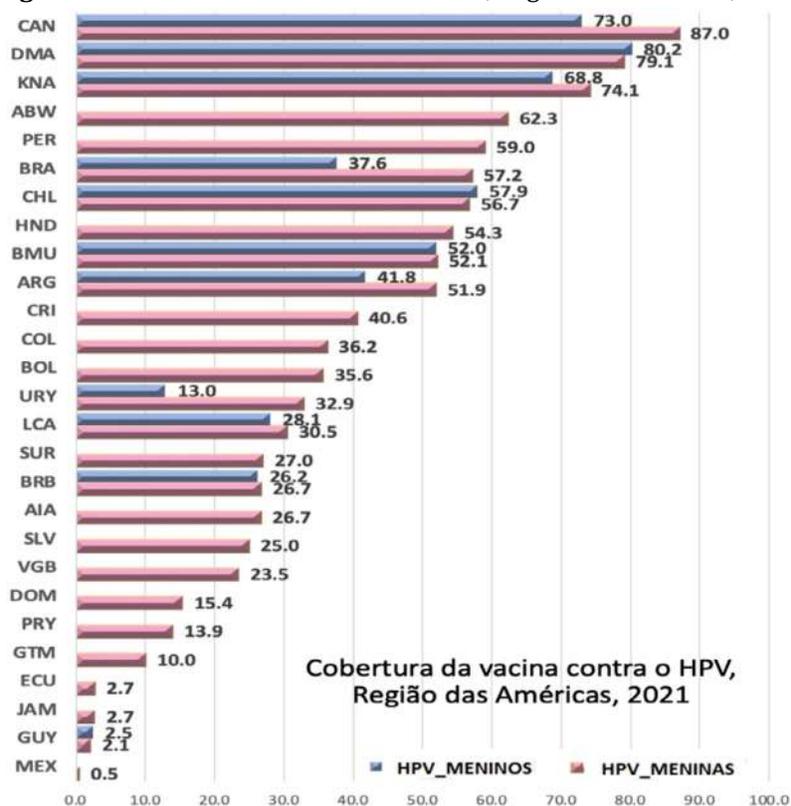
Figura 2. Projeção da cobertura de Papanicolau nos últimos três anos em mulheres de 25 a 64 anos de idade, Brasil, 2003 a 2022



Fonte: Brasil (2011a).

No que diz respeito à vacinação, no ano de 2014, deu-se início a implementação da vacina contra o HPV no Programa Nacional de Imunização. A cobertura vacinal ideal para reduzir o risco de infecção pelo HPV em meninos é uma cobertura maior que 80% em meninas. De acordo com o formulário eletrônico conjunto para notificação da OMS e da UNICEF, a cobertura vacinal de HPV em meninos no Brasil foi de 37,6% e 57,2% em meninas, estando abaixo do recomendado para reduzir o risco de infecção pelo HPV (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). No Distrito Federal, a cobertura vacinal em meninas no período de 2013 a junho de 2022 foi de 47,8%, já nos meninos no período de 2017 a junho de 2022 foi de 26,4% (Distrito Federal, 2022).

Figura 3. Cobertura da vacina contra o HPV, Região das Américas, 2021



Fonte: OPAS (2022).

No ano de 2016, foi lançada a segunda edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero trazendo recomendações para o manejo clínico de mulheres com lesões precursoras ou com câncer invasivo (Brasil, 2016). No ano de 2019, foram publicados os Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, com o objetivo de fornecer padrões de programação para as ações de rastreio, investigação diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (Dias; Ribeiro, 2019). A cobertura do exame citopatológico, em 2019, foi instituída como um dos indicadores do Programa Previne Brasil, definido como o novo modelo de financiamento da AB, instituído pela Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019.

Estudo em busca de informação

Dados secundários para identificar a cobertura do exame citopatológico foram coletados mediante os procedimentos de controle do câncer do colo do útero realizados no âmbito do SUS, registrados na plataforma do Sistema de Informação de Câncer (Siscan) e por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram selecionados com o objetivo de rastreamento, pois se trata dos preventivos coletados por usuárias do SUS. Os dados cadastrados no seguimento foram excluídos, visto que a inserção de exames realizados na rede particular pode ser inserida nesse histórico (INCa, 2013). Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa nos anos entre 2018 e 2021. Os dados foram desagrupados de forma anual entre os anos de 2016 a 2021.

Para avaliação da cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Distrito Federal, utilizou-se como critério exames citopatológicos do colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos com o objetivo de rastreamento junto às usuárias do SUS. A cobertura corresponde ao percentual de mulheres da população de 25 a 64 anos, moradora em determinado local e ano, que realizou o exame citopatológico do colo do

útero. Por meio da realização dos exames citopatológicos realizados na AB, inseridos na plataforma do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), foi possível analisar a cobertura do exame citopatológico no Distrito Federal nos anos entre 2018 e 2021. A **Tabela 1** demonstra a projeção da pirâmide etária de mulheres do DF realizada nos anos entre 2018 e 2021. No ano de 2018, o número de mulheres entre 25 e 64 anos de idade foi de 931.844 mulheres. No ano de 2019, o número foi de 898.018 mulheres. No ano de 2020, foi de 912.731 mulheres e, no ano de 2021, foi de 927.057 mulheres.

Tabela 1. Projeção da pirâmide etária do Distrito Federal nos anos de 2018 a 2021

Faixa Etária da População Feminina	Ano de 2018	Ano de 2019	Ano de 2020	Ano de 2021
25 a 29 anos	130.027	129.540	129.515	129.843
30 a 34 anos	141.082	138.751	136.814	135.194
35 a 39 anos	145.982	147.158	147.312	146.505
40 a 44 anos	128.882	133.694	137.800	141.258
45 a 49 anos	107.477	110.488	114.163	118.439
50 a 54 anos	93.551	96.255	98.898	101.463
55 a 59 anos	76.569	79.946	83.156	86.212
60 a 64 anos	59.479	62.186	65.073	68.143
Total	931.844	898.018	912.731	927.057

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do IBGE (2022).

No ano de 2016, foram realizados 854 exames citopatológicos do colo do útero no Distrito Federal com o objetivo de rastreamento. No ano de 2017, o número de exames foi de 1256, já no ano de 2018, esse número aumentou de forma considerável, totalizando o número de 33.005 exames realizados (**Tabela 2**). Entretanto, esse aumento não foi suficiente para obter uma alta cobertura, pois no ano de 2018 a cobertura foi de 3,7%, conforme descrito na **Tabela 3**. No ano de 2019, o total de exames realizados foi maior do que todos os anos analisados, totalizando

58.484 exames, obtendo uma cobertura de citopatológico de 10,3%, mais alta do que o ano de 2018 (**Tabela 3**).

Tabela 2. Quantidade de exames em mulheres de 25 a 64 anos de idade no DF, 2016–2021

Mulheres na faixa etária 25-64 anos	Exames realizados - 2016	Exames realizados - 2017	Exames realizados - 2018	Exames realizados - 2019	Exames realizados - 2020	Exames realizados - 2021
25 a 29 anos	126	142	3.952	7.091	3.641	4.435
30 a 34 anos	131	191	4.435	7.736	3.691	4.313
35 a 39 anos	122	211	5.373	9.177	4.246	5.205
40 a 44 anos	127	154	5.238	9.082	4.521	5.987
45 a 49 anos	98	152	4.800	8.435	4.145	5.659
50 a 54 anos	104	151	4.214	7.532	3.817	5.057
55 a 59 anos	77	145	2.974	5.845	2.790	3.942
60 a 64 anos	69	110	2.019	3.586	1.725	2.403
Total	854	1.256	33.005	58.484	28.576	37.001

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SISCAN (2021).

Tabela 3. Cobertura exame citopatológico anos 2018-2021 no Distrito Federal

Cobertura do exame citopatológico no DF no ano de 2018	Cobertura do exame citopatológico no DF no ano de 2019	Cobertura do exame citopatológico no DF no ano de 2020	Cobertura do exame citopatológico no DF no ano de 2021
3,7%	10,3%	13%	13,3%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SISCAN e IBGE (2022).

Apesar do Estado de Emergência em Saúde Pública iniciado no ano de 2020, no qual os casos vulneráveis e mais graves foram priorizados, foi evidenciada uma cobertura maior do que os anos de 2018 e 2019, totalizando-se um percentual de 13%. Nota-se ainda, que após um ano da inserção da cobertura do exame citopatológico como indicador no Programa Previne Mais Brasil, a cobertura foi mais alta quando se compara com os anos de 2018, 2019 e 2020. Observou-se uma cobertura do citopatológico de 13,3% no ano de 2021.

Discussão

A presente análise mostrou que é baixa a cobertura do exame citopatológico no Distrito Federal. Foi identificada uma cobertura de apenas 3,7% no ano de 2018. Percebe-se que a cobertura está bem abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, que prevê uma meta de 80% de realização do exame citopatológico do colo do útero na população de 25 a 64 anos. Uma revisão integrativa da literatura demonstrou que a principal estratégia para aumentar a cobertura de exames é realizar educação em saúde, pois permite que as mulheres possam ter conhecimento da finalidade do exame, favorecendo o aumento da procura para a realização do mesmo (Ribeiro; Andrade, 2016). A revisão de literatura também demonstrou que dentre os fatores que influenciam na adesão ao exame estão compreender a importância do exame, realizar campanhas de educação em saúde e demonstrar o autocuidado por meio da realização do exame (Morais, *et al.* 2021). Também que, além da educação em saúde, é necessário entender os motivos relacionados com a não realização do exame citopatológico para que estes venham a ser realizados. É necessário melhorar a acessibilidade ao exame, promover equidade do atendimento e diminuir iniquidades sociais (Silva *et al.*, 2021). De acordo com pesquisas nacionais de inquérito telefônico anual restrito às capitais e ao Distrito Federal, 45,10% das mulheres não acham necessário a realização do exame citopatológico, 14,8% das mulheres não foram orientadas para realizar o exame, 13,1% têm vergonha de realizar a coleta, 8,8% nunca tiveram relações sexuais, 7,3% referem que o serviço de saúde era distante, demorado ou com o horário de funcionamento incompatível com o da mulher, 2,3% realizaram histerectomia, 2,1% têm dificuldades financeiras e 1,4% está com a consulta agendada para a coleta do exame, mas ainda não o fizeram (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Nota-se que no biênio 2018-2019 houve um aumento anual de 6,6% na realização de exames citopatológicos, sendo que o ano de 2019

obteve maior cobertura. Já no biênio 2020-2021 a cobertura foi ainda mais alta quando se compara o biênio 2018-2019, destacando-se o ano de 2021 com cobertura de 13,3% (**Tabela 3**). É notório, portanto, que a instituição do Programa Previne Brasil no ano de 2020, que incluiu a cobertura do exame citopatológico do câncer do colo do útero como um dos indicadores para o financiamento da AB influenciou no aumento da cobertura do exame nesse período, mas não de forma significativa para alcançar o recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019b).

Em contrapartida, supõe-se que a pandemia de covid-19 pode ter influenciado para a cobertura do exame citopatológico no DF não ter aumentado de forma significativa, tendo em vista que o atendimento dos casos suspeitos e confirmados da covid-19 na AB durante os anos de 2020 e 2021 eram prioritários em relação aos demais atendimentos (Distrito Federal, 2020). Um estudo transversal, retrospectivo com o objetivo de analisar as repercussões da pandemia de covid-19 no número de exames citopatológico de colo de útero no Brasil, demonstrou que a pandemia reduziu o número de ações de prevenção secundária relacionadas ao exame de Papanicolau e possivelmente a oportunidade de rastreamento das lesões precursoras ou relacionadas ao câncer de colo uterino em 2020 (Militão *et al.* 2021).

Considerações Finais

O Distrito Federal obteve uma baixa cobertura do exame citopatológico do colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos de idade, nos anos entre 2018 e 2021. O percentual de cobertura para o rastreamento do câncer do colo do útero ficou muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. Foi possível observar que no biênio 2018-2019 a cobertura do exame citopatológico foi menor do que no biênio 2020-2021, biênio este caracterizado pela vivência da pandemia de covid-19, na qual os atendimentos dos casos de síndrome gripal foram priorizados

na AB e pelo momento marcante da inserção do exame como indicador no financiamento da AB pelo Programa Previne Brasil.

Portanto, mesmo sendo elencada como um dos indicadores para o financiamento da AB, a cobertura do exame citopatológico no biênio 2020-2021 não aumentou de forma significativa para melhorar os repasses na Atenção Básica. Tendo em vista a baixa cobertura e a importância do rastreamento na redução dos casos de câncer do colo do útero, é necessário investir em ações de educação em saúde para aumentar a cobertura do exame, investir na investigação das barreiras que as mulheres enfrentam para realizar a coleta do exame citopatológico e realizar campanhas de promoção da saúde. Uma vez que são essas as ações que podem impactar resultados, não é imposição de um indicador que altera um desfecho, mas uma ação sistêmica que altera uma produção integrada. Foi a oferta de ações abrangentes mesmo em face da pandemia, que manteve o vínculo com as usuárias, não a imposição de indicador. Avaliar o desempenho de um indicador com base no próprio indicador não diz da cobertura assistencial e a existência da pandemia indiretamente oportunizou outros parâmetros de avaliação que merecem atenção em estudos futuros.

A realização do estudo contribuiu na formação em residência para melhorar o olhar crítico quanto às ações em educação em saúde voltadas para as mulheres. Sendo necessário o fortalecimento da educação multiprofissional para a transformação das práticas em saúde, com o objetivo de promover o autocuidado, melhorar a acessibilidade do exame e extinguir os estigmas sociais decorrentes da coleta do citopatológico na saúde da mulher.

Referências

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>

- Brasil. (1990). *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html
- Brasil. (2011a). *Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Portaria n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997*. Diário Oficial da União. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998). *Portaria GM/MS n.º 3.040/98, de 21 de junho de 1998*. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). *Portaria n.º 408, de 30 de julho de 1999*. Determina que o pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, histopatologia, e controle de qualidade ficará vinculado à prestação de informações necessárias ao monitoramento e avaliação das atividades de controle do câncer de colo de útero no Brasil, por intermédio de BPA em meio magnético, gerado exclusivamente pelo Sistema definido nesta Portaria. Diário Oficial da União. <https://www.fehosp.com.br/files/legislacoes/e13a6e76effc378fdbf095ce172b89b2.doc>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 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). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019a). *Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

- Brasil. Ministério da Saúde. (2019b). *Portaria n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019*. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022a). *Portaria n.º 913, de 22 de abril de 2022*. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-913-22-MS.htm#art3
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022b). *Saúde amplia vacinação contra meningite e HPV; entenda o que muda*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/saude-amplia-vacinacao-contra-meningite-e-hpv-entenda-o-que-muda>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022c). *Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)*. <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-uterio-e-mama/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011b). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. (2014). *Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. https://saude.es.gov.br/Media/sesa/PEI/Informe_Tecnico_Introducao_vacina_HPV_2014.pdf
- Dias, M. B. K., & Ribeiro, C. M. (Org). (2019). *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCa. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-uterio_2019.pdf
- Distrito Federal. Secretaria de Saúde. (2020). *Nota Técnica SES/SAIS/COAPS -- Carteira de Serviços Essenciais para a Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de covid-19*. https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/85026/Carteira-de-Servicos-COVID_v1_2309_final.pdf
- Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. (2022). Informativo Indicadores de Imunização – 1º semestre/2022. Cobertura Vacinal HPV e Meningocócica ACWY em adolescentes. <https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Cobertura+Vacinal+HPV+e+MenACWY+1%C2%BA+semestre.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). Projeções da população. Brasil. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2013). *Sistema de Informação do Câncer: manual preliminar de apoio à implementação*. Rio de Janeiro: INCa. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-da-mulher/siscan/7171-manual-preliminar-siscan/file>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. (2016). *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: INCa. http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2022). *Estatísticas de câncer*. Brasília: INCa. <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2023). *Câncer do colo do útero*. Brasília: INCa. Publicado em 04/06/2022. Atualizado em 06/18/07/2023. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>
- Lopes, V. A. S., & Ribeiro, J. M. (2019). Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3431–3442.
- MARLEY, A. (2018). Câncer Cervical. TeachMe ObGyn, 2018. <https://teachmeobgyn.com/gynaecology/cervix/cervical-cancer/>
- Militão, B. V. P., et al. (2021). Repercussões da pandemia de Sars-Cov-2 na realização do exame de Papanicolaou: um estudo epidemiológico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(9). <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8869>
- Morais, M. A. M., Sousa, G. V. de A. S., Silva, D. M. H. de S., Andrade, M. G., Luz, E. dos S., & Cavalcante, R. S. (2021). Fatores que limitam e facilitam o controle do câncer do colo uterino: revisão da literatura. Anais... *Congresso Nacional de Inovações em Saúde*, 2 (CONAIS, 2021). Fortaleza: Sociedade Cearense de Pesquisa e Inovações em Saúde. <https://doity.com.br/anais/conais/area/19065>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2016). Controle integral do câncer do colo do útero: *Guia de práticas essenciais*. Washington: OPAS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2022). *Vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Washington: OPAS. <https://www.paho.org/pt/vacina-contravirus-do-papiloma-humano-hpv>
- Ribeiro, J. C., & Andrade, S. R. (2016). Vigilância em saúde e a cobertura de exame citopatológico do colo do útero: revisão integrativa. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 25(4). <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMgCj9KtxW6cMdfnSmYcZ7c/abstract/?lang=pt#>
- Silva, V. M., et al. (2021). Fatores que influenciam a não adesão da mulher ao exame Papanicolaou: revisão de literatura. *Revista interdisciplinar em saúde*, 8, 337-340. https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_26_2021.pdf
- Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). (2020). *Organização Mundial de Saúde*

declara pandemia do novo coronavírus. Portal UNA-SUS. <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>

Starfield, B. (2002). Atenção primária e sua relação com a saúde. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. (pp. 19-42). Brasília: Unesco; Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

AMPLIAÇÃO DA COBERTURA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:

O CASO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL

Lorena Luíza Alves Cardoso
Dayane Abadia Silveira
Danilo Aquino Amorim

Introdução

A Atenção Básica (AB) é o âmbito da atenção onde atuam as Equipes de Saúde da Família (eSF), é a principal porta de entrada dos usuários que compõem o Sistema Único de Saúde, além de manter comunicação direta e articulada com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) por ter entre suas atribuições o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes. É desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, se consolidando no local mais próximo à vida das pessoas, o que propicia a implementação de estratégias eficazes para controle e prevenção nos espaços comunitários, orientados à prevenção de agravos. Possui foco em ações de promoção, prevenção e proteção à saúde e é responsável pelo rastreamento precoce de neoplasias, consolidando forte vínculo com a detecção precoce do Câncer do Colo do Útero (Brasil, 2013; Brasil, 2004).

O câncer de colo de útero é causado por algumas das variações do Papilomavírus Humano (HPV) e é a quarta neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de mama e do câncer colorretal, excluindo-se os tumores de pele (Instituto Nacional do Câncer,

2022). É considerado um problema de saúde coletiva, que atinge todas as camadas sociais no Brasil, esperando-se para o triênio 2023-2025 o surgimento de 17.010 novos casos (Bortolasse *et al.*, 2012). O Centro-Oeste é a terceira região do país em prevalência do câncer de colo de útero. No Distrito Federal (DF) estima-se que esse tipo de câncer acomete 9,29 a cada 100 mil mulheres. No cenário mundial, o CCU foi o quarto mais frequente, com estimativa de 604 mil novos casos, representando 6,5% de todos os tipos de câncer em mulheres, sendo este valor correspondente a um risco estimado de 13,3 casos por 100 mil mulheres. Em termos de mortalidade no Brasil, em 2020, ocorreram 6.627 óbitos e a taxa de mortalidade bruta por câncer do colo do útero foi de 6,12 mortes a cada 100 mil mulheres (INCa, 2022).

O Ministério da Saúde recomenda como método de rastreamento de CCU o exame citopatológico ou Papanicolau, devendo ser realizado em mulheres que possuem vida sexual ativa, com idade entre 25 e 64 anos. A realização dos dois primeiros exames deve ser anual e, se ambos apresentarem resultados negativos, a periodicidade se alarga para trienal (INCa, 2016). O rastreamento e realização do exame citopatológico é de responsabilidade técnica e execução da Atenção Básica, devendo ser oferecido gratuitamente para mulheres que se enquadram como população objetivo. O Ministério da Saúde reforça a importância da sua realização para a redução da mortalidade de mulheres em idade fértil, já que o CCU tem sido a quarta causa de morte mais prevalente em mulheres no Brasil (INCa, 2016; 2020).

Um estudo realizado por Madeiro e Rufino (2022), evidenciou que a cobertura do exame citopatológico de colo uterino nos últimos três anos foi de 76,8% em mulheres acima dos 25 anos de idade. Estima-se uma cobertura de aproximadamente 80% nas capitais do Brasil e no Distrito Federal, acredita-se que tal fator se deva à maior abrangência e facilidade de acesso encontrada nas grandes cidades. O estudo evidenciou também que o índice de rastreamento é menor entre as mulheres sem instrução

ou ensino fundamental completo (72,1%), pretas (77,4%) e pardas (75,95%), separadas (71,8%) e moradoras em área rural (74,1%).

Metodologia

A presente reflexão é decorrente de uma pesquisa-ação, que se deu por meio de planejamento estratégico situacional, atrelado a uma situação-problema identificada em uma equipe da estratégia saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ceilândia, a qual é considerada uma “unidade escola”, por ser cenário de prática para programas de residência médica e multiprofissional e de vários cursos de graduação da área da saúde. Após análise da cobertura do exame citopatológico nas áreas de abrangência da equipe rosa dessa UBS, estabeleceu-se o objetivo da ampliação da oferta do exame de rastreamento do câncer de colo de útero. Este tipo de estudo se caracteriza pela associação direta entre o pesquisador e o objeto a ser pesquisado, onde o pesquisador colabora diretamente no desenvolvimento de um diagnóstico e a resolução de um problema previamente identificado (Thiollent, 2007).

A pesquisa-ação foi desenvolvida cumprindo um itinerário metodológico dividido em quatro fases: exploratória; de planejamento e elaboração das propostas; de implementação das ações; e de análise e avaliação dos dados obtidos (Gil, 2002). A fase exploratória é a fase de descoberta do campo de pesquisa, onde são estabelecidas e identificadas as situações-problema, após a análise situacional do local de pesquisa. Nesta fase também se dá a elaboração da revisão de literatura, a qual dá base para o desenvolvimento da pesquisa, bem como da elaboração dos objetivos da investigação (Thiollent, 2007). Já a fase de planejamento e elaboração concretiza-se por meio do planejamento conjunto de ações e propostas, o delineamento de metas e estabelecimento de prazos, visando o alcance dos objetivos propostos na fase anterior. A pesquisa-ação não se restringe aos aspectos práticos, sendo possível a observação do paralelismo entre

teoria e prática durante todo o processo de pesquisa (Gil, 2002). A fase de implementação das ações, como sugere o nome, é a concretização das ações propostas. Nesta fase, a equipe de forma conjunta, coloca em prática as ações e metas propostas nas fases anteriores (Gil, 2002).

Resultados e discussão

A UBS escolhida para a pesquisa-ação foi a UBS 17, localizada na Região Administrativa de Ceilândia, uma das 35 que compõem o Distrito Federal. A UBS, composta por 4 equipes: Rosa, Verde, Azul e Lilás, sendo a equipe Rosa o cenário específico para realização do projeto de intervenção previsto à pesquisa-ação, foi escolhida por ser cenário da Residência Multiprofissional em Atenção Básica. De acordo com o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Brasil, 2022a), a Equipe Rosa possui 4.752 usuários, destes, 1.354 são mulheres na faixa etária preconizada para o rastreamento do câncer de colo uterino (25 aos 64 anos de idade). A fase exploratória foi direcionada ao levantamento do número de mulheres da população-objetivo que estava cadastrada como área de abrangência da equipe Rosa, bem como serviu à revisão de literatura. Nessa fase, refletiu-se sobre o processo de trabalho implementado pela equipe e que estava orientado pela oferta do serviço de coleta do exame citopatológico em um único dia e horário da semana.

O planejamento e elaboração das ações ocorreu em reuniões de equipe, onde foram identificados os pontos críticos que necessitavam de intervenção para o aumento da cobertura pelo exame citopatológico, melhora do registro da coleta do exame no sistema de prontuário eletrônico do e-SUS AB, redução da taxa de absenteísmo, melhoria no agendamento e revisão da rotina de realização do exame em dia e horário fixos. A implementação das ações compreendeu a execução das ações planejadas, sendo realizada capacitação da equipe multiprofissional para conscientização da importância da realização do exame citopatológico, com foco nos Agentes Comunitários

de Saúde, por serem os profissionais presentes no território, facilitando o processo de busca ativa das mulheres. Também foram disseminados convites para a realização do exame, com a estratégia de realização de mutirões uma vez por mês (aos sábados pela manhã), implementação da oferta de forma oportuna, aumento do número de vagas para agendamento, flexibilização de dias e horários para realização do exame, busca ativa por meio de mídias sociais (WhatsApp), rodas de conversa durante o Outubro Rosa enfatizando a importância da realização do exame para prevenção do CCU e estabelecimento de parceria entre a UBS, a Secretaria da Mulher do DF e o Serviço Social do Comércio do DF (SESC/DF) para a realização de coleta de exames citopatológicos no território de abrangência da equipe. A **Tabela 1** traz as informações sistematizadas.

Tabela 1. Comparação entre o antes e o depois da implementação da Pesquisa-Ação

Elemento	Antes da Pesquisa	Depois da Pesquisa
Distribuição de vagas	Centralizadas em um dia e turno específico.	Foram mantidas as vagas centralizadas e um dia e turno específico, mas disponibilizada mais três vagas protegidas para realização do exame em 3 turnos no período matutino e 3 turnos no período vespertino.
Capacitação da Equipe Multiprofissional	Não realizada.	Foi realizada no início do projeto para nortear as ações.
Capacitação para registro adequado	Não realizada.	Foi realizada no início do projeto.
Realização de Mutirões	Não realizados.	Foram realizados 4 ao longo dos 5 meses de estudo.
Busca ativa	Não realizada.	Foi realizada durante todo o estudo.
Ações educativas para as mulheres	Não realizadas.	Foram realizadas durante as ações do Outubro Rosa e Semana da mulher.
Estabelecimento de parcerias	Não realizado.	Foram estabelecidas parcerias com a liderança comunitária, SESC-DF e Secretaria da Mulher.

Fonte: Elaboração própria (2023).

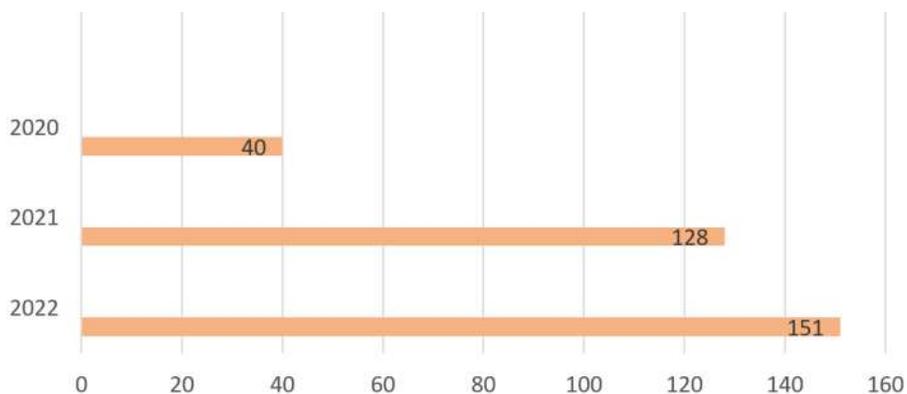
A avaliação das ações propostas se deu em reunião de equipe, onde em espaço colegiado, observou-se os resultados obtidos após implementação das ações. A evolução foi notória, bem como a melhora dos processos de trabalho após a reorganização e sistematização dos serviços. Observou-se um maior entrosamento da equipe, com foco na prestação de um serviço de qualidade, de forma integral, atentando-se às buscas ativas e às marcações de consulta de saúde da mulher. A intervenção ocorreu entre junho e novembro de 2022, ou seja, por seis meses. Nesse período, foram coletados 151 exames. Nos primeiros meses, junho e julho, foram disponibilizadas 32 vagas mensais, distribuídas em um dia fixo no período vespertino. Já nos meses de agosto, setembro e novembro obteve-se a disponibilização de 68 vagas mensais exclusivas para agendamento e realização do exame citopatológico, sendo distribuídas diariamente 3 vagas entre os turnos matutino e vespertino e 9 em um dia fixo do período vespertino. No mês de outubro, houve uma diminuição do número de vagas disponibilizadas, devido às férias da enfermeira da equipe, sendo disponibilizado um total de 48 vagas exclusivas.

Foram realizados 4 mutirões aos sábados pela manhã. O primeiro mutirão foi realizado em junho/22, ofertadas 60 vagas, das quais 47 foram preenchidas por agendamento, sendo coletados efetivamente 31 exames. O segundo mutirão foi realizado em julho/22, com 50 vagas ofertadas, 39 agendamentos e 14 exames efetivamente coletados. O terceiro mutirão foi realizado em agosto/22, com 50 vagas ofertadas, 53 agendamentos realizados e 22 exames coletados. O último mutirão foi realizado no mês de outubro/22, associado ao Outubro Rosa. As vagas deste mês foram ilimitadas e abertas também às usuárias das demais equipes, porém apenas 9 coletas foram realizadas na equipe rosa. No mês de novembro/22 ocorreu a Semana da Mulher em parceria com o SESC/DF e a Secretaria da Mulher, onde foram ofertados serviços de coleta de exame citopatológico, mamografia e inserção de DIU para a população,

tendo beneficiado 22 mulheres da equipe Rosa e 100 no total. A ação ocorreu em uma creche da região, com a estrutura fornecida por meio das parcerias, em um local mais próximo da moradia das usuárias.

Ao se realizar um comparativo do número de exames coletados nos últimos 3 anos, no mesmo período do ano, observou-se um aumento de 277,5%, considerando o ano de 2020, e 17,96% quando considerando o ano de 2022. O **Gráfico 2** mostra um quantitativo comparativo da coleta de exames citopatológicos realizados pela equipe Rosa da UBS 17 de Ceilândia nos anos citados.

Gráfico 1. Exames realizados entre junho e novembro dos anos 2020, 2021 e 2022



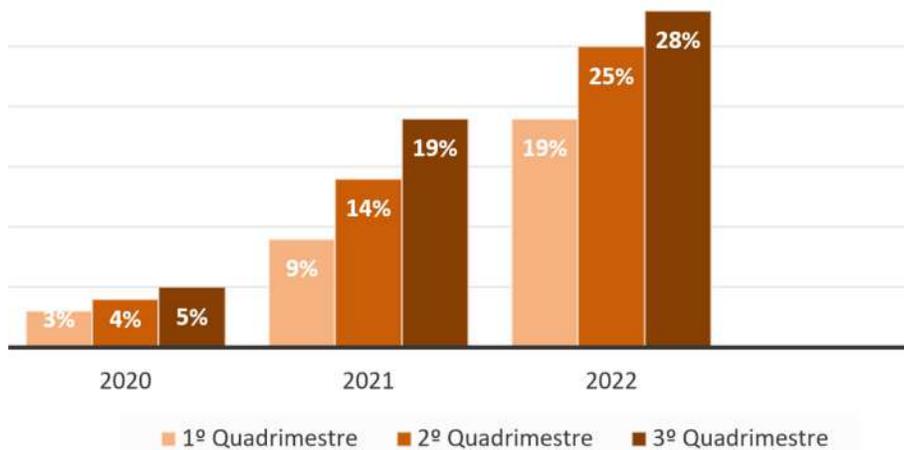
Fonte: Elaboração própria (2023).

Destaca-se que para o Brasil foi preconizada uma cobertura de no mínimo 80% até 2022, para obtenção de impacto epidemiológico positivo, objetivando uma redução de 60 a 90% da incidência de CCU no país (Nascimento *et al.*, 2021). Durante a implementação das intervenções propostas, a equipe esteve atenta à garantia da integralidade, de forma que as ações conjuntas não fossem focadas apenas no indicador considerado pelo Previne Brasil, mas sim direcionando as ações relacionadas à saúde da mulher com foco na integralidade, na promoção da justiça reprodutiva e na autonomia feminina.

O Previne Brasil, regulamentado pela Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019, alterou o modelo de financiamento da Atenção Básica, tendo como um dos critérios o pagamento por desempenho por meio de indicadores, sendo um dos sete indicadores vigentes o aumento da cobertura de exame citopatológico, que tem por meta uma cobertura de 40% das mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade (Brasil, 2022b; INCa, 2019). O Previne Brasil define o cálculo para pagamento a partir do cumprimento da meta para cada indicador por equipe, condicionado ao tipo de equipe. O fomento financeiro do pagamento realizado por meio do desempenho corresponde ao somatório dos resultados obtidos por equipe. A implementação do Previne Brasil gerou ruídos e colocou em risco o princípio da integralidade, pois selecionava demandas e modificava a lógica de adscrição territorial para número usuários elegíveis ao cumprimento de metas assistenciais, não levando em consideração a variabilidade de situações vivenciadas. O que leva à reflexão sobre a qualidade da assistência prestada, a qual não é tomada em consideração no processo de cálculo dos indicadores (Costa *et al.*, 2022).

Para avaliação dos resultados da implementação de estratégias para ampliação da cobertura do exame citopatológico, utilizou-se como primeira escolha a avaliação do indicador de proporção de mulheres com coleta de citopatológico na AB, o qual é definido pelo cálculo da proporção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que foram atendidas na AB e possuíam pelo menos 1 coleta de exame de colo uterino no intervalo de 3 anos, em relação ao número total de mulheres da faixa etária. A intervenção ocorreu no segundo e terceiro quadrimestres de 2022 e o **Gráfico 2** mostra os resultados comparativos por quadrimestre no ano de 2022.

Gráfico 2. Indicadores de cobertura por quadrimestre nos de 2020, 2021 e 2022



Fonte: Elaboração própria com dados do SISAB (2023).

Obteve-se o aumento de 47,36% da cobertura total do exame no ano de 2022, após implementação das ações planejadas pela equipe. Observou-se alta taxa de absenteísmo, levando em consideração a distribuição do número de vagas. Após a reformulação da agenda, obteve-se o quantitativo de vagas superior a 300, distribuídas entre os meses de junho a novembro de 2022. Ao comparar o número final de vagas disponibilizadas (340 vagas) e o total de exames realizados (151 exames), observa-se que a taxa de absenteísmo está em torno de 55,58%. Um estudo, realizado por Oliveira *et al.* (2020), evidenciou os principais fatores que podem justificar a alta taxa de absenteísmo. São eles: vergonha, medo, dor, organização do serviço, ausência de queixas, fatores biológicos, falta de conhecimento, falta de tempo e baixa escolaridade. A baixa rotatividade das mulheres que realizam o exame também chamou atenção durante a realização da implementação das estratégias. Analisou-se a periodicidade dos exames coletados nos meses de junho a novembro, onde foi possível identificar que a maioria das mulheres que tiveram exames coletados no período, o fazem com frequência, ou seja, com intervalo entre 1 e 2 anos, o que reforça a necessidade de adoção de

iniciativas que estimulem a realização do exame por mulheres que não frequentam o serviço ou que por algum motivo não realizem o exame, estando dentre essas iniciativas a busca ativa e ações de educação em saúde.

Foram analisados os resultados registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), pertencente às 151 mulheres que realizaram a coleta do exame durante o período. Foram encontrados 268 exames, sendo o mais antigo datado no ano de 2014 e os mais recentes no ano de 2022. Torna-se evidente que a diversificação das estratégias de oferta e a flexibilização da forma de acesso influenciam diretamente no aumento da cobertura, bem como a implementação de estratégias de busca ativa se fizeram muito eficazes, devendo ser fortalecidas e tornadas frequentes, garantindo o rastreamento de forma adequada.

Considerações Finais

O envolvimento da equipe, por meio do planejamento estratégico, possibilitou o aumento da oferta do exame citopatológico, ampliando a cobertura do procedimento, mesmo o absenteísmo sendo o principal gargalo a ser enfrentado pela equipe. Foi notória a evolução da ampliação da cobertura do exame citopatológico na Equipe Rosa da UBS 17, mesmo não tendo atingido a meta recomendada. As intervenções realizadas ampliaram a cobertura do exame e modificaram o processo de trabalho da equipe, fortalecendo-se a percepção dos profissionais da equipe sobre a necessidade de se construir estratégias para a ampliação da cobertura. Tal situação evidenciou que ações para alcance das mulheres que compõem a população atendida pela equipe devem ser mantidas, sistematizadas e fortalecidas, cabendo aos profissionais de saúde, uma integração mais afetiva com as usuárias, por meio da promoção da equidade e fortalecimento de vínculo de confiança.

Estas ações podem ser estabelecidas por meio de educação permanente em saúde com a equipe, com foco nos profissionais Agentes

Comunitários de Saúde, os quais possuem contato direto com as usuárias no território, podendo fornecer orientações individuais a essas mulheres, facilitando o convite a comparecer na unidade para realização do exame ou até mesmo realizando agendamento na casa da usuária, promovendo a facilitação do acesso à informação direcionada às populações mais vulneráveis. Podem ser implementadas também ações de educação em saúde direcionadas à população feminina para esclarecimento de dúvidas e desmitificação de crenças que prejudicam a prevenção e o rastreamento do câncer de colo uterino.

Faz-se necessária a realização de estudos junto às mulheres para que se possa entender de forma clara os fatores que as impedem de comparecer à unidade para realização do exame e o que pode ser feito para contribuir para a facilitação do rompimento de barreiras relacionadas à realização do exame. De igual forma, há necessidade de intervenção sobre os fatores que afetam o acesso e a demanda pelo exame, envolvendo ações de nível individual, coletivo e gerencial, no território em que a vida das mulheres transcorre e impõe seus condicionantes e determinantes.

Referências

- Bortolasse, A. C., Moscateli, J. L. C., Miniello, T. G., & Loureiro, M. D. R. (2012). Estratégia para coleta do exame citopatológico do colo do útero: adesão das mulheres vinculadas a estratégia Saúde da Família Itapoã e Ivinhema, 2011. *Cadernos ABEM*, 8. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15640>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022a). *SISAB - Sistema de Informação de Saúde para Atenção Básica*. Brasília. /DF. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n3GJrfSm9QgLpNqXqbjS3S/abstract/?lang=pt#>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/documentos/IndexDocumentos.xhtml>

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. (2022b). *Nota Técnica* n.º 4/2022-SAPS/MS. Brasília. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-4-2022-saps-gab-saps-ms/view>
- COSTA, N. R.; SILVA, P. R. F.; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 8, p. 8-20, dez 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCa). Instituto Nacional de Câncer. (2022b). *Incidência do Câncer de Colo de Útero*. Rio de Janeiro: INCa. <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/dados-e-numeros/incidencia>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCa).Brasil. Ministério da Saúde. (2020). ABC do câncer: *abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: INCa. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCa).Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. (2016). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCa. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.Brasil. (2019). *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCaA. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>
- Madeiro, A., & Rufino, A. C. (2022). Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. *Journal of Health & Biological Sciences. Health Biol Sci*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3521.p1-9.2022>
- Nascimento, M. B. do, et al. (2021). Cobertura do citopatológico de colo uterino em um município paranaense: impacto da pandemia Sars-Cov-2. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 4(3), 16-28. <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/558>
- Oliveira, B. S., et al. (2020). Fatores associados à não adesão ao exame citopatológico do colo uterino: uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 14(17). <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/110>
- Thiollent, M. (2007). *Metodologia da pesquisa-ação*. 15ª ed. São Paulo: Cortez. <https://soniaa-arq.prof.ufsc.br/arq1001metodologiacinetificaacaplicada/2013/grupo4/08.pdf>

Seção 4

A frutificação dos angicos: sementes e encantos



Os Angicos são espécies nativas brasileiras, integrantes do bioma do cerrado, com história etnobotânica de árvore sagrada, sementes usadas por xamãs, grande fornecedora de tanino, fundamental aos curtimes. A frutificação ocorre de julho a setembro, em vagens. O fruto tem propriedades medicinais depurativas e hemostáticas. O município de Angicos, no Rio Grande do Norte, tem seu nome proveniente da árvore, notabilizando-se pelas experiências pioneiras de educação popular. Paulo Freire, no princípio de 1963, ali iniciou a educação como princípio de aprender e politizar, isto é, a leitura do mundo, precede a leitura da palavra. Todas as pessoas são capazes de ensinar e de aprender, não apenas os saberes da vida, também os saberes formais. A educação formal não está fora dos saberes do mundo da vida e do trabalho. Em Angicos estiveram presentes especialistas em educação, jornalistas, estudiosos e o próprio presidente João Goulart no encerramento das atividades dos Círculos de Cultura, em 2 de abril de 1963.

PERCEPÇÕES SOBRE SER RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Sabrina Oliveira Campos de França
Velluma Alves Silvestre de Matos
Kelly Dandara da Silva Macedo

Introdução

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços se dividiam em privados, previdenciários e da saúde pública. A assistência médica previdenciária se restringia aos trabalhadores formais com carteira assinada, os cidadãos que possuísem condições financeiras para custear o seu acesso à saúde o faziam por desembolso direto e a população de modo genérico dependia exclusivamente de programas de saúde pública. Para assistência médica, a população dependia de caridade ou programas e instituições que ofertassem alguns serviços de saúde, como as Santas Casas de Misericórdia. O foco da assistência médica estava na doença e a promoção e prevenção decorriam exclusivamente de programas sanitários (Meneses; Moteretti; Reis, 2019). Com a nova Constituição, promulgada em 1988 e a regulamentação da política nacional de saúde pela Lei n.º 8.080/1990 iniciou-se um processo unificação entre assistência, promoção e prevenção centrado em necessidades em saúde, não doenças, por isso se passou à designação atenção integral à saúde. O SUS surge com o objetivo de promover a equidade no acesso à saúde da população e seus serviços se organizam sob as diretrizes da descentralização da gestão, integralidade da atenção e participação popular (Barros; Sousa, 2016).

Neste contexto, a Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada a todo e qualquer usuário, cidadão brasileiro ou não. A AB é um

dos pilares mais importantes do sistema de saúde, facilitando a inserção dos cidadãos na rede de atenção à saúde (Portela, 2016). Em meio às circunstâncias de uma reformulação do modelo de atenção à saúde no Brasil relacionado à AB, criou-se o Programa Saúde da Família no ano de 1993, por meio da Portaria MS n.º 692, e, na sequência, em 1996, com a Norma Operacional Básica n.º 01, de 1996, implementa-se a Estratégia Saúde da Família, caracterizando a AB como âmbito de primazia e estrutural na atenção à saúde (Giovanella; Mendonça, 2008). A AB deve passar à coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção.

A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada em 2006 e trouxe a Estratégia Saúde da Família (ESF) como referência ao acolhimento e longitudinalidade no cuidado em território. A Política Nacional define a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (Brasil, 2012), suas ações se desenvolvem em Unidades Básicas de Saúde (UBS), mediante a implementação de equipes multiprofissionais responsáveis por territórios geograficamente definidos e acompanhamento da sua respectiva população, estabelecendo uma relação de vínculo entre profissionais e comunidade, oferecendo cuidados, educação, procedimentos, grupos, ações intersetoriais, vigilância, imunizações, consultas, tratamentos, apoio, visitas domiciliares, atendimento em casa, orientação para atividade física e alimentação saudável, saúde mental, saúde bucal, cuidados paliativos, ações de território, de saúde ambiental e de saúde do trabalhador (Fertonani *et al.*, 2015).

A característica principal da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica é promover a atenção de modo orientado pelo território, organizando o processo cuidador de forma que atenda às necessidades presenciadas e demandadas de cada território, melhorando a qualidade de

vida da população local. A busca por maior qualificação dos profissionais apresenta uma ferramenta importante para a implementação de um SUS mais democrático, equitativo e eficiente: a educação permanente em saúde, também definida em política nacional, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. De acordo com Batista e Gonçalves (2011), há de se conhecer e compreender que todo o investimento em educação e formação do pessoal da saúde favorece mudanças positivas no desempenho dos trabalhadores e na produção do cuidado. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde estabelecem importante formação profissional no contexto dos serviços e, apesar de existirem desde 1978, as Residências Multiprofissionais em Saúde foram regulamentadas apenas em 2005, visando garantir a qualificação de profissionais para o SUS. Segundo Bezerra e Cury (2020), a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pode ser considerada uma proposta de educação interprofissional que visa priorizar a aprendizagem em equipe.

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre alguns casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, causados por uma nova cepa viral da família *coronaviridae* (SARS-CoV-2), que ainda não havia sido encontrada em humanos. No ano seguinte, a China confirmou como sendo casos do novo coronavírus, sendo a enfermidade denominada “covid-19” (Werneck; Carvalho, 2020). Iniciada como uma epidemia, essa condição sanitária rapidamente se alastrou pelo mundo, mostrando seu alto poder de disseminação e foi declarada pela OMS como uma situação emergencial de pandemia, por avançar não somente pela China, mas por outros continentes em escala alarmante (Jackson Filho *et al.*, 2020). Considerando esse momento difícil, as residências em saúde também enfrentaram particularidades, pois o distanciamento social foi uma imposição da emergência de saúde pública. Destaca-se a importância da reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde, o modelo assistencial

adotado e como dar continuidade a um trabalho com diversificadas variáveis. O objetivo da presente reflexão foi descrever a vivência de residentes inseridas no Núcleo Ampliado de Apoio à Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), de março 2021 a fevereiro de 2023, no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), quando a pandemia entrava em remissão.

Relato de experiência

Aborda-se, por meio do relato de experiência e da narrativa reflexiva, a atuação e vivência de duas residentes. Segundo Muylaert *et al.* (2014), as narrativas são caracterizadas como uma forma artesanal de comunicar, com a intenção de transmitir conteúdo a partir das experiências, que são individuais e constitutivas de fenômenos sócio-históricos, além de serem carregadas de significados. O narrador não informa sobre sua experiência, conta sobre ela, tendo com isso a oportunidade de pensar algo diferente daquilo que anteriormente pensava, identificando a subjetividade de suas práticas e criando bases em direção a sua própria prática (Cunha, 1997). A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surge como possibilidade de uma construção para formação em saúde que se atente às mais diversas e complexas necessidades demandadas pelos serviços de saúde, presenciados constantemente no SUS, reafirmando o compromisso com a realidade social e o desenvolvimento da interprofissionalidade, utilizando uma abordagem crítica e reflexiva entre ensino, teoria e prática (Flor *et al.*, 2023).

A inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF) permitiu dois anos de incorporação ao NASF-AB e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) distintas, ambas com Equipe de Saúde da Família (eSF), cada uma com suas particularidades quanto à estrutura, espaço físico e população adscrita, além de noções diferenciadas sobre o objetivo da residência multiprofissional. Na primeira unidade, localizada

no Núcleo Bandeirante, a permanência foi de março de 2021 a fevereiro de 2022 e, na segunda unidade, localizada no Guará II, entre março de 2022 a fevereiro de 2023. O primeiro ano de residência, iniciado em março de 2021, ocorreu durante um período de bastante apreensão e desafios devido a pandemia da covid-19.

Se em 2020 os processos de trabalho tiveram que se modificar abruptamente para suprir as demandas que surgiram pela pandemia de covid-19, em 2021 foram presentes a alteração nos atendimentos individuais e coletivos, o deslocamento dos profissionais para a campanha de vacinação, o acolhimento prioritário de sintomáticos respiratórios, a realização de testes de covid-19 e o atendimento de demandas urgentes em vista da saúde e bem-estar dos usuários e profissionais da saúde atuantes nas linhas de frente. Vale ressaltar que foi um período de reflexos desfavoráveis à AB devido ao impacto de seu novo modelo de financiamento pelo governo federal, com o Programa Previne Brasil, e de mudanças na PNAB, que desde 2017 deixara de financiar a conformação de equipes de NASF-AB. Os dois movimentos retiraram recursos financeiros específicos pelo fim dos valores fixos que antes eram repassados regularmente aos municípios em função do provimento de eSF.

Com a pandemia e as incertezas trazidas por ela, a todo o momento eram publicadas medidas a serem tomadas para melhor atender a população, seja no tratamento ou no fornecimento de informações precisas e fidedignas. No Distrito Federal (DF), a Secretaria Estadual da Saúde (SES) publicava constantemente, por meio de informativos e notas técnicas, recomendações para o enfrentamento da doença, principalmente ações para a prevenção do contágio com a necessidade de reformulação no processo de trabalho dos profissionais e no atendimento por meio das UBS. A Atenção Básica foi crucial para o enfrentamento da covid-19, por meio do trabalho comunitário organizado, que permitiu atuar no apoio à comunidade para combater a disseminação da infecção, acompanhar

os casos positivos em isolamento domiciliar, identificar as situações de vulnerabilidade social e suas possíveis condutas e garantir a segurança dos pacientes, assegurando ações assistenciais nas UBS e nos domicílios, quando necessário (Daumas *et al.*, 2020). Durante o primeiro ano de atuação, muitos desafios foram manifestados, toda aquela gama de serviços que deveriam ser desempenhados em uma UBS, mais precisamente por uma eSF em conjunto com o NASF-AB foram prejudicados. Qualquer tipo de atividade que fosse de contato próximo ou que necessitasse de várias pessoas em um mesmo espaço estava suspenso, logo, não foi possível que residentes vivessem a participação em reuniões, atividades de grupo e de equipe em modo de interação, intercâmbio e entrosamento afetivo típicos.

As atribuições dos residentes foram limitadas às campanhas de vacinação, atendimento individual sob encaminhamento médico. Mesmo após a remissão dos casos de contaminação e com o aval para o retorno de algumas atividades, os residentes continuaram sem realizar e sem participar de atividades de educação em saúde, ações voltadas para o território, atendimento compartilhado, visitas domiciliares, reuniões de equipe, atividades em grupo, entre outras atribuições previstas à formação e nos princípios e diretrizes do NASF-AB, pois a campanha de vacinação era bem intensa e as demandas eram definidas de acordo com as prioridades populacionais da saúde coletiva.

Na condição de residentes de primeiro ano (R1), a escala para a campanha de vacinação, juntamente com os demais servidores, envolvia uma média de quatro turnos por semana e mais o horário de almoço para cada residente. Após seis meses, a escala de cada residente na campanha de vacinação passou a ser, em média, três turnos por semana, mas ainda era corriqueiro ter que realizar escalas durante o almoço ou outros dias da semana, principalmente na ausência dos servidores. Os profissionais do NASF-AB foram retirados das escalas relacionadas à covid-19 para retornarem às atividades de assistência à população, conforme

preconizado pelas portarias que eram publicadas, mas os residentes continuavam na campanha de vacinação com a justificativa de que a demanda da campanha de vacinação ainda era a prioridade do momento.

As atuações como residentes de fisioterapia e de farmácia do primeiro ano foram bastante desafiadoras, uma vez que, a interação desses núcleos profissionais na Atenção Básica durante a graduação ainda é limitada, e com a restrição das atividades e atendimentos do NASF-AB foi perceptível a fragilidade do processo de trabalho multiprofissional quanto às nossas específicas na Atenção Básica, havendo sobrecarga nas escalas da campanha de vacinação. Foi nesse momento, pensando na possibilidade de localização em um ambiente com maior espaço físico e estrutura para as demandas de profissionais em formação, que foi tomada a decisão conjunta de mudança de UBS.

Na condição de residentes de segundo ano (R2), em março de 2022 foi proporcionada a inserção em outra UBS, com a expectativa de um novo cenário ao cumprimento de atribuições específicas dos núcleos profissionais, compondo equipes de saúde do NASF-AB. O NASF-AB da nova unidade era composto por fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, farmacêutica e psicóloga. Desde a chegada, foi possível participar de uma reunião para discutir a primeira vivência, elaborar escalas e rever atribuições multiprofissionais, tornando o processo de adaptação mais próximo do esperado. A carga horária foi dividida da seguinte forma: campanha de vacinação, reunião de equipe, cadastro de famílias, visitas domiciliares, ações programadas para cada mês, agenda de atendimento individual para a residente de fisioterapia e agenda para residente de farmácia (que no caso não era para atendimento individual e sim para atividades da farmácia como um todo) e produção do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Conhecendo a conformação do território e promovendo a construção de vínculo com a comunidade, os residentes multiprofissionais

construíram uma concepção profunda sobre a importância do conhecimento de questões múltiplas diretamente ligadas ao território e que impactam diretamente no processo de saúde-doença da população. Bergamaschini e Castro (2021) designam a Atenção Básica como um lugar privilegiado quanto à assistência ofertada a partir do processo de territorialização, onde se possibilita o conhecimento por parte dos profissionais que compõem as equipes de saúde a conhecer sobre a realidade social dos usuários, reconhecendo as necessidades específicas da população adscrita a partir da identificação dos determinantes e condicionantes envolvidos.

Para a construção dessa concepção como residentes e profissionais de uma equipe multiprofissional é necessário compreender a importância do trabalho em equipe e pensar no serviço a partir dos resultados do diagnóstico situacional, o qual está interligado ao conhecimento da realidade do território de adscrição e entendimento das necessidades coletivas e individuais dos usuários. Com esse objetivo, foram realizadas visitas domiciliares, reuniões do NASF-AB uma vez por semana para discussão de casos clínicos e seus desdobramentos na rede de atenção à saúde, atividades coletivas e ações realizadas no território, ações em comunidade terapêutica, escolas, feiras e lugares com maior acessibilidade do público.

Quanto à relação das equipes de saúde com o NASF-AB, foi observada a forma e a quantidade exagerada de encaminhamentos que chegavam ao NASF-AB, principalmente para psicologia e fisioterapia, com isso, percebeu-se o quanto o desconhecimento da função do matriciamento realizado pelas equipes estava refletindo nesse processo. Foi decidido em reunião do NASF-AB que esses encaminhamentos deveriam ser feitos por meio de uma ficha elaborada pela própria equipe do NASF-AB, na qual as equipes deveriam identificar os usuários com dados básicos como nome, telefone, data de nascimento, a qual equipe ele estava vinculado e, posteriormente, uma breve história clínica, relatando o motivo do

encaminhamento. Esses encaminhamentos eram discutidos nas reuniões do NASF-AB realizadas semanalmente com intuito de determinar os critérios de atendimento e estabelecer quais casos necessitavam de um atendimento mais urgente, quais casos poderiam ser encaminhados para grupos coletivos ou quais casos necessitavam ser encaminhados para os serviços de saúde de atenção especializada.

Nesse contexto, percebeu-se o quanto esses encaminhamentos aumentavam consideravelmente, principalmente para a psicologia, nutrição e fisioterapia, provocando certa inquietação na equipe do NASF-AB, pois muitos desses encaminhamentos poderiam ter uma resolutividade importante com uma consulta compartilhada ou pelo próprio profissional da equipe no momento do atendimento, evitando a longa espera do paciente pelo atendimento e a sobrecarga para a equipe do NASF-AB, tornando-o um local de ambulatório de especialidades. Durante as reuniões, várias questões foram apontadas e compreendeu-se que a relação com o compartilhamento de saberes das equipes de saúde como um todo e o matriciamento poderiam resultar em um trabalho realizado de forma não hierárquica, mas em conjunto para melhor atender as demandas que se apresentavam.

Na condição de residente no núcleo profissional de farmácia, no segundo ano de residência, foi possível vivenciar uma experiência completamente diferente àquela do primeiro ano. Com a escala semanal definida e pactuada entre gerência, residentes e NASF-AB, foi possível conhecer melhor o funcionamento da UBS e atuar como profissional de farmácia na Atenção Básica. Na atenção farmacêutica foi possível viver as atribuições de dispensação, processos de logística e ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação). Para isso, foi criada uma tabela para guiar as solicitações e pedidos mensais que continham informações como consumo médio mensal dos últimos três meses, consumo médio anual, cálculo necessário para dois

meses de estoque, estoque atual e outros. Além disso, eram disponibilizadas orientações para os pacientes que faziam uso de caneta de insulina pela primeira vez ou que apresentavam alguma dúvida quanto à sua utilização, praticando o cuidado farmacêutico que é extremamente importante nos serviços de saúde, orientando os usuários sobre os cuidados com os medicamentos, forma de administração, seus possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas, evitando complicações na saúde dos usuários relacionadas ao uso errôneo de medicamentos.

O segundo ano de atuação como residente no núcleo profissional de fisioterapia foi mais produtivo e dinâmico. A atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica se mostrou relevante para a população, uma vez que esse profissional não se restringe apenas a ações curativas e reabilitadoras, sua atuação envolve prevenção, promoção e educação em saúde. Vale ressaltar que esse modelo coletivo não exclui os métodos de cura e reabilitação da categoria, mas faz acrescentar novas possibilidades para uma atuação qualificada dentro das necessidades de cuidado no SUS (Soares; Bezerra, 2014). O conhecimento das particularidades internas da UBS ainda era limitado, porém com o entendimento sobre o papel da fisioterapia foi possível reduzir a frequência na escala de vacinação e ampliar a frequência nos atendimentos individualizados, enquanto não fossem permitidas atividades coletivas. Passaram a ser realizadas visitas domiciliares, reuniões semanais da equipe do NASF-AB, elaboração de materiais informativos relacionados a cada mês e participação na confecção do mapeamento de território e seus cadastros. Assim que as atividades coletivas começaram a ser liberadas, juntamente com a fisioterapeuta da unidade, foi possível criar um grupo de dor crônica, visando à saúde por meio da transformação de hábitos e condições de vida.

No âmbito da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EGF muitos foram os desafios encontrados ao longo da formação, não somente no momento da pandemia, mas durante todo o processo.

Foram vivenciadas contradições comuns no cotidiano dos serviços, como a fragilidade do vínculo do residente multiprofissional com as eSF, a insegurança e a falta de conhecimento por parte de vários servidores sobre as atribuições do residente multiprofissional, sobretudo no NASF-AB e os desequilíbrios quanto ao aprendizado nas aulas teóricas diante da realidade encontrada no ambiente da saúde coletiva. Percebeu-se dois modelos distintos: um modelo que contempla e foca nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e outro que ainda é percebido como o modelo biomédico, onde o foco é a doença. Almeida e Mishima (2001) trazem em sua discussão que essa prática de modelo clínico acaba prevalecendo e levando a uma atenção fragmentada, dificultando o processo de integralização das equipes de saúde, gerando complicações no trabalho multiprofissional na assistência à saúde de forma qualificada. Observou-se essa forma fragmentada em ambos os serviços de saúde durante os dois anos de residência.

Conclusão

A vivência relatada possibilitou uma maior aproximação com a Atenção Básica e, apesar de parte da vivência ter acontecido em um dos momentos críticos da pandemia, foi possível ver e vivenciar o quanto a Atenção Básica, que tem como modelo orientador a Estratégia Saúde da Família, que foi capaz de orientar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde, mesmo nas condições mais adversas e desafiadoras, como a da pandemia de covid-19, em especial nos primeiros meses da pandemia, em que as atualizações dos protocolos eram quase que diárias. O protagonismo do NASF-AB no fortalecimento das equipes de saúde da família, constrói conjuntamente fluxos orientadores, atendimento e acolhimento dos usuários. As experiências vividas nesse campo e momento da saúde possibilitou um olhar mais abrangente e aprimorado em relação ao funcionamento do SUS como um todo, dos fluxos de

serviços das UBS e, principalmente, a atuação do NASF-AB na perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Outro fator que pode estar por trás da fragilidade observada nos campos de atuação relacionados ao NASF-AB, além das mudanças realizadas na PNAB, é o modelo do novo financiamento, aquele do Programa Previne Brasil, em que se extinguiu o credenciamento e financiamento federal dos NASF-AB, legando ao gestor local a decisão por manter, expandir, reduzir ou extinguir a composição de tais equipes. Essa mudança somada às mudanças promovidas nos últimos 6 anos de governo, desde a presidência interina de Michel Temer, seguida pela posse do presidente Jair Bolsonaro, abriu caminho para as desigualdades, fortalecendo a mercantilização dos serviços de saúde, através das diversas reformas sociais apoiando-se num possível desmonte do SUS, incluindo a Atenção Básica.

A formação na residência multiprofissional em Atenção Básica destina-se a remodelar a formação como profissionais de saúde da família a partir da visão de se concretizar os princípios do SUS. A partir da perspectiva de tornar os profissionais hábeis em competências, conhecimentos teóricos e práticos, educação permanente e assistência à saúde aprimoradas, durante os dois anos de residência percebeu-se o quanto o olhar de residentes multiprofissionais foi se aprimorando com o decorrer do tempo e com a prática nos serviços. Para consolidar a formação no campo das ações da prevenção e promoção de saúde na Atenção Básica é necessário romper com o modelo biomédico e superar o foco na doença, compreendendo o indivíduo na sua integralidade e quanto às suas necessidades sociais em saúde.

Referências

- Almeida, M. C. P. de, & Mishima, S. M. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 5(9), 150-153. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000200012>

- Barros, F. P. C. de, & Sousa, M. F. de. (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e sociedade*, 25(1), 9-18. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e sociedade*, 20(4), 884-899. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>
- Bergamasquini, A. C., Silva, C. M. da, & Castro, M. M. de C. e. (2021). Residência multiprofissional, atenção primária à saúde e Serviço Social: potencialidades do trabalho interprofissional. *Serviço Social e Saúde*, 20, e021001. <https://doi.org/10.20396/sss.v20i00.8665372>
- Bezerra, M. C. de S., & Cury, V. E. (2020). A experiência de psicólogos e um programa de residência multiprofissional em saúde. *Psicologia USP*, 31, e190079. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190079>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília.
- Cunha, M. I. da. (1997). Conta-me agora!! as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Revista da Faculdade de Educação*, 23(1-2), 185-195. <https://doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>
- Daumas, R. P., et al. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6), e00104120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
- Fertonani, H. P., et al. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Flor, T. B. M. et al. (2023). Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Ciência e saúde coletiva*, 28(1), 281-290. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.11292022>
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. de. (2008). Atenção primária à saúde. (pp. 575-626). In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Eds.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e enl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
- Jackson Filho, J. M. et al. (2020). A saúde do trabalhador e o enfrentamento da covid-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45. <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120>
- Menezes, A. P. do R., Moretti, B., & Reis, A. A. C. dos. (2019). O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, 43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
- Muylaert, C. J. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 193-199. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>

- Portela, G. Z. (2017). Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 27(2), 255-276. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>
- Soares, G. M., & Bezerra, M. I. C. (2014). Estratégias, possibilidades, e conquistas da fisioterapia na atenção primária à saúde: estudo de caso. *Revista Fisioterapia e Saúde Funcional*, 3(1). <http://www.periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/article/view/20582>
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>



OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL

Fernando Mota Pinho
Danylo Silva Guimarães
Daniel Marcos de Sousa Santos
Oswaldo Peralta Bonetti
Leila Brito Bergold

Introdução

A luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e tonando-se um marco civilizatório para nossa sociedade (Santos, 2018). Pioneiro em oferecer acesso universal, o sistema de saúde do Distrito Federal (DF) foi criado juntamente com a capital federal. No final da década de 1970, o DF passa a considerar a Atenção Básica (AB) como estratégia de expansão da rede de saúde, antes centrada apenas em hospitais e centros de saúde satélites (Göttems *et al.*, 2019). Os cuidados de saúde da AB eram embasados em especialidades médicas e não em médicos generalistas como no sistema de saúde britânico, que além da Conferência de Alma-Ata, foi uma das bases para a criação da AB no DF.

Esse modelo assistencial perdurou até a década de 1990 e seu esgotamento foi caracterizado pelas perdas financeiras, de profissionais e de precarização das condições de trabalho. A AB perdeu sua capilaridade devido ao crescimento populacional e a função de porta de entrada do sistema de saúde, papel desempenhado pelas emergências hospitalares (Göttems *et al.*, 2019; Göttems, 2010). A partir da segunda metade dos

anos 1990, começa a reformulação da organização da AB no DF, sobre a denominação de uma nova vertente, o Programa Saúde em Casa (PSC), também pautado nas diretrizes de Alma-Ata e do Sistema de Saúde Britânico. O PSC se propunha a fortalecer a AB nas áreas de adscrição das unidades de saúde. Esse programa ampliou o acesso da população, incorporando o odontólogo na composição da equipe, além de romper com o modelo focado nas especialidades médicas (Göttems, 2010).

Precursor do modelo vigente como Estratégia Saúde da Família (ESF), organizado para reformular, reorganizar e ampliar o acesso da população aos cuidados primários de saúde, o PSC tinha maior centralidade no trabalho dos profissionais de saúde, em especial médicos, equipe de enfermagem e de odontologia, em detrimento da centralidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), preconizado pelo Programa Saúde da Família, modelo do Governo Federal (Göttems, 2010). Na década de 2010, a AB no DF mudou as formas de gestão, redividindo as regiões de saúde, dando mais autonomia para estas e, reorganizando a assistência nos moldes da ESF, porém, muitas unidades coexistiram nos moldes antigos de assistência, com seu modelo de assistência ainda embasado em especialidades médicas (Göttems *et al.*, 2019).

Em paralelo à criação dos serviços de saúde, desde a década de 1960, o DF vem criando mecanismos para a educação e formação em saúde. Foram criados programas de residência médica e multiprofissional, escolas de educação profissional de nível técnico, ensino superior e especialização multiprofissional, como forma de prover profissionais, melhorar a assistência e qualificar as equipes (Göttems *et al.*, 2019). No cenário educacional, vale ressaltar a criação da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS), que se pauta na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para que, dentre outras atribuições, possa promover ações de educação, atualização e apoio às atividades de educação em saúde (Distrito Federal, 2022).

Frente à inadequação da formação profissional, tanto no Brasil quanto na América Latina, que era voltada para o desenvolvimento de competências técnicas, visando à atuação produtiva, sem a presença de um olhar crítico para questões éticas e político-sociais, pioneiramente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lança o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ainda na década de 1980, visando à orientação da melhoria da qualidade no processo produtivo de saúde (Ferreira *et al.*, 2019). O programa da OPAS era voltado para a criação de um novo referencial teórico que orientava a melhoria da qualidade no processo produtivo, buscando uma nova relação com o próprio processo de trabalho de saúde por meio de um maior envolvimento dos trabalhadores para transformar suas práticas (Ferreira *et al.*, 2019).

Somente em 2004, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi inserida como política nacional, a PNEPS, que busca em seu âmago promover a transformação das práticas de trabalho em saúde no SUS com base nas necessidades e dificuldades do sistema. A EPS, entendida como prática de ensino e aprendizagem, potente e transformadora, que se incorpora no cotidiano dos serviços e nas práticas profissionais (Brasil, 2018). Com o propósito de atender a esse intento, foram instituídos programas por meio das Políticas de Saúde com o desígnio de qualificar os trabalhadores e aprimorar o trabalho. Inserem-se neste contexto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Estas, originadas da colaboração entre os Ministérios da Saúde e da Educação, têm por meta promover no âmbito do SUS uma formação guiada pelos seus princípios e orientações (Rodrigues *et al.*, 2021; Brasil, 2021).

Por conseguinte, são guiadas por abordagens pedagógicas delineadas pelas Redes de Atenção à Saúde, tendo a AB como seu campo de atuação. Recorre-se, ademais, a mecanismos de gestão expandida, o que assegura uma formação fundamentada na abordagem integral,

multiprofissional e interdisciplinar, tendo a educação permanente como elemento transversal e transformador da realidade (Rodrigues *et al.*, 2021; Brasil, 2021). No contexto da Secretaria Estadual da Saúde do DF (SES-DF), predomina a visão gerencial em que a baixa eficácia das ações de saúde está relacionada ao déficit de competências profissionais, o que faz com que os programas educacionais para os trabalhadores sejam prescritivos, não abordando o contexto e a realidade onde acontecem as práticas de saúde (Carvalho *et al.*, 2019). Além disso, as ações programadas que constam no plano de EPS da SES-DF, de 2019, para o ano de 2020, têm seu foco em doenças e não na gestão ou processo do trabalho. Outro fator verificado é que os trabalhadores, principalmente aqueles da assistência, desconhecem as fontes de recursos para ações educativas ou onde procurar (Distrito Federal, 2019a). Segundo a SES-DF, não há uma cultura de mapeamento, planejamento e execução da EPS. Há uma persistência das próprias unidades tomarem a iniciativa de realizar capacitações. Há de ressaltar a falta de conhecimento de acesso a verbas destinadas à EPS. Esses recursos são subutilizados, conforme aponta relatório do Tribunal de Contas do DF (Distrito Federal, 2019a, TCDF, 2014).

Isso implica na maior fragmentação do cuidado na AB, perpetrando ainda o modelo biomédico, reducionista que ainda vigora nos serviços de saúde. Urge, nesse contexto, uma mudança na cultura do saber, do fazer, da gestão do processo de trabalho e da participação no cuidado com pessoas, famílias e comunidade, segundo os preceitos do SUS (Raimundo; Silva, 2020). Neste contexto, no desenvolvimento das atividades práticas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a residência multiprofissional em Atenção Básica foi instigada ao engajamento no processo de EPS das equipes, aprofundando a pesquisa e a reflexão acerca da educação e formação dos trabalhadores da AB no DF.

Assim, a presente reflexão tem por objetivo relatar o contexto de atuação de residentes na articulação da EPS, em uma UBS na Região

Norte de Saúde do DF. Trata-se de uma reflexão de natureza qualitativa, fundamentada no relato de experiência de dois residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) da Escola Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF) acerca dos encontros educativos, chamados oficinas de EPS com os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF). O período implicado foi compreendido de março de 2021 a fevereiro 2023. Durante estes dois anos, os residentes tiveram como campo de atuação uma UBS da Região Norte de Saúde do DF. Nesse período, foram realizados diversos encontros com as eSF com o objetivo de contribuir com a mudança na cultura organizacional e melhorar o processo de trabalho dos profissionais na AB, para um olhar voltado para os princípios norteadores do SUS, as pessoas e a comunidade atendida nas áreas de adscrição das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Relato de experiência e discussão

O método empregado à sistematização da experiência foi o de Oscar Jara (2006), o qual busca uma análise crítica da experiência a partir do seu ordenamento e reconstrução em cinco tempos. O **primeiro** é o ponto de partida, caracterizado pela vivência da residência em uma UBS. O **segundo** é o levantamento das perguntas iniciais: os profissionais da UBS estão atualizados para a assistência? É possível melhorar o processo de trabalho dentro da UBS? Como os residentes poderiam contribuir para essa mudança? De que forma isso ocorreria? O **terceiro** vem da etapa de recuperação do processo vivido, em que são discutidas as experiências e as anotações acerca do que havia sido vivenciado até o momento, além da realização de atividades articuladas às eSF. Então chegamos ao **quarto**: etapa da reflexão de fundo, onde é analisada a realidade do campo de atuação a partir do ponto de vista de quem observa e são realizadas análises críticas do processo de trabalho. Por fim, o **quinto**: temos a etapa Ponto de Chegada, a melhora no processo de trabalho a partir da

implementação da EPS, mesmo com o enfrentamento de dificuldades, como absenteísmo e a pandemia de covid-19.

A UBS acompanhada é composta por 7 eSF, formadas por agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem. Conta com 4 equipes saúde bucal (eSB) compostas por odontólogo e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Ao todo, a UBS conta com 39 profissionais, porém em decorrência do período pandêmico foi observada uma alta taxa de absenteísmo. Durante as reuniões, o principal método de ensino utilizado foi a aula expositiva, com o auxílio de slides, entretanto, foram oportunizados períodos para discussões de temas específicos e quando observado o interesse ou a necessidade, foi disponibilizado material e realizado o incentivo para o estudo individual. No período da pandemia, muitas atividades programadas foram suspensas, assim como as atividades educativas e os atendimentos foram orientados às demandas espontâneas. Foram identificados déficits em relação à assistência em saúde por membros das equipes, pela gerência e pelos residentes. O período 2019-2022 foi caracterizado por crises institucionais, ataque às políticas de bem-estar social, aumento das desigualdades sociais e empobrecimento da população, volta da fome, congelamento de investimentos públicos e emergência do neofascismo, em uma nova face do neoliberalismo (Facchini, 2020).

Durante a apresentação do primeiro encontro, foi enfatizado o cadastramento da população adscrita e o correto preenchimento em relação à situação de saúde das pessoas, as questões socioeconômicas e de gênero e sexualidade. Estes itens foram uma dificuldade apontada pelas equipes, visto que os relatórios gerenciais do sistema e-SUS AB não continham, ou continham poucos dados, a respeito, desta forma dificultando a organização, abordagem e iniciativas de ações de saúde. A partir dessa detecção, foram criados relatórios situacionais das equipes embasadas em dados dos relatórios gerenciais (e-SUS AB) que, naquela época, ainda era

off-line e sem conexão com a base nacional de cadastros do SUS e/ou outros sistemas e ferramentas. Esse sistema se mostrou um desafio, entretanto, na realidade, os relatórios sempre estariam desatualizados em relação às outras bases de dados. Também foi notada a falta de acesso pelos gestores da UBS ao Sistema de Informação em Saúde para AB (SISAB).

Nos relatórios situacionais foram colocados mapas da área de abrangência das equipes e os dados da população cadastrada, bem como os dados relativos aos indicadores do Programa Previne Brasil e os Planos de Ação das equipes do QualisAPS⁸. Esses relatórios foram entregues aos profissionais que iriam participar da avaliação *in loco* do QualisAPS. É o SISAB que torna possível acompanhar o desenho quadrimestral do Previne Brasil e o uso de seus relatórios permite tanto a correção de inconsistências cadastrais como programar ações de saúde às equipes, visando melhorar seus resultados. É necessário reconhecer que somente instâncias superiores às gerências de UBS têm acesso a esse sistema, que tratam os dados e os enviam para os gerentes. Outro ponto a se anotar é que o período entre março de 2021 e fevereiro 2023, do presente recorte de tempo, teve o impacto da mudança no financiamento federal da AB.

As políticas de financiamento e organização do SUS foram alteradas pelo Programa Previne Brasil, regredindo a descentralização do sistema nacional de saúde à imposição de parâmetros, indicadores e prescrições federais, assim como remetendo a um passado já superado no modelo assistencial, da ação de território à vigilância de marcadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse cenário vimos um modelo privatista e mercantilista tomar forma, minando ações de saúde para prevenção, territorialização e participação da população, temas cruciais à saúde coletiva (Facchini, 2020). Nesse cenário e sem precedentes históricos, a pandemia de covid-19 requereu, e ainda requer, do SUS uma (re)

8 O QualisAPS é o “Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”, lançado em janeiro de 2019, tendo como objetivo o fortalecimento da AB e a melhoria dos serviços de Atenção Primária.

organização devido ao panorama que vinha se desenhando globalmente. Em nossa breve história democrática, as elites nacionais sempre se manifestaram contra o SUS e o Estado de Bem-Estar Social, imputando-os, principalmente, a alcunha de ineficientes e onerosos. Sua hegemonia distanciou o SUS do sistema originalmente proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Facchini, 2020).

Desde o golpe midiático-institucional de 2016, é promovida a destituição de direitos históricos conquistados pelos trabalhadores, principalmente durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), nas áreas sociais, científica, de educação e de saúde (Facchini, 2020). Apesar do descaso, despreparo e ingerência por parte do Governo Federal, os gestores se socorreram das políticas públicas, criadas pelos governos progressos com ideais mais à esquerda, e conseguiram sobreviver às intempéries da tempestade de ignorância que assolou e ainda assola o país (Facchini, 2020). A situação sanitária do nosso país ainda é marcada pelo processo de envelhecimento da população e de mudança do escopo epidemiológico populacional, onde desponta a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em franca convivência com doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas (Facchini, 2020). Nesses cenários, o Governo do Distrito Federal estabeleceu uma parceria com a FIOCRUZ Brasília e a Universidade de Brasília em prol do desenvolvimento de ações participativas onde as experiências compartilhadas pudessem qualificar as equipes de AB, o programa QualisAPS.

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal avalia, capacita e certifica equipes por meio da participação ativa de trabalhadores, usuários e gestores. As equipes participantes desses programas contam com apoio técnico de gestão de todos os níveis hierárquicos para o aprimoramento de seus processos de trabalho. As equipes que forem avaliadas com “padrão ouro” (ou 5 ipês, classificação também usada), podem ser bonificadas (Distrito Federal,

2019b). O QualisAPS é organizado em ciclos que se dividem em 3 fases: 1) plano de ação para qualidade, onde há autoavaliação por parte dos profissionais de saúde e plano de ações para suas maiores fragilidades; 2) avaliação *in loco* por profissionais do QualisAPS que entrevistam profissionais, gestores e usuários e; 3) certificação, onde as equipes são certificadas (Distrito Federal, 2019b). De certo modo, tal programa é a saudade do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) do governo federal (Brasil, 2014), lançado em 2011, no primeiro ano da gestão Dilma Rousseff, e encerrado em 2019 pelo governo federal da gestão Jair Bolsonaro.

A partir do segundo encontro, foi notado que muitos trabalhadores não conservaram o conhecimento que foi posto nessas reuniões. Por um sem-número de razões, não aprendiam. As dúvidas e condutas errôneas permaneciam, fato bastante frequente, que sobrecarregava alguns profissionais, principalmente os médicos, com demandas que poderiam ser manejadas pela equipe de enfermagem, equipe de saúde bucal ou outros profissionais, perdurando a cultura com foco no médico e de denegação do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Nesse sentido, foi necessário pensar e repensar, assim como, fazer e refazer a estratégia de trabalho de educação, para que as condutas acerca do cuidado ofertado para a população adscrita fossem realizadas com mais coesão, qualidade, resolutividade e agilidade. A nova forma de abordagem utilizada pelos residentes foi de pequenas reuniões em horário de trabalho, quando os atendimentos diminuía ou chegavam a zero. Isso geralmente acontecia por volta das 11h e novamente às 17h. Nessas reuniões, participavam o mesmo médico, enfermeiros e técnicos em enfermagem onde eram abordados assuntos diversos sobre as situações de saúde mais prevalentes. Elas se iniciaram no fim do primeiro semestre de 2022 e perduraram até o fim do período da residência, não tinham o horário protegido e muitas vezes eram interrompidas para atendimento às demandas da unidade.

Da mesma forma, é necessário afirmar que as estratégias utilizadas foram muitas, mas a principal foi no dia a dia, no trabalho com outros profissionais da UBS, seja qual categoria fosse, mas vale o destaque para enfermeiros, médicos e odontólogos. Foi formado um pequeno grupo, de no máximo 4 pessoas, no caso de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Número muito aquém do total de trabalhadores da saúde lotados na UBS. Em relação aos odontólogos, a relação de ensino e aprendizagem foi realizada por meio de consultas compartilhadas. Destaca-se que, mais do que ensinar e partilhar conhecimentos entre áreas, o aprendizado vindo desses profissionais, foi mais percebido e recebido pelos residentes no âmbito da saúde bucal. Esse aprendizado aumentou o escopo de cuidados prestados pelos residentes. Os médicos se reuniam entre si, mas todos os residentes, de quaisquer categorias profissionais podiam participar, sendo possível discussão e atualização do aprendizado clínico, abordagem ao paciente nos diferentes estágios de vida e temas de prevenção, tratamento ou reabilitação.

Os encontros realizados por meio do que se pode chamar por “miniaulas” nos corredores, consultórios e demais ambientes da UBS, ou seja, onde o trabalho acontece e onde podemos notar pequenas transformações no nosso e no trabalho dos outros profissionais eram presentes. Quando dúvidas eram expostas, os residentes eram instigados a estudar os temas, recebendo todo o aporte teórico como artigos, resumos e atividades, como uma espécie de prova informal sobre os assuntos abordados. Isso também acontecia quando surgia alguma atualização na abordagem a algum agravo ou quando reuniões e pequenos encontros serviam ao debate de materiais recebidos para estudo, impressos ou em diversos suportes de veiculação (textos, vídeos ou podcasts). Os residentes foram instigados ao uso do Telessaúde, serviço para sanar dúvidas mais pertinentes em casos específicos. Essa ferramenta foi muito utilizada para abordagens complexas de cuidados quando não havia tempo hábil para estudar o caso.

Porém, passado esse momento, tanto o caso quanto o tema eram discutidos com outros membros interessados. A preceptoría dos residentes da mesma forma manifestava apoio, tanto prático, como em procedimentos, quanto teóricos, como em relação à abordagem de cuidados.

Ainda discutindo sobre o Previne Brasil, um dos indicadores é a hipertensão arterial, e foco de uma das intervenções educacionais discutidas na parte da vivência, e por ser uma condição sensível à AB, levou a uma exposição sobre o tema. A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma DCNT, definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em seu último consenso de 2020 como “níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos” (Barroso *et al.*, 2020, p. 528), é caracterizada por uma persistente elevação maior ou igual 140 e 90 mmHg das pressões sistólica e diastólica, respectivamente, aferidas com técnica correta e equipamento validado em pelo menos duas ocasiões. É uma DCNT multifatorial, que depende de vários fatores, incluindo os ambientais e sociais. Fatores estes que estão relacionados com os determinantes da saúde, descritos na lei orgânica do SUS (Barroso *et al.*, 2020; Brasil, 1990). Tratando-se de uma condição continuamente assintomática, a hipertensão costuma evoluir com alterações nas estruturas de órgãos-alvo, como vasos sanguíneos, coração, rins e cérebro. Além disso, é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares. Os gastos estimados para o SUS, em 2018, foram de 523,7 milhões de dólares americanos e a mortalidade associada à hipertensão arterial num período de 10 anos, compreendendo 2008 a 2017 foi de 667.184 (Barroso *et al.*, 2020). E foi considerando essas especificidades que a construção de uma reunião de EPS aconteceu.

A PNEPS se propõe a estabelecer novos alicerces para refletir criticamente sobre o processo de trabalho e as realidades onde as UBS estão inseridas, buscando soluções criativas com a intenção de aumentar a eficiência do SUS (Brasil, 2018). A EPS busca promover a articulação entre os

diversos saberes das profissões que compõem o campo da saúde e tem como base a colaboração, onde os profissionais reconhecem a potencialidade de produção de saberes compartilhados e melhoram resultados no que tange à atenção à saúde de pessoas, famílias e comunidades (Ogata *et al.*, 2021). Para isso, deve-se mudar a cultura organizacional e colocar o protagonismo da assistência à saúde na esfera multiprofissional. Mesmo com o histórico de mudanças realizados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, a criação da ESF, entre outros modos de se fazer saúde no Brasil, ainda vigora o modelo biomédico, tecno-mecanicista, centrado no médico e na doença, dificultando, principalmente, a integralidade do cuidado prestado (Raimundo; Silva, 2020). O olhar da saúde com a centralidade no médico induz à indiferença, ao mecanicismo e à classificação das pessoas pelas doenças que a acometem. Compreendendo o processo saúde-doença apenas no campo biológico, os determinantes sociais da saúde, que constam no SUS bem como a corresponsabilização, ficam de fora, não levando em conta as diversas facetas e dimensões das pessoas e o lugar onde vivem (Raimundo; Silva, 2020).

No cenário de prática em que os residentes atuaram, cada equipe de saúde deveria ter até 4 mil cadastros e, somando-se todas as equipes, isso remete a um total de 28 mil pessoas sob responsabilidade sanitária das equipes. Algumas dessas equipes tinham no máximo 2 ACS e a maioria contava somente com um. Essa conformação inviabiliza a territorialização e capilaridade da atenção. Foi possível observar que os atendimentos prestados, em sua maioria, eram para resolução de demandas agudas, sem atividades de cunho preventivo ou programado, havendo somente como demandas programadas o atendimento das gestantes, deixando de lado ações no território. Esse fato pode ser explicado pelo tamanho da população, das áreas adscritas, e pelo período em que foi realizada a vivência. O SUS perde seu caráter indutor de uma política de saúde ampla e universal para acesso de toda a população e passa a ser uma política focal.

O modelo praticado desde 2011, por meio do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da AB, associava o monitoramento e discussão de indicadores à ampliação do acesso, aportava recursos que financiavam as unidades na forma de investimentos, reformas e ampliação das unidades de saúde. Na contramão dessa política, o Previne Brasil desconsidera toda a experiência do PMAQ, sem avaliação dos processos de trabalho, tendo seu foco nos procedimentos e ações de saúde com base biomédica (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Nessa conjuntura, houve a consciência por parte dos residentes de se mudar a forma de apresentação e abordagem dos temas com os profissionais, de modo que ao se assumirem como sujeitos, fazem e refazem o mundo. Nesse caso, foi feito o projeto educativo, mundo de trabalho e mundo da aprendizagem em interface, já que a residência é um programa de ensino pelo trabalho (Paro *et al.*, 2020).

Tal conscientização da necessidade de mudar a estratégia de ensino- aprendizagem para o fazer e aprender junto com os demais profissionais se deu após reflexão, leitura e estudo para superar os obstáculos no cenário em que os residentes estavam inseridos. Essa abordagem pode ser caracterizada como “inédito viável”, um conceito trazido por Paulo Freire, que envolve a codificação da situação, como as reuniões mencionadas anteriormente, para posteriormente decodificá-las e realizar uma análise crítica. Esse processo possibilitou a compreensão da situação e, a partir desse ponto, buscar caminhos viáveis para promover mudanças e transformações (Paro *et al.*, 2020). O conceito de “percebido-destacado” refere-se à percepção das situações-limites, que são as barreiras ou desafios que precisam ser superados.

Destacamos essas situações-limite da realidade para compreender sua profundidade e natureza. Ao identificar as barreiras e desafios, essas situações-limite (como o problema da educação, adesão, espaço e aprendizado, por exemplo) tornam-se o foco principal para análise e reflexão. Para a superação das situações-limites, há o destaque implícito

do inédito viável, cuja concretização conduzirá sua ação. Isso implicou no pensar, no planejar e no (re)fazer as estratégias educacionais adotadas e aplicá-las em locais (físico, porém, na mesma unidade como relatado anteriormente) e contextos diferentes.

Considerações finais

O Distrito Federal teve formulação inicial da AB diferente da maioria do país, enveredando por caminhos que, hoje se sabe, não deram certo. Além disso, a EPS parece não existir ou ser de difícil acesso aos trabalhadores da saúde. A pandemia de covid-19 tornou o trabalho extenuante, cansativo, estressante e os ambientes onde era para se fazer saúde, ambientes de adoecimento, visto as altas taxas de absenteísmo. Talvez essas variáveis possam compor o rol de dificuldades encontradas para a falta de interesse dos profissionais em educação no trabalho. Há falta de ambientes, estrutura e insumos propícios para a realização da EPS. No mesmo sentido, não há proteção de horários destinados à educação/atualização dos trabalhadores para que eles melhorem suas práticas.

A sistematização das práticas das oficinas de EPS, realizadas através de encontros com os trabalhadores de saúde da UBS, superou os desafios do espaço físico e das limitações dos horários, tornando-se momento sanitário vivido. Atualizando suas práticas, para aquelas mais assertivas, tanto os profissionais quanto os residentes puderam ter mais oportunidades de promover saúde no território.

Referências

- Barroso, W. K. S., Sebba, K., et al. (2020). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116(3), 516-658. <https://repositorio.usp.br/item/003031852>
- Brasil. (1990). *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Diário Oficial da União, 19 set. 1990, Seção 1, p. 18055. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*:

o que se tem produzido para seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde. https://conselho.saude.gov.br/images/publicacoes2023/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2021). *Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional)*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/residencias-em-saude>

Carvalho, W. M. do E. S., et al. (2019). Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 21-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08452019>

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2019b). *Portaria n.º 39, de 23 de janeiro de 2019*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, 14 de fev 2019, p. 6.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2022). *Ordem de serviço n.º 61, de 13 de setembro de 2022*. Regimento Interno da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS). Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 21 set. 2022, Seção 1, p. 12-15.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Educação em Saúde. Escola de Aperfeiçoamento do SUS. (2019a). *Plano de Educação Permanente em Saúde – PEPS*. Distrito Federal: Secretaria de Estado de Saúde.

Facchini, L. A. (2020). Covid-19: nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio a pandemia? *APS em Revista*, 2(1), 3-10. <https://apsemrevista.org/aps/article/view/73>

Ferreira, L., et al. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 42(120), 223-239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>

Göttems, L. B. D. (2010). Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: *a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009)* [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília]. <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/7013>

Göttems, L. B. D., et al. (2019). O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 1997-2008. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>

Morosini, M. V. G. C., et al. (2020). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), e00040220. <https://doi.org/10.1590/0102->

311X00040220

- Ogata, M. N., et al. (2021). Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03733. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>
- Paro, C. A., Ventura, M., & Silva, N. E. K. (2020). Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00227>
- Raimundo, J. S., & Silva, R. B. da. (2020). Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Revista Mosaico*, 11(2), 109-116. <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>
- Rodrigues, D. de F., et al. (2021). Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde: uma construção de vínculo entre a educação e o trabalho. *Research, Society and Development*, 10(5), e7410514491. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14491>
- Santos, N. R. dos. (2018). SUS 30 anos: o início, a caminha e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1729-1736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>
- Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF). (2014). *Relatório de atividades anuais*. Brasília, DF. <https://www2.tc.df.gov.br/2-controle-social/relatorio-de-atividades-do-tcdf/>

EDUCAÇÃO POPULAR E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, VIVÊNCIA NO ESPAÇO EKOBE

Evellyn Waleska Silva dos Santos
Vera Lucia de Azevedo Dantas
Guioberto Junio Caetano de Carvalho

Introdução

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC-SUS) trouxe mais amplitude à pluralidade na saúde do Brasil (Brasil, 2006). Entendendo que, apesar das similaridades em direitos e deveres, cada indivíduo é único e singular e pode ter diferentes percepções e necessidades. O documento final da PNPIC foi aprovado em fevereiro de 2006, por unanimidade, pelo Conselho Nacional de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares são um conjunto de práticas, produtos e saberes não pertencentes ao escopo dos saberes e práticas da medicina convencional, com ênfase na escuta, no vínculo terapêutico, na prevenção de doenças e promoção da saúde. Considerando o indivíduo em sua dimensão global, sem anular as singularidades do seu processo de adoecimento e de saúde, corroborando para a integralidade na atenção à saúde e na interação de ações e serviços disponíveis no SUS, assim contribuindo para a ampliação da corresponsabilidade da população pela saúde e ampliando o exercício da cidadania (Brasil, 2015).

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) oferece formação ampla e qualificada a profissionais de saúde para atuação na atenção básica. É composta por uma carga horária de 80% de atividades práticas e teórico-práticas desenvolvidas nos serviços de atenção básica e 20% de atividades teóricas, com duração de 2 anos. Pode-se dizer que

a Residência Multiprofissional em Saúde é uma pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias que integram a área de saúde. O estágio optativo é uma oportunidade para a formação na Residência, que proporciona ao profissional residente a escolha de um campo para desenvolvimento e vivência prática. Neste período, o profissional tem a oportunidade de experimentar outros cenários, ampliar seu escopo profissional e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos. Durante o período da residência, foi oportunizado ao profissional de Educação Física conhecer o Espaço Ekobé e ali adentrar um pouco mais nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e na Educação Popular em Saúde (EP-S), respondendo à curiosidade pelo espaço desde as atividades remotas e de pesquisa, mas um questionamento era a articulação dos campos da EPS e das PICS. Apesar de haver alguma produção sobre esses temas, o diálogo entre as PICS e Educação Popular ainda não é tão difundido, indicando a necessidade de ampliar essa produção e promover uma maior integração entre essas áreas.

O primeiro sentimento ao chegar no Ekobé foi de encantamento e muita admiração pelos espaços e principalmente pelas atividades que são destinadas aos usuários daquele território. Durante o período de estágio, foi possível observar as diversas formas de cuidado, participar de cursos e palestras sobre as temáticas, inserir-se como cuidador(a) e contribuir com a prática. A Educação Popular tem como um dos seus princípios a construção compartilhada do conhecimento e tem na força dos movimentos populares sua origem e formação.

Podemos considerá-las práticas sociais uma vez que se constituem no encontro entre diferentes sujeitos, que se identificam com uma postura mais integradora do ser humano reconhecendo e legitimando crenças, valores, conhecimentos, desejos e necessidades das classes populares, refletindo sua leitura do mundo, referenciadas na ancestralidade, nas experiências e condições de vida, no contexto sociocultural, reconhecendo

o ser humano em sua totalidade e cuja principal referência é a profunda vinculação e amorosidade às pessoas, às comunidades onde vive e à luta solidária por uma vida mais digna para todos (Dantas, 2009, p. 133).

A educação popular emergiu em um período pré ditadura em um contexto de regime liberal populista e é fundamentada em conceitos de Paulo Freire de diálogo, emancipação, problematização, situações-limites e sujeitos do saber. Na construção de uma pedagogia crítica, impôs-se contra a ditadura, pavimentando sua presença em movimentos, entidades e práticas de âmbito local e comunitário, promovendo a consciências das pessoas como sujeitos no mundo (Pedrosa, 2021).

Relatando a experiência: uma vivência de cuidado e conexão

O estágio optativo ocorreu no mês de novembro de 2022, envolvendo o Espaço Ekobé e sua rede, como a Oca São Cristóvão e o Movimento Integrado de Saúde Mental 4 Varas. Foi observada a rotina nestes espaços, a população atendida e os profissionais atuantes, de forma a perceber e entender seus objetivos e objetos no cuidado, bem como os métodos e técnicas utilizados.

O primeiro contato foi de surpresa com o ambiente acolhedor e as atividades diversificadas oferecidas aos usuários. A abordagem centrada no cuidado integral e na promoção da saúde foi evidente em cada interação. Ao longo do estágio, foi possível observar de perto as práticas de cuidado implementadas, desde a escuta atenta até a aplicação de técnicas como a auriculoterapia, entre outras. Foi notável o compromisso dos profissionais em proporcionar um cuidado de qualidade, levando em consideração não apenas as queixas pontuais, mas o indivíduo em sua integralidade. Além disso, a articulação do Ekobé com outros dispositivos de cuidado e educação popular na região, demonstrou a importância do trabalho em rede para fortalecer e ampliar o alcance das práticas integrativas e complementares em saúde. Em suma, a experiência no Espaço Ekobé foi enriquecedora e

proporcionou uma visão mais ampla e integrada da Atenção Básica e das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Este relato reflete apenas uma pequena parte do aprendizado e das reflexões que este estágio proporcionou, reforçando a relevância e a eficácia dessas abordagens na promoção da saúde e no cuidado ao indivíduo.

Ekobé: casa de cuidado

A palavra Ekobé significa “viver” ou “vida” em tupinambá, fazendo referência à comunidade indígena que habitava regiões da Bahia por volta do século XVI. O Espaço Ekobé é gerido coletivamente por pessoas dos movimentos populares e foi estruturado durante a 57ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada em julho de 2005, em parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, e delineado na interface com a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), estabelecendo diálogos entre os saberes disciplinares da Universidade, os desenvolvidos na prática profissional e os gestados nas experiências de movimentos populares, onde estudantes, pesquisadores, cientistas, professores e a comunidade acadêmica podem conviver com movimentos e práticas de Educação Popular em Saúde (Dantas, 2020).

O Espaço Ekobé está localizado no Campus da UECE, e ocupou esse espaço por meio da força dos movimentos populares que constituem a ANEPS e hoje é reconhecido pela instituição como um Laboratório de Educação Popular, Cuidado e Cultura, sendo uma referência na articulação entre cuidado, formação e organização popular (Dantas, 2020). O Espaço teve sua construção referenciada na permacultura, que se baseia no respeito à ecologia, à cultura local e às ancestralidades (Rezende, 2017). Em todo espaço é possível observar arte, natureza, referências indígenas e ancestrais, culturas e diferentes saberes e formas de cuidado. Para Dantas (2020, p. 134), o Ekobé:

[...] contribui para a visibilidade das práticas populares de saúde, promovendo o seu intercâmbio e tentando constituir espaço de interlocução com as instituições atuantes na atenção e na formação em saúde, na perspectiva de incorporá-las ao Sistema Único de Saúde, possibilitando a produção de novos conhecimentos sob o protagonismo popular. Desse processo vivido no espaço Ekobé, surgiram outros espaços e instrumentos de sistematização das práticas educativas e de cuidado em saúde, como também de reorientação e democratização das políticas de saúde.

O Espaço Ekobé tem desenvolvido a sua trajetória com articulação de práticas populares de cuidado, educação popular e arte na saúde, incorporando os saberes advindos de experiências populares e da solidariedade. Com base nas ações solidárias e cooperativas, o Espaço é mantido e nutrido pela força popular. Consegue integrar ações que se aproximam das disciplinas dos cursos da área de saúde na graduação e pós-graduação, com os processos de educação permanente desenvolvidos nos serviços de saúde de Fortaleza e ainda dialoga com as práticas integrativas e populares.

Foto 01. Espaço Ekobé



Fonte: Acervo pessoal dos autores (2023).

Em diálogo com cuidadores e cuidadoras, que são protagonistas na história do Ekobé, buscando saber mais sobre como as Práticas Integrativas e Complementares foram inseridas no espaço, relataram que um conjunto de movimentos que se articulavam com a ANEPS, ocuparam o atual espaço com as suas práticas. A partir de um incentivo que veio em parte do Ministério da Saúde, por meio de um projeto que pensava em transformar a Educação Popular em política pública, esses movimentos passaram a ocupar o lugar trazendo também suas práticas de formação e a partir dessas práticas, consolidou-se o cuidado como uma ação essencial da sua atuação. Originalmente e aproximadamente até o ano de 2007, segundo relato de uma das cuidadoras, as práticas a partir dos movimentos que compunham a ANEPS constituíam uma agenda de atuação por meio de seus ativistas que ao se deslocarem para o Espaço, executavam as práticas que aconteciam no movimento.

Em 2006, começaram a acontecer processos de formação, também ministrados pelos movimentos populares viabilizados pelo projeto Cirandas da Vida, ação institucional de educação popular em saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (Dantas, 2020), com apoio financeiro do Ministério da Saúde. A partir daí, começou-se a receber estagiários e muitos destes entraram na ciranda se vinculando ao espaço. Os movimentos começaram a perceber que não era viável depender somente do auxílio de projetos institucionais e passaram a pensar na perspectiva da ação solidária. É importante ressaltar que, desde o seu início, as ações, embora protagonizadas pela ANEPS e seus movimentos, acolhiam não somente as pessoas dos movimentos, mas também profissionais de saúde, trabalhadores, educadores e educandos da universidade que desejassem se envolver em ações de Educação Popular em Saúde. Com o tempo, as ações de cuidado passaram a se constituir como algo importante e os sujeitos que originalmente vinham para o cuidado ou para os processos formativos, passaram a fazer parte

da organização e atuação no Espaço de forma permanente ou temporária e muitas vezes essas práticas passaram a acontecer também em unidades de saúde como desdobramentos dessas ações. É interessante lembrar que práticas como capoeira e vivências de cenopoesia são incluídas e consideradas também como ações de cuidado.

No Roteiro Cenopoético da Sistematização de 2019, estão referências do início deste processo de formação do Ekobé.

Foi lá por 2008
Que começou a se juntar
Trabalhadores e estudantes,
Crianças, mulheres e homens
Militantes da saúde e da educação popular
O Espaço Ekobé
Foi quem veio articular
Nascido dos movimentos
Da ANEPS Ceará

Na Ciranda do Viver, cuidar do outro faz bem.

“Escuta, escuta
O outro, a outra já vem
Escuta, acolhe
Cuidar do outro faz bem”.

O Espaço Ekobé estava entre as opções de estágio oferecidas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (EGF). O contato direto com a exuberante natureza que envolve o Espaço Ekobé, a dedicação carinhosa dos cuidadores, a generosidade no acolhimento e o esforço de residente e preceptoras proporcionou uma vivência enriquecedora. A vivência teve a duração de um mês. Durante o período, foi possível perceber que o espaço atua como porta aberta, acolhendo todas as pessoas que chegam e realizando uma escuta inicial para, a

partir disso, definir o melhor método de cuidado. O Ekobé funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, contando atualmente com cerca de 20 cuidadores voluntários que se organizam em escalas para o cuidado, cumprindo pelo menos um turno semanal.

Durante a vivência, foram observadas as orientações de educação em saúde que aconteciam de maneira lúdica e por meio da expressão artística. Através de poemas, músicas, expressões corporais e muita criatividade, temas relevantes eram abordados de forma interdisciplinar, alcançando diversos aspectos sociais e levando em consideração as diversas particularidades e complexidades da realidade social. O Ekobé mantém uma agenda semanal de cuidados, onde atualmente oferece as seguintes práticas: Auriculoterapia, Barra de Acces, Biodança, Consciência Corporal, Constelação Familiar, Corredor do Cuidado, Escalda-Pés, Farmácia Viva, Massagem com Taças Tibetanas, Reflexologia, Reiki e Terapia Comunitária, entre outros, destacando-se a formação e articulação de terapeutas em cuidados com o Reiki e outras PICS.

Foto 02. Massagem com taças tibetanas **Foto 03.** Auriculoterapia e escalda pés.



Fonte: Acervo pessoal dos autores (2023).



Fonte: Acervo pessoal dos autores (2023).

São Cristóvão e Movimento Integrado de Saúde Mental 4 Varas

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) é pautada em um conjunto de princípios como amorosidade, construção compartilhada do conhecimento, diálogo, emancipação e problematização. A Educação Popular em Saúde apresenta princípios políticos e pedagógicos que são tomados como ferramentas que facilitam a participação popular em defesa da vida, com estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde que incentivam atitudes de participação no sentido de mudar realidades. Para Souza (2001), a Educação Popular é uma educação não-formal, que tem como propósito a cidadania compartilhada e a Educação Popular em Saúde é vista como um movimento social pela vida, uma ação de hegemonia e pedagógica, mantendo um vínculo afetivo, ético e metodológico com suas origens.

As Ocas Terapêuticas Movimento Integrado de Saúde Mental 4 Varas e São Cristóvão são espaços destinados à realização de atividades de cuidado que pretendem integrar práticas e saberes populares e atendimento de saúde tradicional. Estes espaços são destinados às atividades integrativas terapêuticas e incluem práticas populares de cuidado e de promoção da saúde. São dispositivos que atuam de forma similar ao Espaço Ekobé, tendo como diferença, seus vínculos diretos às unidades básicas de saúde. Diferentemente do Ekobé que ocupa a Universidade Estadual do Ceará, mas é mantido pela força popular de forma solidária, os outros espaços são mantidos por Organizações Não Governamentais.

Dar voz e vez para outros saberes em saúde, como uma ferramenta para o autocuidado e a promoção da saúde, nos lembra da célebre frase de Paulo Freire que afirma “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa.” (Freire, 1989, p. 16)⁹ ou, dito de modo mais filosófico:

⁹ No mesmo livro, a frase é reescrita quatro vezes, sob pequenas variações e complementos (páginas 16, 32, 36 e 46).

(...) educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem — por isso sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais — em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais (Freire, 2013, p. 16).

É dessa maneira que espaços como o Ekobé têm contribuído não apenas no cuidado, mas também na educação popular e na formação de profissionais. Eles reconhecem e valorizam a pluralidade de conhecimentos, promovendo uma abordagem inclusiva e holística da saúde. Falar de autocuidado é falar de autonomia. Freire (2004) salienta que a consciência do mundo e a consciência de si exigem do humano não apenas estar no mundo, mas com o mundo e com os outros. Nesse sentido, as práticas integrativas proporcionam ao indivíduo o conhecimento de si mesmo, promovendo a autonomia no cuidado de si e do outro a partir de um modelo que não se limita ao biomédico ou ao uso exclusivo de medicamentos.

Foto 04. Oca São Cristóvão



Fonte: Acervo pessoal dos autores (2023).

Foto 05. Grupo de Terapia Comunitária



Fonte: Acervo pessoal dos autores (2023).

Foto 06. Movimento Integrado de Saúde Mental 4 Varas



Fonte: Acervo pessoal dos autores (2023).

Práticas Integrativas e Complementares: a auriculoterapia

As práticas integrativas e complementares no SUS fazem parte do processo de autocuidado, contribuindo para a promoção e prevenção em saúde. Atualmente, o SUS oferece de forma integral e gratuita 29 procedimentos de terapias à população. Essas terapias são principalmente oferecidas na atenção básica, que é a principal porta de acesso ao SUS. Essas práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (PNPIC). As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (Brasil, 2006).

Foi possível a atuação clínica e educacional da residência da FIOCRUZ Brasília no espaço Ekobé, com os moradores do território, estudantes da UECE e os cuidadores que lá atuam. Durante os atendimentos,

foi possível observar que as pessoas acolhidas responderam positivamente ao tratamento e ao retornarem para uma segunda sessão relatavam melhorias em relação ao quadro de queixas inicial. Foi possível identificar a necessidade de promover a educação permanente em saúde junto aos cuidadores do espaço em relação à prática da Auriculoterapia, de forma a mantê-los atualizados sobre a técnica que utilizam e para que se sintam mais seguros ao realizá-la. Ocorreu a oportunidade de a residência contribuir com um pouco dessas informações e fornecer materiais de estudo para alguns dos cuidadores que praticam a Auriculoterapia no local.

Considerações finais

Ao refletirmos sobre o processo de cuidado ampliado, utilizando as práticas integrativas presentes no Espaço Ekobé, foi possível perceber a promoção da autonomia no cuidado e um olhar ampliado para diversos saberes e práticas. Isso convida a refletir sobre toda a trajetória da Educação Popular em Saúde e como o Ekobé representa resistência, luta e protagonismo popular. O Ekobé e os espaços que ele articula desempenham um papel fundamental no fomento do protagonismo do cuidado. Eles reconhecem e valorizam os diversos saberes populares, enxergando o sujeito para além do corpo físico, como nos sugere a proposta de promoção da saúde.

A força popular se mostra bem presente nesta experiência, que apesar de todos os desafios políticos e sociais se mantém viva. Considerar e validar saberes populares que já estão no cotidiano durante toda a trajetória ancestral e trazer esses conhecimentos como estratégias de cuidado, agregando aos conhecimentos científicos, sem invalidá-los, é muito importante para um cuidado integral, considerando as particularidades e histórias do indivíduo. Com que linguagem acessar o outro? Essa reflexão cabe nessa linha de cuidado, saindo do modelo estritamente biomédico e ampliando o escopo de possibilidades, de

olhares e de ações, usando ferramentas diversificadas com base no respeito à diversidade de saberes, crenças e culturas.

A consolidação das PICS no SUS, com a oferta de procedimentos terapêuticos de forma gratuita à população, representa um avanço significativo na democratização do acesso à saúde e na promoção de práticas terapêuticas complementares. Em suma, a integração das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS, aliada a espaços como o Ekobé, fortalece a concepção de um cuidado mais humano, integral e respeitoso, que valoriza a pluralidade de saberes e promove a autonomia dos indivíduos no cuidado de sua própria saúde.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília: Ministério da Saúde.. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
- Dantas, V. L. de A. (Ed.). (2020). *Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida*. 3ª ed. Porto Alegre: Rede Unida.
- Ekobé. [Fortaleza: s.n.], 2018. 1 vídeo (11 min 59 seg). Publicado pelo canal Vera Dantas. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MQLeR5tcwMk&t=152s>
- Freire, P. (1989). *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. 23ª edição. São Paulo: Autores Associados; Cortez. (Coleção polêmicas do nosso tempo, 4) <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/A-Importancia-do-Ato-de-Ler-Paulo-Freire.pdf>
- Freire, P. (2004). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra. <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>
- Freire, P. (2013). *Extensão ou comunicação?* [recurso eletrônico]. 1ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- Pedrosa, J. I. dos S. (2021). A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 25, e200190. <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>

Resende, Y. A. D. de. (2017). Ekobé (Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília, Brasília). https://bdm.unb.br/bitstream/10483/20305/1/2017_YohanneAuaraDominguesdeResende_tcc.pdf

Souza, E. S. (2001). Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 5(8), 135–146. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100012>

APLICATIVO DE MENSAGENS COMO TECNOLOGIA E ESTRATÉGIA NO ACESSO À SAÚDE

Andreia Correia
Luana Rodrigues Gomes
Virgílio Luiz Marques de Macedo
Aline de Oliveira Costa
Renes Shinaider do Nascimento Amaral

Introdução

A Atenção Básica (AB) é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem papel importante como principal porta de entrada aos usuários, sendo ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (Tesser; Norman; Vidal, 2018). Esse âmbito de atenção tem o papel de oferecer atendimento acessível e resolutivo aos usuários, distribuir equitativamente os recursos de saúde e integrar e coordenar os serviços, de forma inter-relacionada aos outros componentes do sistema (Starfield, 2002). De acordo com Bárbara Starfield (2002), o acesso é definido como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. Esse conceito é parte da acessibilidade, ou seja, da possibilidade de que as pessoas cheguem aos serviços necessários à atenção de acolhimento à rede de cuidados. Vale ressaltar que o acesso aos serviços de saúde é um nó crítico da AB, sobretudo quando se aborda o tempo de espera para atendimento e o acolhimento aos usuários, sendo necessária sua desburocratização e ampliação (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Como mostram Macedo *et al.* (2019), em estudo anterior à pandemia por covid-19, o atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade) foi avaliado de forma negativa tanto pelos usuários quanto por profissionais

de saúde, com escore abaixo do esperado. Ressalta-se, ainda, que a AB é o local de referência para a população que busca cuidado em saúde, no entanto, o acesso foi fragilizado, ainda mais durante a pandemia de covid-19 em decorrência das recomendações de distanciamento social (Alves, 2020). Como dito por Medina *et al.* (2020), as restrições de acesso ou medo em procurar os serviços de saúde precedem lacunas assistenciais que contribuíram negativamente, tanto para as condições agudas como para as condições crônicas, pois o não acompanhamento desestabiliza o quadro clínico, aumenta a gravidade e, conseqüentemente, a possibilidade de morte. Com isso, entende-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo de atenção mais adequado para apoiar o indivíduo e a comunidade em situação de distanciamento social pelo fortalecimento do contato e do vínculo da equipe com os usuários (Medina *et al.*, 2020).

Um dos grandes desafios durante a pandemia por covid-19 foi manter a “carteira de serviços” da AB, ou seja, a manutenção das atividades de rotina das equipes de saúde da família e das equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que exigiu readequação dos serviços para que seu funcionamento cumprisse a missão de manter o atendimento às linhas de cuidado, evitar a agudização de paciente crônicos e atender demandas agudas pertinentes à AB (São Paulo, 2020). Diante disso, Medina *et al.* (2020) reforçaram a necessidade da inclusão de novos recursos que favorecessem o acesso, dentre os quais, as novas formas de cuidado a distância, tendo em vista que o uso de tecnologias de informação e comunicação garantem, de forma segura, a continuação do cuidado aos usuários. Diversificar as formas de comunicação dos usuários com a equipe é uma estratégia que melhora o acesso e o vínculo aos serviços de saúde, bem como supera a necessidade do contato presencial no encaminhamento das demandas dos pacientes, apesar de exigir o reforço administrativo para o manejo dessas tecnologias (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Nesse sentido, o uso de ferramentas multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, como ferramenta tecnológica de comunicação, tornou-se evidente na área da saúde entre profissionais e usuários, tendo em vista que já são amplamente utilizados pelas pessoas, além de serem simples e abrangentes como efetiva comunicação e por permitir o envio de mensagens de áudio, o que possibilita que pessoas não letradas o utilizem (Alves, 2020). Na presente reflexão, é descrita a experiência de uma equipe de saúde da família de uma UBS da Região Administrativa de São Sebastião, localizada na Região de Saúde Leste do Distrito Federal, durante a pandemia de covid-19, no período de julho de 2020 a julho de 2021. Diz respeito à utilização de aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz como ferramenta de auxílio tecnológico de comunicação entre usuários e equipe de Saúde da Família (eSF), a fim de possibilitar a melhoria do acesso ao cuidado e ao serviço de saúde de referência.

Desenvolvimento

Durante o período, a equipe de saúde da família, denominada “Prata”, era composta pelos profissionais agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico e técnico em enfermagem, aos quais se somaram três enfermeiros residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (PRMAB/EGF). O percurso de aproximação com a realidade seguiu a abordagem de Jara (2006), que propõe a sistematização de experiências em cinco tempos: o ponto de partida; as perguntas iniciais; a recuperação do processo vivido; a reflexão de fundo; e os pontos de chegada. Para tal, foram utilizados como recurso os portfólios (ou diários de campo) dos residentes de enfermagem do PRMAB e informações da ata de reunião da equipe Prata, que serviram como base para a sistematização do relato.

O aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones* utilizado como ferramenta foi o WhatsApp, por ser um aplicativo já difundido na comunidade, e por ser gratuito e de boa usabilidade. Também, o aplicativo AutoResponder, por ter respostas automáticas com os horários de funcionamento, com opções das principais demandas para organizar conversas em grupos, a exemplo da divisão por linha de cuidado. O intuito seria dar previsão de atendimento aos usuários, maior agilidade e resolução das mensagens enviadas. As mensagens recebidas e enviadas durante o uso da ferramenta foram quantificadas com o uso do Excel. O WhatsApp ficou em funcionamento durante 10 meses, tendo seu início oficial em 26 de agosto de 2020, com a configuração total das mensagens automáticas, e fim em 8 de julho de 2021, devido ao não funcionamento do aparelho celular doado à equipe.

O ponto de partida

O problema-chave aqui analisado é fruto da vivência de três residentes em Atenção Básica que, atuando diariamente em cenário de UBS, depararam-se com a necessidade de reorganização das práticas assistenciais e do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde durante a pandemia de covid-19. A realidade da precarização do acesso, do fechamento da carteira de serviços e da dificuldade de manter a continuidade do cuidado, principalmente diante de problemas solucionáveis na AB provocaram reflexões e, por consequência, ações com objetivo de contribuir no cuidado da população adscrita.

É importante caracterizar que a Região Administrativa de São Sebastião tem uma população estimada de 118.972 habitantes, sendo 51,1% do sexo de nascimento feminino, idade média de 29 anos, com concentração de maior volume na porção inferior da pirâmide etária. Quanto à raça/cor, 62,1% se consideram pardos. Apenas 8% da

população possui plano de saúde privado, sendo que 47,2% declararam que o último serviço de saúde utilizado foi a UBS. A renda per capita foi estimada em R\$ 1.063,10, portanto, altamente afetado pelo contexto da pandemia de covid-19. Ainda quanto ao uso do celular, 78,4% possuem o aparelho e, entre esses, 93,7% o utilizam diariamente com Internet. A Região Administrativa contém 26 equipes de saúde da família, sendo 10 delas localizadas na UBS “Prata” (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio, 2021).

No dia 9 de março de 2020, os residentes foram integrados à equipe para a realização das atividades durante os dois anos de residência multiprofissional. No dia 11 do mesmo mês, foi decretado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o estado de pandemia de covid-19, o que provocou debates sobre as formas de manter o acesso a grupos prioritários sem oferecer riscos para a população, tendo em vista que vários serviços foram suspensos em todo o território nacional. Na realidade da UBS em questão, no contexto da pandemia, os mesmos profissionais que realizam todas as atividades inerentes à AB também passaram a realizar acolhimento e atendimento clínico a pacientes com sintomas respiratórios, reduzindo o tempo disponível de atendimento específico para a sua própria eSF, seguindo escalas semanais que, frequentemente, eram alteradas por motivo de absenteísmo dos profissionais e da alta demanda de casos, o que aumentava consideravelmente, dependendo da época e da taxa de transmissão do vírus na comunidade. Ao passar o pico da primeira onda, em meados de junho de 2020, e com a retomada da carteira de serviços da AB, mesmo que em parte, devido à necessidade de continuidade do cuidado aos usuários e seguindo todas as precauções necessárias para evitar a transmissão da covid-19, observava-se o medo da população em comparecer à UBS e os profissionais também apresentavam receio da ida dos usuários, devido às aglomerações geradas.

Perguntas iniciais

A partir do cenário e das vivências experienciadas, vários questionamentos surgiram à equipe: como retomar o acesso aos serviços de saúde e aos cuidados de saúde, considerando o contexto da pandemia ainda vigente à época? É possível ampliar o acesso dos usuários ao serviço por meio da utilização de algum recurso tecnológico de baixo custo e alta usabilidade? Como conseguir utilizar recursos tecnológicos sem apoio financeiro direto? Qual estratégia de uso das ferramentas tecnológicas? Quais as estratégias de divulgação aos usuários que caracterizam a população adscrita da equipe de saúde da família? Essas perguntas geradoras levaram à definição dos objetivos e da elaboração das propostas realizadas.

Recuperação do processo vivido

Posto que o momento experienciado dificultava a realização de reuniões de equipe, quando eram realizadas, sempre foram vistas como fundamentais para debates e organização interna. O uso de aplicativos multiplataformas de mensagens instantâneas de texto e de chamadas de voz para *smartphones*, especificamente o WhatsApp, foi levantado, em algumas reuniões como forma de ampliar o acesso em outros períodos, porém, no contexto, contribuiu para redução dos danos causados pelo não acesso do usuário ao serviço de saúde. Também, o êxito de alguns estados na utilização do aplicativo e seus benefícios foram citados, considerando ainda a diminuição da transmissão da covid-19 com a redução de usuários na UBS. Apesar de não haver apoio financeiro para o desenvolvimento da ideia, outras soluções foram buscadas para que não fosse descartada, tendo em vista que o WhatsApp poderia ser utilizado para a resolução de demandas administrativas, informativos sobre a rotina da UBS e da equipe, esclarecimento sobre a APS e seus processos de trabalho, entre outras.

Dias depois dessas discussões, em julho de 2020, por meio de doação, a equipe conseguiu um celular antigo para colocar em prática o uso do WhatsApp. Esse celular já se encontrava com a tela quebrada, mas estava operante. Foi comprado um chip e realizada a recarga para que ele tivesse Internet, já que a UBS não tem Internet *Wi-Fi* disponível. Inicialmente, ficou decidido, em reunião, que o uso da ferramenta teria como foco as linhas de cuidado pré-natal e puericultura, como forma de um projeto-piloto com avaliações sistemáticas para posterior utilização em todas as linhas de cuidado. No dia 6 de agosto de 2020, foi confeccionado o logotipo para o WhatsApp da equipe, cadastrado o chip, instalado e configurado o aplicativo. No dia 26 de agosto de 2020, um informativo foi criado para ser entregue aos pacientes no acolhimento e nos atendimentos com as informações necessárias. Com isso, o número foi distribuído para este público a fim de manter o acompanhamento adequado, considerando frequência e número de consultas, realização de exames e atendimento às dúvidas mais frequentes. No entanto, outras demandas foram surgindo e o número do WhatsApp passou a ser entregue a todos da área de abrangência da equipe.

Após configuração do aplicativo, período de teste e vários debates para ajustes, no dia 11 de setembro de 2020, o WhatsApp da equipe estava 100% operante, já recebendo mensagens de diversos usuários. Desse modo, para melhorar e facilitar o atendimento, conforme discutido em reunião, respostas automáticas foram elaboradas por meio do aplicativo AutoResponder para direcionar as mensagens recebidas, a fim de dar fluxo às mensagens, no entanto, na versão gratuita havia um limite de opções que o paciente poderia selecionar. **Durante os 10 meses de uso do aplicativo, foram recebidas 317 mensagens enviadas por 139 pacientes, sendo em média 2,28 mensagens por pessoa.** Os assuntos abordados ultrapassaram rapidamente o foco inicialmente pensado em reunião, pois foram realizados agendamentos de consultas diversas, acompanhamento

dos pacientes em tratamento de lesão crônica, com tuberculose, diabéticos, hipertensos, informativos sobre vacinação, rastreamento de consulta e exames nos sistemas e diversas outras demandas administrativas que podem ser resolvidas por mensagem de texto.

Apesar da percepção positiva dos integrantes da equipe sobre os benefícios gerados, o WhatsApp foi desativado no dia 8 de julho de 2021 devido ao aparelho deixar de responder ao toque na tela e não receber mais a atualização do aplicativo, o que inviabilizou o seu uso. Nessa experiência, foi observado que a falta de recurso financeiro e material, como a falta de Internet móvel e o aparelho obsoleto, dificultou o uso do WhatsApp, além da sobrecarga dos profissionais e a resistência inicial de alguns integrantes da equipe em colocar em prática o uso da ferramenta. Contudo, várias potencialidades foram percebidas, como: a facilidade no acesso, o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e a equipe, a otimização do tempo, a redução da exposição dos pacientes frente ao risco de exposição ao vírus Sars-CoV-2 e a melhora na informação e orientação da população.

Reflexão de fundo

A AB é de suma importância dentro da Rede de Atenção à Saúde, principalmente por ser porta de entrada preferencial, além de organizar os recursos e coordenar o cuidado em saúde entre os diversos pontos da rede, sendo, dessa forma, necessário o fortalecimento deste âmbito da atenção (Starfield, 2002). Dentre seus atributos, a acessibilidade está relacionada à oferta de serviços e objetiva facilitar sua utilização para que o usuário obtenha o cuidado necessário, de forma fácil e conveniente, e precisa ser sempre aprimorada (Chavez *et al.*, 2020). Com a pandemia da covid-19, desafios sem precedentes para a ciência e para a sociedade surgiram e cobraram respostas rápidas e diversas, além de fazer com que o sistema de saúde precisasse se reorganizar, em todos os seus componentes (Medina *et al.*, 2020). Conforme evidenciado no relato, a

equipe precisou se adequar à nova situação de saúde que o Brasil e o mundo estavam vivenciando, a fim de manter o acesso à população e à continuidade do cuidado, sendo que a proposta da equipe foi utilizar a tecnologia em favor da saúde.

Na UBS, o acolhimento sempre foi pauta de discussões e se mostra como uma resposta necessária para a melhoria do vínculo nos serviços de saúde, principalmente para as eSF, pois se trata de uma técnica de conversa que fortalece laços e pode ter lugar em qualquer atendimento com os usuários e deve ser desenvolvida de maneira acolhedora, empática, ética e resolutiva (Belfort; Costa; Monteiro, 2021). Assim, como recomendado por Maldonado, Marques e Cruz (2016), a implementação do WhatsApp na equipe foi uma tentativa de expandir a oferta desses serviços tecnológicos ligados aos cuidados com a saúde, tendo em vista que é uma ferramenta importante para enfrentar os desafios contemporâneos dos sistemas de saúde. Além disso, os aparelhos eletrônicos fazem parte da vida moderna atual, e é nesse contexto que o WhatsApp se mostra determinante, tendo em vista que ele consiste em um aplicativo de mensagens instantâneas, podendo ser acessado por celulares, computadores e outros aparelhos eletrônicos, tornando-se uma ferramenta de comunicação popular. Com essas características, pode ser útil na educação em saúde, com a vantagem de ser um recurso de baixo custo, acessível à grande parte da população, além de possibilitar a formação de grupos virtuais (Faria; Fonseca, 2021).

Durante essa experiência, apesar de não utilizar a formação de grupos virtuais, as orientações individuais tiveram grande procura e resolução de diversas demandas e não foi experienciado pessoas que não tivessem acesso ao WhatsApp, sendo bem aceito pela população, corroborando com o exposto na literatura. Além disso, a equipe manteve os fluxos já previamente estabelecidos no modelo presencial, não privilegiando o acesso virtual. Dentre as inúmeras ferramentas e inovações tecnológicas, os aplicativos multiplataformas de mensagens instantâneas de texto e

de chamadas de voz são considerados como ferramentas de crescente importância no âmbito de intervenções em saúde. Durante os anos, esses aplicativos vêm superando barreiras tradicionais da distância, do tempo, do custo e favorecendo o diálogo, a sociabilidade e a interação entre equipes de saúde e comunidade, bem como vêm se mostrando eficazes para questões administrativas, instruções, perguntas, informações e solicitações a serem sanadas por meio de seu uso (Stringhini *et al.*, 2019). Particularmente, no que tange à utilização do WhatsApp por uma equipe de saúde, sabe-se que este permite uma boa capilaridade na comunidade, possibilita a construção de um conhecimento e a interação e aproximação entre os profissionais de saúde e a população local. Essa rede social permite, ainda, uma participação dinâmica da população, incentiva o cuidado em saúde e surge como uma alternativa de intervenção no processo saúde-doença. Além disso, esse canal de comunicação na eSF admite suporte às famílias da comunidade ao possibilitar o compartilhamento de suas histórias e dúvidas sobre a saúde com os profissionais (Cardona Júnior; Andrade; Caldas, 2021).

Pontos de chegada

A experiência vivida evidenciou o relatado pela pesquisa de Cardona Júnior, Andrade e Caldas (2021), pois a ideia inicial era compartilhar o número da equipe com as linhas de cuidado de gestantes e da puericultura, porém, o número se espalhou de forma rápida e natural, não só dentro da área de abrangência, pois até mesmo pessoas de outros bairros mandaram mensagens com diversas demandas, o que ratificou a capilaridade da ferramenta na comunidade. Dentre os fatores positivos no uso do WhatsApp, as intervenções em saúde utilizadas pela plataforma estimularam a mudança de comportamento e melhoria na qualidade de vida da população. Também possibilitaram o aumento da adesão a um estilo de vida mais saudável, além de tornar os profissionais mais acessíveis para a população (Ladaga *et al.* 2018). Conforme Oliveira

et al. (2021), com a prática da equipe no uso do aplicativo, notou-se um sentimento positivo dos pacientes diante do cuidado recebido, quando da utilização de uma ferramenta tecnológica que favorece a comunicação. Outro benefício, apontado por estudo de Alencar e Souza (2021), diz respeito à redução na pressão por atendimento na equipe, e ainda que a ferramenta trouxe diversas possibilidades para a resolução de demandas menos urgentes e vigilância de ações programáticas, como a resolução de demandas administrativas e busca ativa de pacientes faltosos.

O enfermeiro aprimora seu papel ao desempenhar a assistência aos usuários de maneira mais precisa com o uso das ferramentas tecnológicas como o WhatsApp (Ladaga *et al.*, 2018). Apesar de no relato essa ferramenta não ter sido utilizada para teleconsulta, ela foi recomendada por Johnson, Quinlan e Marsh (2017), podendo ser implantada futuramente. Apesar de todas as vantagens no uso de ferramentas tecnológicas, essa prática requer alguns cuidados, como o sigilo dos dados e informações dos pacientes em posse dos profissionais de saúde (Santos *et al.*, 2021). Além disso, é importante cuidar da saúde mental dos profissionais, tendo em vista o que Miranda *et al.* (2019) apontaram em seu estudo: o uso de ferramentas tecnológicas desenvolveu o aumento do estresse aos profissionais, gerando impacto direto na construção do vínculo com os pacientes. Por conseguinte, devido à alta demanda de mensagens recebidas, é necessária a organização e a providência para que as mensagens não se acumulem e a estratégia deixe de ser sustentável (Alencar; Souza, 2021). Vale ressaltar que o constante fluxo de mensagens pode ser um elemento de distração, entretanto, o aplicativo possui a opção de silenciar as mensagens indesejadas, o que pode auxiliar em seu manuseio (Pahwap; Lunsford; Livesley, 2018).

Na prática vivenciada, observou-se que é necessária atenção para que as mensagens não se acumulem, tendo sido por isso criada uma rotina de leitura e resolução das mensagens recebidas. Com estatística de

10 meses, a média por paciente foi 2,28 mensagens. Não se verificando excesso, abuso, irresponsabilidade ou sobrecarga. O estudo de Hallberg e Lisboa (2016) evidenciou que a experiência de atendimento *on-line* fez com que muitos profissionais vissem a ação com incertezas, apreensão, temor e como algo polêmico. Durante as reuniões de equipe, houve debates a fim de reduzir as inseguranças dos profissionais na implantação de uma nova rotina de trabalho com o uso de tecnologia, mas, diante de todo o exposto, nota-se que as vantagens em utilizar o WhatsApp superaram o receio inicial, manifestado na alta procura da comunidade e na boa resolubilidade das demandas apresentadas, mesmo diante de uma pandemia de grande proporção, afetando sobretudo as populações que prioritariamente recorrem exclusivamente ao SUS.

Conclusão

Posto que a AB tem como função principal ser porta de entrada do usuário no SUS, sendo de suma importância ser acessível, integrar e coordenar os serviços para realizar, de forma adequada, seu objetivo e compreendendo o acesso como seu nó crítico, fazem-se necessárias novas formas para tornar a entrada dos indivíduos no sistema de saúde mais eficazes e ainda melhorar a visão que os usuários têm sobre a acessibilidade. Levando em conta a pandemia de covid-19 e o agravamento à saúde, devido ao aumento das lacunas assistenciais nas condições agudas e crônicas, é importante que a AB continue cumprindo seu objetivo primordial. Para tal, é necessária a inclusão de novos recursos que favoreçam o acesso, e, para isso, foi utilizado o WhatsApp como ferramenta de ampliação do acesso.

A falta de recursos, de tempo e sobrecarga profissional foram percebidos como desafios a serem superados. No entanto, a criação de vínculo entre comunidade e equipe, o aumento no acesso e nas informações, a otimização do tempo e, o principal, diante da pandemia,

a redução da exposição da comunidade ao Sars-CoV-2 foram aspectos positivos vistos com o uso da ferramenta. O uso de tecnologias de informação e comunicação, embora possam contribuir na prática assistencial e na ampliação de acesso dos usuários aos serviços de saúde, não substitui o cuidado presencial, contudo, indica um complemento de ações, de modo que, ao ser utilizado, mostra sua relevância.

Referências

- Alencar, S. de S., & Souza, F. H. A. de. (2021). Uso do WhatsApp por uma equipe de saúde da família como estratégia para lidar com demandas administrativas. *Health Residencies Journal - HRJ*, 2(9), 169–182. <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i9.170>
- Alves, M. T. G. (2020). Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de covid-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2496. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2496)
- Belfort, I. K. P., Costa, V. C. M., & Monteiro, S. C. M. (2021). Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da covid-19. *APS em Revista*, 3(1), 03–08. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.139>
- Cardona Júnior, A. H. dos S. A., Andrade, C. W. de Q., & Caldas, L. N. M. (2020). Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. *APS em Revista*, 2(2), 137–141. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.92>
- Chavez, G. M., et al. (2020). Acesso, acessibilidade e demanda na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 24(4), e20190331. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>
- Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). (2021). *Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF 2021*. Brasília. <https://www2.tc.df.gov.br/2-controle-social/relatorio-de-atividades-do-tcdf/>
- Faria, D. A., & Fonseca, P. H. N. da. (2021). WhatsApp as a resource for health education: monitoring of smoking cessation group in the face of the covid-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 10(7), e2910716166. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16166>
- Hallberg, S. C. M., & Lisboa, C. S. de M. (2016). Percepção e uso de tecnologias da informação e comunicação por psicoterapeutas. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1297-1309. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-06>
- Johnson, B., Quinlan, M. M., & Marsh, J. S. (2018). Telenursing and nurse-patient communication within fertility, Inc. *Journal of Holistic Nursing*, 36(1), 38–53. <https://doi.org/10.1177/0898010116685468>
- Ladaga, F. M., et al. (2018). WhatsApp uma ferramenta emergente para a promoção

- da saúde. *Enciclopédia Biosfera*, 15(28). <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/488>
- Macedo, V. L. M. de, et al. (2019). Avaliação da Estratégia Saúde da Família em São Sebastião, Distrito Federal. *Enfermagem em Foco*, 10(2), 15–21. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2330>
- Maldonado, J. M. S. de V., Marques, A. B., & Cruz, A. (2016). Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(14), 1-12. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28092>
- Medina, M. G., et al. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00149720. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00155615>
- Miranda, L. S. C., et al. (2019). Dispositivos celulares como ferramenta de comunicação entre o profissional da saúde e o cliente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, supl. 36, e1689. <https://doi.org/10.25248/reas.e1689.2019>
- Oliveira, S. C. de, et al. (2021). Telenfermagem na covid-19 e saúde materna: WhatsApp como ferramenta de apoio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE028932021. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002893>
- Pahwa, P., Lunsford, S., & Livesley, N. (2018). Experiences of indian health workers using WhatsApp for improving aseptic practices with newborns: exploratory qualitative study. *Journal of Medical Internet Research (JMIR) medical informatics*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.2196/medinform.8154>
- Santos, J. C. dos, et al. (2021). O uso do aplicativo móvel WhatsApp na saúde: revisão integrativa. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/105935/1415-2762-20210004>
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (São Paulo). (2020). *Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da covid-19*. São Paulo: SES; COSEMS. <https://www.cosemssp.org.br/noticias/organizacao-das-acoes-na-atencao-primaria-a-saude-no-contexto-da-covid-19/>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
- Stringhini, M. L. F., et al. (2019). WhatsApp como ferramenta de promoção da saúde com diabetes: relato de experiência. *Revista UFG*, 19, 1-15, e-56925. <https://doi.org/10.5216/revufgv19i0.56925>
- Tesser, C. D., Norman, A. H., & Vidal, T. B. (2018). Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em debate*, 42(esp. 1), 361–378. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

CONTRIBUIÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Luciana Tavares Barbosa
Daniel Marcos de Sousa Santos

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos seus 32 anos de existência, tem visado à universalidade, à equidade e à integralidade da atenção à saúde (Brasil, 1990a). Sua formação é resultado de várias conquistas que ocorreram em diversos momentos históricos, sendo um destes marcos a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reputada como a primeira conferência que garantiu a participação social, onde a sociedade discutiu questões relacionadas às políticas de saúde e seus regionalismos, para a ideia de um sistema de saúde que contemplasse todos os indivíduos. Nessa conferência, o conceito de saúde foi amplamente divulgado para além dos modelos biomédicos, devendo abarcar o conjunto de fatores determinantes e condicionantes dos estados de saúde, como transporte, direito à terra, moradia adequada, lazer, emprego entre outras variáveis que favorecem o bem-estar individual, coletivo e social (Brasil, 1986).

Destaca-se que a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 foi garantido o direito à saúde para todos, e se estabeleceu que o Estado tem o dever de propiciar uma assistência à saúde com qualidade, possibilitando que cada indivíduo tenha acesso aos cuidados necessários para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Nesse contexto, foram sancionadas duas leis importantes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS): a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n.º 8.142,

de 28 de dezembro de 1990. A Lei n.º 8.080 garantiu as diretrizes para a organização do SUS e seus princípios, enquanto a Lei n.º 8.142 assegurou a participação social e deixou como centro do controle social os conselhos de saúde. Essas duas leis formularam a garantia do direito à saúde, bem como a participação da sociedade nas decisões relacionadas às políticas de saúde (Brasil, 1990a; 1990b).

O SUS é composto por uma complexa gama de serviços, denominada Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se integra ao sistema de saúde em uma estrutura organizativa que abarca os serviços de saúde e suas ações, com diferentes arranjos tecnológicos, que interagem através de sistemas de apoio tecnológico, logístico e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado (Organização Pan-Americana da Saúde, 2011). Porém, essa rede apresenta fragmentações, devido à falta de comunicação entre os serviços, o que dificulta a integralidade e a longitudinalidade do processo de cuidado. Mendes (2011, p. 18) reflete que:

Essa situação de saúde não poderá ser respondida adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado[...]. Por isso, há de estabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das Redes à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições da população brasileira.

Um dos papéis da Atenção Básica é a coordenação da RAS, sendo que pela AB os usuários têm o primeiro contato com os cuidados dentro do Sistema Único de Saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2011). Neste sentido, Rodrigues *et al.* (2014) ressaltam que, como coordenadora da rede, a AB possui potencialidades de ampliar o acesso, promover a comunicação entre os sistemas e investir em tecnologias de comunicação e gestão, através da implantação de Sistemas de Informação em Saúde

(SIS), o que possibilitaria a transformação dos dados coletados em informações para sua utilização nos processos assistenciais e gerenciais dentro do SUS.

Ressalta-se que o processo de informatização da saúde vem ocorrendo desde os anos 1960, mais especificamente, em 1964, com a criação do Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO), sendo um marco para o início do processamento de dados. Nos anos 1970, o principal marco é a criação da empresa de tecnologia e informação da previdência social (DATAPREV). Após a abertura política, a volta da democracia com a retomada das eleições diretas, a Constituição de 1988 e a criação do SUS, em 1990, a saúde novamente passou a investir nos sistemas de informação em saúde, com criações como o sistema de informação da Atenção Básica (1996), até a criação de secretaria de informação e saúde digital (SEIDIGI) em 2023.

É preciso lembrar que os dados em saúde são considerados dados sensíveis, ou seja, deles são exigidos padrões mais rigorosos para o seu tratamento, os quais possuem a salvaguarda da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Portanto, é necessário o desenvolvimento de um olhar crítico sobre o tratamento de dados pessoais, uma vez que, em nosso dia a dia, autorizamos o uso de dados através dos nossos celulares, seja para um cadastro ou até mesmo para obter um aplicativo. Contudo, é preciso lembrar do risco de violação da privacidade dos dados, principalmente os da saúde, gerando desigualdades sociais para aqueles que já possuem renda limitada para uso de tecnologias, enfraquecendo a autonomia do Estado. Atualmente, o Brasil está na vanguarda das nações que estão comprometidas com a proteção de dados em saúde e ampliação de políticas públicas para uma saúde globalizada na era digital, sendo a Estratégia da Saúde Digital 2020-2028 (ESD 28) o marco para garantir a proteção de dados pessoais em saúde, garantindo o uso seguro de tecnologias no campo sanitário, bem como promover a interoperabilidade

dos sistemas, que é definida pela capacidade de dois ou mais componentes de um sistema informacional, desenvolvidos com ferramentas diferentes, de fornecedores diferentes, poderem atuar em conjunto (Brasil, 2022).

É preciso destacar que a adoção de tecnologias, no âmbito da saúde, se tornou crucial sobretudo pela realidade que vivenciamos com a pandemia de covid-19, a qual alterou nossa realidade e a forma de trabalhar e viver em coletividade. Pois num contexto de distanciamento social e diminuição do contato com os usuários, rapidamente foram implementadas Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS), permitindo a manutenção dos serviços para um atendimento oportuno e uma avaliação diagnóstica e terapêutica segura, mesmo durante o distanciamento social (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020a). Além dos registros informatizados de doenças, esse período também enfatizou a importância do prontuário eletrônico, o qual ampliou acesso dos pacientes por meio de aplicativos e consultas remotas e consolidou de forma eficiente a integração do histórico do usuário, evitando que este abandonasse o distanciamento social. A AB se destacou neste cenário com orientações sobre como evitar a doença, formas de contágio e monitoramento remoto dos pacientes, permitindo assim maior segurança.

A saúde, mesmo aberta para as inovações digitais, enfrenta obstáculos significativos, devido à falta de integração entre os diversos sistemas operacionais, prejudicando o atendimento longitudinal do usuário de saúde. Com o cruzamento de vários sistemas, os dados estimulam a elaboração de políticas públicas mais eficazes e o estabelecimento de condutas específicas. Sendo assim, um SUS integralizado e digital necessita fornecer qualidade ao processo de cuidado, com eficiência e segurança, com foco na continuidade da assistência, com todos os âmbitos de atenção, obtendo o melhor para o usuário.

Metodologia

A presente reflexão buscou compreender o processo de aplicação de sistemas de informação em saúde, para a qualidade da assistência e gerência na AB, a fim de desenvolver uma revisão crítica que contribua para o aperfeiçoamento de inovações dentro do Sistema Único de Saúde. Para orientar a reflexão de base, foi utilizada a estratégia PICO que, conforme Santos, Pimenta e Nobre (2007), orienta a pergunta reflexiva de busca da literatura correspondente, permitindo que o profissional encontre a melhor informação científica disponível, de modo mais ágil e mais preciso. A estratégia PICO corresponde ao agregado População, Paciente ou Problema (P), Interesse (I) e Contexto (Co), já o campo reflexivo pode ser resumido com a pergunta: “como a implantação dos sistemas de informação em saúde contribui para a qualidade nos processos assistenciais e gerenciais em saúde na atenção básica?”

Para a realização da busca nas bases de dados, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave, combinados a partir da utilização dos operadores booleanos AND e OR. Os resultados dos cruzamentos, para alcançar a maior gama de estudos, foram: (“sistema de informação em saúde”), AND (“interoperabilidade da informação em saúde”), OR (“interoperabilidade”), OR (“integração dos sistemas de informação em saúde”), AND (“atenção primária em saúde”), OR (“atenção básica”), OR (“atenção básica em saúde”). Foram utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na primeira busca com descritores, foram encontrados 397 artigos na BVS e 45 artigos na SciELO. Após filtragem pelos critérios de inclusão, que se constituem em artigos com até 10 anos de publicação, textos integrais e gratuitos que estejam disponíveis na língua portuguesa, foram encontrados 81 artigos na BVS e 20 artigos na SciELO. Ressalta-se que esses dados foram coletados no mês de março de 2023.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: artigos que não correspondiam à pergunta geradora, textos não relacionados ao sistema de saúde brasileiro e material tido como literatura cinzenta. Após remoção das duplicidades e aplicação dos critérios de exclusão, por meio de leitura de títulos e resumos, foram selecionados 4 artigos na SciELO e 12 artigos na BVS para leitura integral. Dessa forma, após avaliação na íntegra dos artigos, para a elaboração dessa revisão integrativa, foram utilizados 8 textos, 6 produções encontradas na BVS e 2 produções na SciELO.

Resultados

Foram selecionados 8 artigos, 75% (6) deles encontravam-se na BVS, e 25% (2) na SciELO. Destaca-se que dentre os artigos selecionados, 62,5% (5) falam sobre sistemas de informação em saúde e 37,5% (3) falam sobre o prontuário eletrônico. Entre os quais, se destacam como personagens principais trabalhadores que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família e gestores da saúde. Em relação à data de publicação, 50% (4) foram publicados em 2021, 25% (2) foram publicados em 2017. Além disso, os anos de 2013 e 2015 representaram 12,5% (cada) das publicações.

Dentro dos resultados foram identificados 3 eixos, sendo eles:

1. *Potencialidades e desafios no uso de um sistema de informação em saúde*

Diz respeito a como a utilização de um sistema de informação em saúde, durante seu processo de implantação/implementação, pode ser desafiador. É preciso analisar que ele traz benefícios para o gerenciamento dos serviços de saúde, sendo crucial que esse sistema vise a segurança de dados e que haja colaboração entre as esferas de governo, trazendo assim um melhor atendimento e gestão de recursos.

2. Adversidades encontradas pelas gestões locais e os indicadores de saúde

Faz referência aos indicadores de saúde como instrumentos que complementam o sistema de informação em saúde; sendo que a capacidade dos gestores para compreensão desses dados auxilia na gestão dos serviços de saúde que são prestados.

3. Percepções dos trabalhadores sobre um sistema de informação em saúde

Compreende que, para garantir a qualidade do sistema de informação, é vital o monitoramento com avaliações constantes da tecnologia utilizada, junto com os profissionais de saúde, provendo-lhes um auxílio para as lacunas identificadas, contribuindo com a interoperabilidade dos Sistemas de Informação em Saúde.

Discussão

São três os eixos de discussão, organizados como potencialidades, adversidades e percepções: Potencialidades e desafios no uso de um sistema de informação em saúde, Adversidades encontradas pelas gestões locais e os indicadores de saúde, e Percepções dos trabalhadores sobre um sistema de informação em saúde.

Potencialidades e desafios no uso de um sistema de informação em saúde

A AB, por meio da implantação dos sistemas de informação em saúde, tem fortalecido o Sistema Único de Saúde, sendo que, nas últimas décadas, houve um avanço significativo na área de informatização, resultando em maior expansão e desenvolvimento das tecnologias de informação em saúde (Pires *et al.*, 2021). É papel da AB potencializar o

uso das TICS, uma vez que possui diversidades regionais e configura porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, melhorando a assistência e a gestão na Rede de Atenção à Saúde (Gonçalves *et al.*, 2013). De acordo com Pires *et al.* (2021), “o processo de informatização deve ser fortalecido [...], levando em consideração que a implantação e utilização de uma tecnologia é um caminho em constante evolução”. Contudo, a adesão aos processos de informatização da AB, como exemplo a utilização do e-SUS, ainda é um desafio para uma rede que enfrenta problemas de infraestrutura e falta de apoio para organizá-la (Pires *et al.*, 2021; Medeiros *et al.*, 2017).

Devemos compreender que o campo das tecnologias em saúde é um potencial com grandes atrativos tecnológicos e financeiros. Nesse cenário, o setor privado busca oferecer soluções de tecnologia da informação para a saúde, sendo que essa oferta está atrelada à ambição do mercado, com o intuito de obter lucros. Boa parte dessa tecnologia não visa às especificidades locais. Neste sentido, é necessário que a esfera governamental assuma seu papel protagonista, sendo de sua responsabilidade desenvolver uma expansão de sistemas integrados de informação em saúde, garantindo o fortalecimento do SUS (Pires *et al.*, 2021).

O SUS possui fragilidades e fragmentações no que diz respeito ao processo de cuidado. Neste sentido, é importante a adoção de um prontuário eletrônico que possa atender as diversas regiões do país, integrando todos os sistemas para o fortalecimento do cuidado dos usuários. Entretanto, dificuldades são vivenciadas. Conforme Gonçalves *et al.* (2013), todo sistema de informação possui barreiras que por vezes dificultam a sua implantação, dentre as quais podemos citar o alto custo de implantação das ferramentas. Tal aspecto é observado no cotidiano dos serviços de saúde, que por vezes sequer possui verba suficiente para insumos básicos, quiçá para a implantação de um Sistema de Informação. Além disso, o fator citado sobre a dificuldade de adesão às novas tecnologias, pelos profissionais de saúde, também interfere diretamente

no uso de ferramentas. Soma-se a esse aspecto o fato de as políticas negacionistas, ao longo dos últimos anos, terem sucateado o sistema, mesmo quando se discutia a importância da saúde digital. Possuímos um território vasto e isso aumenta as dificuldades para o sucesso de implantação dos sistemas. Faz-se necessário compreender tais desafios, nas diferentes esferas da gestão governamental, para a garantia da qualidade durante o processo de adesão. Lima, Antunes e Silva (2015) afirmam que o sucesso da implantação/implementação de um Sistema de Informação em Saúde é maior nas esferas estaduais e federais, e nos municípios de médio e grande porte.

De acordo com Coelho Neto, Andrezza e Chioro (2021, p. 8):

Apesar de [...] a postura “desenvolvimentista” assumida pelo Estado brasileiro contribui[r] para a expansão da informatização da atenção básica no país, [deve-se atentar] para a necessidade de maior integração do grande volume de *software[s]* de mercado em utilização por estados e municípios nas bases nacionais dos SNIS [Sistemas Nacionais de Informação em Saúde], seguindo tendência de investimento em políticas de regulação pública associadas à maior interoperabilidade semântica e tecnológica entre os sistemas, conforme observado em outros países.

O e-SUS na Atenção Básica contribui para a qualidade e consistência das informações, tendo a esfera pública como o seu facilitador nas ações de promoção e instrumentação de leis e planos que beneficiam todos os pontos do SUS, como gestores, profissionais e usuários da rede (Medeiros *et al.*, 2017). Coelho Neto, Andrezza e Chioro (2021) propõem que é fundamental a regulamentação de políticas públicas que fomentem a interoperabilidade e a adoção de tecnologias entre os sistemas e suas soluções, ou seja, é preciso esforço constante para aprimorar a integração entre o sistema com o objetivo de promover uma assistência em saúde mais eficiente e acessível.

Adversidades encontradas pelas gestões locais e os indicadores de saúde

O processo de informação em saúde vem se tornando um grande instrumento de auxílio para o monitoramento do território, sendo que seus dados auxiliam nos estudos socioepidemiológicos. Através das informações conhecidas, tornou-se possível identificar problemas e apontar soluções, permitindo que a população acompanhe e participe desse processo de cuidado (Lima; Antunes; Silva, 2015). Os indicadores em saúde, obtidos a partir da utilização dos Sistemas de Informação em Saúde, são muito utilizados para os processos de trabalho dentro das Unidades Básicas de Saúde, os quais se traduzem como dados para o conhecimento do território e a organização da AB. O planejamento para ações vigentes do território é baseado nos indicadores e, por isso, é tão vital o seu entendimento. Todavia, os gestores de saúde, por vezes, não compreendem a capacidade da reformulação dos dados dos indicadores com os sistemas de informações. Com esses entraves, acabam por não assimilar as especificidades do seu território. Isso ocorre porque muitos gestores só aderem à implantação do sistema devido ao medo de perdas nos repasses financeiros estaduais e federais (Lima; Antunes; Silva, 2015).

Percebemos que a utilização de um sistema de informação unificado é um processo longo e precisa de diálogo, pois esse sistema amplo e genérico geralmente não reflete a realidade local, nem as demandas reais de um território, e a utilização banalizada de um sistema pode comprometer os dados dos usuários durante a migração de uma base local para um sistema universal. Os indicadores coletados na maioria dos sistemas de saúde são aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde, como pré-natal, diabetes, hipertensão arterial, entre outros. Tendo gestores com pouco conhecimento dos papéis de ampliação dos SIS, fica favorecida a instabilidade da gestão de saúde (Lima; Antunes; Silva, 2015). A análise dos indicadores de saúde deve ser aprofundada pelos gestores,

pois se esse processo ocorrer de modo superficial, as ações de políticas públicas em saúde acabam prejudicadas dentro do território, pela falta de averiguação de todas as tendências subjacentes para o território.

A compreensão dos indicadores não é o único entrave que os gestores encontram nos serviços de saúde. Devemos compreender que os sistemas de informação fragmentados, falta de investimentos e de trabalhadores também são barreiras para a incorporação de um sistema dentro dos serviços de saúde. Os gestores da área da saúde precisam ter consciência de que as informações de saúde são fundamentais para o planejamento da gestão dos serviços locais. Sendo necessário que eles sejam capacitados para promover a efetivação desse uso dos indicadores de saúde como instrumento de apoio para a melhoria da qualidade dos serviços, para assim tornar possível a ampliação da visão do sistema de saúde e oferecer maior qualidade de cuidado para a população (Pires *et al.*, 2021). Além disso, a falta de investimento na formação de gestores também é um problema. Sem conhecimento suficiente de como usar essas informações estrategicamente, os gestores podem não conseguir aproveitar ao máximo os dados disponíveis e, conseqüentemente, comprometer a qualidade das decisões tomadas.

De acordo com Medeiros *et al.* (2017, p. 148):

[...] considera-se importante que os gestores criem espaços de discussão com os profissionais das equipes de saúde, com a finalidade de identificar as melhorias a serem realizadas para garantir a fidedignidade dos dados coletados e informações produzidas, tendo em vista que a qualidade das informações interfere diretamente nas ações em saúde desenvolvidas.

Percepções dos trabalhadores sobre um sistema de informação em saúde

Durante o processo de trabalho com os sistemas de informação em saúde, é necessário ter em mente que a utilização de uma nova tecnologia

deve estar em constante avaliação para possíveis lacunas, sendo que a não utilização do sistema apresenta-se como uma possível falha perante o usuário do sistema (Zacharias *et al.*, 2021). Os profissionais da Estratégia Saúde da Família são os instrumentadores desse processo de averiguação dos sistemas de informação, pois perante o seu uso em seu ambiente profissional são percebidas essas lacunas (Ávila *et al.*, 2021). Para muitos profissionais de saúde, a implementação do e-SUS se deu de forma impositiva, sem treinamento, sem diálogo, ou quando havia o treinamento ele era insuficiente para sanar as dúvidas (Medeiros *et al.*, 2017). Em estudo proposto por Ávila *et al.* (2021, p. 10),

verificou-se que a implantação se deu de forma súbita, sem a participação efetiva dos profissionais dos processos decisórios, sem tempo de experimentação e sem a capacitação adequada. Tais situações fragilizam o processo de difusão da inovação, dificultam sua aceitação e torna o processo de difusão mais lento, potencializando sua rejeição.

Novas implementações auxiliadas por um canal de comunicação para reportar essas lacunas seriam fundamentais para apoiar profissionais, auxiliando no uso do SIS, qualificando os trabalhadores (Ávila *et al.*, 2021; Zacharias *et al.*, 2021). Compreende-se também a necessidade de estabelecer essa qualificação dentro das instituições de ensino, como por exemplo, nos programas de residência em saúde. Afinal, o residente se vê dentro de uma rede complexa, com diferentes âmbitos de atenção, onde por vezes a falta do preparo adequado, para utilização de tecnologias em saúde, o coloca em situações em que o processo de tomada de decisões perante o paciente pode acabar fragilizado. Tendo em vista que dentro dos serviços em que estará inserido esse profissional encontrará fragmentações e sem o domínio do sistema de informação esse residente poderá ter o seu desenvolvimento teórico-prático prejudicado, afinal não disporá de um conhecimento prévio.

Alguns trabalhadores de saúde, durante esse processo de expansão de um sistema de informação, sentiram-se confortáveis, pois já estavam utilizando em suas unidades com a Coleta de Dados Simplificada (CDS), esse instrumento foi importante, pois garantiu um cadastro individual e familiar para o paciente, deixando responsável pelo cadastro todos os integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família (Medeiros *et al.*, 2017). Em estudo conduzido por Ávila *et al.* (2021), trabalhadores perceberam vantagens como informação do estado do paciente em sua integralidade, disponibilidade em tempo hábil para essas informações e a possibilidade de uso desses dados em toda a rede de atenção à saúde em seus diferentes âmbitos de atenção.

Ruschi *et al.* (2017) afirmam que, mesmo com a melhora da assistência devida ao prontuário eletrônico, este possui problemas como qualquer outro sistema de informação, como a falta de capacitação adequada e de um manual de esclarecimento. Mesmo com todo seu desenvolvimento, a integração entre sistemas de informação em saúde é complexa e ineficiente, sendo essa a principal queixa entre a interoperabilidade dos dados em diversos escalões da Rede de Atenção à Saúde, favorecendo assim a incapacidade de um cuidado longitudinal ao usuário. Mesmo com a percepção, pelos trabalhadores, da potencialidade da utilização do sistema, devemos lembrar que há rejeições desses devido à inconstância do sistema de informação em saúde implementado, dentre elas podemos destacar que nem toda a AB possui um sistema de rede integrado.

Há rejeições por parte dos trabalhadores ao SIS por inúmeras razões, muitos estão adaptados ao uso de papel e possuem medo de perda de informações quando essas forem inseridas em um sistema, a própria integração do sistema é vista como dificultador no processo de trabalho, pois muitos trabalhadores compreendem que registrar informações em vários setores como algo repetitivo e dificulta o processo de trabalho (Ávila *et al.*, 2021). As tecnologias em saúde devem ser vistas como algo agradável no

trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e é importante que eles estejam inseridos dentro de discussões para a otimização dos fluxos de processos de trabalho, garantindo as necessidades reais para um funcionamento com qualidade, continuidade e agilidade na assistência ao paciente.

Considerações finais

Evidenciou-se a importância dos sistemas de informação em saúde, em especial para a Atenção Básica, pois é onde ocorre o contato inicial do usuário com o SUS. No entanto, mesmo com essa responsabilidade, ainda se encontram desafios para o acesso às informações de saúde nesse contexto. Os sistemas de informação em saúde têm como premissa a agilização do processo de acesso aos dados de um paciente, tanto para a assistência como para o estudo, e deve-se observar a mensuração da eficiência da gestão por meio do uso desses dados. Entendemos que não basta ter os SIS para uma AB integrada, precisamos da ampliação da rede, da infraestrutura de materiais e de trabalhadores, entre outras questões para a implantação e subsequente implementação dos sistemas. Portanto, a ausência desses elementos enfraquece a propagação de novas tecnologias.

Concluiu-se que os sistemas de informação para assistência dentro da Atenção Básica são ferramentas que conferem maior efetividade aos serviços de saúde. Para a utilização destes, são necessárias informações sobre sua utilização, treinamento e que sejam discutidos em âmbitos diversos, com os segmentos de gestores, trabalhadores e usuários, estes últimos muitas vezes não considerados no desenvolvimento de discussão dessas tecnologias. É preciso desenvolver uma visão crítica sobre a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde e seus impactos nos processos de trabalho. O conhecimento alinhado a um processo de sistemas interligados auxilia o desenvolvimento do profissional no serviço, e a compreensão dos diferentes âmbitos de atenção e seus pontos de instabilidade, permitindo que esse profissional tenha capacidade para

contribuir com inovações para o preenchimento dessas lacunas, através das realidades vivenciadas em suas práticas.

As instâncias governamentais também precisam ter diálogos comprometidos com o entendimento das especificidades regionais e suas fragilidades. Mesmo sendo os sistemas para uso em todo o território nacional, a rede de atenção à saúde não funciona de maneira padronizada em todo o país. A gestão do governo deve compreender as dificuldades locais para a implementação dos SIS e não impor um sistema sem antes realizar levantamentos locais. Sem isso, a recusa e a falta de adesão aos sistemas podem tornar o processo de trabalho desgastante. Revela-se também uma possível falta de interesse nessa área temática, devido à escassez de produções na área dos sistemas de informação em saúde na Atenção Básica, comprometendo a eficiência e a qualidade dos serviços oferecidos à população. A falta de trabalhos com a temática deixa evidente que o fator interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde é pouco abordado, deixando uma lacuna para a potencialização da tomada de decisões perante os cuidados contínuos da população e dificultando o desenvolvimento das ações de assistência e gerência.

Também foi observada a importância de manter diálogos constantes entre usuários, funcionários e gestores, bem como promover a educação permanente em saúde para as atualizações que ocorrem nos SIS, garantindo a interoperabilidade dos sistemas e tendo uma adoção facilitada para o uso dessas tecnologias. A ausência dessas medidas resulta em uma assistência à saúde aquém do que poderia ser ofertado à população, bem como uma gestão dos serviços pouco transparente e ineficiente. Isso torna evidente a relevância e necessidade de estudos nessa área para aprimorar os serviços de saúde.

Referências

Avila, G. S., et al. (2021). Difusão do prontuário eletrônico do cidadão em equipes de saúde da família. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 25, 1-11. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210045>

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (1990a). *Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (1990b). *Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *8ª Conferência Nacional da Saúde – Relatório Final*. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. (2022). *2º Relatório de monitoramento e avaliação da estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_estrategia_saude_digital_2020-2028.pdf
- Coelho Neto, G. C., Andrezza, R., & Chioro, A. (2021). Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. *Revista de Saúde Pública, 55(93)*. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002931>
- Gonçalves, J. P. P., et al. (2013). Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate, 37(96)*, 43-50. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xLMq3HyhgqNwhX6y3jjpNff/#>
- Lima, K. W. S. de, Antunes, J. L. F., & Silva, Z. P. da. (2015). Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade, 24(1)*, 61-71. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100005>
- Medeiros, J. B., et al. (2017). O e-SUS atenção básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Revista APS, 20(1)*, 145-149. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15784>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2ª ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2020). *O potencial das tecnologias da informação de uso frequente durante a pandemia*. E-book. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52023/FactsheetTICs_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: OPAS, OMS.
- Pires, M. C. de A., et al. (2021). Cartografando controvérsias na implementação da estratégia e-SUS Atenção Básica à Saúde em Minas Gerais. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 32(2)*. <https://www.brapci.inf.br/index.php/res/v/159720>

- Rodrigues, L. B. B., et al. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(2), 343-352. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>
- Ruschi, G. E. C., et al. (2017). Qualidade dos dados de assistência pré-natal na atenção básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-13. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1612/876>
- Santos, C. M. da C., Pimenta, C. A. de M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Zacharias, F. C. M., et al. (2021). e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção de uso de uma inovação tecnológica. *Caderno de Saúde Pública*, 37(6), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00219520>

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO APOIO À ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A COVID-19

Luciana Braz de Lima
Kamilla Falcão Barros dos Reis
Silmara Silva Morais
Michele Neves Meneses

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado pela Lei Federal n.º 8.080/90 e ganhou organização pelo Decreto n.º 7.508/2011. Este Decreto (Art. 8º) define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (Brasil, 2011). A Atenção Básica (AB), compreendida como a principal porta de entrada, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, devendo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das famílias, no desenvolvimento da autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012).

O Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde no bojo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de consolidar a Estratégia Saúde da Família e fortalecer a organização da AB com equipes de referência e equipes de apoio especializado, possibilitando a

cobertura das necessidades em saúde e o acesso universal da população às Unidades Básicas de Saúde e às Redes de Atenção à Saúde. Os NASF-AB realizam atividades de planejamento, discussão de casos e suporte para o atendimento de usuários do SUS, mediante atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente em saúde, intervenções no território, ações intersetoriais e construção de ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2018). No âmbito do Distrito Federal (DF), o NASF-AB foi estruturado e operacionalizado por meio da Portaria n.º 489, de 24 de maio de 2018, que determinou as diretrizes, composições e processos de trabalho, bem como a divisão da carga horária dos profissionais. No DF, o NASF-AB opera com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, atua em colaboração com as Equipes de Saúde da Família nos territórios e visa possibilitar um cuidado integral físico e mental aos usuários do SUS (Distrito Federal, 2018b).

Com o novo modelo de financiamento do custeio da AB, instituído pelo Programa Previne Brasil (Portaria MS n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019), do Governo Federal, os parâmetros de custeio do NASF-AB foram revogados. A composição de equipes multiprofissionais deixou de estar vinculada às equipes do NASF-AB, podendo os profissionais serem inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) junto à Estratégia Saúde da Família ou como equipes de Unidades Básicas de Saúde, ficando a cargo dos gestores locais a decisão de manter ou não uma equipe multiprofissional de apoio especializado (Brasil, 2020b). Segundo Paulino *et al.* (2021), deixar de garantir esse tipo de atendimento interprofissional é priorizar questões administrativas e financeiras ao invés de necessidades em saúde e representa um desmonte da AB, tal como estava sustentada na última década. Conforme os autores, se evidencia o risco de uma atuação pautada no modelo biomédico, sem a reflexão crítica acerca da realidade que configura, determina e condiciona

os estados de saúde. Para a população significa a extinção de uma oportunidade de ampliar o acesso à atenção integral, definindo-se a AB por indicadores predefinidos de saúde da população. Vale ressaltar que as equipes de Saúde da Família (eSF) e de NASF-AB, em sua completude, mostraram-se imprescindíveis no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus no Brasil.

A AB no Distrito Federal (DF) foi reestruturada em 2017 com a implantação do “Programa de Conversão da Atenção Primária para Estratégia Saúde da Família” (CONVERTE). A partir dessa conversão, forjou-se a Lei n.º 6.133, de 06 de abril de 2018, que estabeleceu a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção básica e promoveu medidas para seu fortalecimento (Distrito Federal, 2018a). O Distrito Federal possui 178 Unidades Básicas de Saúde e 57 NASF-AB, distribuídos pelas Regiões de Saúde, sendo elas Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul.

No dia 3 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria MS n.º 188, o Brasil declarou a condição de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus, após os primeiros casos de covid-19 confirmados no mês de fevereiro (Brasil, 2020a). Tal declaração veio em consonância à declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 30 de janeiro de 2020 (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020). Em 11 de março de 2020, a OMS elevou a classificação da covid-19 a uma pandemia (Brasil, 2020d), assim se fez necessária uma ação mundial para conter o avanço do vírus, como medidas de distanciamento social, isolamento de casos e contatos, medidas de higiene e etiqueta respiratória. Diante desse cenário, países do mundo inteiro tiveram que reorganizar suas atuações diante da doença causada pelo vírus Sars-CoV-2 e estipularem planos, medidas e protocolos para o enfrentamento local, evitando a superlotação de hospitais e o colapso dos sistemas de saúde.

No âmbito do DF, o primeiro caso de Sars-CoV-2 notificado foi em 05 de março de 2020. Assim, no dia 19 de março de 2020 o governo do DF impôs, por meio do Decreto n.º 40.539, o fechamento total das atividades não essenciais e a não realização de eventos e atividades coletivas (Distrito Federal, 2020a). No dia 20 do mesmo mês, o MS declarou, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária, ou seja, não mais casos importados, do novo coronavírus (Valente, 2020). Diante de tal cenário e das mudanças trazidas pela necessidade de controle da pandemia, a Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, teve de se pautar por novas diretrizes, o que veio implicar novos e inesperados desafios aos residentes, sendo que estes novos e inesperados desafios permitiram uma possibilidade de aprendizagem e crescimento que serão objeto deste relato de experiência.

Metodologia

A presente reflexão aborda o relato de experiência de residentes, a partir da reorganização do seu processo de formação em função do momento pandêmico da covid-19. O cenário vivenciado foi o NASF-AB da UBS 02 da Região Administrativa de Samambaia, subordinada à Gerência de Serviços de Atenção Primária (GSAP) n.º 2, de Samambaia. Em março de 2020, quando os residentes foram alocados na Unidade Básica de Saúde, ela contava com uma assistente social e uma farmacêutica no NASF-AB e 8 Equipes de Saúde da Família (eESF), sendo que apenas 5 dessas equipes contavam com profissional médico. Em meados de agosto de 2020, foi inserido no quadro multiprofissional do NASF-AB um fisioterapeuta, uma psicóloga em regime de contrato temporário e uma fonoaudióloga, porém ainda não podia ser considerado constituído, pois a soma da carga horária semanal dos membros da equipe não alcançava o somatório mínimo previsto para a implantação regulamentada pelo Ministério da Saúde, quando havia esse financiamento.

A GASP n.º 2 gerencia, também, a UBS n.º 13 de Samambaia, estando o NASF-AB alocado na UBS n.º 2. As residentes de farmácia, psicologia e serviço social, lotadas no NASF-AB acabaram por prestar suporte para esta UBS, além de serem a referência para o atendimento para casos suspeitos de covid-19. A residência é composta por atividades teóricas, práticas e teórico-práticas, dentre as práticas estão a participação em reuniões de equipe, atividades de educação permanente em saúde, orientação e instrução de atividades para grupos de pacientes, atendimento de usuários, acompanhamento de famílias e ações em territórios, dentre outras (Brasil, 2020).

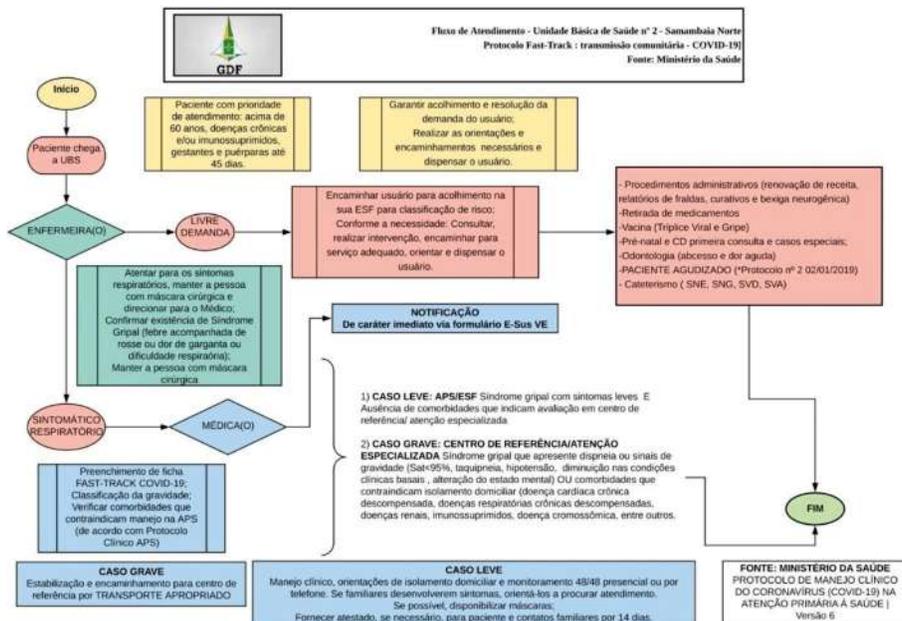
O período de referência na presente reflexão abrange os meses de março de 2020 a dezembro de 2021. Nesse período, o Brasil chegava a quase 620 mil óbitos notificados, alcançando 65% de população imunizada no final de março de 2021 (Brasil, 2023). Vivenciava-se o governo do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), que negligenciava todas as medidas de proteção e prevenção, induzia a cuidados farmacológicos sem evidência científica e minimizava a mortalidade, dificultando as medidas coletivas e o trabalho dos profissionais. As bases para as práticas aqui descritas são o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde - versão 5 (Brasil, 2020c), o Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo coronavírus (covid-19) - versão 5 (Distrito Federal, 2020e), a Nota Técnica n.º 2/2020, da Gerência da Estratégia Saúde da Família (Distrito Federal, 2020d), a 1ª série de Documentos Técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - Reorganização do Processo de Trabalho dos NASF-AB no contexto da pandemia de covid-19 e o cuidado em saúde a partir dos territórios (Distrito Federal, 2020c).

Resultados

Segundo Silva *et al.* (2020), a pandemia chegou em um momento de mudanças na AB, tais como a reestruturação dos processos de trabalho e a reconfiguração das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido,

a proposta de aprendizagem no trabalho para as residentes necessitou de reorganização de modo a abarcar a nova realidade presente no ambiente laboral e no território. Devido à pandemia, o MS e a Secretaria de Saúde do DF publicaram planos de contingência, protocolos assistenciais e normas técnicas para que pudessem orientar a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar. O Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde - versão 5 estabelecia o curso clínico da doença e o manejo clínico dos casos suspeitos de Síndrome Gripal atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2020c). A partir deste protocolo, na UBS 02 de Samambaia, foi implantado um fluxo de atendimento para casos suspeitos de Síndrome Gripal e implantada uma sala de situação conhecida como Covidário (**Figura 1**).

Figura 1. Fluxo de atendimento implantado na UBS 02 de Samambaia



Fonte: Elaborado por Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde (2023).

Foi também estruturado o *Fast-Track* (**Figura 2**), documento utilizado para o preenchimento de dados no atendimento de pacientes. O Plano de Contingência do Distrito Federal estabelecia protocolos de conduta para o enfrentamento da pandemia de covid-19, dentre eles, uma rotina de telemonitoramento da população atendida, que consistia em uma ligação telefônica a cada 48 horas durante 14 dias (Distrito Federal, 2020e). A realização do telemonitoramento ficou sob responsabilidade das residentes alocadas no NASF-AB durante todo o ano de 2020. Devido à escassez de recursos materiais da UBS, as ligações eram realizadas por meio de telefone particular utilizando recursos que impossibilitassem a identificação de chamada. Essa problemática foi recorrente em várias unidades de saúde e refletem o subfinanciamento do sistema.

Em consonância com todos esses acontecimentos, foi criado um fluxograma, em conjunto com as residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde, também da FIOCRUZ Brasília, visando uma melhor organização da triagem de pacientes antes da entrada nos espaços da UBS. O primeiro atendimento era realizado pela equipe de enfermagem, que dava início ao preenchimento do fast-track. Ao dar continuidade ao atendimento, o médico deveria terminar o preenchimento do documento e, ao fim do dia, entregá-lo para a equipe de residência. A residência entraria em contato com os pacientes de síndrome gripal para realizar o telemonitoramento. Esse processo foi um grande desafio, mas ocorria de os *fast-track* não serem preenchidos corretamente e completamente ou até mesmo não serem entregues às residentes. Por vezes, a entrega chegava com atraso a ponto de prejudicar o monitoramento, perdendo-se os 14 dias desde o aparecimento dos sintomas que deveriam ser monitorados. É importante destacar que em 2020 e 2021 a informação era crucial à construção de conhecimento e ágil atualização de diretrizes, protocolos e normas, assim como melhor gestão e economia dos recursos escassos.

Figura 2. Modelo do *Fast-Track*

FAST-TRACK COVID-19 – MINISTÉRIO DA SAÚDE				
DATA DO ATENDIMENTO ____ / ____ / ____				
Nome: _____				
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade: ____ Sexo: F () M ()			
Tel/cel: () _____	Endereço: _____			
ESF: _____	CPF: _____			
Cartão SUS: _____				
Apresenta ou apresentou FEBRE nos últimos 2 dias? () SIM () NÃO				
Apresenta sintomas respiratórios?				
() TOSSE	() DOR DE GARGANTA			
() DISPNEIA	() DESCONFORTO RESPIRATÓRIO			
OUTROS: _____				
Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? () SIM () NÃO				
() CEFALEIA	() TONTURA	() CORIZA	() CALAFRIOS	
() DOR TORÁCICA	() DIARREIA	() VÔMITO	() CONGESTÃO NASAL	
OUTROS: _____				
CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL? () SIM () NÃO				
SINAIS VITAIS				
(T.ax): _____	(FC): _____	(FR): _____	(Sat): _____	
(PA): _____	Peso: _____			
NOTIFICAÇÃO IMEDIATA - realizada ? () SIM () NÃO				
Apresenta outras comorbidades ? () SIM () NÃO				
() HAS	() DM	() OBESIDADE	() GESTANTE	() ASMA
OUTROS: _____				
Medicamentos de uso contínuo () SIM () NÃO				
Se sim, descreva: _____				
Apresenta alergias de medicamentos () SIM () NÃO				
Se sim, descreva: _____				
História de cirurgias prévias ou internações recentes () SIM () NÃO				
Se sim, descreva: _____				
MÉDICO (A)				
Classificação de gravidade. LEVE () GRAVE ()				

Fonte: Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (covid-19) - versão 5. Elaborado por Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para Saúde (2023).

Em relação à receptividade da população às ligações de telemonitoramento foram encontradas diversas dificuldades, sobretudo porque era um serviço que não existia anteriormente e causava estranhamento à população receber ligações sem número de identificação dos trabalhadores de saúde visto que não existia um aviso prévio pela equipe do atendimento inicial. Foram experienciadas situações constrangedoras em que as residentes foram acusadas de tentativas de golpe, eram caluniadas e até mesmo xingadas durante as ligações, culminando em alto nível de estresse, prejuízos no rendimento da equipe e desmotivação. Quando o telemonitoramento era bem-sucedido, se conseguia fazer um movimento de educação em saúde e cuidados, mesmo que por via telefônica. Em muitos casos, as intervenções telefônicas eram voltadas para a redução de ansiedade e luto devido ao período vivenciado, manipulação correta dos medicamentos, identificação de possível insegurança alimentar e outros níveis de insegurança socioeconômica. Em todas as intervenções do teleatendimento havia o diálogo sobre a sintomatologia que a pessoa estava vivenciando e se havia alguma piora nas últimas horas que antecederam a ligação.

De acordo com a Norma Técnica nº 2/2020, que estabelecia Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para a qualificação do enfrentamento das necessidades de saúde no contexto da pandemia pela covid-19, o NASF-AB passa a priorizar o atendimento individual, uma vez que as atividades coletivas estavam suspensas e abre a possibilidade de remanejamento dos profissionais para outras esferas de atendimento, visando fortalecer o combate à pandemia (Distrito Federal, 2020d). A 1ª série de Documentos Técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica sugeria atividades que orientaram a reestruturação das práticas profissionais, tais como planejamento das ações, a articulação com a rede intersetorial a partir das demandas dos territórios, o fortalecimento das ações de matriciamento, o telemonitoramento e a teleorientação (Distrito Federal, 2020c).

No NASF-AB, as visitas domiciliares ocorriam apenas em casos excepcionais e com um rigoroso protocolo a ser seguido pelas equipes, uma vez que os trabalhadores da saúde eram vistos como principais vetores da covid-19 por conta do contato contínuo com pessoas infectadas. Assim, houve um reflexo significativo tanto para os usuários quanto para os profissionais residentes que não puderam viver essa experiência de forma plena. Outro ponto importante foi o cancelamento da realização de reuniões e grupos dentro da UBS. Apesar do campo em que estavam inseridas as residentes não ter essa cultura de grupos com os usuários, a pandemia impossibilitou um projeto para implementar essas práticas na UBS.

Durante o estado de emergência em saúde, as recomendações de todos os órgãos e organizações eram de que a população evitasse ir a hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista evitar que o contato com pessoas e ambientes infectados, o que acabou gerando um distanciamento dos profissionais com a população. Apesar desta recomendação, os usuários procuravam a UBS e os profissionais do NASF-AB, principalmente assistente social e psicóloga, para solicitar ajuda devido às questões de insegurança alimentar, necessidade de auxílios socioassistenciais e sofrimento psíquico. O ano de 2020 foi marcado por diversas adequações ao trabalho diário da equipe onde todos sentiram seus efeitos, a sobrecarga em relação às demandas emocionais, o remanejamento dos profissionais para outros setores, incluindo as residentes, que por um período também ficaram responsáveis pela triagem dos pacientes durante a testagem de sintomáticos.

No dia 17 de janeiro de 2021, iniciou-se a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 no Brasil, já no Distrito Federal a imunização começou na data de 19 de janeiro, contemplando, a priori, trabalhadores da saúde, pessoas institucionalizadas e com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada. Tal campanha mobilizou todos os profissionais alocados nos

pontos de vacinação, entre eles a UBS n.º 2 de Samambaia. Posterior a esta etapa vieram a imunização de outros grupos prioritários, tais como: profissionais da saúde, professores e idosos. Uma das etapas mais desafiadoras foi a administração dos imunizantes a pessoas com algum tipo de comorbidade, entre elas diabetes e hipertensão arterial, devido à obrigatoriedade da comprovação de tais doenças por meio de relatório médico ou outro documento comprobatório.

As residentes participaram desta etapa se revezando entre validar relatórios e/ou receitas médicas, fazer as fichas com dados do paciente e da vacina para registro, bem como registrar a vacina aplicada no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI). Tal processo foi feito por meio de escala de pessoal, que nem sempre teve seus horários respeitados, de forma que todas as residentes aturam nestas funções. As dificuldades encontradas nessa experiência da campanha da vacinação foram o fato de que as residentes, por serem de áreas de menor formação em fisiopatologia, não contavam com background para validar a veracidade de atestados e se a comorbidade seria autorizada para a vacinação, guiando-se apenas por uma ficha técnica fornecida pela Secretaria de Saúde do DF. Em casos de dúvida via-se a necessidade de procurar por outros profissionais. Por conta do acúmulo de funções, o registro, feito em duas etapas - ficha e posterior registro das informações no SI-PNI - tornou a rotina cansativa e contraproducente.

Com a chegada do período sugerido de aprazamento para a segunda dose de vacina, a UBS n.º 2 de Samambaia ficou responsável pela mesma, assim não havia mais a necessidade de relatório médico, ficando as residentes com incumbência de preencher as fichas com os dados do paciente e o posterior registro no sistema. Devido ao alto quantitativo de fichas, elas foram se acumulando, tendo em vista que era uma equipe de quatro residentes, sendo somente elas que faziam esta tarefa. No mês de junho, houve a participação de outros trabalhadores. Na Unidade, um

fator que dificultou a qualidade e o cumprimento da demanda de forma mais rápida foi a existência de apenas um computador para registro. Para evitar o acúmulo e o atraso nos registros, as residentes acabavam utilizando equipamentos próprios, como os seus celulares, para otimizar o serviço. Apenas no fim do mês de julho passou-se a fazer o registro diretamente no SI-PNI já no momento da aplicação da vacina, eliminando-se as fichas, mas ainda se fazendo necessário o uso de celular para este lançamento. Em meados de outubro, a UBS n.º 2 de Samambaia deixou de ser posto de vacinação para a covid-19, retomando apenas as vacinações de rotina do Programa Nacional de Imunização.

A partir do redirecionamento da vacinação para outras UBS, as residentes retomaram algumas funções mais específicas, tais como atendimento e acompanhamento de pacientes, e ficaram à frente nas questões que tangiam às intercorrências de registro de doses e 2ª via do cartão de vacina, encerrando assim a participação das residentes no enfrentamento direto às ações emergenciais da covid-19. Mesmo com a retomada das atividades coletivas, apenas o grupo de caminhada pode ser acompanhado pelo NASF-AB, voltado para os idosos da área adscrita, os demais atendimentos foram focados em consultas individuais e visitas domiciliares. Diante do que foi descrito neste relato, bem como as experiências vivenciadas, foi possível perceber como o desmonte gerado pela desestruturação praticada pelo governo de Jair Bolsonaro, aqui representado pela figura do Ministério da Saúde, interferiu diretamente no processo de formação dos residentes.

Dentre muitas coisas, a falta de estrutura física (equipamentos e instrumentos de trabalho) e organizacional (demora na resposta ao enfrentamento a pandemia) criou um ambiente onde as incertezas e a falta de suporte trouxeram insegurança quanto às tomadas decisórias perante os crescentes casos e a escassez da vacina. Para além da pandemia, o desmonte impossibilitou a inserção de novos residentes no cenário da

AB devido à falta de incentivo, principalmente, perante a administração pautada no modelo médico-centrado, baseada em uma definição da saúde como assistência médica às doenças. Vale ressaltar a importância dos diversos profissionais da equipe de saúde que foram a base, dentro das UBS, para o enfrentamento de pandemia. Estes profissionais se desdobram dentro de suas funções, alguns inclusive desviando delas, para que os pacientes e demais usuários do SUS tivessem o direito ao acesso a esta política pública sem qualquer prejuízo. Foi graças à organização e disposição destes que foi possível criar estruturas que possibilitaram a realização da campanha de vacinação, por exemplo, principal estratégia de combate ao vírus.

Considerações finais

Durante a pandemia, foi preciso reorganizar não somente o processo de trabalho, mas assumir novas funções devido ao quantitativo insuficiente de profissionais efetivos e a grande demanda de atendimento para síndrome respiratória. Esse movimento trouxe às residentes demandas que geraram uma sobrecarga de trabalho e, em alguns momentos, uma sensação de que a atuação foi focada apenas em situações voltadas ao enfrentamento da covid-19 que, por vezes, não pareciam estar em consonância com o papel da residência e suas áreas de conhecimento, sobretudo frente às ações burocráticas. Também, a falta e a necessidade de infraestrutura e de equipamentos tecnológicos e informatizados dificultaram, muitas vezes, a execução dos trabalhos, atrasando a rotina das atividades diárias, inclusive prejudicando pacientes atendidos pela UBS n.º 2 de Samambaia. Contudo, diante das adversidades, foi necessário desenvolver habilidades ainda desconhecidas, o matriciamento e o compartilhamento de conhecimento e experiências tornaram-se constantes e fundamentais para garantir, dentro das limitações, um atendimento de qualidade aos usuários.

Compreendeu-se que, em função da experiência ter sido durante uma pandemia, o espírito de coletividade e a diversidade de funções exercidas - muitas que extrapolavam as funções específicas de cada profissão - tornaram-se mais comuns, sobretudo pela compreensão de que é no auxílio-mútuo, na solidariedade e na atuação em equipe que se fortalece a atuação profissional e um melhor cuidado para a população. Nesse sentido, reforça-se a importância das residências multiprofissionais para o exercício do trabalho em equipe e para a experiência da atuação no SUS. Em um momento tão desafiador como o da pandemia, as residências multiprofissionais tiveram papel fundamental, atuando desde a assistência direta aos pacientes à integração às equipes de gestão no estabelecimento de protocolos, medidas orientadoras e fluxos de atendimento.

As adversidades encontradas no campo de atuação durante os dois anos de residência trouxeram uma enriquecedora vivência profissional que possibilitou reflexões, inquietações, problematizações e diálogos potentes com os colegas. Essa vivência fez emergir uma nova perspectiva sobre o desenvolvimento de habilidades até então desconhecidas, como a comunicação, a escuta, a identificação de demandas, encaminhamento responsável, a busca ativa e ainda fez perceber o quanto é necessário ampliar pesquisas sobre a atuação multiprofissional e interdisciplinar na atuação em crises/pandemias, quais os atributos e referências teóricas à AB. A experiência foi fundamental, mesmo dentro das limitações, para repensar a prática profissional como trabalhadoras do, no e para o SUS, tendo como principal objetivo qualificar e fortalecer essa importante política pública.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da

Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Portaria n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020*. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, 04 fev. 2020a. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/313/1/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2020c). *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde*. Versão 5. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>

Brasil. *Painel Coronavírus*. (2023). <https://covid.saude.gov.br/>

Brasil. Serviços e Informações do Brasil. (2020b). *OMS classifica coronavírus como pandemia*. 11 Mar. 2020. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/oms-classifica-coronavirus-como-pandemia>

Distrito Federal. (2018a). *Portaria n.º 489, de 24 de maio de 2018*. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 28 mai. 2018. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.html

Distrito Federal. (2018b). *Lei n.º 6.133, de 06 de abril de 2018*. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Diário Oficial do Distrito Federal, 09 abr. 2018. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/a9fbb858bd494419b79c811af964892a/Lei_6133_06_04_2018.html

Distrito Federal. (2020a). *Decreto n.º 40539 de 19 de março de 2020*. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, 19 mar. 2020. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ac087b76d5f34e38a5cf3573698393f6/Decreto_40539_19_03_2020.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20medidas%20para,coronav%C3%ADrus%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias

Distrito Federal. (2020b). *Portaria n.º 493, de 08 de julho de 2020*. Regulamento dos programas de residência em área profissional da saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (instituição executora) e da Escola Superior de Ciências da Saúde (instituição formadora). Diário Oficial do Distrito Federal, 28 set. 2020.

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b40534b36a54963b5536fc721e46288/Portaria_493_08_07_2020.html

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2020d). *Nota Técnica n.º 2/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM*. 17 Jun. 2020, Versão 3.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2020). *Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus*. 2020, versão 5. 03 Abr. 2020. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80151/Plano-de-Contingencia%CC%82ncia-Coronavirus10.pdf>

Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2020e). *1ª Série de documentos técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família*. GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES. Jun. 2020. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b40534b36a54963b5536fc721e46288/Portaria_493_08_07_2020.html

Organização Pan-Americana de Saúde. (2020). *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus*. <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>

Paulino, K. C., et al. (2021). Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 5362-5372. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-363>

Silva, W. R. de S., et al. (2021). A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00330161. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>

Valente, J. (2020). *Covid-19: governo declara transmissão comunitária em todo o país*. Agência Brasil Brasília. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-governo-declara-transmissao-comunitaria-em-todo-o-pais>

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA COVID-19

Dailly Mielly Mendonça Silva
Mayara Suelirta da Costa
Etel Matielo

Introdução

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) corresponde à garantia, para todas as pessoas, de condições de acesso aos alimentos básicos, de boa qualidade e suficiente quantidade, de modo permanente e de forma que o acesso a outras necessidades básicas não seja comprometido, levando em consideração uma prática alimentar que possibilite o funcionamento saudável do organismo humano, para uma existência digna (Brasil, 2006). A segurança alimentar foi um fator crítico tanto na evolução inicial da nossa espécie, quanto no desenvolvimento das civilizações. O nível de segurança alimentar delimitou a margem de sobrevivência da espécie humana, sendo a via seletiva do progresso de uns e da eliminação pura e simples de outros, especialmente nos primórdios do desenvolvimento da humanidade (Nascimento *et al.*, 2010). Embora o Brasil seja um dos maiores produtores de alimentos do mundo, grande parte da sua população vive em insegurança alimentar e várias situações-problema podem ser detectadas além da fome, da pobreza e da desigualdade, como a obesidade, as doenças associadas à má alimentação, o consumo de alimentos de má qualidade, aos alimentos com preços abusivos e aos padrões alimentares que não respeitam a diversidade cultural (Brasil, 2013).

O governo brasileiro buscou ao longo do tempo implementar políticas públicas voltadas ao enfrentamento da fome e da má alimentação,

ainda que de forma errática e com períodos marcados por avanços e retrocessos (ANESP, 2022). No entanto, essa trajetória de sucesso foi revertida nos últimos quatro anos, com o desmonte de muitas políticas públicas ocorrido durante o Governo Bolsonaro. O indicador mais relevante desse desmonte é a volta do flagelo da fome ao país (Gabinete de Transição Governamental, 2022).

Se a real dimensão do impacto da pandemia de covid-19 e sua condução no Brasil ainda é desconhecida, sabe-se da ampliação das diferenças entre territórios, em prejuízo dos mais vulneráveis, pois a pandemia atinge especialmente as populações com maior número de empregos informais, rendimentos mais baixos e baixo acesso a alimentos saudáveis (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura *et al.*, 2022). A Atenção Básica (AB), sendo um espaço de primeiro contato entre os profissionais de saúde e o território, possui um enorme potencial para contribuir com a garantia da SAN, seja por meio de ações de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, como atuando no rastreamento e identificação da insegurança alimentar. A identificação da prevalência de insegurança alimentar nos territórios tem como potencial principal subsidiar políticas públicas que tenham foco na agenda de segurança alimentar (Botelho, 2019).

Frente o exposto, a presente reflexão objetiva descrever a situação da Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias atendidas em uma Unidade Básica de Saúde Urbana, localizada no Distrito Federal, no contexto da pandemia de covid-19. A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) aponta que a população urbana da Região Administrativa (RA) São Sebastião, no Distrito Federal (DF), era de 115.256 pessoas com renda média per capita de R\$ 1.374,54, sendo em termos de renda, a 18ª dentre as 31 Regiões Administrativas do DF (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio, 2019). O relatório

“A desigualdade da fome no DF”, publicado em 2021 pelo ObservaDF, mostra que o percentual da SAN na RA de São Sebastião estava abaixo de 50%. As desigualdades sociais presentes no DF impactam fortemente a alimentação da população das regiões administrativas mais periféricas da capital federal (Rennó, 2022). Para a coleta de dados foi utilizada a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Para contextualizar a situação, foram acrescentadas perguntas sobre fatores socioeconômicos, demográficos e da pandemia de covid-19.

O TRIA é uma ferramenta de rápida e fácil aplicação que permite avaliar e monitorar a insegurança alimentar (IA) no território, composta por duas questões. Ao responder não para as duas questões do TRIA, considera-se que o domicílio está em situação de segurança alimentar. Caso a resposta seja afirmativa para uma pergunta, o domicílio pode estar em risco de IA leve. Caso ambas as questões tenham respostas afirmativas, considera-se que o domicílio está em risco de IA moderada ou grave (Brasil, 2022). Para a avaliação dos níveis de SAN do domicílio, foi usado a Escala Brasileira de insegurança alimentar (EBIA), um instrumento que permite classificar as famílias, por meio de 14 perguntas, em: segurança alimentar, IA leve e IA moderada ou grave (Segall-Corrêa *et al.*, 2009).

Pesquisa em campo

Uma proposta de pesquisa foi formulada e devidamente submetida e aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), conforme os pareceres CAE 61103622.2.0000.8027 (FIOCRUZ) e 61103622.2.3001.5553 (FEPECS). Foram aplicados 67 questionários, 82,09% deles foram respondidos por pessoas do sexo feminino, 55,2% por pessoas que se autodeclararam pardas, 55,22%

residiam em domicílio próprio, com 82,1% dos domicílios com até quatro moradores, e 55,23% com até quatro cômodos. Em relação ao trabalho, 40,30% dos entrevistados trabalhavam como autônomos e prestadores de serviço rural ou estavam aposentados, 38,81% com uma renda igual ou inferior a 1 salário-mínimo. Dos entrevistados, 80,6% referiram não ser beneficiários de programas de transferência de renda, 86,57% relatam que a renda familiar diminuiu na pandemia e 50,75% não tiveram nenhum membro da família contaminado pela covid-19. A **tabela 1** mostra as características das famílias entrevistadas por situação de SAN.

Em relação a frequência das respostas para o questionário TRIA, 59,7% responderam sim para a primeira pergunta e 62,69% para a segunda, conforme mostra a **tabela 2**. Nas perguntas da EBIA, a maioria dos 67 entrevistados respondeu sim para a primeira e segunda pergunta (59,7%), para a terceira pergunta (64,18%) e para a quarta pergunta (62,69%). O restante das perguntas foram todas respondidas com não pela maioria dos entrevistados. A **tabela 2** traz a frequência das respostas para os questionários de triagem de risco nutricional e classificação da situação de SAN nas famílias entrevistadas. A respeito da situação de SAN nas famílias entrevistadas, apenas 13,43% delas se encontram nessa situação. A maior parte (86,57%), se encontra em algum grau de Insegurança Alimentar, sendo: leve (23,88%), moderada (32,44%) e grave (23,36%), conforme mostra a **tabela 3**. A pesquisa trouxe dois fatores associados à prevalência de SAN: renda e a relação de trabalho dos entrevistados. Também mostra que a resposta afirmativa para a questão 1 e 2 da TRIA está associada a uma prevalência maior de algum grau de insegurança alimentar. A **tabela 4** apresenta, em números, os fatores associados.

Tabela 1. Características sociodemográficas em SAN - famílias atendidas em uma UBS urbana no DF, 2022

Características	Situação de segurança alimentar e nutricional		Total n (%)
	Segurança Alimentar n (%)	Insegurança Alimentar n (%)	
Sexo			
Feminino	14 (27,27%)	41 (74,54%)	82,09%
Masculino	5 (41,66%)	7 (58,33%)	17,91%
Raça/Cor			
Amarela	1 (25%)	3 (75%)	5,97%
Branca	3 (23,07%)	10 (76,93%)	19,40%
Parda	11 (29,73%)	26 (70,27%)	55,22%
Preta	3 (30%)	7 (70%)	14,93%
NR	1 (33,3%)	2 (66,7%)	4,47%
Tipo de domicílio			
Alugado	7 (31,81%)	15 (68,19%)	32,84%
Arrendado	0 (0%)	1 (100%)	1,49%
Cedido	0 (0%)	7 (100%)	10,45%
Próprio	12 (32,43%)	25 (67,57%)	55,22%
Quantidade de moradores no domicílio			
Até quatro	17 (30,90%)	38 (69,1%)	82,1%
Mais de quatro	2 (16,6%)	10 (83,4%)	17,9%
Quantidade de cômodos			
Até quatro	9 (25,71%)	26 (74,29%)	52,23%
Mais de quatro	10 (31,25%)	22 (68,75%)	47,77%
Relação de trabalho			
Empregado	5 (33,3%)	10 (66,7%)	22,39%
Desempregado	4 (16%)	21 (84%)	37,31%
Outros	10 (37,03%)	17 (62,97%)	40,30%
Condição trabalhista			
Carteira assinada	5 (38,46%)	8 (61,54%)	19,4%
Sem carteira assinada	11 (26,82%)	31 (73,18%)	62,69%

Não respondeu	3 (25%)	9 (75%)	17,91%
Renda Familiar			
<1 SM / 1 SM	4 (15,38%)	22 (4,62%)	38,81%
2 SM a 3 SM	8 (32%)	17 (68%)	37,31%
>3 SM	3 (75%)	1 (25%)	5,97%
Não responderam	4 (33,3%)	8 (66,7%)	17,91%
Beneficiário de programa de transferência de renda?			
Não	18 (33,3%)	36 (66,7%)	80,6%
Sim	1 (7,69%)	12 (92,31%)	19,4%
A renda familiar diminuiu na pandemia?			
Não	4 (44,4%)	5 (55,6%)	13,43%
Sim	15 (25,86%)	43 (74,14%)	86,57%
Algum membro da família foi contaminado pela covid-19?			
Não	13 (38,25%)	21 (61,75%)	50,75%
Sim	6 (18,18%)	27 (81,82%)	49,25%

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

Tabela 2. Frequência de respostas questionários TRIA e EBIA para triagem de risco nutricional e classificação da SAN em famílias atendidas em uma UBS urbana, DF, 2022

PERGUNTAS	FREQUÊNCIA	
	Sim n (%)	Não n (%)
TRIA		
Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?	40 (59,7)	27 (40,30)
Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns poucos alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?	42 (62,69)	25 (37,31)
EBIA		
Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?	40 (59,7)	27 (40,3)
Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida?	40 (59,7)	27 (40,30)

Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	43 (64,18)	24 (35,82)
Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns poucos alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?	42 (62,69)	25 (37,31)
Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?	12 (17,91)	55 (82,09)
Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, por que não havia dinheiro para comprar comida?	31 (46,27)	36 (53,73)
Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, por que não tinha dinheiro para comprar comida?	11 (16,42)	56 (83,58)
Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, por que não tinha dinheiro para comprar a comida?	6 (8,96)	61 (91,04)
Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, por que não havia dinheiro para comprar comida?	14 (20,90)	53 (79,1)
Nos últimos três meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, por que o dinheiro acabou?	13 (19,4)	54 (80,6)
Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, por que não havia dinheiro para comprar a comida?	21 (31,34)	46 (68,66)
Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, por que não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	11 (16,42)	56 (83,58)
Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, por que não havia dinheiro para comprar a comida?	2 (2,99)	65 (97,01)
Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	1 (1,49)	66 (98,51)

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

Tabela 3. Situação de SAN em famílias atendidas em uma UBS urbana no DF, 2022

SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR	FREQUÊNCIA n (%)
Segurança Alimentar	19 (13,43)
Insegurança Alimentar Leve	16 (23,88)
Insegurança Alimentar Moderada	23 (32,44)
Insegurança Alimentar Grave	8 (28,36)

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

Tabela 4. Fatores associados à situação de Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias atendidas em uma UBS urbana, DF, 2022

FATORES ASSOCIADOS	SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL			
	Leve (n)	Moderada (n)	Grave (n)	SAN (n)
Renda familiar				
< 1 SM	0	3	5	0
1 SM	4	9	1	4
2 SM	5	3	3	5
3 SM	3	3	0	3
> 3 SM	0	1	0	3
NR	4	4	0	4
Relação de trabalho				
Aposentada	2	1	0	6
Desempregada	7	9	5	4
Empregada	6	4	0	5
Autônoma	1	8	4	4
Não respondeu	0	1	0	0
TRIA questão 1: Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?				
Não	4	3	1	19
Sim	12	20	8	0
TRIA questão 2: Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?				
Não	6	0	0	19
Sim	10	23	9	0

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

Discussão

No presente estudo, apenas 13,43% das famílias atendidas em uma UBS urbana no DF se encontravam em SAN, enquanto 86,57% das famílias foram classificadas com algum grau de Insegurança Alimentar, sendo a maior parte (32,44%) classificada como em Insegurança Alimentar Moderada. No Distrito Federal existe uma disparidade social e econômica de tamanho abissal. O resultado do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN) mostra uma quantidade preocupante de domicílios (61,5%) com algum grau de Insegurança Alimentar (Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar, 2022), já o resultado do presente estudo mostra que 86,57% dos domicílios do território da UBS Urbana selecionada se encontram nessa realidade. Podemos ter um pequeno vislumbre dessa diferença, que também pode ser vista dentro da própria Região Administrativa a que pertence a UBS: 65,6% dos domicílios se encontram em situação de Segurança Alimentar, conforme mostrado na PDAD. Tal diferença dentro da própria Região Administrativa pode estar associada com o fato de que a UBS onde foi realizado o estudo está localizada dentro de uma área mais periférica na Região Administrativa de São Sebastião.

Outra reflexão possível é que a população que busca atendimento nas Unidades Básicas de Saúde possa estar em maior vulnerabilidade quando comparada aos dados gerais da população da área estudada, pois a maior parte dos entrevistados (38,81%) tinham uma renda familiar igual ou menor que 1 SM mensal, enquanto apenas 5,87% das famílias tinham uma renda familiar maior que 3 salários-mínimos. Nessa perspectiva, a realização de diagnósticos de SAN nas UBS pode evidenciar situações mais graves e que precisem de ações imediatas. O estudo confirma a relação já estabelecida entre renda e SAN. Nas famílias entrevistadas que possuíam

renda familiar menor que um SM mínimo, 100% sofrem de algum grau de Insegurança Alimentar, enquanto as famílias que recebem mais que três salários-mínimos, 25% sofrem de Insegurança Alimentar.

Um estudo realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro revelou 53,8% da população em prevalência de Insegurança Alimentar. As variáveis renda familiar mensal per capita, escolaridade do chefe da família, nível socioeconômico, número de pessoas e presença de filtro de água no domicílio apresentaram associação inversa significativa com a Insegurança Alimentar, sendo a renda familiar o indicador que discriminava tanto a segurança quanto a Insegurança Alimentar (Salles-Costa *et al.*, 2008). Outro estudo, sobre os determinantes da Insegurança Alimentar no DF concluiu também que a renda foi o fator com maior diferencial, sendo os domicílios com menor renda, os com maior nível (69,5%) de Insegurança Alimentar (Gubert, 2009).

Na sua extensa obra, Josué de Castro denuncia que a problemática alimentar e nutricional é fruto do modelo de desenvolvimento social e econômico de um país e associa a má alimentação no Brasil com a insuficiência de renda dos brasileiros (Castro, 1946). Outro fator associado à presença da insegurança alimentar nos domicílios que participaram da pesquisa foi o tipo de trabalho: desempregados e autônomos possuíam maior risco de estar em algum grau de insegurança alimentar. Uma pesquisa de âmbito nacional reforça esse resultado, mostrando que entre autônomos 53,3% estão em alguma situação de Insegurança Alimentar, e para os desempregados essa porcentagem vai para 80,4% (Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar, 2022).

Conclusão

O mapeamento da SAN do território dentro da Atenção Básica, permite que sejam identificadas as áreas mais vulnerabilizadas e os fatores associados à situação alimentar e nutricional, sendo uma

ferramenta fundamental na subvenção de decisões relacionadas a ações e políticas públicas que garantam o direito humano à alimentação e à soberania alimentar. Destarte, o profissional nutricionista e o residente de nutrição ampliam o olhar sobre a SAN no território e podem trabalhar conjuntamente com os outros profissionais da Atenção Básica, de forma que a análise da situação alimentar e nutricional da população adscrita do território seja ampliada e qualificada e que isso faça parte do cuidado integral à saúde dos indivíduos e coletivos.

Posto isso, é importante também que o nutricionista articule ações em conjunto com parcerias intersetoriais, favorecendo assim a inclusão de famílias e indivíduos em risco ou já em situação de insegurança alimentar nos equipamentos sociais disponíveis no território. Ampliar o acesso à informação sobre direitos que tenham relação à alimentação e a programas sociais também podem ser feitos dentro da atenção básica. O uso de ferramentas de triagem e classificação de situação de segurança alimentar que sejam de fácil reprodutibilidade e com parâmetros de validação é de suma importância. A TRIA e a EBIA são ambos instrumentos relevantes nessa identificação.

Referências

- Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (ANESP). (2022). *Desmonte de políticas públicas no Brasil: contribuições técnicas para o debate*. Brasília: ANESP. <https://static1.squarespace.com/static/52a23eaae4b0a695ee3d229c/t/63518787b5ad2a3e6f9ddf7d/1666287525199/desmonte-2010.pdf>
- Botelho, F. C. (2019). *Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: um olhar a partir dos direitos humanos* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-27032019-180110/publico/FernandaCangussuBotelhoORIGINAL_Mtr2382.pdf
- Brasil. (2006). *Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006*. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da

- Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. (2022). *Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede*. Brasília: Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_inseguranca_alimentar_aps.pdf
- Castro, J. (1946). *Geografia da fome*. Rio de Janeiro: O Cruzeiro. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/473/o/CASTRO_Josu%C3%A9_-_Geografia_da_Fome.pdf
- Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD). (2021). *PDAD - São Sebastião*. Brasília. https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Sao_Sebastiao.pdf
- Gabinete de Transição Governamental. (2022). *Relatório*. Brasília. <https://static.poder360.com.br/2022/12/Relatorio-final-da-transicao-de-Lula.pdf>
- Gubert, M. B., & Santos, L. M. P. do. (2009). Determinantes da insegurança alimentar no Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 20(2), 143-150.
- Nascimento, A. L., & Andrade, S. L. L. (2010). Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? *Ciência e Cultura*, 62(4), 34-38. http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400012
- Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (REDE PENSSAN). (2022). II VIGISAN: *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: Rede Penssan. <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>
- Rennó, L. R., et al. (2022). Desigualdade da fome no Distrito Federal: relatório técnico. *Observatório de Políticas Públicas do DF (ObservaDF)*, n. 1, Brasília, DF. <https://observadf.unb.br/noticias/2-publicacoes/54-observadf-apresenta-pesquisa-sobre-desigualdade-de-fome-inseguranca-alimentar-e-politicas-sociais-no-df>
- Salles-Costa, R., et al. (2008). Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Nutrição*, 21(Suppl), 99s-109s. <https://www.scielo.br/j/rn/a/fq69hBWpxzHC8MFXDfXDLqD/>
- Segall-Corrêa, A. M., & Marin-Leon, L. (2009). A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 16(2), 1-19. <https://doi.org/10.20396/san.v16i2.8634782>

ORIENTAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA OBESIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Karen Palmeira Figueiredo
Cássia de Andrade Araújo

Introdução

Entre os anos de 2020 e 2021 da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) enfrentaram um profundo impacto da pandemia de covid-19, o que levou a uma significativa reorganização dos serviços de saúde. Esse cenário revelou diversas dificuldades para os profissionais e a gestão, especialmente na perspectiva da Educação Alimentar e Nutricional. As atividades do grupo de Obesidade, inserido na Linha de Cuidado para pessoas com sobrepeso e obesidade, foram suspensas em atenção à recomendação de distanciamento social em face das medidas de controle da pandemia. Essa suspensão exigiu uma adaptação na abordagem do atendimento aos indivíduos que antes eram acompanhados pelo grupo, visando assegurar a continuidade do cuidado em meio aos desafios impostos pela situação emergencial.

Como contribuição da categoria de nutrição na residência multiprofissional em atenção básica durante a pandemia, assumiu-se o compromisso de buscar na literatura materiais que abordassem orientações sobre alimentação e nutrição para a obesidade, direcionadas tanto aos usuários quanto às equipes de saúde, considerando a realidade imposta. O intuito foi contribuir para o desenvolvimento de estratégias

eficazes que auxiliassem no enfrentamento dessa questão de saúde coletiva de forma abrangente e sensível no âmbito local. A obesidade é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma prioridade global de saúde pública. Seu aumento crescente é atribuído a uma complexa interação de fatores biopsicossociais, nos quais aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais desempenham um papel crucial, indo além das escolhas individuais (Dias *et al.*, 2017). Ela também é um fator de risco para outras comorbidades e está associada à insegurança alimentar e nutricional, sendo afetada pela desigualdade no acesso a alimentos saudáveis (Silva; Silva, 2017). Os modos de vida contemporâneos e o ambiente alimentar atual contribuem para o aumento do consumo de produtos processados e ultraprocessados, enquanto a prática de atividade física é reduzida (Dias *et al.*, 2017; Caisan, 2014).

No contexto brasileiro, a prevalência da obesidade tem se elevado, acarretando preocupações para a saúde e a economia do país. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 60,3% da população adulta apresentava excesso de peso, sendo 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres classificados como obesos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019). O impacto financeiro é significativo, com custos expressivos para o Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados a doenças decorrentes do excesso de peso e obesidade (Oliveira; Santos; SILVA, 2011; Bahia *et al.*, 2012). Em resposta a esse cenário, o governo brasileiro tem implementado estratégias no âmbito do SUS para o controle da obesidade, buscando garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), além de promover a alimentação adequada e saudável (Silva; Silva, 2017). Políticas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) têm sido fundamentais para organizar ações de prevenção e tratamento da obesidade (Brasil, 1999; Cenci; Campos, 2019). A pandemia de covid-19 trouxe desafios adicionais, afetando comportamentos alimentares e

agravando a vulnerabilidade social, especialmente para populações com menor acesso a alimentos saudáveis (Armitage; Nellums, 2020; Souza Filho; Tritany, 2020).

Diante desse contexto, a Atenção Básica (AB) desempenha um papel crucial no cuidado integral aos indivíduos com excesso de peso, buscando ofertar ações de prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (Brandão *et al.*, 2020). A linha de cuidado para pessoas com sobrepeso e obesidade estabelecida na Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo o fortalecimento da atenção integral a partir da AB, permitindo o desenvolvimento de ações de incentivo e apoio a hábitos saudáveis, prevenção e controle da obesidade (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Ramos *et al.*, 2020). Foram, então, analisados documentos que abordam recomendações de nutrição no contexto da obesidade durante a pandemia da covid-19, considerando a importância da prevenção e controle da obesidade frente aos desafios impostos pela pandemia, bem como a necessidade de uma atenção integral aos indivíduos obesos, incluindo o monitoramento do estado de saúde e dos comportamentos alimentares no âmbito da AB.

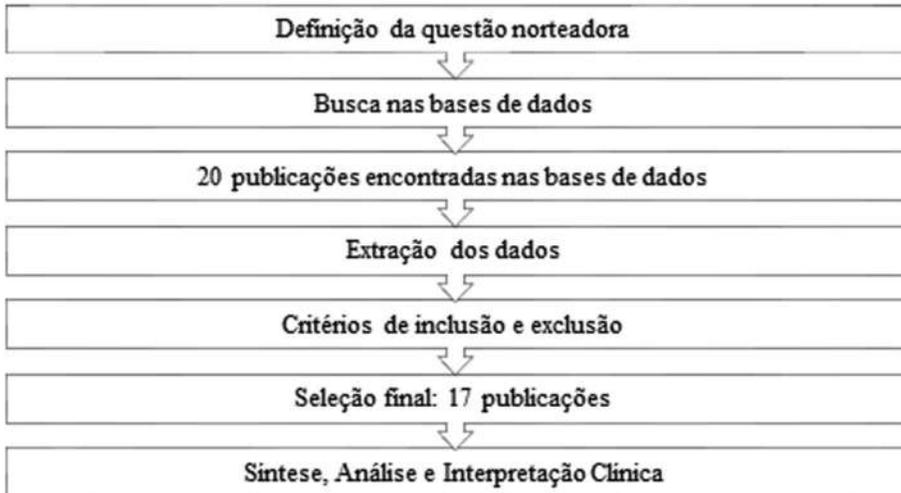
Metodologia

O percurso metodológico envolveu o levantamento das principais publicações que abordam as orientações de alimentação e nutrição no contexto da obesidade durante a pandemia de covid-19. Posteriormente, essas publicações foram analisadas à luz da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e do Guia Alimentar da População Brasileira, ambos publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014; Brasil, 2010). Essa análise permitiu identificar como as orientações de nutrição no contexto da obesidade durante a pandemia se alinham com as diretrizes e objetivos estabelecidos pelas políticas nacionais de saúde e nutrição do Brasil.

A pesquisa documental foi conduzida em dezembro de 2021, e a busca pelos documentos foi realizada em diferentes fontes, incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde, sites de entidades e órgãos oficiais de nutrição e saúde, como a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Conselho Federal de Nutricionistas e outras instituições acadêmicas, científicas ou profissionais. Os critérios de inclusão para a seleção dos documentos foram: produções em forma de manuais e cartilhas sobre a temática, produzidas por instituições e órgãos oficiais, com acesso aberto, em português, com potencial uso para a população brasileira, e que foram publicadas entre março de 2020 e dezembro de 2021. Posteriormente, foi realizada a leitura e extração dos dados relevantes, incluindo informações sobre a instituição de publicação, local, ano, autores, público-alvo, recomendações nutricionais relacionadas à obesidade e outras orientações de alimentação e nutrição.

A pesquisa documental resultou na identificação de 20 produções relevantes. Após a pré-seleção dos achados, os documentos foram submetidos a uma leitura completa e foram extraídos os dados previamente definidos. Mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 17 produções foram escolhidas para leitura integral. A etapa subsequente consistiu na síntese, análise e interpretação dos documentos, utilizando uma matriz analítica que compreendeu categorias de análise específicas: características gerais dos documentos, orientações nutricionais gerais, orientações voltadas para a obesidade e contribuições para a AB.

Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Resultados e discussões

Caracterização das publicações

Inicialmente, foram identificadas 20 publicações, mas somente 17 foram consideradas elegíveis para análise (**Quadro 1**). Todas as publicações selecionadas foram divulgadas no ano de 2020, o que pode ser explicado pela emergência da pandemia de covid-19 no Brasil e pela necessidade de disseminar informações seguras e acessíveis para a população sobre o tema. Quanto às instituições responsáveis pelas publicações, constatou-se que 53% eram provenientes de Universidades Federais, 11,7% do Ministério da Saúde (MS), 11,7% de Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto os outros 23,5% incluíam Institutos Federais, FIOCRUZ, ASBRAN e a Direção Geral de Saúde (DGS) de Portugal. Em relação ao público-alvo, a maioria dos manuais destinou-se à população em geral, com exceção do manual da Universidade Federal de

Pernambuco (UFPE), voltado aos moradores de casas de estudantes, e o da FIOCRUZ, direcionado aos trabalhadores e trabalhadoras da instituição.

A distribuição geográfica das publicações revelou que 29% foram originadas na região Nordeste, seguida pela região Sudeste com 23%, região Sul com 17,6%, e região Norte com 5,8%. Não foram encontradas publicações da região Centro-Oeste. Os objetivos dos manuais apresentaram algumas similaridades (**Tabela 1**). O documento da DGS, de Portugal, abordou recomendações para pessoas afetadas pela covid-19 em 2020. O Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) trouxe informações sobre alimentação saudável de baixo custo para 2020, enquanto o manual da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) apresentou propriedades funcionais dos alimentos e receitas funcionais (Carvalho; Brito, 2020). Além disso, 82% das publicações enfatizaram aspectos relacionados à higiene dos alimentos, fornecendo orientações sobre compras, manipulação, conservação, preparo, lavagem das mãos e limpeza de superfícies (Brun *et al.*, 2020; Morais *et al.*, 2020; Associação Brasileira de Nutrição, 2020; Hananda *et al.*, 2020; Brasil, 2020; Fundação Oswaldo Cruz, 2020; Brasil, 2020; Portugal, 2020; Molina, 2020; Soares, 2020; Pernambuco, 2020; Silveira *et al.*, 2020; Santa Catarina, 2020; Soares, 2020). Essas orientações são de extrema importância, pois a contaminação dos alimentos pelo vírus pode ocorrer por meio do contato com superfícies, objetos e utensílios que tenham sido contaminados. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ressalta a limpeza das mãos como uma das estratégias mais efetivas para reduzir significativamente o risco de transmissão e contaminação (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020). Observou-se que 35% dos documentos ainda enfatizavam características, sintomas e transmissão da covid-19, além de fornecer informações sobre como evitar o contágio (Brun *et al.*, 2020; Morais *et al.*, 2020; Hananda *et al.*, 2020; Pernambuco, 2020; Silveira *et al.*, 2020; Soares, 2020).

Quadro 1. Publicações incluídas no estudo

Título da Publicação	Objetivos	Instituição Responsável
Nutrição e covid-19: promoção à alimentação saudável em todas as fases da vida	Colaborar para manutenção da saúde e incentivar a nutrição saudável em tempos de covid-19.	Universidade Federal de Rio Grande (FURG)
Orientações nutricionais para o enfrentamento da covid-19	Orientar sobre precauções necessárias no manuseio dos alimentos.	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Guia para uma alimentação saudável em tempos de covid-19	Transmitir orientações sobre a alimentação saudável no contexto da pandemia.	Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)
Manual de orientações sobre nutrição e saúde na pandemia de covid-19	Orientar sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia e informações sobre o manuseio de alimentos.	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Recomendações de alimentação em tempos de pandemia de covid-19	Informar sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia e informações sobre compras dos alimentos.	BRASIL. Ministério da Saúde
Guia de orientação em relação à alimentação e exercício físico: diante da pandemia da doença pelo Sars-Cov-2 (covid-19)	Auxiliar os trabalhadores e trabalhadoras a se exercitarem e se alimentarem adequadamente no período do isolamento social.	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Recomendações de alimentação e covid-19	Transmitir recomendações sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia e informações sobre compras dos alimentos.	BRASIL. Ministério da Saúde
Manual de intervenção alimentar e nutricional na covid-19	Destacar a importância da intervenção nutricional no contexto da covid-19 para toda a população, para grupos de risco e para pessoas afetadas por covid-19.	PORTUGAL. Direção Geral de Saúde.
Alimentação saudável no cotidiano de uma quarentena (e além)	Informar sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia.	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Comer emocional: como lidar com a relação entre comida e emoções em tempos de distanciamento social	Informar como lidar com a relação entre comida e emoções em tempos de distanciamento social.	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Alimentação e comportamento alimentar diante da pandemia da covid-19	Apresentar recomendações nutricionais que orientam uma alimentação adequada e saudável à luz do Guia Alimentar para a População Brasileira.	Universidade de São Paulo (USP)
Guia prático: alimentação e covid-19	Transmitir recomendações sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia.	Secretaria Estadual da Saúde, PE
Boa alimentação em tempos de covid-19	Promover saúde preventiva, através de orientações sobre alimentação saudável e de baixo custo.	Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS)
Como manter o coronavírus longe dos alimentos.	Orientações básicas para moradores das Casas do Estudante sobre alimentação adequada, manipulação e higiene dos alimentos em tempos de covid-19.	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) / Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Mantenha uma alimentação saudável durante a pandemia	Transmitir recomendações sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia.	Secretaria Estadual da Saúde, SC
Recomendações nutricionais e covid-19	Transmitir recomendações sobre a alimentação saudável no contexto de pandemia.	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Turbine sua imunidade: alimentos saudáveis e com propriedades funcionais em tempos de pandemia	Informar sobre alimentos saudáveis e suas propriedades funcionais, e opções de receitas funcionais.	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Caracterização das orientações nutricionais

Os documentos compartilham recomendações nutricionais para uma alimentação saudável durante a pandemia, alinhadas com o Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014. Eles enfatizam a importância de considerar as necessidades biológicas, sociais e emocionais, bem como fatores culturais, de gênero, raça e etnia na

alimentação. No entanto, muitos brasileiros enfrentam insegurança alimentar devido à desigualdade na distribuição de renda, o que piorou durante a pandemia, especialmente em grupos vulneráveis. Uma limitação nos documentos é a abordagem biomédica da alimentação, que se concentra nas recomendações científicas e ignora as dimensões socioculturais do comer. É crucial ampliar o debate sobre segurança alimentar e o direito à alimentação adequada, envolvendo o Estado para garantir um acesso livre e digno aos alimentos.

A maioria dos documentos se embasou nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, destacando o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, limitando o uso de alimentos processados e evitando os ultraprocessados. Essas orientações são relevantes no contexto de distanciamento social, visto que pesquisas indicam que esse período pode levar a um estilo de vida menos saudável (Malta *et al.*, 2020). É importante ressaltar que os determinantes sociais e econômicos têm influência na ingestão de alimentos. Famílias em situação de insegurança alimentar tendem a consumir dietas monótonas, com baixo consumo de frutas e verduras e alta ingestão de alimentos ultraprocessados (Mazur, 2015; (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, 2008).

Os manuais da UFES e USP (Soares *et al.*, 2020; Soares, 2020) exploraram o comportamento alimentar, contribuindo para a compreensão da relação entre comida e emoções, especialmente durante o distanciamento social. É importante destacar a relação entre sentimentos, aumento do consumo de alimentos hipercalóricos e ganho de peso (Verticchio; Verticchio, 2020). A publicação da DGS, de Portugal, trouxe orientações adicionais para situações de insegurança alimentar no contexto da covid-19, aspecto não abordado nos demais documentos.

Em relação às orientações nutricionais voltadas para a obesidade, seis documentos (Brun *et al.*, 2020; Associação Brasileira de Nutrição,

2020; Portugal, 2020; Pernambuco, 2020; Instituto Federal do Rio Grande do Sul, 2020; Carvalho; Brito, 2020) abordaram o tema de forma específica, destacando a obesidade como fator de risco para complicações da covid-19. A alimentação ocidental, caracterizada pelo consumo de alimentos ultraprocessados, foi mencionada em um dos manuais (Carvalho; Brito, 2020).

Embora as informações contidas nos documentos sejam pertinentes para a prevenção e cuidado de indivíduos obesos, é fundamental considerar a realidade social e financeira da população, que nem sempre possui condições ideais para cumprir as orientações propostas. A pandemia afetou a oferta e demanda de alimentos, reduzindo o poder de compra e a capacidade de acesso à comida, principalmente para os mais vulneráveis. A promoção da SAN deve ser considerada como um direito humano básico, precisa ser garantido o acesso regular a alimentos de qualidade de acordo com as necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, respeitando a diversidade cultural e buscando a sustentabilidade social, econômica e ambiental. A obesidade não pode ser dissociada da insegurança alimentar, pois é reconhecida como um problema social influenciado pelos modos de produção, abastecimento e acesso aos alimentos.

Contribuição das orientações na Atenção Básica

A AB é um espaço privilegiado para a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e para a disseminação das recomendações para a prevenção e o tratamento da obesidade. É fundamental para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção da obesidade, proporcionando uma atenção integral aos usuários com excesso de peso (Jaime *et al.*, 2011). Entretanto, ainda há desafios a serem enfrentados na AB para lidar com a obesidade. A prevalência da obesidade entre as populações de baixa renda, a baixa capacitação dos profissionais de saúde, a escassez de promoção

da saúde, a dificuldade de avaliar a efetividade das ações de alimentação e nutrição nas escolas, a falta de espaços físicos e equipamentos adequados para atividades físicas, além do número insuficiente de profissionais de nutrição e de educação física, são alguns dos obstáculos identificados (Almeida *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2021).

Profissionais de saúde apontam desafios relacionados aos aspectos financeiros e sociais que influenciam o tratamento do indivíduo obeso, como as questões familiares, escolares e do ambiente em que estão inseridos (Santana, 2020; Brasil, 2022). Um estudo realizado em um município brasileiro de médio porte revelou que a maioria dos usuários da AB desconhece os “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável” do Guia Alimentar, destacando a necessidade de reforçar o tema e utilizá-lo como ferramenta para a promoção de uma alimentação adequada e saudável (Lindemann *et al.*, 2016). Nesse contexto, a elaboração dos manuais apresentados neste estudo assume grande importância, pois possuem linguagem acessível e direta para a população, profissionais de saúde e outros envolvidos. São ferramentas simples e de baixo custo que podem ser consideradas importantes para a EAN. No entanto, é crucial consolidar programas e ações alinhadas com as diretrizes do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), incorporando estratégias intersetoriais e territoriais, além de levar em consideração as demandas específicas das populações em situações particulares de vulnerabilidade e insegurança alimentar.

A promoção à saúde é um desafio que requer um modelo intersetorial, indo além do espaço físico das UBS. No entanto, é importante ressaltar que a AB no Brasil tem enfrentado desafios devido a lei do teto de gastos, a Emenda Constitucional n.º 95/2016, que estabeleceu o congelamento do percentual de gastos públicos federais com ações de saúde por 20 anos, e devido à reformulação do financiamento da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, que trouxe mudanças conceituais

e práticas para a gestão, atenção e educação no sistema de saúde no tocante às ações territoriais, afetando sua universalidade, integralidade e equidade, além de segmentar o cuidado e fundir as atribuições dos profissionais de saúde.

Considerações finais

Este estudo teve como propósito analisar a relevância dos documentos publicados, visando avaliar sua contribuição para fornecer orientações sólidas sobre alimentação saudável durante o período de distanciamento social, considerando a obesidade e o papel da AB. A escassez de publicações encontradas reflete a redução do investimento federal em pesquisas, ciência e políticas sociais, reforçando a importância do apoio estatal para impulsionar mais pesquisas, inovações e tecnologias no campo da alimentação e nutrição. A Política de Alimentação e Nutrição enfrentou desafios devido a desmontes, principalmente nos últimos quatro anos, evidenciado pela extinção do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e pela diminuição da cobertura de programas de transferência de renda.

Os documentos analisados têm uma função social de extrema importância, pois disseminam informações sobre hábitos alimentares, sua relação com a saúde e a SAN da população. Suas recomendações abrangem diversos aspectos da nutrição, abordando aquisição de alimentos, higiene, preparo de refeições e aproveitamento integral dos produtos. Portanto, a elaboração dessas publicações representa uma estratégia política significativa para promover o conhecimento sobre alimentação saudável. No entanto, os documentos ainda pecam ao não abordar a complexidade do ato alimentar, ignorando suas especificidades e a viabilidade de cumprir as recomendações, especialmente durante a pandemia, quando a vulnerabilidade social aumentou e certas populações enfrentaram maior dificuldade no acesso aos alimentos. São

bastante insuficientes ao não explorarem as estratégias intersetoriais, envolvendo diferentes áreas governamentais no controle adequado da obesidade e na SAN. Na AB, apesar dos desafios relacionados ao controle da obesidade, esses manuais podem subsidiar atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), visando promover alimentação adequada e saudável devido à sua linguagem acessível e baixo custo. A maioria das informações nos documentos está em conformidade com o Guia Alimentar da População Brasileira, o que as torna adequadas para serem transmitidas à população.

Por fim, o estudo recomenda que a AB realize ajustes necessários de acordo com o público-objetivo, levando-se em conta a complexidade do ato de comer/alimentar-se, a cultura, às circunstâncias de empobrecimento da população durante a pandemia e as realidades sociais complexas do Brasil, além das condições materiais e financeiras para aderirem a tais orientações. Um enfoque intersetorial é essencial para enfrentar os desafios relacionados à obesidade e promover a alimentação adequada e saudável para todos.

Referências

- Almeida, L. M., et al. (2017). Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 8(1), 114-139. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700>
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). Covid-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). (2020). *Guia para uma Alimentação Saudável em tempos de covid-19*. São Paulo: ASBRAN. <https://www.asbran.org.br/storage/downloads/files/2020/03/guia-alimentar-covid-19.pdf>
- Bahia, L., et al. (2012). The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BioMed Central - BMC Public Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-440>
- Brandão, A. L., et al. (2020). Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde em Debate*, 44(4), 93-678. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>

- Brasil. (2010). *Decreto n.º 7.272, de 25 de agosto de 2010*. Regulamenta a Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN estabelece o parâmetro para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e dá outras providências. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). *Nota técnica n.º 18/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA*. Covid-19 e as boas práticas de fabricação e manipulação de alimentos. Brasília. <https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/AL/Artigos/NT%2018.2020%20-%20Boas%20Pra%CC%81ticas%20e%20Covid%2019-1.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). *Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999*. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710_10_06_1999.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira*. 2ª ed. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Recomendações de alimentação em tempos de pandemia de covid-19*. Brasília. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/recomendacao_de_alimentacao_em_tempos_de_covid-19.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde, versão preliminar*. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
- Brun, A. N., et al. (2014). *Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade: recomendações para estados e municípios*. Brasília. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf
- Carvalho, C. T., & Brito, I. de L. (2020). Turbine sua imunidade: *alimentos saudáveis e com propriedades funcionais em tempos de pandemia*. João Pessoa: UFPB. <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/turbine-sua-imunidade-alimentos-saudaveis-e-com-propriedades-funcionais-em-tempos-de-pandemia>
- Carvalho, L. de S., et al. (2021). Reflexões sobre os desafios e perspectivas no enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção básica no Brasil. *Research, Society and Development*, 10(7), e6810716331. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16331>
- Cenci, G. M., & Campos, F. do R. (2019). *Políticas públicas de segurança alimentar e nutricional voltados ao controle da obesidade infantil*. II Workshop – WEAA: Consumo,

- mercado e Ação Pública, Porto Alegre. https://www.ufrgs.br/weaa/wp-content/uploads/2019/10/GT03_Gabrielli.pdf
- Dias, P. C., et al. (2017). Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>
- Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Alimentação, Saúde e Ambiente. (2020). *Guia de orientação em relação à alimentação e exercício físico diante da covid-19*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. <https://cogepe.fiocruz.br/aplicativos/gconteudo/ata20200327082853.pdf>
- Hananda, A. F. L., et al. (2020). *Manual de orientações sobre nutrição e saúde na pandemia de covid-19*. Manaus: UFAM. <https://edoc.ufam.edu.br/bitstream/123456789/3114/1/Manual%20COVID-19%20Nutric%cc%a7a%cc%83o%20UFAM.pdf>
- Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). (2008). *Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas: relatório síntese*. Rio de Janeiro: Ibase.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019). *Pesquisa nacional de saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>
- Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS). (2020). Núcleo de Estudos em Agroecologia e Produção Orgânica. *Boa alimentação em tempos de covid-19*. Porto Alegre: IFRS.
- Jaime, P. C., et al. (2011). Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, 24(6), 809–824. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>
- Lindemann, I. L., Oliveira, R. R., & Mendoza-Sassi, R. A. (2016). Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 599–610. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.04262015>
- Malta, D. C., et al. (2020). The covid-19 pandemic and changes in adult brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 20. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020407. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>
- Molina, M. d. C. B. (2020). *Alimentação saudável no cotidiano de uma quarentena (e além)*. Espírito Santo: UFES. https://nutricao.ufes.br/sites/nutricao.ufes.br/files/field/anexo/alimentacao_na_quarentena_300320.pdf
- Morais, A. H. de A., et al. (2020). *Orientações nutricionais para o enfrentamento da covid – 19*. Natal: UFRN. <https://drive.google.com/file/d/15cBZySQsBvdEp40gXWN1giWctbPUdZjl/view>
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Pernambuco. (2020). Segurança Alimentar e Nutricional no contexto da covid-19 e nos pós pandemia: *Guia prático – Alimentação e Covid-19*. Pernambuco. <https://telessaude.pe.gov.br/ead/mod/resource/view.php?id=2063>

- Poloski, G. do R., et al. (2020). *Nutrição e covid-19: promoção à alimentação saudável em todas as fases da vida*. Rio Grande: FURG. https://ppgenfermagem.furg.br/images/COVID_19/Textos/Nutrio_e_COVID-19.pdf
- Portugal. Direção Geral de Saúde (DGS). (2020). *Manual de Intervenção Alimentar e Nutricional na covid-19*. Lisboa: DGS. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/05/Manual-de-intervenc%CC%A7a%CC%83o-Alimentar-e-nutricional-covid-19.pdf>
- Ramos, D. B. das N., et al. (2020). Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6), e00116519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519>
- Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde. (2020). *Mantenha uma alimentação saudável durante a pandemia*. Santa Catarina. <http://scsaude.sea.sc.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Cartilha-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-na-Pandemia-SC-SAUDE.pdf>
- Santana, J. M. (2020). *Atenção integral à saúde de pessoas com obesidade no município de Guarulhos: desafios e estratégias de enfrentamento vivenciadas por profissionais da Atenção Básica*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). doi:10.11606/D.108.2020.tde-17062021-104229
- Silva, W. G., & Silva, W. J. G. da. (2017). *O direito humano à alimentação adequada, segurança alimentar nutricional e a obesidade infantil*. Portal Jurídico Investidura. <http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-dasaude/335982-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-seguranca-alimentar-nutricional-e-aobesidade-infantil>
- Silveira, K. C., et al. (2020). *Como manter o coronavírus longe dos alimentos*. Recife: UFPE; Santa Maria: UFSM. <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/398/2020/06/Como-manter-o-coronav%C3%ADrus-longo-dos-alimentos.pdf>
- Soares, F. L. P., et al. (2020). *Comer emocional: como lidar com a relação entre comida e emoções em tempos de distanciamento social*. Vitória: UFES. https://nutricao.ufes.br/sites/nutricao.ufes.br/files/field/anexo/orientacoes_comer_emocional.pdf
- Soares, S. L. P. (2020). *Recomendações nutricionais e covid-19*. Campina Grande: UFCG. <https://prac.ufcg.edu.br/images/comunicados/2020/ccovid19.pdf>
- Souza Filho, B. A. B. de, & Tritany, É. F. (2020). Covid-19: importância das novas tecnologias para a prática de atividades físicas como estratégia de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00054420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054420>
- Verticchio, D. F. dos R., & Verticchio, N. de M. (2020). Os impactos do isolamento social sobre as mudanças no comportamento alimentar e ganho de peso durante a pandemia do covid-19 em Belo Horizonte e região metropolitana, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(9), e460997206. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7206>

A SAÚDE MENTAL NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E O GRUPO DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Beatriz de Melo Silva
Beatriz Schmidt da Rocha
Maria de Fátima Marques

Introdução

Este relato de experiência tem como objetivo apresentar vivências da psicologia no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (EGF), em um grupo de gestantes realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) da Unidade Básica de Saúde (UBS) n.º 2, do Guará II, no Distrito Federal (DF). A saúde é um direito fundamental e é dever do Estado promover o seu pleno exercício. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante este direito a toda e qualquer pessoa, nascida ou não, em território nacional. Desde 2006, a AB (AB) funciona como o elemento coordenador da atenção à saúde de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006). Ela tem como objetivo estar mais próxima da comunidade e, conseqüentemente, mais próxima das necessidades sociais em saúde (Faria, 2017).

Pela atual PNAB, a AB no SUS é estabelecida como a principal porta de entrada e a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O modelo de organização prioritário para a AB no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (Brasil, 2012). Com o intuito de oferecer a esta equipe de referência primária uma equipe multiprofissional e

interdisciplinar, foram configurados, pela PNAB, os Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com atuação complementar e também própria em território. O NASF-AB deve ser composto por 5 profissionais de categorias diferentes, podendo serem eles assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, entre outros. O trabalho do NASF-AB é fundamentado nos conceitos de Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Supervisão Clínico-Institucional, Suporte Técnico-Pedagógico e Educação Permanente em Saúde.

Atualmente, no DF, o profissional de psicologia da AB está, em sua grande maioria, inserido nas equipes de NASF-AB. As suas atribuições envolvem prevenir agravos à saúde mental, apoiar a integralidade do cuidado às pessoas e famílias, propor ações intersetoriais e articular atendimentos também com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsabilizando-se pelo acompanhamento longitudinal de usuários que não estão mais em sofrimento mental grave (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Oliveira *et al.* (2017) destacam que, de forma geral, a participação do psicólogo nas equipes de saúde, tanto nos NASF-AB quanto nas eSF, proporciona um cuidado mais próximo ao que preconiza o princípio da integralidade, a partir de um modelo comprometido com os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva (de Souza Nascimento, 2021).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (CAB) número 32, que trata da atenção ao pré-natal de baixo risco, a principal porta de entrada das pessoas gestantes no SUS, é a AB. Na UBS, é possível acompanhar longitudinalmente e continuamente a gravidez, possibilitando uma atenção mais cuidadosa e acolhedora para as reais necessidades dessas pessoas (Brasil, 2012). O atendimento às pessoas gestantes na AB deve prezar pela integralidade. Nesse sentido, inclui o cuidado realizado por diversos profissionais a fim de juntar disciplinas e saberes diferentes para

um cuidado mais amplo. Inclui a consideração da demanda espontânea e da demanda programada, mas sempre respeitando as demandas imediatas da população. Inclui também a integração de atividades de cuidado individual e em grupo que proporcionem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo as articulações sociais.

Para Costa *et al.* (2018), os profissionais da obstetrícia têm de oferecer suporte capaz de proporcionar às pessoas gestantes uma escuta qualificada em relação ao seu ciclo gravídico-puerperal, disponibilizar informações adequadas quanto à sua saúde, à sua expectativa de atendimento e ao tempo de espera, preparar atenção em rede na saúde e tratar da ambiência hospitalar, tanto para as mulheres como para seus familiares, como prevê e sustenta a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento. É de extrema importância a construção de um vínculo com os profissionais de saúde, que deve se dar durante todo o processo, desde o pré-natal até o nascimento. Esse processo do ciclo de vida é um importante momento na reestruturação de papéis da vida. Tem-se a vivência de mudanças biológicas, emocionais, psicológicas, somáticas e sociais, tornando a experiência em questão única e intensa. O processo pode influenciar tanto na individualidade, como em suas relações sociais (Piccinini *et al.*, 2008).

A forma como a pessoa lida com as transformações gestacionais influenciará fortemente a sua relação com o bebê. Por isso, é importante, além dos cuidados físicos, entender a sua dinâmica psíquica para melhor auxiliá-la (Piccinini *et al.*, 2008). Os estados físico e mental possuem influência direta sobre a saúde de quem gesta e do feto (Vianna; Vilhena, 2016). Há uma crença de que a gravidez é uma experiência repleta de felicidades e sentimentos positivos, porém não é o que grande parte das pessoas experimenta no período em questão. A literatura evidencia que muitas pessoas grávidas expressam, em algum nível, sofrimentos físicos e psíquicos, experimentam situações de violência física e psicológica,

atravessam dificuldades emocionais e sociais. Daí se tem a importância do amparo de profissionais e familiares, mesmo em uma gravidez fisiológica, uma vez que, se não for cuidada, uma tristeza ou aflição pode se transformar crônica (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014).

O puerpério é o período que sucede o parto e durante esta fase o corpo da pessoa que gestou trabalha para se recuperar do cansaço da gravidez e do parto, o que pode favorecer o desenvolvimento de transtornos mentais (Manente; Rodrigues, 2016). Por ser um período intensamente vivido devido às diversas exigências sociais em torno das pessoas gestantes e pelas necessidades que precisam ser supridas dos recém-nascidos, os sentimentos de tristeza e sofrimento provocam uma sensação de estranhamento e inadequação, já que fomos ensinados socialmente que esta é uma fase de alegrias e comemorações (Arrais, 2005). Neste período de grandes reflexões e responsabilidades, são geradas mudanças no humor, que podem ser chamadas de *Baby Blues*, Depressão Pós-Parto (DPP) e Psicose Materna (Oliveira; Dunningham, 2015).

Por se sentirem contrárias ao que é esperado socialmente, a tendência é de não buscarem por ajuda e de não contarem para alguém o que se sente, isso só faz com que se isolem mais e não tenham um tratamento adequado para a sua questão, aumentando a tendência de cronificar os sintomas depressivos e até causar prejuízos na relação mãe-bebê-pai (Arrais, 2005). De acordo com Leite *et al.* (2014), é importante que haja um incentivo, por parte dos profissionais que acompanham as pessoas que estão gestando, a participarem de grupos de gestantes. Nesses grupos ocorre a construção de conhecimento, trocas de experiências e proporciona um ambiente acolhedor para essas pessoas que se sentem sozinhas e com dificuldade de compartilhar seus verdadeiros sentimentos acerca do que estão vivenciando neste período.

Para Frigo *et al.* (2012), o desenvolvimento de grupos deve ser visto como uma parte do processo de educação em saúde das pessoas

gestantes e como complementares às consultas, com o objetivo de estimular as pessoas gestantes a adotarem hábitos mais saudáveis para ela e para o bebê, diminuir a ansiedade, o estresse ou até mesmo a depressão que são relativamente comuns nesse processo. Nos dias de hoje, é possível observar nas unidades de saúde uma ampliação da oferta de serviços cuidadores na gestação e no puerpério. No entanto, muitas ações privilegiam apenas a dimensão biológica, mantendo uma visão tradicional de saúde em que aspectos psicossociais não são suficientemente tratados (Arrais; Araújo, 2016).

Pensando na integralidade da atenção à saúde da mulher, Alessandra Arrais propõe um modelo de pré-natal psicológico (PNP), o qual tem como objetivo promover um espaço de fala e escuta às gestantes e parceiros sobre suas vivências, mudanças emocionais e sociais que são advindos do processo gestacional (Bortoletti, 2007). O PNP é uma ação complementar ao pré-natal biomédico. Este modelo de grupo proporciona suporte emocional, informacional e instrucional, sendo um grupo psicoeducativo sobre as três fases do ciclo gravídico-puerperal (Arrais; Araújo, 2016).

Percurso metodológico

O relato de experiência traz uma estratégia de intervenção com gestantes por meio de um grupo, realizado nas proximidades da unidade básica de saúde do Guará II. Ao grupo foi atribuído o nome “Gestando com Saúde” e foi composto por oito etapas, sendo um momento inicial de contato e convocação das mulheres, seguido por sete encontros, cada um com um tema específico, e uma avaliação realizada no último. Os grupos foram realizados quinzenalmente entre maio e julho de 2022. O contato inicial com as gestantes foi feito por meio de ligação telefônica, após a coleta de dados nos protocolos de abertura para iniciar o pré-natal, que é feito por cada equipe de Saúde da Família da UBS 2 Guará. Participaram do

grupo um total de sete mulheres gestantes, todas maiores de 18 anos. No entanto, é importante destacar que nem todas as participantes estiveram presentes em todos os encontros realizados. A decisão de iniciar um grupo para gestantes foi tomada durante uma reunião da equipe do NASF-AB, a partir do reconhecimento da singularidade, complexidade e incertezas que caracterizam o período gestacional e do interesse das psicólogas envolvidas.

A discussão envolveu a possibilidade de se constituir um grupo multiprofissional para gestantes. Em relação ao espaço físico para o desenvolvimento do grupo, buscou-se uma parceria com instituições próximas à UBS, sendo que a parceria firmada foi com a Escola Técnica do Guará (CEPAG), onde o grupo pôde ser realizado. Na CEPAG podia-se utilizar uma sala ampla, que já continha cadeiras, uma mesa redonda, janelas, ar-condicionado e um quadro branco. Era uma sala que ficava próxima aos laboratórios da instituição e, portanto, o mais afastada das salas de aula onde o barulho e movimentação eram mais intensos. Os encontros aconteciam quinzenalmente às terças-feiras e duravam em média uma hora e meia, iniciando às 8 horas e 30 minutos e acabando às 10 horas. Antes de cada encontro, as profissionais que participariam naquele dia, se reuniam para debater qual seria o tema do próximo encontro e de que forma iriam abordá-lo com as gestantes.

Para o desenvolvimento do “pré-natal psicológico”, adotou-se o “método Arrais” ou método PNP em grupo (Arrais; Araujo, 2016). Antes de cada encontro, discutia-se em equipe o tema previsto, adequando-o para a situação das participantes. Ao término de cada encontro, uma reunião servia ao compartilhamento de impressões e avaliação da necessidade de ajustes para o próximo dia. O grupo teve como objetivo principal prevenir o adoecimento psíquico perinatal, especialmente a DPP; promover a vinculação afetiva saudável da tríade mãe-pai-bebê; estimular a parentalidade compartilhada; auxiliar na transformação do casal conjugal em casal parental.

Os dados considerados para o presente relato foram coletados durante os encontros realizados com o grupo “Gestando com Saúde”. A análise desses dados foi realizada a partir das discussões entre as profissionais que participavam do grupo. Foi possível identificar os aspectos mais relevantes a partir de uma óptica multiprofissional, recolhendo-se aquilo que aportava maior enfoque à contribuição do grupo para a saúde mental com gestantes.

Discussão

O grupo trouxe muitas reflexões sobre o cuidado integral em saúde mental com gestantes. O modelo do PNP utilizado para a realização do grupo possibilitou prestar uma assistência e cuidado integral às mulheres que dele participaram. No primeiro encontro, a baixa adesão gerou questionamentos sobre a continuidade do projeto. No entanto, mesmo com apenas duas participantes, o encontro foi profundo e proveitoso. Decidiu-se, então, entrar em contato com as mulheres ausentes para entender o motivo e reforçar o convite para as próximas reuniões. A partir daí, o grupo passou a contar com a presença de mais participantes, cerca de cinco mulheres em cada encontro subsequente. A importância do acolhimento e da persistência na promoção de espaços de cuidado e troca entre mulheres ganha tradução nos objetivos da AB.

Durante o desenvolvimento do grupo, percebeu-se que a temática da paternidade era significativa para as participantes. Foram diferentes motivos para isso, alguns deles foram a quebra da expectativa de ter uma família constituída por mãe, pai e bebê antes da gravidez e, também, a falta de participação e de interesse do pai da criança, inclusive em participar do grupo e dar apoio para as mulheres. Percebeu-se, assim, a importância que foi para essas mulheres terem tido um acolhimento, escuta e informações prestadas por profissionais qualificados contribuindo com a qualidade de vida da mãe e do bebê e ainda com a readaptação de seus relacionamentos

interpessoais, inclusive com o pai do bebê, como alertam Arrais, Cabral e Martins (2012). Essa constatação levou à modificação do modelo original do pré-natal psicológico que sugere que no terceiro encontro os parceiros ou parceiras participem do grupo junto com a mulher, pois ao consultá-las muitas informaram que dificilmente o pai da criança compareceria ao grupo. Portanto, optou-se por falar desta temática de outra forma, conversando sobre a paternidade, sobre a sobrecarga materna, sobre de que forma elas compreendem que é o papel de cada um nesta relação e a partir daí pode-se desconstruir padrões previamente definidos pela sociedade e conversar sobre eles assim como é proposto por Arrais e Araújo (2016).

A ansiedade com os cuidados do bebê também foi uma preocupação das participantes, com um medo de como seria o pós-parto e, principalmente, se dariam conta de criar uma pessoa. Pode-se refletir que para as mulheres, atualmente, a criação e os cuidados com um recém-nascido têm se tornado uma tarefa ainda mais árdua, já que muitas vezes há sobrecarga com os cuidados da casa e com a responsabilidade financeira por serem as principais provedoras de seus lares (Manentem; Rodrigues, 2016). Uma das participantes relatou que tinha muito suporte e apoio de seu marido e de sua mãe, mas que mesmo assim se sentia mal em compartilhar seus sentimentos com essas e outras pessoas, com medo de ser julgada por elas e não ser considerada uma boa mãe.

Arrais, Cabral e Martins (2012) comentam que o grupo é um ótimo espaço para o compartilhamento dessas angústias, criando um espaço de apoio mútuo entre as mulheres e gerando maior confiança para os cuidados com o bebê. Importante notar que este grupo contou com a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, pensando que os riscos de uma gravidez podem ocorrer de formas diferentes, como por exemplo de ordem psíquica, social, fisiológica, nutricional, entre outros (Costa *et al.*, 2018). As mulheres relataram que se sentiram mais cuidadas pelas residentes.

Pesquisas realizadas por Costa *et al.* (2018) destacam que as mulheres dão valor ao acolhimento e ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde durante o processo de gravidez realizado de forma integral, sendo que, no grupo, pode-se conversar sobre as principais questões que englobam o ciclo gravídico-puerperal, tirar dúvidas e prestar informações, referindo-se a um cuidado multiprofissional que está previsto na portaria distrital sobre os NASF-AB (Distrito Federal, 2018). Em relação à área da psicologia, foi propiciado um encontro específico para a psicoeducação sobre os principais adoecimentos psíquicos perinatais, fazendo-se um apanhado sobre o que é o puerpério, o *baby blues*, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. Este momento foi muito rico para as mulheres, pois o primeiro passo do tratamento para os adoecimentos psíquicos é saber reconhecer o que está acontecendo e, assim, poder buscar ajuda, pois o quantitativo de mulheres que expressam algum nível de sofrimento psíquico é expressivo e deve ser levado em consideração pelos profissionais (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014).

Apesar de o grupo conceder muitas informações, em todos os encontros era reforçada a procura por ajuda profissional em caso de sensações ou sintomas de que estranhassem, tanto com elas mesmas quanto com o bebê. As informações passadas às mulheres foi para que se sentissem mais seguras sobre os cuidados com elas e com os bebês, para que entendessem que mais pessoas se sentem da mesma forma e que não há nada de errado com a forma como nos sentimos, pois a gravidez é portadora de um período de vida vivido de forma intensa e ambígua, com múltiplos sentimentos (Arrais, 2005). Foram perceptíveis no grupo os sentimentos ambivalentes que uma gestação pode trazer consigo. Algumas mulheres relataram que em algum momento da gravidez já haviam rejeitado o fato de estarem grávidas, muitas vezes pela mudança que causaria em seu contexto de vida e sentir isso lhes trouxe sofrimento. Apesar disso, conseguiam também relatar carinho pelo bebê. Esses

sentimentos ambivalentes muitas vezes são vistos de forma negativa pela sociedade que considera que a gravidez deve ser um período de alegria plena para a mãe, por isso ter um espaço grupal em que esses sentimentos são também acolhidos é de extrema importância para que este sofrimento da mulher não se torne crônico (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014).

Considerou-se ainda que criar este espaço com as mulheres que em geral possuíam um contexto de vida bem distinto, mas que estavam vivenciando a gravidez no mesmo período, foi terapêutico. Elas demonstraram se sentir compreendidas e que o espaço grupal era um espaço de aprendizados, mas além disso, era um espaço de troca de experiências e vivências únicas que podiam ser relatadas sem que houvesse julgamentos sobre os seus sentimentos. Segundo Arrais, Cabral e Martins (2012), essas trocas de experiência e reflexões realizadas no grupo geram maior autonomia e segurança nos cuidados com o bebê. Sendo assim, o objetivo do grupo Gestando com Saúde foi cumprido, mas não de forma integral, devido aos desafios encontrados pelo percorrer do grupo.

Foi perceptível que os encontros que as gestantes mais participaram e se envolveram com o tema, foram os de “tipo de parto, dor e plano de parto” e “preparação para o pós-parto” em que se conversou sobre a amamentação e os primeiros cuidados com o bebê. Um ponto negativo foi que nenhum profissional da enfermagem ou da medicina da UBS participou dos encontros. No dia em que se falou sobre o parto, uma enfermeira do Hospital Regional de Taguatinga foi convidada para falar sobre o assunto. Foi muito rica a sua participação, pois essa enfermeira obstétrica trabalha diariamente com essa questão e contribuiu com o grupo trazendo questões importantes. Entretanto, cabe aos profissionais da UBS apropriarem-se dessa ação, mesmo que juntamente com outros profissionais, através de educação permanente e do matriciamento. A equipe NASF-AB estruturou e convidou as usuárias para a participação no grupo e não pôde contar com os profissionais das eSF e da gestão para o desenvolvimento dele.

Após o término dos encontros do grupo, foi feita uma continuação e acompanhamento via WhatsApp para saber como elas estavam no pós-parto, foi solicitado que, caso fosse necessário, procurassem as residentes na UBS. Isto foi realizado pensando no acompanhamento longitudinal que é defendido pela AB. Pode-se perceber aquilo que relatam Frigo *et al.* (2012), isto é, que a realização de educação em saúde através de grupos, pode diminuir a incidência de algum tipo de sofrimento no pós-parto. Observamos que nenhuma das gestantes apresentou queixa ou demanda por adoecimento psíquico em seu puerpério. Entretanto, algumas procuram a UBS para mostrar os seus bebês e contar como estava sendo essa vivência.

Quando compareciam às consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na UBS, era possível perceber o vínculo criado entre participantes do grupo e profissionais do PNP. Costa *et al.* (2018) descrevem que a criação do vínculo com as usuárias acontece a partir do momento em os profissionais levam em conta as angústias, medos e expectativas. Apesar de compreender-se a importância do grupo de gestantes para o processo gravídico-puerperal, percebeu-se algumas dificuldades para a implementação e para o desenvolvimento do grupo. A primeira dificuldade foi com o espaço e tempo para a realização do grupo. Durante a pandemia, a equipe do NASF-AB foi escalada para participar da campanha de vacinação da covid-19, já que todos estavam vivenciando uma situação de emergência sanitária e os residentes compuseram vários papéis na linha de frente, inclusive o cadastro, a fim de viabilizar a vacinação do maior quantitativo de pessoas no menor tempo (COSTA *et al.*, 2020).

Outro desafio que tivemos foi a captação de gestantes para o grupo. Anteriormente a esse grupo relatado, houve a tentativa de iniciar um outro de gestantes, contando com o encaminhamento pelas equipes de Saúde da Família, assim como pontuam Leite *et al.* (2014), porém foram poucos os encaminhamentos. Foi possível perceber que a forma como trabalham as equipes da Estratégia Saúde da Família no DF ainda

mantém muitos profissionais atuando segundo suas próprias categorias de formação, como os usuários ainda buscando atendimento por essas categorias nas UBS. Podemos pensar que não houve um processo de educação da população sobre as mudanças, mas apesar de ter havido com os profissionais, os mesmos ainda se sentem mais confortáveis em trabalhar em suas próprias categorias de formação, sendo que muitas vezes só conhecemos cada médico segundo sua especialidade e sob a expectativa de um profissional em separado das equipes.

Assim, é possível perceber que o princípio da integralidade, preconizado para o SUS, continua sendo um desafio a ser realizado pelas eSF. As equipes da UBS em questão, possuem uma grande dificuldade em trabalhar em conjunto com o NASF-AB e acreditam que cada profissional deve trabalhar em sua respectiva área, impossibilitando até mesmo o trabalho de matriciamento que deve ser realizado pelo NASF-AB, tal como está descrito na portaria de sua criação no DF.

Considerações finais

Foi possível concluir que o grupo alcançou a sua proposta inicial, de levar conhecimentos, informações e acolhimento para as pessoas gestantes que vivenciaram esses encontros. Acredita-se que o fato de ser um grupo composto por uma equipe multiprofissional enriqueceu muito a vivência das participantes. Considerou-se que ter um profissional de psicologia nos grupos de gestantes faz toda a diferença para as mulheres, por mais que qualquer profissional da AB esteja capacitado para ouvir e compreender um sofrimento psíquico, proporcionar escuta qualificada e conduzir em grupo este sofrimento. A presença da categoria profissional da psicologia qualifica, sobremaneira, essas abordagens.

Apesar de entender-se a importância e a relevância do grupo, através de reuniões e conversas com as profissionais que participaram dos encontros, aqueles da equipe NASF-AB acreditam neste momento atual que

a UBS está vivenciando e a forma com que estão estruturadas as equipes, inviabiliza a continuação desse tipo de trabalho. Após este grupo relatado, houve a experiência de mais um grupo de gestantes e apenas duas mulheres compareceram. Então, acredita-se que a demanda não está chegando até os profissionais para que seja explicada a importância da continuidade da realização. Diante desse cenário, considerou-se importante um estreitamento dos vínculos entre eSF e NASF-AB para que conjuntamente possam estabelecer as demandas de atendimento prioritárias. Continua-se acreditando na importância e na necessidade de amparar as pessoas gestantes e que deva haver uma sensibilização sobre o grupo para os profissionais que estão na porta de entrada da UBS para ver da viabilidade de voltar com o grupo, já que há grande relevância para os usuários.

Este é um trabalho que se preocupa com a inclusão e, por isso, na maior parte do texto foi usado o termo “pessoas gestantes”, já que quando é referido apenas “mulheres gestantes” os homens trans que também engravidam são deixados de lado. A partir do momento em que se iniciou o relato sobre o que aconteceu nos encontros se passou à utilização do termo “mulheres gestantes”, pois só mulheres participaram do grupo. Não ter a oportunidade de um homem trans no grupo de gestantes não significa rejeição a essa possibilidade. Essa é uma reflexão importante, uma vez que os profissionais de saúde precisam estar abertos a esse acolhimento, prestando a assistência que for necessária. Será que na eventualidade de homens trans engravidarem se sentirão acolhidos na AB ou devem procurar atenção especializada? Será que ainda há preconceito com essa temática? Acredita-se que é sempre necessário refletir e proporcionar atualização sobre as questões sociais que nos envolvem, não só como profissionais, mas também como forma de respeito e dignidade às outras pessoas. Precisamos estar abertos e disponíveis para aprender, estudar e avançar nesta temática.

Por fim, entendeu-se que a oportunidade possibilitou muitas reflexões acerca da vivência de grupo. Ao vivenciar o grupo, nem sempre se

tem um olhar com embasamento teórico, e ao poder fazer essa junção (da vivência com a teoria) a experiência formativa ganha força. Pode-se analisar melhor os fatos ocorridos, refletir e pensar os benefícios, as dificuldades e até mesmo trazer elementos para melhorar ou justificar um próximo grupo: com quem, para quem, quando e como são questões que precisam ser encarnadas, não se trata de cumprir tarefas pura e simplesmente.

Referências

- Arrais, A. da R. (2005). *A configuração subjetiva da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. (Tese de doutorado, Universidade de Brasília). <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/14011>
- Arrais, A. da R., & Araujo, T. C. C. F. de. (2016). Pré-Natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. *Revista da Sociedade de Psicologia Hospitalar – SBPH*, 19(1), 103-116. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007
- Arrais, A. da R., Cabral, D. S. R., & Martins, M. H. de F. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, 16(22). <https://pt.scribd.com/document/451257783/Grupo-de-Pre-natal-psicologico-pdf>
- Arrais, A. da R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23, 251-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Bortoletti, F. F. (2007). Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: uma abordagem interdisciplinar* (Vol. 1, pp. 37-46). São Paulo: Manole.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006*. Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p. 71-76. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (Revogada pela PRt GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, 32) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf

- Costa, A. F. R. da, et al. (2020). Reorganização do trabalho do NASF-AB no enfrentamento da pandemia covid-19: um relato de experiência. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 31(03), 33-39. <https://doi.org/10.51723/ccs.v31i03.798>
- Costa, G. D. S. et al. (2018). Análise do atendimento hospitalar em emergência obstétrica: ênfase na classificação de risco. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSR*, 22(2), 34-39. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405_101005.pdf
- Distrito Federal. (2018). *Portaria n.º 489, de 24 de maio de 2018*. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho. Brasília. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.html
- Faria, M. A. de. (2017). Atenção Básica à Saúde: aprendendo com o passado e refletindo o presente. *Revista de Educação Popular*, 16(2), 38-53. https://doi.org/10.14393/rep_v16n22017_art03
- Frigo, F. et al. (2012). A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2(3), 113-114. <https://doi.org/10.17058/reci.v2i3.2745>
- Leite, M. G., et al. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>
- Manente, M. V., & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Maternidade e Trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando Famílias*, 20(1), 99-111. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100008
- Nascimento, M. G. de S. (2021). O psicólogo na atenção primária à saúde: um passeio pelas práticas em saúde mental. *REVISE – Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde*, 3, 29-40. <https://doi.org/10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1456>
- Oliveira, I. F. et al. (2017). The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. *Temas em psicologia*, 25(1), 291-304. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>
- Oliveira, M. J. M. de., & Dunningham, W. A. (2015). Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 19(2), 72-83. <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/158>
- Piccinini, C. A. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
- Vianna, M., & Vilhena, J. de. (2016). Para além dos nove meses: uma reflexão sobre os transtornos alimentares na gestação e puerpério. *Trivium – Estudos Interdisciplinares*, 8(1), 96-109. <https://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2016v1p.96>





POSFÁCIO

Há Ipês em Angicos! Sim, há ipês em Angicos, e Paulo Freire ensinou à sua sombra frondosa, mas cuidado para não confundir com as paineiras

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz, em sua Gerência Regional de Brasília, também designada FIOCRUZ Brasília, tomou forma em um momento muito difícil do nosso país e do Distrito Federal. Vivenciava-se o auge da pandemia de covid-19 e, também, um período marcado pelas aulas *on-line*, com muitas carinhas fotografadas, muitas fixadas ou pouco reagentes às colocações e provocações de docentes que, mesmo freirianos, não estavam com todas as suas energias mobilizadas. Um período de conjuntura nacional de desemprego, fome, atentados à democracia e inseguranças as mais variadas. Por que fazer residência em saúde em tempos assim? Por que se especializar nas subáreas da saúde se os governos não priorizam os egressos das residências para a entrada no Serviço Público, tampouco as contratações privadas os valorizam? Alguns

vão dizer, secretamente, que é pelo bom salário durante dois anos, o que já é alguma coisa muito boa, mas outros vão respaldar a importância da educação e a relevância da continuidade da formação, destacando as residências como transformadoras do profissional e construtoras do Sistema Único de Saúde, abrindo chances ao florescer e frutificar das aprendizagens e da colaboração interprofissional, como se viu na obra organizada por Kelly Dandara da Silva Macedo, Mayara Suelirta Costa, Osvaldo Peralta Bonetti e Ricardo Burg Ceccim.

Pois “Entre Ipês e Angicos: o florescer e o frutificar de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica na região do cerrado”, nos dá acesso ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Escola de Governo da FIOCRUZ Brasília, programa que nasceu da proposição do Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde, contando com o empenho do nosso querido Osvaldo Peralta Bonetti, um estudioso freiriano da educação popular. Paulo Freire havia concretizado, na cidade de Angicos, no Rio Grande do Norte, a inédita alfabetização de adultos trabalhadores. Na “Angicos” de Brasília, o coletivo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde se “arvorou” a formar residentes em saúde com a metodologia da Educação Popular. Entre os ipês, que embelezam a cidade de Brasília e os angicos que nominam a cidade berço da educação popular, estavam lançadas as bases da saúde em território, como na Atenção Básica, e do ensino orientado pelo povo e pela democracia, como na Educação Popular.

Ipês muitas vezes são confundidos com as paineiras rosas por serem árvores nativas do cerrado e de floração intensa, mas não se pode confundir os ipês com as paineiras. As paineiras são grandes árvores, também bonitas, mas têm espinhos no caule. O caule é mais volumoso pela retenção de água. Florescem em abril e suas flores, quando secam, parecem algodão, cuidando de levar as sementes para germinarem. O Ipê Roxo floresce em junho e continua florescendo até agosto. Em agosto, é a

vez de florir o Ipê Rosa e o Ipê Branco. O Ipê Amarelo floresce de julho a setembro. E, cuidado: não plante paineiras em calçadas! Como têm grande porte e suas raízes são superficiais e muito desenvolvidas, as paineiras não são árvores para calçadas, proximidade de prédios e de muros.

O reconhecimento do território e a promoção da saúde fazem o residente ipê roxo problematizar e reconsiderar o processo de trabalho concreto, real, da Atenção Básica do Distrito Federal, caminha por todas as suas calçadas. Com a territorialização em saúde como ferramenta, conquista a compreensão do processo saúde-doença-cuidado. Após a territorialização, aos residentes ipê branco cabe buscar desenvolver ações de promoção e educação em saúde. Foi assim com as propostas de autocuidado apoiado para a atenção à covid-19, articulada com educação alimentar e nutricional, e com o Espaço Saúde, estimulando o exercício físico e a alimentação saudável. A pandemia também trouxe muita insegurança alimentar e nutricional, gerando a necessidade de orientações de alimentação e nutrição mesmo no contexto da obesidade, empolgando muitas produções durante a residência em Atenção Básica em Brasília. As folhas do Ipê Amarelo caem cobrindo o chão da calçada, da praça, da alameda, e os residentes refletem sobre o ser residente, sobre a organização de oficinas de educação permanente em saúde e ações de educação popular. Desenham no chão de flores as práticas integrativas e complementares ofertadas pelas equipes e enraizadas nas tradições do povo. O processo de trabalho no apoio à Atenção Básica mobiliza os residentes ipê rosa, perpassando todo o fazer das equipes de Saúde da Família.

No livro, temos o tronco e os galhos da grande arborescer articulando o chão (os territórios), as folhas (os residentes), as flores e as vagens-frutos (as produções da residência), movendo as pessoas com quem se encontram e os espaços em que percorrem seus passos. Assim, os residentes se envolveram na perspectiva da Vigilância Epidemiológica, na valorização dos sistemas de informação em saúde e na incorporação

de indicadores na análise dos desempenhos do setor. Com os últimos ipês a florir, forma-se um mosaico colorido e fluido, quase um arco-íris pelo Distrito Federal. Esse mosaico nos lembra as diversas campanhas com cores, para cada mês do ano, das quais as residências podem se servir para criar práticas de atenção e formação. Propostas pela Organização das Nações Unidas e assumidas pelo Sistema Único de Saúde, as datas geraram campanhas, mas puderam ser revistas pela educação e comunicação popular. O Ipê Rosa nos lembra as ações de aumento da cobertura do exame citopatológico e do rastreamento do câncer de colo e de útero. O Ipê Branco nos lembra a Saúde Mental no ciclo gravídico-puerperal e os benefícios do grupo de gestantes, trazendo também a importância do tratamento da sífilis. O Branco também rememora as pessoas em situação de rua e um problema muito sério no contemporâneo, como a coinfeção de HIV e tuberculose. Em paralelo, o amarelo (amar-elo), adornando o conjunto: veio dos residentes um aplicativo de mensagens como tecnologia e estratégia de ampliação do acesso à saúde.

Ter lido esse livro me fez viajar por esse arco-íris, articulá-lo nas mais diversas composições das cores e constatar o envolvimento dos residentes com as pessoas em atendimento. Também as redes entre residentes, professores, preceptores e tutores nessa jornada entre Ipês e Angicos. Contudo, cuidado para não confundir ipês com paineiras. Cada residência em saúde, mesmo de Atenção Básica, tem sua singularidade, cada livro sobre residências em saúde nos dá acesso à riqueza de sua diversidade, cada coletivo de residência nos traz a sua experiência. O que “Entre Ipês e Angicos: o florescer e o frutificar de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica na região do cerrado” faz para com seu leitor é um convite: singularizar, diferir e experimentar e, sim, é para isso mesmo que servem as residências em saúde.





LISTA DE AUTORES¹⁰

Adriana Coser Gutierrez. Fonoaudióloga, Especialista em Planejamento e Gestão em Saúde, mestra e doutora em Saúde Coletiva, coordenadora da Coordenação Adjunta de Residências em Saúde e do Fórum de Coordenadores e Supervisores de Residências em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. adriana.coser@fiocruz.br

Aline de Oliveira Costa. Enfermeira, mestra em saúde coletiva, doutora em saúde coletiva, docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (Distrito Federal), foi docente e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). lineocosta@gmail.com

Américo Yuiti Mori. Enfermeiro, especialista e mestre em saúde pública, fez residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, tutor do núcleo de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). americomori@gmail.com

Ana Paula Cardoso Roriz. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica. aaninhapaula.oliveira@gmail.com

¹⁰ O acrônimo EGF na presente Lista de Autores corresponde à Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Foi usada a sigla pelo número de vezes de sua repetição.

Andreia Correia. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica, é assessora técnica do Conselho Nacional de Saúde.
E-mail: andreia.correia@saude.gov.br

Athália de Jesus Rodrigues. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica. athalia075@gmail.com

Beatriz de Melo Silva. Psicóloga, fez residência multiprofissional em atenção básica. beatrizmelo.psicologia@gmail.com

Beatriz Schmidt da Rocha. Psicóloga, psicodramatista, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). beatrizsdarocha@gmail.com

Bruno Pereira Stelet. Médico de Família e Comunidade, doutor em saúde pública, preceptor e orientador de Trabalho de Conclusão no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). brunopst@yahoo.com.br

Carolina Pereira Lobato. Enfermeira de Família e Comunidade, especialista em saúde pública com ênfase em atenção básica, mestra em saúde coletiva, tutora do núcleo de enfermagem no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). carolina.p.lobato@gmail.com

Cássia de Andrade Araújo. Nutricionista, mestra em políticas públicas em saúde, docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (EGF), membro da equipe da Coordenação Adjunta de Residências em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. cassia.araujo@fiocruz.br.

Dailly Mielly Mendonça Silva. Nutricionista, fez residência multiprofissional em atenção básica. dailly.m@hotmail.com

Daniel Marcos de Sousa Santos. Enfermeiro, fez residência em saúde da família com ênfase em saúde da população do campo, tutor de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. daniel.sousa@fiocruz.br

Danilo Aquino Amorim. Médico de Família e Comunidade, preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. daniloaamorim@gmail.com

Danylo Silva Guimarães. Enfermeiro, fez residência multiprofissional em atenção básica, assessor técnico da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, no Ministério da Saúde. danylojur@gmail.com

Dayane Abadia Silveira. Enfermeira, especialista em saúde da família e comunidade, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). dayaneufm@gmail.com

Érica Marciano Cavalcante Caldas. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica. eericacavalcante@gmail.com

Etel Matiolo. Nutricionista, mestra em saúde pública, doutoranda em saúde pública, Coordenadora-Geral de Gestão de Pessoas no Ministério da Saúde. etelmatiolo@gmail.com

Evellyn Waleska Silva dos Santos. Profissional de educação física, fez residência multiprofissional em atenção básica. evellynsantosmotta88@gmail.com

Felipe Proença de Oliveira. Médico de Família e Comunidade, especialista em processos educacionais na saúde e em gestão da clínica nas redes de atenção, mestre e doutor em saúde coletiva, foi preceptor de residência médica, professor da Universidade Federal

da Paraíba, Secretário de Atenção Primária (2004) e Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2005), no Ministério da Saúde. proenco@hotmail.com

Fernando Mota Pinho. Enfermeiro, fez residência multiprofissional em atenção básica. fernandopmota@gmail.com

Guioberto Junio Caetano de Carvalho. Profissional de Educação Física, fez residência multiprofissional em atenção básica, mestrando em saúde coletiva, tutor no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). guiobertoCaetano@gmail.com

Jacinta de Fátima Sena da Silva. Enfermeira, mestra e doutora em saúde coletiva, com pós-doutorado na Université Paris 13 (Paris-Nord), pesquisadora colaboradora da Universidade de Brasília e pesquisadora colaboradora da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. jacsenna31@gmail.com

Kamila Lorrane Neves Palmeira. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica, preceptora de Atenção Primária à Saúde no Centro Universitário Unieuro. enfkamilalorrane@gmail.com

Kamilla Falcão Barros dos Reis. Farmacêutica, fez residência multiprofissional em atenção básica, é residente na residência multiprofissional em infectologia (Secretaria Estadual da Saúde de Goiás). kamillafalcaobarros@gmail.com

Karen Palmeira Figueiredo. Nutricionista, fez residência multiprofissional em atenção básica, nutricionista clínica no Hospital de Base, Brasília. karen-fig@hotmail.com

Kelly Dandara da Silva Macedo. Enfermeira, fez residência em saúde da família, coordenadora adjunta e professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF),

coordenadora da Regional Centro-Oeste da Associação Científica Rede Unida. kelly.macedo@fiocruz.br

Larissa Dias Pessoa. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica. larissadiaspeessoa@outlook.com

Leila Brito Bergold. Enfermeira, mestra e doutora em enfermagem, professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, campus Macaé. leilabergold@gmail.com

Lorena Luíza Alves Cardoso. Enfermeira, especialista em docência do ensino superior, fez residência multiprofissional em atenção básica, preceptora de estágio em enfermagem do Grupo Educacional Anhanguera. lores.luiza@gmail.com

Luana Rodrigues Gomes. Enfermeira, fez residência multiprofissional em atenção básica. luana.enfunb@gmail.com

Luciana Braz de Lima. Assistente Social, fez residência multiprofissional em atenção básica. lucianabrazlima@gmail.com.

Luciana Tavares Barbosa. Enfermeira, fez residência multiprofissional em Atenção Básica, trabalhadora do Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação em Saúde, da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. lucianat.vares@gmail.com.

Marcela Góis Gonçalves. Enfermeira e bacharela em saúde coletiva, fez residência multiprofissional em atenção básica, é técnica de planejamento na Secretaria de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde. marcelagois@hotmail.com

Maria Alice Pessanha de Carvalho. Enfermeira, especialista em Gestão da Educação e de Residências em Saúde, mestra e em Educação na Saúde, membro da equipe da Coordenação Adjunta de Residências em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. mariaalice.pessanhadecarvalho@gmail.com

Maria de Fátima Marques. Psicóloga, especialista em gestão do trabalho e da educação na saúde. fatimamrqs1@gmail.com

Matheus de Sousa Cunha. Enfermeiro, fez residência multiprofissional em atenção básica. cunha.matheus22@gmail.com

Mayara Suelirta Costa. Nutricionista, mestra em saúde, sociedade e endemias na Amazônia, doutoranda em saúde coletiva, pesquisadora na área de segurança alimentar e nutricional na Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. mayara.costa@fiocruz.br

Michele Neves Meneses. Enfermeira, educadora popular em saúde, especialista em gestão em saúde, vigilância em saúde ambiental e educação permanente em saúde, mestra em ensino na saúde, mestra em ensino na saúde, doutoranda em enfermagem. michelemeneses22@gmail.com

Odete Messa Torres. Enfermeira, especialista em processos de mudança na graduação em saúde e em preceptoría no SUS, mestra em saúde coletiva, doutora em enfermagem, tutora do núcleo de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF), professora adjunta da Universidade de Brasília. odetetorres.unb@gmail.com

Olga Maria de Alencar. Enfermeira, arteterapeuta, educadora popular, mestra e doutora em saúde coletiva, fez residência em saúde da família e comunidade, docente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF), docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Tocantins, docente e pesquisadora da Escola de Saúde Pública de Palmas.

Oswaldo Peralta Bonetti. Enfermeiro, mestre em saúde coletiva, tecnólogo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília, onde coordena

o Núcleo de Educação Popular, Cuidado e Participação na Saúde.
osvaldo.bonetti@fiocruz.br

Paulette Cavalcanti de Albuquerque. Médica sanitária, mestra e doutora em Saúde Pública, professora da Universidade de Pernambuco (UPE) e pesquisadora da Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz em Recife/PE, foi do movimento nacional de médicos residentes e das Comissões de Residência Multiprofissional da UPE e Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. paulette.cavalcanti@gmail.com

Priscila de Araújo Borges. Nutricionista, fez residência multiprofissional em Atenção Básica. pspriscila1993@gmail.com

Rayssa Maria de Farias Silva. Nutricionista, fez residência multiprofissional em Atenção Básica. nutrirayssafarias@gmail.com

Renes Shinaider do Nascimento Amaral. Enfermeiro, especialista em Saúde da Família, foi docente e preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (EGF). reneshinaider@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim. Sanitarista, especialista em saúde pública, mestre em educação, doutor em psicologia clínica, pós-doutor em antropologia médica pela Espanha, com estágio sênior pós-doutoral em gestão de políticas públicas sociais e de saúde pela Itália, professor de pós-graduação nas Universidades Federais Rural do Semiárido e do Rio Grande do Norte, consultor da EGF. burgceccim@gmail.com

Sabrina Oliveira Campos de França. Farmacêutica, especialista em farmácia clínica e hospitalar, especialista em docência no ensino superior, fez residência multiprofissional em Atenção Básica. sabinafarmaf@gmail.com

Sandra Pinheiro Braz. Enfermeira, gerente da Gerência de Serviço da Atenção Primária no Recanto das Emas, Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. bp-sandra@hotmail.com

Silmara Silva Moraes. Psicóloga, fez residência multiprofissional saúde da família, residente de psicologia em terapia intensiva de adultos. silmara.morais92@gmail.com

Silvana Rossi. Psicóloga, mestra em saúde coletiva, membro da equipe da Coordenação Adjunta de Residências em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. silvana.rossi@fiocruz.br

Thiago Fernandes Costa Diniz. Profissional de educação física, fez residência multiprofissional em atenção básica. e-mail: tfcdiniz@gmail.com.

Velluma Alves Silvestre de Matos. Fisioterapeuta, fez residência multiprofissional em atenção básica. vellumamatosfisio@gmail.com

Vera Lúcia de Azevedo Dantas. Médica de Família e Comunidade, mestra em saúde pública, doutora em educação, pós-doutora em educação popular em saúde. dantas.verinha@gmail.com

Virgílio Luiz Marques de Macedo. Enfermeiro, mestrando em enfermagem, fez residência multiprofissional em Atenção Básica. virgilioescs@gmail.com

William Oliveira da Silva. Enfermeiro, fez residência multiprofissional em atenção básica. williamgtvc@gmail.com



ÍNDICE REMISSIVO

C

Cidadania 16, 17, 38, 41, 302, 363, 371, 376, 436

D

Diversidade 29, 93, 138, 139, 144, 174, 183, 195, 375, 422, 425, 446, 474

G

Gênero 110, 135, 165, 352, 444

Gravidez na adolescência 136

L

Luta 28, 34, 105, 164, 257, 347, 365, 374

M

Migração 46, 111, 255, 400

Mortalidade materna 244

P

Pesquisa 31, 39, 47, 54, 77, 78, 79, 94, 100, 107, 111, 145, 205, 217, 221, 222, 245, 252, 260, 262, 265, 269, 270, 319, 320, 328, 343, 350, 364, 386, 407, 427, 428, 434, 436, 440

R

Racismo 7, 159

Resistência 38, 105, 125, 169, 173, 249, 254, 257, 272, 273, 374, 384

S

Saúde Coletiva 28, 31, 55, 56, 107, 115, 116, 151, 161, 184, 220, 221, 250, 259, 293, 314, 343, 344, 361, 362, 375, 407, 451, 477

Saúde mental 18, 105, 138, 146, 147, 158, 165, 166, 176, 190, 223, 230,
332, 387, 454, 459, 467

Sufrimento 418, 454, 456, 461, 462, 463, 464

V

Violência Sexual 123

Vulnerabilidade 104, 125, 144, 148, 166, 167, 181, 269, 273, 274, 289,
297, 336, 433, 439, 447, 448

ENTRE IPÊS E ANGICOS: O FLORESCE E O FRUTIFICAR DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DO CERRADO TRATA DE RESIDÊNCIAS, DE ESPAÇOS COLETIVOS E DE EDUCAÇÃO POPULAR NO CAMPO DA SAÚDE. TRAZ OS CENÁRIOS DO CERRADO E DO DISTRITO FEDERAL.

A RESIDÊNCIA AQUI TRATADA É A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA, PROMOVIDA PELA ESCOLA DE GOVERNO DA FIOCRUZ BRASÍLIA. A OBRA REÚNE PROFISSIONAIS, EM SUA MAIORIA RECÉM-FORMADOS, INTERESSADOS EM ESTUDAR OS TEMAS DA EDUCAÇÃO POPULAR E DA SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA.

A OBRA DEMONSTRA QUE A RESIDÊNCIA PERMITE CONSTITUIR UM ESPAÇO COLABORATIVO DE ESTUDOS, PESQUISAS E PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS. A RESIDÊNCIA SURGE COMO UM ESPAÇO PARTICIPATIVO QUE PRETENDE INCENTIVAR A PRODUÇÃO DE COLETIVOS, COLABORANDO COM O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E CONFIGURANDO - NO COTIDIANO DO CUIDADO E DO APRENDIZADO - OS PRINCÍPIOS DA AMOROSIDADE E DA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO, COM A PROBLEMATIZAÇÃO DE SABERES E COM A ALEGRIA DO CONVIVER NOS TERRITÓRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora



rede.unida



ISBN 978-65-5462-161-8



9 786554 621618

