



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

RUBIA ILIDIA TAMBONES GALDINO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NA SAÚDE COMO FORMA DE EMPODERAR EQUIPES DE
SAÚDE E POPULAÇÕES

SÃO PAULO
2020

RUBIA ILIDIA TAMBONES GALDINO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NA SAÚDE COMO FORMA DE EMPODERAR EQUIPES DE
SAÚDE E POPULAÇÕES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: LIA LIKIER STEINBERG

SÃO PAULO
2020

Resumo

O presente documento tem como objetivo avaliar a privação ao acesso das informações em saúde e da saúde como principal fator limitante às transformações efetivas do processo saúde-doença no território. Informar é a primeira medida para a prevenção de agravos e promoção da saúde. É necessário voltar a atenção estrategicamente para a educação continuada na saúde, para os profissionais, e em saúde, para os pacientes. O objetivo é propor ferramentas para ressignificar e reinventar a formação do vínculo, incluindo a prospecção dos pacientes e dos servidores para ações de educação continuada, perseverantes e consistentes, fazendo valer os Atributos da Atenção Primária em Saúde e os Princípios Fundamentais do SUS. Como ferramenta mais prática e de fácil execução, incentiva-se o uso de espaços já consolidados, como as reuniões do Conselho de Saúde e os Grupos de Intervenção (tecnologias já em funcionamento nas UBSs e no Território) para implementação de estratégias de educação continuada, visando entrega de resultados rápidos, expressivos e motivadores.

Palavra-chave

Educação em Saúde. Educação Médica Continuada. Educação Continuada em Enfermagem. Capacitação Profissional. Capacitação. Acolhimento

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Trabalho em um município pequeno, cujo poder local, infelizmente, não oferece vigilância constante e consistente para garantir que os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS), como estão descritos primorosamente nas fontes oficiais do Ministério da Saúde, sejam colocados em prática. Por aqui, sofremos com o tónus dos interesses da maquinaria política local se sobrepujando às demandas de estruturação de um sistema de saúde que alcance todos os municípios em todas as esferas de atenção em saúde. A falta de informação dos municípios sobre como funciona o SUS, seus deveres e direitos e as atribuições de cada um dos níveis de complexidade, têm gerado relações distorcidas e ruidosas entre as equipes multidisciplinares e os frequentadores dos serviços públicos de saúde.

O primeiro ponto a ser levantado, refere-se à não priorização da formação e consolidação do vínculo entre os moradores e a UBS. A Secretaria de Saúde local, pré-determinou um número fixo de pacientes que devem ser atendidos por período. Dessa forma, por período, são 12 vagas para consultas agendadas, 2 vagas para acolhimento e 2 vagas para consultas de retorno. A cada quatro horas trabalhadas, os médicos deverão atender 16 pacientes, o que representa, em tempo, 15 minutos para cada consulta. Tratando-se de Estratégias de Atenção Primária em Saúde, 15 minutos não é tempo suficiente para a tão preconizada Escuta, pedra angular na formação do vínculo (o coração da APS). Apesar de sabermos que o médico tem a prerrogativa de organizar a agenda de acordo com a demanda conhecida do seu território, quando recebemos uma orientação vertical, vinda da administração pública, ficamos sem reação, pois não temos poder nem prerrogativas para contrariar uma ordem engessada vinda do setor administrativo local.

Nossos pacientes estão em situação de vulnerabilidade pelas causas sanitária, econômica, financeira, violência, baixa escolaridade, ausência de perspectiva, empregos e padrões abusivos, famílias castigadas por entes queridos enveredados no uso de substâncias psicoativas (com foco para o álcool e o tabaco), casamentos e gestações precoces que terminam com uma jovem mulher, muitas vezes adolescente, sozinha com prole constituída, vítima de abandono parental e sem rede de apoio ou providência. Somado a esses fatores, vêm as questões de saúde mental, uma vez que não é possível estar mentalmente saudável quando expostos a um panorama como o supracitado. Aqui também precisamos citar os pacientes idosos, tanto os que vivem e moram sozinhos por não terem familiares ou por terem sido excluídos do ciclo de convívio com os mesmos, quanto os que moram com outro idoso portador de condições graves, fazendo as vezes de cuidadores, quando já não têm mais condições físicas ou psicológicas para isso.

Não é difícil deduzir que, em uma consulta de 15 minutos, nenhum médico, por mais proficiente que seja, consiga realizar sua função majoritária na APS: a Escuta. A prescrição da Dona Maria (personagem fictícia) contém 4 classes de anti-hipertensivos. Mas sua pressão sempre está desregulada e ela tem um longo histórico de visitas à UPA da cidade devido a picos pressóricos. Não é a renovação da receita de uso contínuo ou os exames de rotina nem mesmo o M.R.P.A. da dona Maria que vão regular seus níveis pressóricos. Dona Maria tem que saber que o mecanismo de aumento da pressão em situações de stress (seu filho é dependente químico e rouba as coisas de dentro de casa para vender e comprar drogas, inclusive comida) gera uma resposta autonômica de aumento de níveis pressóricos. **É necessário informá-la com o firme propósito de assegurar que a posse com clareza de informações** sobre a importância da mudança do estilo de vida, da perda de peso, da

redução da ingestão de sal, da cessação do tabagismo, da adesão à atividade física para controle de risco cardiovascular e melhora das questões de saúde mental. **Antes de médicos, somos educadores pois possuímos o acesso à informação fidedigna, da qual a população necessita, mas não fez uma faculdade de medicina para ter o direito de acessá-las. É obrigação primordial instruir** o paciente sobre o padrão ouro de tratamento ao invés de apenas renovar uma longa prescrição (o que já leva 15 minutos). Dona Maria não dorme. E há mais de 10 anos usa benzodiazepínicos, agora em doses ascendentes, para ter o direito de encontrar em suas poucas horas de sono, o refúgio pacífico para todas essas questões que não permitem que seus níveis pressóricos se estabilizem, colocando em risco seu cérebro (AVC), seu coração (IAM) e seus rins (Insuf. Renal Crônica). Este exemplo, nos trás uma pergunta retórica: que medicina estamos exercendo? A medicina dos renovadores de receitas e preenchedores de guias para especialistas.

Em resumo, se nos comprometêssemos seriamente com a **formação, consolidação e manutenção do vínculo, teríamos a oportunidade de educar os pacientes** sobre o mecanismo de funcionamento não apenas do seu corpo e das questões do processo de adoecer, mas também sobre o conhecimento e domínio de suas emoções e fornecê-los subsídios para que ficassem inteiramente a par dos seus direitos e deveres como parte de um sistema de saúde abrangente e complexo, que está a serviço da promoção, prevenção e cura não só do indivíduo, como de toda a sociedade. A formação do vínculo tem, inclusive, o potencial de criar perspectivas de presente e futuro para muitas dessas pessoas, que vivem às margens da sociedade pautada no capital, e já aceitaram que seu lugar é ali, com todas as suas doenças, limitações de potenciais, privações de todas as sortes e falsas crenças deterministas. Acreditam que nasceram para estar ali, viver com o pouco que lhes cabe e seu fado é buscar ajuda em posição de humilhação, uma vez que os poderes administrativos não se mobilizam genuinamente para oferecer todo suporte que essas pessoas têm direito, por lhes pagar impostos, e os cidadãos não buscam seus direitos e deveres por desinformação. Trago, portanto, um gargalo para consolidar a eficiência e os resultados em saúde pública, com foco na Atenção Primária em Saúde, mais especificamente no que tange a Estratégia de Saúde da Família.

Se baixos índices de instrução são determinantes no processo do adoecer, então é evidente que encontramos um ponto de atuação para medidas de prevenção de agravos em saúde! Os índices estão aí para nos mostrar onde devemos agir! Se as pessoas estão carentes de informação e isso é tão grave a ponto de repercutir no destino de suas vidas, na sua dinâmica social e nos processos de adoecer, a ponto de lhes estar furtando diariamente perspectivas, e se uma pessoa sem perspectiva de bem estar e qualidade de vida é passível de adoecimento, é mais do que nossa obrigação, enquanto profissionais da APS, **educar como estratégia de empoderamento e prevenção.**

ESTUDO DA LITERATURA

1) Unidades de Conteúdo do programa de Especialização em Saúde da Família, PAB 7: Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica

<<

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf >>

2) Sistema Único de Saúde (SUS): Estrutura, Princípios e Como

Funciona << <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> >>

- * Revisão dos Atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) e dos Princípios do SUS e a translação desses conceitos para o traçado de estratégias de Prevenção, Promoção e Vigilância em Saúde:
- * Atributos da APS: Essenciais (acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação) e Derivados (orientação familiar e comunitária, e competência cultural).
- * Princípios do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização, Hierarquização, Descentralização e Participação Popular

O problema proposto é a a privação ao acesso das informações em saúde e da saúde como principal fator prejudicial às transformações efetivas do processo saúde-doença no território. Destaco aqui o princípio da INTEGRALIDADE, presente como forte pilar na estruturação das estratégias em saúde. É necessário contemplar a Educação em Saúde e na Saúde como intervenção para garantir a Integralidade das ações individuais e coletivas. Objetivo: oferecer ao usuário dos serviços de saúde ferramentas para compreensão sobre como funciona o SUS e seus dispositivos bem como conteúdos educacionais, dispondo da Competência Cultural, sobre os processos de saúde-doença da realidade na qual está inserido. Podemos utilizar como ferramentas a Participação Popular sistematizada e organizada, frequente e consistente, como espaço-ferramenta de educação permanente para a população. Nas reuniões dos Conselhos, pode-se incluir um tempo para discussão dos Atributos da APS e dos Princípios do SUS. Dessa forma, a população compreende o funcionamento das redes de saúde e como fazer o melhor uso delas. O resultado é a redução da sobrecarga dos serviços e a atenção direcionada corretamente para os problemas (quando ir à UBS, quando ir à UPA, quando é necessário um Hospital ou um serviço especializado, por que a longitudinalidade do cuidado deve ser valorizada, porque não se deve apenas procurar o serviço na presença da doença ou da disfuncionalidade, apresentação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS).

3) FALKENBERG, Mirian Benites et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

- * Educação na Saúde: A importância de promover ações permanentes de educação e capacitação para os profissionais da APS, em termos fisiopatológicos, epidemiológicos e nas ciências sociais. Essa é a garantia de uma equipe que mantém as tecnologias em APS

- * atualizadas e refinadas, efetivando a construção do projeto de cuidar integralmente. Quando a equipe multidisciplinar compreende o processo saúde-doença integralmente, desenvolve subsídios para disparar ações de cuidado integral. É necessária tecnologia de comunicação para o acolhimento, formação e manutenção do vínculo, é necessário conhecimento da história natural das doenças para compreender a necessidade do dinamismo das ações cabíveis em suas diversas etapas de evolução, é necessário tecnologias para refinamento do trabalho em equipe e capacidade de manejo de crises.
- * Educação em Saúde: É necessário estruturar um conjunto de práticas rotineiras para oferecer à população adscrita no território educação sanitária, a fim de que entendam os pontos de vulnerabilidade a que estão expostos; educação para a saúde, trazendo à consciência dos usuários a fisiologia do seu organismo e a história natural do adoecimento e seus determinantes; e educação sócio-política, para que pratiquem movimentos organizados em direção da saúde da comunidade, como um sincício, levando em conta que outras esferas organizacionais (educação, emprego, segurança, lazer, etc) são determinantes em saúde. Objetivo: empoderar as populações e desenvolver sua autonomia para que estejam aptos a fazer escolhas conscientes, adotar hábitos saudáveis de vida e desenvolverem o protagonismo individual e comunitário sobre os processos de adoecimento e cuidados em saúde.

4) Rise, M. B., Pellerud, A., Rygg, L. Ø., & Steinsbekk, A. (2013). Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PloS one*, 8(5), e64009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>

O gerenciamento da doença é fundamental para o sucesso do seguimento das doenças crônicas. A **educação da auto-gestão da doença fornece o conhecimento** necessário para fazer e manter mudanças no estilo de vida. **Ofertando o conhecimento correto ao paciente a cerca da sua condição é possível gerar três formas de ganho para o tratamento:** ampliação do conhecimento sobre o quadro, segurança para assumir responsabilidades a cerca do seu projeto terapêutico e um feedback positivo através da certeza de que as escolhas acertadas geram resultados impactantes sobre a perspectiva daquele tratamento. Uma vez alcançado o movimento para a mudança, é necessário mantê-lo. Então, **além de ensinar, é necessário motivar**. Quatro fatores são capazes de motivar a perseverança na mudança de comportamento: a presença de uma rede de apoio sólida, os resultados trazidos (que comprovam que o plano terapêutico realmente surte efeito), a consciência das complicações acarretadas por aquela condição de saúde-doença e o bem estar gerado pela formação de novos hábitos.

AÇÕES

Educação Continuada na Estratégia de Saúde da Família (ECESF):

♦ Alvo: Equipes Multidisciplinares

♦ Metodologia: Desenvolvimento de Estudos Modulares em Grupo

As equipes bloqueiam uma hora da agenda a cada 15 dias para reuniões de 1 hora de duração. Nessas reuniões, os assuntos serão tratados em módulos. Cada módulo compreenderá as abordagens em lateralidade e profundidade relativas a seu tema. A princípio, serão estabelecidos três grandes módulos: Orgânico (ou Fisiopatológico), Epidemiológico e Ciências Sociais.

No módulo Orgânico (ou Fisiopatológico), serão abordadas as principais patologias presentes no território, baseado em casos clínicos do território. A princípio, serão abordados Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidade, Saúde Mental (Ansiedade, Depressão, Uso de substâncias psicoativas com ênfase em Etilismo e Tabagismo, Transtornos Psicóticos, Dependência de Benzodiazepínicos). Contaremos com profissionais capacitados pela gestão municipal para administrar esses temas, ficando encarregados de uma breve apresentação sobre a definição, fatores de risco, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção, para que sejam retomados aspectos técnicos, no primeiro tempo. No segundo tempo de reunião, serão discutidas estratégias de intervenção baseadas em casos bem sucedidos na literatura, que sejam extrapoláveis através da readequação à realidade do território.

No módulo epidemiológico serão resgatados os dados dos Sistemas de Informação em Saúde, acompanhando o dinamismo do território. Pessoas mudam-se, nascem, falecem, perdem o emprego, adquirem sequelas. Existem doenças mais prevalentes e períodos em que a incidência de determinadas doenças sofre um aumento. É necessário retornar aos bancos de dados para mensurar os problemas do território e priorizar as ações em nível comunitário. Contaremos com profissionais capacitados pela gestão municipal para explicar sobre os números e as tendências do território.

No módulo Ciências Sociais, contaremos com profissionais vinculados ao serviço de Assistência Social e Psicologia para trazer textos e contextos sobre as questões psicossociais mais prevalentes na literatura correlata à APS. Aqui serão incluídas as temáticas que abordam as minorias (saúde e segurança da população LGBT e das prostitutas), o tônus da mulher na sociedade (incluindo problemas de saúde coletiva como violência doméstica e feminicídio), saúde mental da criança, do adolescente, e do idoso como integrantes da comunidade. Serão contextualizados os valores, a cultura e a história das comunidades, seus hábitos e como eles se correlacionam com o processo de adoecer. Também serão discutidos dois materiais de apoio ao longo do módulo, a saber: "Pedagogia do Oprimido", Paulo Freire, e "A Liberdade é uma Luta Constante", Angela Davis, para servirem de prisma para a compreensão das perspectivas dos indivíduos da comunidade. Também serão mencionadas as principais atividades econômicas realizadas pelos moradores daquele território e naquele território, como um termômetro de como a renda influencia nos indicadores de saúde correlatos.

Educação Continuada em Saúde (ECS):

- ♦ Alvo: População
- ♦ Metodologia: Uso de espaços pré-existent e já consolidados para lançar intervenções de educação à população, as reuniões dos Conselhos de Saúde e a criação do Grupo de Educação em Saúde na UBS:

Conselhos de Saúde: Será disponibilizada 1 hora durante as reuniões do conselho de saúde, onde o médico ou o enfermeiro, levarão um tema de relevância na prática diária da UBS para que a população tome conhecimento e consciência da dimensão com quem esse problema afeta os desfechos em saúde, inclusive apresentando números e estatísticas para despertar o interesse em proposições de ações pela comunidade a cerca do problema. Serão oferecidas ao usuário dos serviços de saúde ferramentas para compreensão sobre como funciona o SUS e seus dispositivos bem como conteúdos educacionais, dispondo da Competência Cultural, sobre os processos de saúde-doença da realidade na qual está inserido. Deverá ser feito o link dessas demandas com as esferas da administração pública competentes em solucioná-las, intersectorializando as queixas em saúde com as demais esferas (educação, segurança, empregos, lazer, etc). Haverá retroalimentação entre a equipe multidisciplinar e os conselhos de saúde, de modo que ambos trocarão demandas. Os temas sugeridos pelo conselho de saúde serão levados ao estudo das equipes e as equipes levarão os temas que acham mais relevantes de serem trabalhados, de acordo com sua aferição através dos indicadores sociais dos territórios ou das queixas e problemas mais frequentes levantados em um período de tempo na UBS.

Os Grupos de Educação em Saúde na UBS serão desenvolvidos para aprofundar os temas levados às reuniões do conselho na proposta de dirigir um olhar focado em desenvolver habilidades de auto-gerenciamento da saúde e da doença. No grupo, o objetivo é oferecer informações teóricas mais robustas sobre o funcionamento do organismo, da mente, da sociedade e sua correlação com os processos de adoecimento. Os Grupos são importantes formadores e mantenedores do vínculo, fonte motivacional (rede de apoio e compartilhamento de resultados) e follow-up compartilhado entre o próprios participantes. São a principal ferramenta para desenvolver a habilidade de auto-manejo dos indicadores de saúde, trazendo à consciência dos pacientes as relações causais que podem ser anuladas ou modificadas a partir da posse das informações sobre elas.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados são:

Trazer à consciência da população a realidade pela qual é cercada.

Estimular a interação do indivíduo como sujeito protagonista e transformador das duas dimensões de realidade: individual e comunitária.

Gerar autonomia e emancipação para promover escolhas que favoreçam hábitos saudáveis individuais e coletivos

Conscientizar sobre as complicações esperadas e preveníveis em nível individual e coletivo, das patologias e disfunções mais frequentes

Oferecer ao profissional tecnologias de comunicação para otimizar a criação, a manutenção e o fortalecimento do vínculo, para que o processo de aprendizado não seja passivo, mas interativo

Oferecer ao profissional educação permanente em saúde, para buscar nas lacunas de conhecimento o que ainda falta para otimizar os processos dos serviços em saúde relacionados à atenção ao indivíduo e ao território.

REFERÊNCIAS

- 1) Unidades de Conteúdo do programa de Especialização em Saúde da Família, PAB 7: Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica << https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf >>
- 2) Sistema Único de Saúde (SUS): Estrutura, Princípios e Como Funciona << <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> >>
- 3) FALKENBERG, Mirian Benites et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2020. << <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.>>
- 4) Rise, M. B., Pellerud, A., Rygg, L. Ø., & Steinsbekk, A. (2013). Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PloS one*, 8(5), e64009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>