

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**MATHEUS DALLAGASPERINA PEDRO**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS – CENTRO DE SAÚDE VILA MARIA**

**VILA MARIA – RS**

**2017**

**MATHEUS DALLAGASPERINA PEDRO**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS – CENTRO DE SAÚDE VILA MARIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da tutora Dra. Ana Amélia Nascimento da Silva Bones, médica de família e comunidade.

**VILA MARIA - RS  
2017**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO -----	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS -----	10
4 VISITA DOMICILIAR -----	12
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA -----	15
REFERÊNCIAS -----	18
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	19
OUTROS ANEXOS -----	36

## 1. Introdução

Matheus Dallagasperina Pedro é um médico de vinte e seis anos de idade, brasileiro, do sexo masculino, natural de Passo Fundo – RS, formado pela Universidade de Passo Fundo (UPF), localizada na região norte do estado, no dia vinte de dezembro de dois mil e quatorze, trabalhou, desde os idos da formatura, nas áreas da medicina generalista e de urgência e emergência, atuando em diversos municípios do estado. Ingressou, também, nas fileiras da Força Aérea Brasileira, servindo como Oficial Médico, vinculado à Base Aérea de Santa Maria, em Santa Maria – RS, pelo período de um ano, de fevereiro de dois mil e quinze ao final de janeiro do corrente ano, sendo então licenciado do serviço militar ativo, no posto de Segundo Tenente da reserva. Desde os idos de março de dois mil e dezesseis, atua, vinculado ao Programa de Valorização da Atenção Básica, no Centro de Saúde de Vila Maria, em Vila Maria – RS.

O Centro de Saúde de Vila Maria, localizado no centro da cidade, atua com cobertura integral da área de saúde do município, que possui população adscrita de quatro mil duzentos e vinte e um habitantes, segundo último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A maior parte da população reside na área rural do município, sendo constituída de importante parcela de idosos, fato que se traduz em grande demanda de cuidados para situações de doenças crônicas. A cidade possui, ainda, significativa parcela de trabalhadores do ramo industriário, nas áreas de maquinário agrícola, produção de estruturas plásticas e beneficiamento pecuário. A maioria da demanda se dá por consultas na área de medicina, sendo as doenças crônicas as queixas mais atendidas, como explicitado anteriormente, seguidas pelas doenças agudas e infecciosas e menos comumente por acidentes de trabalho ou traumas leves. Vale salientar, ainda, que a cidade dispõe de uma unidade de pronto atendimento, situada anexa ao hospital municipal local, onde geralmente é suprida a demanda de atendimentos de urgência e emergência. Perfazendo a rede de apoio local, além do hospital municipal citado anteriormente, existem unidades de ensino infantil, todas localizadas nas cercanias da Unidade de Saúde, sendo duas escolas municipais, uma de ensino infantil e a outra de ensino fundamental, além de uma escola estadual de ensino médio; um Centro de Idosos e Terceira idade, que funciona com encontros semanais; além de atendimentos nas áreas de Nutrição e Psicologia, estes também realizados em estrutura anexa ao hospital municipal.

O tema escolhido para o Projeto de Intervenção se deu justamente devido ao diagnóstico de comunidade elaborado previamente, onde se denotou alta demanda para queixas relacionadas às doenças crônicas, bem como o grande número de idosos no território. Identificou-se, então, outra limitação às atividades em saúde desenvolvidas localmente, que era a baixa densidade de educação em saúde, contrariando preceitos básicos da Atenção Primária em Saúde (APS). Como ilustração do panorama encontrado, havia cerca de dezoito meses desde a última atividade em grupo realizada juntamente à comunidade, por parte da APS, além da estagnação do modelo de atenção, organizado muitas vezes em consultas de livre demanda, com raras

inserções da equipe no cotidiano da comunidade. O projeto desenvolvido visa, então, devolver a condição de prática corriqueira à educação em saúde, por meio de abordagens multidisciplinares com a comunidade, realizadas no formato de grupos de saúde, com encontros semanais, elaborando um agrupamento de dados relevantes ao processo de trabalho da APS, ao final destas atividades. O referido projeto se encontrará em sua íntegra, nos anexos deste trabalho.

## 2. Estudo de Caso Clínico

O caso clínico a seguir trata de situações adaptadas da realidade, sendo que os nomes descritos são fictícios, com nenhuma relação direta com pessoas reais.

Era manhã de segunda-feira, por volta de 10h30min, em plena primavera na região norte do estado, quando a usuária Marli., 63 anos, chega ao Centro de Saúde de Vila Maria, turno da semana no qual começam a ser realizados os agendamentos de atendimento médico para a semana. Na recepção, encontra-se com a enfermeira Clara.

Marli: - Enfermeira, vim de casa caminhando até aqui e só consegui chegar agora, sabes que moro longe aqui do posto de saúde. O meu joelho esquerdo está me matando de dor, até parece que está ficando mais inchado! É aquele que me dói há anos, sabe? É a mesma dor de sempre, só que pior ainda! Olha, não aguento mais de dor, ontem de tarde tive que procurar o Hospital (Hospital Municipal Carlos Cerato) e me fizeram até uma injeção na veia. Preciso que tu me arranjes uma consulta com um médico. Alguém vai ter que me passar um remédio forte, pedir um exame daqueles de ressonância e me mandar para um especialista. E de preferência, que tenha este remédio aqui no posto, pois estou apertada esse mês!

Clara: - Bom dia dona Marli, como tens passado? Por favor, sente e vamos conversar. Os agendamentos médicos do dia já foram preenchidos, mas como a Sra. é idosa, sempre há uma reserva de vagas para consultas médicas nessa situação, quando há necessidade. Aqui no município, ainda, a senhora poderia marcar essa consulta pelo telefone, se lembra? Mas então, conseguimos agendar uma consulta para amanhã pela parte da tarde, pode ser? Em relação a sua queixa de dor, vamos fazer uma ficha de acolhimento, para que o médico possa examinar o seu joelho e, se for o caso, deixar algum medicamento analgésico até a sua consulta de amanhã.

Marli: - Mas esse posto está terrível mesmo! Uma senhora idosa e com problemas como eu precisa fazer como para conseguir uma consulta médica!? Vim até aqui, morando longe, com a perna doendo muito, mancando, para você ter a coragem de me mandar para casa? Isso é uma pouca vergonha! A saúde aqui no município está abandonada mesmo. Antigamente esse posto era muito melhor, pois era só chegar no dia, entrar na fila e pegar a ficha para ser atendida na mesma hora.

Clara: - Veja dona Marli, a senhora vai ser atendida agora pela manhã, mesmo. Só preciso que a senhora entregue o seu cartão do SUS para a Lia, a recepcionista, e passe o número do prontuário de sua família, para que ela faça sua ficha e eu mesma vou fazer seu acolhimento no consultório aqui ao lado. Preciso fazer a sua triagem, sabe? Para ver seus sinais, sua pressão arterial, contar os batimentos do coração, para que eu possa discutir com o médico o seu caso.

Marli: - Mas e não tem como me passar para o doutor direto? Não quero fazer esse tal de acolhimento, eu quero uma consulta médica, quero um remédio forte e que ele me peça o exame. Pra quê ficar de enrolação? Não trouxe documento nenhum, e também não quero fazer ficha. Vou subir ali no hospital, que lá me atendem bem e trabalham direito. Onde já se viu, negarem atendimento para uma pessoa idosa e debilitada como eu!

Preocupada com a reação hostil da usuária, a enfermeira Clara decide discutir o caso com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) Cristiane, responsável pelas famílias da área de dona Marli, a fim de entender o comportamento da paciente. Cristiane então relatou o contexto familiar desta usuária.

ACS Cristiane: Esta usuária, a dona Marli, vem de uma família de agricultores, descendentes de imigrantes italianos. Ela viveu na casa dos pais no interior e mudou-se para a área urbana de Vila Maria – RS, algum tempo após o casamento. Ela ficou casada durante 27 anos e o seu marido, o seu Claudionor, era um homem violento e abusivo, alcoólatra pesado. Ela sofreu muitos episódios de violência física e moral, durante todo o casamento, até uma vez em que, em vista de cogitar a separação, foi agredida fisicamente e internada no hospital durante vários dias, com graves lesões. Soube que até fratura nas pernas e costelas ela passou. Após esse episódio, o seu Claudionor saiu de casa, por vergonha e receio da reação dos vizinhos. Eles tiveram apenas um filho ao longo do casamento, Marciel, que já era distante no seu relacionamento com os pais, pois apresentava problemas de comportamento e drogadição, e residia aqui em Marau – RS (cidade vizinha, a cerca de 15 km de Vila Maria). Algum tempo depois, inclusive, esse filho foi preso, envolvido em assaltos em outros municípios aqui da região. Cerca de dois anos após sua soltura, ele veio a falecer em um acidente automobilístico, acredita-se que sob efeito de drogas. Após todos esses fatos, Marli adotou comportamento mais hostil e solitário, passando a evitar contato com os vizinhos e com a equipe da Unidade Básica de Saúde, frequentemente se isolando em seu domicílio. Ela costuma fechar as cortinas da janela da sala, quando repara que me aproximo para visitá-la, além de não responder aos chamados para abrir o portão e me receber. Geralmente, ela recebe em sua residência apenas seu sobrinho, Luiz, que trabalha no município vizinho de Casca – RS. Ele costuma visitar a tia semanalmente, ao menos, e demonstra-se muito solícito em cuidar dela, sempre que se faz presente.

A enfermeira Clara e a ACS Cristiane elaboram um esboço de genograma/ecomapa, utilizando a ferramenta GenoPro, visando melhor ilustração do contexto familiar e social de Marli (vide OUTROS ANEXOS).

Com a realização desta atividade, as profissionais se dão conta da situação de isolamento social em que vive a paciente em questão, bem como do importante vínculo afetivo com o seu sobrinho, Luiz. Percebem, ainda, como seria importante para a

paciente, em seu contexto social e de saúde, uma reaproximação com a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ao terminarem a discussão, a enfermeira Clara confere que há uma vaga disponível para visita domiciliar, ainda na corrente semana, na agenda do médico Eduardo e, então, relata para o profissional o caso da paciente, bem como a situação da procura por atendimento na UBS. Após discutirem novamente o caso e programar a visita domiciliar, Clara solicita para Cristiane que ela tente entrar em contato com o sobrinho da usuária, pelo telefone que consta no prontuário familiar, a fim de solicitar se haveria disponibilidade de o mesmo estar presente no dia da visita domiciliar, bem como comunicar Marli sobre a visita dos profissionais de saúde.

Antes da referida visita, o médico Eduardo revisa o prontuário da paciente, encontrando uma evolução médica de consulta realizada no mês de Março do corrente ano, onde se confirma o diagnóstico de gonartrose do joelho esquerdo. Naquela ocasião, tinha sido orientado à paciente realizar atividades físicas regulares, com preferência para hidroginástica, devido a essa ser uma atividade física de baixo impacto e, portanto, mais adequada ao seu perfil, além da prescrição de Paracetamol 750 miligramas, como analgesia de escolha.

Na hora agendada, a equipe se direciona à residência de Marli, encontrando em frente a seu domicílio a paciente e seu sobrinho, Luiz, o qual orientou a paciente a instalar cadeiras na varanda da casa, pois ao perceber que a tia permanecia demasiado tempo alocada no interior da casa, achou por bem estimulá-la a sair ao ar livre. A equipe chega, dando boa tarde aos presentes, pedindo licença e adentrando a residência da paciente. Após todos estarem acomodados na sala de estar, o médico Eduardo começa a sua anamnese, solicitando informações acerca dos sintomas e se dona Marli vinha fazendo uso do Paracetamol e realizando as atividades físicas prescritas em consulta anterior, fato que a paciente nega, para ambas as ações. Marli relata que suas dores são muito intensas e somente medicamentos “na veia” são capazes de produzir alívio aos seus sintomas, além do que não consegue encontrar motivos para que exercícios físicos tenham algo de valor em suas dores e sua doença. A enfermeira Clara e o médico Eduardo, então, calmamente explicam sobre a osteoartrose, a evolução da doença e sobre a importância da adesão a medidas não farmacológicas para o sucesso do tratamento.

O médico Eduardo prescreveu novamente Paracetamol, solicitou exames laboratoriais gerais, incluindo função hepática para monitoramento atual e futuro dos valores das enzimas hepáticas, solicitando ainda 10 sessões de fisioterapia e enviou laudo, anexo à solicitação, explicando para os fisioterapeutas a condição da paciente e a possível avaliação quanto uso de órtese, a fim de imobilizar articulação acometida pela osteoartrose. Foi explicado o funcionamento da unidade para a usuária e para seu sobrinho, os quais entenderam os conceitos de acolhimento e o agendamento de consultas, com acesso facilitado aos idosos. A consulta médica para retorno com exames ficou agendada para 10 dias após a data da visita domiciliar, com o sobrinho prontificando-se a acompanhar a tia mais uma vez à consulta, posto que, nesta data e turno, estaria de folga da empresa onde trabalha.

No retorno da paciente, em consulta médica na Unidade Básica de Saúde, a usuária chega acompanhada de seu sobrinho Luiz, aguardando na sala de espera. Após serem saudados pelo médico, quando chamados à consulta, e convidados a se sentar no consultório, a usuária, então, refere alívio sintomático parcial de suas queixas, com o uso de Paracetamol, porém mantendo-se com dor intensa, nos intervalos das doses ou conforme os movimentos que realiza. O médico prescreve, então, Nimesulida 100 miligramas, durante 5 dias, solicitando que a paciente cesse seu uso e mantenha apenas o uso de Paracetamol, após o período descrito de tratamento. Durante a consulta, Marli relata que, por muito tempo, sentiu dores difusas, em todo o corpo, mesmo após a separação do marido que a agredia, e que ainda hoje sofre com lembranças das agressões que era vítima na época, contando que nunca se sentiu a vontade para falar sobre o assunto, mas que após a visita da equipe em sua casa se sentiu livre e mais confiante no trabalho daqueles profissionais, para então conversar sobre o seu passado e pedir ajuda. Médico e usuária pactuam que será iniciado acompanhamento em grupo, juntamente com a equipe de saúde mental do município, composta por psicóloga, assistentes sociais e a própria equipe da UBS, realizando interconsultas e atividades em grupo, em um primeiro momento.

A agudização da dor de Marli cessou após o uso de antiinflamatórios, ela seguiu com o uso de Paracetamol e conseguiu matricular-se na hidroginástica de um clube da cidade vizinha, em Marau – RS, com a ajuda do sobrinho. A paciente é vista com mais frequência na comunidade local, seguindo em acompanhamento com serviço de psicoterapia, até então, mantendo um vínculo agora estável com a UBS e, sobretudo, com aqueles profissionais que a visitaram em seu domicílio.

### 3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Prevenção de Doenças

No Centro de Saúde Vila Maria, em Vila Maria, Rio Grande do Sul – Brasil, existe o apoio multiprofissional e multidisciplinar, adicional aos membros da equipe mínima do ESF preconizada pelo Ministério da Saúde, prestados na forma de atendimentos complementares, vinculados ao hospital municipal local. Dessa maneira, a equipe e a população contam com o apoio constante de profissionais de diferentes áreas, incluindo psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física, assistência social e algumas especialidades médicas, como psiquiatria. No município, já existiam grupos visando práticas coletivas de atividades físicas, voltados para gestantes e a terceira idade, que atuam localizados em área próxima à UBS. Ao longo do ano de 2016, foram implantados novos grupos, voltados à educação em saúde, de caráter multidisciplinar, sendo os grupos do HiperDia (com ênfase em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus, bem como saúde do adulto em geral), Tabagismo e repactuação do Grupo de Gestantes, de modo a ampliar o escopo da atenção, assim incluindo, além das gestantes do território, casais que desejam gestar futuramente. (vide OUTROS ANEXOS). Esses grupos se encontram de forma regular, com encontros de forma semanal para o HiperDia e mensalmente para o grupo de Gestantes e do Tabagismo. De modo a prover melhor entendimento dos horários e datas dos encontros, bem como dos temas abordados, são elaborados sistematicamente, pela equipe do Centro de Saúde Vila Maria, posters e folders com as informações precisas sobre cada grupo, estes fornecidos localmente pela UBS, difundidos pelos agentes comunitários de saúde e disponíveis, também, em pontos-chaves da comunidade (ex.: prédios públicos e paróquias).

Um caso que bem exemplifica as ações de promoção da saúde realizadas na UBS é o do usuário A.G.T., 64 anos, que buscou atendimento médico após ter sido diagnosticado por médico psiquiatra com Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (CID-10 F41.2). Após o diagnóstico, recebeu prescrição do uso de antidepressivo tricíclico (Amitriptilina 25 mg ao dia, inicialmente, com incremento de dose para 50 mg ao dia), o qual utiliza de forma irregular. Este, então, procurou atendimento médico na UBS solicitando novo encaminhamento para consulta com o médico psiquiatra, referindo necessitar de outro tipo de medicamento para uso crônico, alguma droga com perfil “mais forte”, devido à persistência de sintomatologia importante, sobremaneira no período vespertino e noturno, no qual ficava sem o seu filho em casa, com o qual mantinha relacionamento tempestuoso, muitas vezes abusando do uso de substâncias (álcool) na tentativa de minimizar esses sintomas. O usuário A.G.T. é viúvo, pai de três filhos, dois dos quais residem na cidade vizinha de Marau – RS, apresentando relação distante com todos os filhos, à exceção de seu filho que reside atualmente em seu domicílio, devido a problemas financeiros, porém constantemente conflitando com o usuário. Quanto a seus hábitos de vida, refere ser ex-tabagista e etilista, é sedentário e

aposentado. Após anamnese, descrita acima, foi realizado exame clínico o qual não evidenciou alterações, exceto por sobrepeso (IMC 28,45, segundo tabelas da OMS), aspecto ansioso e pela elevação discreta do componente sistólico da pressão arterial, esta atualmente tratada com Losartana 50 mg, também de forma irregular. Foi, então, proposto para o usuário várias condutas e ações a serem realizadas antes de considerar nova consulta com o especialista, tais como: adesão efetiva ao tratamento medicamentoso vigente, uso correto do medicamento prescrito e evitar o esquecimento de doses do medicamento; possibilidade de participação em algum dos vários grupos de práticas de atividades coletivas realizadas pela UBS e comunidade; incorporar na rotina alimentar as orientações nutricionais para prevenção cardiovascular e a cessação ou moderamento do consumo de álcool. Dessas sugestões, ficou pactuado com o Sr A.G.T. a adesão às seguintes recomendações, como terapia não medicamentosa de sua condição clínica: reeducação alimentar, frequentar grupos de atividade coletiva do seu interesse de maneira regular e acompanhamento multidisciplinar nos serviços de saúde mental ofertados pelo município. Tais situações encontram embasamento na literatura, da seguinte forma:

- A reeducação alimentar é o principal elemento no manejo da obesidade. A prática de atividades aeróbicas sem a modificação no hábito alimentar reduz o sobrepeso em apenas poucos quilogramas<sup>1</sup> (nível de evidência I).
- Acredita-se que o exercício regular seja capaz de auxiliar na diminuição se sintomas depressivos<sup>1</sup> (nível de evidência III).
- O clínico também pode sugerir atividades físicas básicas como caminhar, andar de bicicleta ou dançar. A caminhada, quando realizada em intensidade moderada, pode ser indicada com segurança. O aumento da duração dela não representa aumento do risco de lesão <sup>1</sup> (nível de evidência II).

Ao se realizar revisão das condutas na literatura, denota-se a segurança adquirida ao recomendar práticas de promoção de saúde, tais como exercícios físicos de maneira regular e alimentação saudável, dentre outros, uma vez que tem-se a certeza da existência de dados consistentes e estatisticamente válidos nas diferentes bases de dados pesquisadas, os quais comprovam a existência de benefícios imediatos, além de benefícios a médio e longo prazo, ao serem adotadas práticas de promoção a saúde. Muitas vezes, ao realizar atendimentos na área da saúde, existe uma tendência em manter o foco na dicotomia saúde-doença, entendendo saúde meramente como ausência de doença ou manifestação clínica, o que automaticamente direciona o cuidado e as condutas exclusivamente para as patologias, deixando em segundo plano as ações de promoção à saúde. O grande desafio para reorientar o cuidado clínico voltado à pessoa é a necessidade de deixar claro o entendimento que a saúde deve ser vista em seu conceito amplo e global, deixando claro a profissionais da área da saúde e população, que a ausência de doenças não é sinônimo de saúde, mas sim resultado da harmonia e do correto ajuste da pessoa em seu contexto bio-psico-físico-social.

## 4. Visita Domiciliar

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. Entretanto, não se pode admitir, tomando como base apenas a expansão, que dimensões de qualidade, tais como: integralidade das ações, humanização e satisfação das demandas dos usuários, encontram-se plenamente contempladas na referida estratégia. Nesse contexto, a assistência prestada por meio da Visita Domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

Na realidade da nossa equipe de saúde, a VD se organiza conforme demanda dos usuários, de maneira programática ou atendendo as situações de urgência, quando estas são relatadas pelos profissionais da equipe ou pelos próprios usuários. Operacionalmente, se estabeleceu uma agenda semanal disponível para a marcação das visitas ditas eletivas ou de rotina, usadas para manter o atendimento domiciliar dos pacientes que necessitam destas ou solicitam essa modalidade de atendimento. A programação rotineira da equipe de saúde da família é pautada por critérios de seleção definidores de prioridades dos indivíduos e/ou das famílias, levando em conta as especificidades individuais ou familiares. Assim, consideram-se como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, dentre outros).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.

- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, dentre outros).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Em relação aos grupos específicos, levam-se em consideração:

- Idosos: acamados com dificuldade de deambulação; com doenças crônico-degenerativas; sem adesão ao tratamento; sem cuidador.
- Criança: recém-nascidos com alto grau de distrofias ou mal-formações; com atraso no crescimento ou no desenvolvimento; ausências no atendimento programado e/ou nas vacinações.
- Gestante: de alto risco; desnutridas; ausências nas consultas de pré-natal agendadas.

Como metodologia básica para a VD, empregamos a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica. No domicílio, iniciamos pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família. Nesse momento, valorizam-se as relações interpessoais para possibilitar aproximação e segurança na abordagem. Analisando a visita, denota-se a oportunidade ímpar que ela representa para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando in loco as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita. A equipe discute todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Levam-se em consideração o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática. Pensar e executar a VD de forma sistematizada constitui um desafio, pois a VD é vista muitas vezes como uma tarefa tecnicista e não como uma ferramenta de trabalho da equipe da ESF. Valorizar a subjetividade dos usuários, criando vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos,

bem como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.

## 5. Reflexão Conclusiva

Antes do ingresso no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) o profissional, mais comumente, traz uma visão fragmentada do Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da conformação curricular atual dos cursos de medicina no país. Ao longo da graduação, o acadêmico de medicina convive com uma realidade segmentada do SUS em seus diferentes níveis de atenção, contudo, não há um conhecimento claro sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, há uma ausência de percepção de como os diferentes níveis de cuidado se articulam entre si no SUS. Dessa maneira, é possível que o profissional médico não vislumbre qual o real impacto da Atenção Primária à Saúde (APS) em níveis assistenciais mais complexos, como, por exemplo, a nível hospitalar. Assim como talvez não seja fácil compreender qual a relação da prática de acolhimento à demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), implantada de maneira efetiva com a redução da demanda por consultas médicas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Ao longo do curso de especialização, várias modificações ocorrem na prática profissional, tanto em condutas e abordagens clínicas como na forma de entender o funcionamento do SUS. Porém, a mudança mais impactante na prática profissional, em minha experiência, foi o claro entendimento do impacto direto de minhas ações junto às RAS do município ao qual fui alocado além da urgente necessidade de implementar a APS, com vistas à melhoria do cuidado à saúde no SUS de maneira holística, uma vez que a rede horizontal de atenção à saúde possui como elemento central justamente a APS.

Ao iniciar o curso de especialização, após ser alocado pelo PROVAB no município em que atuei, em Vila Maria – RS, não sabia claramente o que esperar do programa ou da cidade ao qual fui alocado, de como seria a Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) na qual iria atuar e nem mesmo do curso de especialização, pois, por mais que já tivesse conhecimento parcial sobre o funcionamento teórico-prático das atividades do PROVAB/Especialização em Saúde da Família. Durante a rotina ocorrem diversas situações inesperadas (as quais já incluíram, até mesmo, visita domiciliar de urgência após usuário da nossa UBS ter sido vítima de trauma por esmagamento de membro inferior, após contusão por pisada de bovino. Sendo, com sucesso, encaminhado ao hospital de referência após manejo inicial por nossa equipe. Além de ter sido atendido após 10 dias para remover suturas e, atualmente, o usuário encontra-se bem e recuperado.), fugindo do padrão de atendimentos médicos que estava adaptado antes de vivenciar diretamente a UBS e a realidade da APS. Inicialmente, ao ingressar no programa, os objetivos pessoais almejados diziam respeito unicamente à parte de atendimentos propriamente dita, com vistas influenciar positivamente o processo de trabalho da UBS, realizar atendimentos clínicos humanizados e efetivos, conhecer a realidade de saúde do município em que atuava e tentar ser fator transformador dessa realidade. Contudo, ao associar as atividades práticas com o curso teórico foi possível criar expectativas mais amplas do que meramente relativas ao processo de trabalho individual do médico, além de criar planos de ação para que os desejos de melhora da realidade de saúde daquela região não fossem meramente planos vagos. O curso é efetivo em fornecer noção global do sistema de saúde vigente o que torna o aluno fator transformador em sua realidade uma vez que esse passa a estudar e conhecer mais

profundamente o que se entende por assistência de saúde realizada com excelência. Apenas é possível tornar algum local de assistência a saúde excelente quando há clara certeza de o que se espera como ideal de excelência. Pode parecer simples, mas nem sempre quem tenta melhorar o sistema de saúde sabe o que se espera de um sistema de saúde e essa noção o curso oferece de maneira clara e de fácil entendimento. Esse processo de conectar os conhecimentos do curso com a realidade diária ocorre de tal forma que, ao longo do ano, gradativamente, o foco de atenção ampliou-se desde de apenas preocupar-me com a qualidade dos meus atendimentos médicos até chegar em preocupar-me se o usuário do sistema de saúde tinha acesso a saneamento básico pois isso é, também, sinal de um sistema de saúde ideal.

Através do curso de especialização, ao longo do ano, tivemos a oportunidade de aprofundamento teórico em diversos temas usuais do aspecto prático do dia-a-dia. Como exemplo marcante, no meu caso, foram os casos clínicos que abordaram as doenças crônicas do adulto e idoso, em especial de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois, devido à magnitude da doença, bem como o perfil epidemiológico dos pacientes da minha área de atuação, esse foi um assunto presente diariamente em minha prática clínica. Ademais, como Projeto de Intervenção (PI), elaborei um plano de atividades em educação em saúde, com base na abordagem em grupos dos usuários, com ênfase nas atividades de promoção e proteção à saúde, tendo como foco da abordagem as doenças crônicas e, em especial, a HAS e o Diabetes Mellitus tipo 2. O PI se baseou, então, na experiência construída durante o ano, ao trabalharmos os temas antes mencionados nos encontros com os usuários e a equipe da UBS, algo que mantínhamos semanalmente, gerando uma crescente aceitação dos usuários e um grande retorno positivo, secundariamente. De maneira evidente, também, denota-se que foram realizados grande número de atendimentos clínicos, em todas as etapas de vida dos usuários, desde a assistência pré-natal até fases de senilidade, sempre realizando atendimentos clínicos humanizados, buscando também efetividade e mantendo o foco no binômio pessoa-família, levando-se em consideração todo o contexto biopsicofísicosocial no qual o paciente estava envolvido.

Indubitavelmente, o passado ano foi um de crescimento pessoal e profissional ímpar. Inicialmente, dominávamos conhecimentos teóricos sobre o SUS e seu funcionamento, tendo chegado ao final do ano e terminávamos com conhecimentos sedimentados com a associação de teórico-prática, associação essa que, no meu ponto de vista, só foi possível com o conteúdo programático do curso de especialização e com a sequência lógica do mesmo. Algo a se lamentar, contudo, é o fato de que somente ao final do ano, na segunda parte do conteúdo programático (Unidade de Ensino 2 – UE2) que se iniciaram os casos complexos no curso de especialização que, devido à forte correlação de teoria com prática encontrada nesses casos, acabaram por enriquecer de grande forma a visão clínica e a tomada de decisões e condutas na prática diária. Ressalto, ainda, que, muitas vezes, esses casos clínicos vivenciados durante a atuação prática no programa e os casos elaborados para o curso de especialização diferiam apenas por ligeiras disparidades. Como sugestão, diria que, se houvesse uma maneira de incluir-se casos complexos mais precocemente no curso de especialização, também se geraria um retorno excelente aos profissionais participantes e, conseqüentemente, aos usuários e equipes de saúde das UBS contempladas com o PROVAB/Mais Médicos.

A adequação da teoria com a prática foi constante ao longo do ano e a revisão da teoria da implantação da APS possibilitou o surgimento de vários questionamentos que instigaram mudanças essenciais na prática cotidiana e no processo de trabalho da equipe da UBS. Acredito, ainda, que o objetivo geral de valorizar a Atenção Básica à Saúde acaba sendo atingido com êxito, findada a participação no programa, uma vez que esse, além de inserir o profissional na prática clínica diária da APS e no curso de especialização, colabora também na formação de um profissional com visão crítica da realidade na qual está inserido, que age de maneira reflexiva e naturalmente questionadora, contribuindo com o constante projeto de melhoria da atenção básica no Brasil.

## Referências

ABRAHÃO, A.L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. Apud: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A. D. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. 151-72 p.

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. *Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil*. Fortaleza: Caderno de Saúde Pública, 2009, vol.25, n.5, 1103-1112 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v. 106p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

DUNCAN, B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. Xvii, 1600p.

GENERAL evaluation. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/general-evaluation-of-the-adult-with-knee-pain>>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2017.

INITIAL pharmacologic therapy of osteoarthritis. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/initial-pharmacologic-therapy-of-osteoarthritis>>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2017.

OSTEOARTHRITIS. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/330487>>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2017.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*, São Paulo, nov-dez; 60(6): 659-64, 2007.

TREATMENT of osteoarthritis. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-osteoarthritis-resistant-to-initial-pharmacologic-therapy>>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2017.

**Anexo 1 – Projeto de Intervenção**



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

**Matheus Dallagasperina Pedro**

**Qualificação da atenção à saúde através da Educação  
em Saúde em Vila Maria - RS**

**Vila Maria - RS  
Novembro de 2016**

## RESUMO

A educação em saúde é etapa fundamental do processo de consolidação das intervenções em saúde, bem como da efetiva pactuação de ações entre usuários e profissionais da saúde. Tomando-se por exemplo as condições clínicas crônicas, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença esta que, considerando a sua magnitude e transcendência social, ainda não apresenta índices satisfatórios de controle, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, apesar de plenamente manejável por este nível de atenção. Este projeto possui como objetivo principal qualificar o atendimento às enfermidades crônicas, em especial a HAS, através da abordagem de educação multidisciplinar em grupos, bem como nas reuniões de equipe da Unidade Básica de Saúde. Espera-se, após a aplicação do projeto, que os profissionais e os usuários tenham trocado experiências e saberes em saúde, permitindo aos profissionais estarem aptos a oferecer uma melhor qualidade no atendimento à população, assim como solidificar uma nova prática, de cunho permanente, de educação em saúde na localidade de Vila Maria – RS.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
4. METODOLOGIA.....	12
5. CRONOGRAMA.....	14
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	15
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	15
6.2 RECURSOS MATERIAIS.....	15
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

## 1. INTRODUÇÃO

A educação em saúde de um usuário pode ser realizada de inúmeras maneiras, algumas delas culminando com o fortalecimento do vínculo do usuário com o profissional de saúde e, conseqüentemente, melhorando a assistência em saúde de maneira geral, enquanto outras podem tornar mais frágil essa essencial relação. As diversas ações e abordagens dos profissionais de saúde podem gerar distintas modificações no processo diário de tomadas de decisões pelo usuário, auxiliando o mesmo a adotar um estilo de vida condizente com suas demandas pessoais, a exemplo de patologias crônicas, as quais podem ter sua história natural modificada decisivamente.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS, sendo uma doença de elevada prevalência na população brasileira, demonstra padrões insatisfatórios de controle e manejo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com uma realidade ainda distante do ideal. Identifica-se, dentre os diversos fatores possíveis para tal, uma tendência à fragilidade, sob certos aspectos, da educação em saúde aos usuários. (ARAUJO et al., 2007). Propõe-se, portanto, o fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com esses usuários, com ênfase nas medidas educativas em saúde e na permuta de conhecimentos e anseios entre a população adstrita e os profissionais da APS, possibilitando que as pessoas tornem-se reais agentes transformadores do panorama da saúde pública brasileira.

Na literatura, encontra-se a seguinte situação, a qual vem ao encontro da abordagem proposta por esse Projeto de Intervenção:

“A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas”. (CAMPBELL et al., 2003; DROUIN et al., 2006; ONYSKO et al., 2006; BONDS et al., 2009 - CADERNO AB HAS 2013)

O processo de envelhecimento populacional está ocorrendo mundialmente e o Brasil segue essa tendência. O aumento de número de idosos promove várias alterações no perfil das patologias mais prevalentes dentre as populações. Inúmeros avanços em cuidados de saúde corroboram para o aumento de expectativa de vida e culminam com melhores taxas de controle de doenças crônicas que deixam de culminar em índices de mortalidade e passam a aumentar a parcela populacional portadora de morbidades. Obrigatoriamente esse processo precisa ser levado em consideração realizarmos planejamento de cuidados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), dessa maneira é necessário estabelecer planos de ação que contemplem a equidade, priorizando, dessa forma, promover melhor qualidade de vida aos usuários que possuem doenças crônicas e que possuem, por conseguinte, maior risco de conviverem com morbidades decorrentes de complicações de suas patologias e, às vezes, até mesmo da história natural de tais agravos crônicos. É necessário esforço conjunto dos gestores de saúde, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), além do próprio empenho e engajamento da equipe de profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF), para que populações vulneráveis sejam alvo prioritário de atendimento em saúde conforme é preconizado nas diretrizes do SUS.

Dentre as doenças crônicas existentes, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), possui inúmeras morbidades associadas ao não controle da doença. Uma vez que o tratamento medicamentoso é disponível à população - até mesmo sem custos financeiros para esta, que o Sistema Único de Saúde (SUS) compromete-se em fornecer atendimento médico universal à população brasileira e que a configuração organizacional das UBS permite consultas de enfermagem e consultas com outros profissionais (tal como cirurgiões dentistas) é incabível que todo esse aparato preparado para atender o usuário portador de HAS seja falho no controle dessa patologia crônica que pode ser manejada e controlada efetivamente, reduzindo drasticamente as morbidades associadas a ela. Contudo, tal controle de doenças crônicas só é atingido no momento em que ocorrem ações simbióticas de autocuidado do usuário com o apoio dos profissionais de saúde da UBS, por meio de atendimentos e educação em saúde, além, é claro, do apoio fornecido pelas outras esferas governamentais que tornam a atuação da UBS possível.

A atenção primária em saúde possui plena capacidade de manejo e controle de doenças crônicas, tais como a HAS, porém, só existe a possibilidade de sucesso na promoção à saúde e no controle de agravos crônicos, quando há planejamento e desenvolvimento de ações voltadas ao usuário, entendendo suas individualidades como resultado de complexa interação entre eventos bio-psico-físico-sociais que envolvem o usuário. É necessário entender o usuário portador de agravos crônicos de saúde não meramente como um ser paciente e pacífico com acontecimentos em seu processo de saúde. mas sim como um ser individual, ator de sua própria história e escolhas, o qual necessita expor suas angústias, medos e crenças, quanto à sua patologia, para o efetivo entendimento pessoal da mesma. Sem diálogo entre profissionais da saúde e usuários, não há possibilidade de conhecimento adequado. Logicamente, o vínculo médico-

paciente, estabelecido dentro do consultório, em atendimento clínico, possibilita elucidação do usuário, contudo, há pessoas que apresentam certo grau de receio e guardam para si muitas dúvidas que surgiram em consultas clínicas, acabando por buscar respostas para tais dúvidas por meios não necessariamente confiáveis, tais como de pessoas leigas em saúde. O problema do usuário tirar suas dúvidas em locais não validados para tal fim é a formação de um conhecimento acerca de sua patologia, muitas vezes fantasioso e errôneo. A ideia central desse Projeto de Intervenção é exatamente a partir do entendimento de mitos acerca de HAS, dentre a população, encontrar uma maneira simples de estabelecer diálogo para escutar o que a população entende por HAS e guiar o usuário para que ele possa ser autônomo no entendimento correto da patologia com que convive visando adquirir hábitos condizentes com o que é necessário para o manejo de sua condição clínica.

Além da execução diária de atendimentos clínicos, é necessário que o profissional médico de saúde se mantenha em constante contato com os usuários dentro de sua área de atuação. Certas vezes o acesso do usuário é limitado ao profissional médico, uma vez que inúmeras demandas curativas surgem diariamente. Dessa maneira, é necessário repensar o processo de trabalho, para direcionar a atenção à promoção de saúde, aqui entendendo saúde em seu conceito amplo, que engloba atividades de prevenção primária e secundária de agravos à saúde. Certas vezes, a rotina de atuação de um médico em uma unidade de saúde acaba ficando restrita apenas a atendimentos clínicos, enquanto que o ideal seria transpor esse limite e atuar, também, na formação de opinião e na educação em saúde, para toda a população adstrita à ESF. O aprimoramento do acesso à saúde e ao conhecimento dos fatores promotores de saúde só é possível quando o profissional entra em contato direto com o usuário, não só limitando este contato dentro de um consultório médico e percebe a relevância que um acesso diferenciado a seu usuário e a sua forma de expressar a importância de aderir às orientações e os cuidados têm, de maneira direta, com a qualidade de vida de toda uma população.

O planejamento de implementações no processo de trabalho, dentro de uma unidade, só é possível após realizar reflexões acerca do assunto a ser modificado, nesse caso, elaborando estratégias para facilitar o acesso do usuário portador de doenças crônicas às orientações cabíveis, visando o adequado tratamento medicamentoso e não medicamentoso necessários, por esta razão será realizada discussão em equipe, visando elencar ajustes cabíveis ao processo de trabalho em prol da necessidade de facilitação do acesso previamente descrita.

A ocasião do usuário do sistema de saúde na qual lhe é fornecido o diagnóstico de uma doença crônica ocasiona uma cascata complexa de sentimentos e ações abrangendo o processo de aceitação da mesma. É necessário que o profissional de saúde possua a sensibilidade necessária para que sejam realizadas ações individualizadas a esse usuário o qual recebe a difícil tarefa de conviver com uma patologia crônica a qual irá demandar alterações tanto de comportamento quanto alimentares e psicológicas. A educação em

saúde permite que o usuário possua meios de entender o processo da patologia crônica que possui, após explicações condizentes com seu grau de entendimento, expressadas em uma linguagem lúdica e acessível, a qual irá auxiliar na tomada de decisões de autocuidado em sua vida cotidiana. Aprimorar ações de autocuidado pode ser realizado de várias formas, respeitando a pluralidade de cultura dos usuários, e essa intervenção visa exatamente isso: dialogar com linguagens simples quanto a patologias complexas (Hipertensão Arterial Sistêmica) com pessoas que necessitam conhecer o tipo de condição com as quais estão lidando. Esse projeto de intervenção mostra-se relevante uma vez que evidências científicas comprovam que a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso está atrelada ao conhecimento do usuário quanto à morbidade que possui, e que isso pode ser aprimorado com encontros da equipe de saúde com a população estabelecendo um diálogo entre ambas as partes sobre a temática doenças crônicas e modos de enfrentamento da mesma.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Qualificar o atendimento de doenças crônicas, em específico, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em uma unidade básica de saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar educação em saúde aos usuários e a equipe de profissionais do ESF.
- Promover encontros com a comunidade, visando troca de relatos entre usuários e equipe, quanto a dificuldades a serem transpostas para a correta adesão, tanto a tratamento não medicamentoso quanto medicamentoso, na HAS.
- Refletir, em equipe, quanto a ajustes no processo do trabalho para facilitar o acesso dos usuários com doenças crônicas a atendimentos em saúde, tanto em consultas médicas como em consultas com os demais profissionais da área da saúde, atuantes na ESF.
- Contribuir para a solidificação da prática da educação em saúde, enquanto processo continuado no atendimento dos usuários.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, à execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde. Seguindo este princípio, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais de saúde (ALVES, 2005). Além de estar presente, de modo direto, nas ações de tratamento e de recuperação, a educação em saúde se correlaciona com todos os níveis de prevenção.

Ao se fazer um exame crítico abrangente da educação em saúde, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas nesse campo de estudo. Observa-se, entretanto, que essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, uma vez que as últimas não se desenvolvem no mesmo ritmo e continuam utilizando métodos e estratégias do modelo vertical de educação, acarretando, em decorrência, um profundo hiato entre a teoria e a prática. Enquanto esta permanece pautada em concepções reducionistas e biologicistas, a teoria demonstra superação dessas concepções em detrimento de uma abordagem da doença mais compreensiva e interpretativa (GAZZINELLI et al., 2005).

Uma revisão dos documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 mostra, de forma clara, uma mudança no discurso oficial da Educação em Saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária. Essa idéia é central em Freire desde a década de 70, tanto que no documento *Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1981) é notória a forte influência do seu pensamento e de sua teoria de educação libertadora. No entanto, as *Diretrizes da Educação para a Saúde* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980) ainda definem Educação em saúde como “*uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde*”. Subentende-se aqui que a Educação em Saúde, tal como definida pelas Diretrizes, tem como intenção nítida reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população.

O objetivo da educação em saúde não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias (ALVES, 2005). A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua

saúde (CHIESA et al., 2001). Deste modo, há, ainda, uma importante consonância com o princípio bioético da Autonomia, bem como uma etapa de Participação Popular, princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, evidenciando os usuários como agentes transformadores da saúde.

O tocante ao se analisar os processos de educação em saúde é exatamente perceber que esta variável ocorre de maneira continuada, configurando um processo que definitivamente não é estático. Até pouco tempo, a educação em saúde era planejada e executada de maneira notavelmente distinta da atual forma e isso não mostra que esses processos de educação eram totalmente errados ou até menos efetivos do que os mais recentes, este fato apenas comprova que o aprimoramento de um processo de educação depende das relações e demandas da população, algo que é notoriamente mutável. O caráter modificável das demandas por cuidados em saúde exige dos sistemas de saúde e dos agentes praticantes desses sistemas a percepção de que, mesmo que um método de educação em saúde praticável e até ideal possa ser suficiente para o momento atual, contudo, é sempre importante reavaliar se, no futuro, ele seguirá sendo adequado, ou necessita ser reavaliado e modificado.

#### 4. METODOLOGIA

A proposta deste projeto foi apresentada, durante reunião de equipe, após diálogo com os profissionais que atuam na ESF Centro de Saúde de Vila Maria – RS, a qual estou alocado, visando encontrar um tema que aperfeiçoasse o processo de trabalho de todos, aprimorado o cuidado ao usuário adstrito ao território atendido por esse estabelecimento de saúde da família. Em um momento posterior, esta proposta foi novamente apresentada à equipe multidisciplinar, que atuará nas atividades práticas, composta pelos núcleos de medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e agentes de saúde. Além destes agentes, participaram da reunião os representantes da atual gestão municipal, mais especificamente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Após ser a metodologia pacutada nesses termos, é papel dos agentes comunitários de saúde, bem como de todos os profissionais da atuação da ESF, divulgar a proposta para os usuários adstritos no território. Os meios de comunicação local, como rádio e jornal, também serão usados para divulgação, nesta etapa.

Serão elaboradas reuniões, no formato de Grupos de Saúde, com os usuários adstritos no território, portadores de HAS ou não, de caráter educativo em saúde, com ênfase na troca de vivências e relatos, tentando uma prática integral e universalizada para o atendimento humanizado e o adequado controle dessa comorbidade, com forte caráter preventivo, em seus diferentes níveis de prevenção. Serão compostas atividades multidisciplinares específicas de cada núcleo, com auxílio de métodos visuais e materiais (multimídia, projeção, cartilhas e folders), com o intuito de iniciar o debate e a livre permuta de conhecimentos, entre a equipe multidisciplinar e os usuários, acerca dos tópicos abordados, novamente com ênfase em medidas de controle e prevenção da comorbidade em questão, porém com a possibilidade de ampliar o teor dos encontros, de modo a abranger as doenças crônicas prevalentes no território, garantindo o objetivo de prevenção e promoção da saúde, através da educação em saúde, tanto de usuários quanto de profissionais atuantes na ESF, em caráter permanente.

Na segunda etapa, em cada encontro, segue-se à obtenção de dados objetivos da população presente, no modelo de feira de saúde, com aferição de sinais vitais, valor da pressão arterial sistêmica, controle glicêmico com o hemoglicoteste, pesagem dos usuários, cálculo do índice de massa corporal, além de rápido resumo das comorbidades e modelos de tratamento atuais, medicamentosos ou não, nos pacientes com comorbidades já estabelecidas. Este momento, de ordem mais técnica, abre espaço para a participação de acadêmicos dos diferentes núcleos, conforme postulado pela equipe de saúde, algo já corriqueiro nas áreas de enfermagem.

Os encontros ocorrem com temporalidade semanal, sendo divididos conforme territorialização prévia, de modo a abranger todas as comunidades do município de Vila Maria - RS, em caráter rotativo entre elas. A parte logística da

intervenção, conforme pactuado previamente em reunião, ficará ao encargo da SMS, com o transporte dos profissionais às comunidades. Este fato permite, inclusive, a participação de membros da SMS nas reuniões, pluralizando, novamente, as experiências do grupo, com a participação direta de representantes da gestão municipal.

Após conclusão da etapa dos grupos de saúde, os profissionais discutem os dados e vivências adquiridos com os encontros em grupo, durante as subsequentes reuniões de equipe da ESF. Esta fase visa à síntese de todas as informações coletadas ao longo das etapas prévias, com análise crítica dos dados obtidos juntamente aos usuários, tanto objetivos quanto subjetivos, com o objetivo de propor mudanças nos indicadores necessários do mecanismo de atuação da ESF, também reafirmando os pontos considerados positivos ou satisfatórios, no processo de atenção aos agravos crônicos, com ênfase no controle e nas diferentes modalidades de tratamento da HAS, por meio da prática de educação em saúde. Ao final desses ciclos de reuniões de equipe, apresenta-se à equipe da ESF o resultado final da intervenção, com as possíveis propostas elaboradas, estabelecendo-se, dessa forma, a educação em saúde como prática permanente do processo de trabalho da ESF, além de fortalecimento do vínculo com nas suas relações dinâmicas entre profissionais de saúde e os usuários do SUS.

## 5. CRONOGRAMA

Atividades	Período
Apresentação da proposta à Equipe	Maio de 2016
Pactuação com equipe multidisciplinar (núcleos médico, enfermagem, nutricional, psicologia e agentes de saúde) e gestão municipal	Junho de 2016
Atividades práticas de educação em saúde: Grupos multidisciplinares nas comunidades	Junho a Agosto de 2016
Discussão das vivências dos grupos em reunião de equipe (1ª Parte)	14 de Setembro de 2016
Discussão das vivências dos grupos em reunião de equipe (2ª Parte)	21 de Setembro de 2016
Apresentação e discussão final de dados em reunião de equipe	05 de Outubro de 2016

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### *6.1 RECURSOS HUMANOS*

- Médico que fará a mediação da educação permanente em saúde em reunião de equipe
- Profissionais da saúde envolvidos nas atividades de educação multidisciplinar: médico, nutricionista, psicóloga, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde
- Equipe multiprofissional para abordagem em grupo dos pacientes, bem como para aferição de dados dos participantes
- Presença dos profissionais de saúde que integram a equipe de ESF que atua na unidade (Agentes Comunitárias de Saúde, enfermeira, médicos, recepcionista, técnicas enfermagem)

### *6.2 RECURSOS MATERIAIS*

- Sala para realização dos encontros com a equipe, disponível na unidade de saúde
- Espaço para realização dos encontros com a comunidade, preferencialmente em salões paroquiais e centros comunitários, conforme estrutura disponível
- Cadeiras
- Materiais para aferições: esfigomanômetro, glicosímetro portátil, fitas reagentes, trenas e fita métrica, balança portátil calibrada, prontuário padronizado para anotar dados e caneta
- Computador com projetor
- Impressora

## **7. RESULTADOS ESPERADOS:**

Busca-se, com esse projeto de intervenção, qualificar o atendimento aos usuários adscritos à essa unidade de saúde, por meio da educação continuada em saúde, envolvendo tanto os profissionais envolvidos nessa prática, quanto os próprios usuários.

Após os encontros, a serem realizados ao longo de três meses, é esperado que os profissionais e os usuários tenham trocado experiências e saberes em saúde, permitindo aos profissionais, após reflexão em reuniões de grupo, estarem aptos a oferecer uma melhor qualidade no atendimento à população, bem como se tenha solidificado uma nova prática, de cunho permanente, em relação à educação e saúde, na área de abrangência da Unidade de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interf. – Comum. Saúde, Educ.* São Paulo. v. 9, n. 16, p. 39 - 52, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Divisão Nacional de educação em Saúde. Ação educativa nos serviços básicos de saúde.* Brasília. Ministério da Saúde: 1981. 22p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.* Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília; 1997. 36 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde.* Brasília, 2009. 64 p.

CAMPOS, G. W. S, et al. *Tratado de saúde coletiva.* Ed. 1, Editora Fiocruz, São Paulo: 2006. 880 p.

CAMPOS, G. W. S. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, La Plata, v. 1, n. 1, p. 59-68, jan-abr, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Temáticas sobre Eqüidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 23-33, mai-ago, 2006.

CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. L. O. R. *A educação em saúde na prática do PSF.* Manual de enfermagem. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

FRANCO JR, A. J.; CONRADO, M. O. M.; ANDRADE, D. E.; MIOTO, D. E. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. *Investigação*, Brasília, v. 8, n. 1-3, p. 11-18, jan-dez, 2008.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Púb*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, Jan, 2005.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDAO, A. A.; NEVES, M. F. T. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016.

MENENDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? Apud: ALVES, P.; RABELO, M.C.

*Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998. p. 71-93.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Jan, 2001.

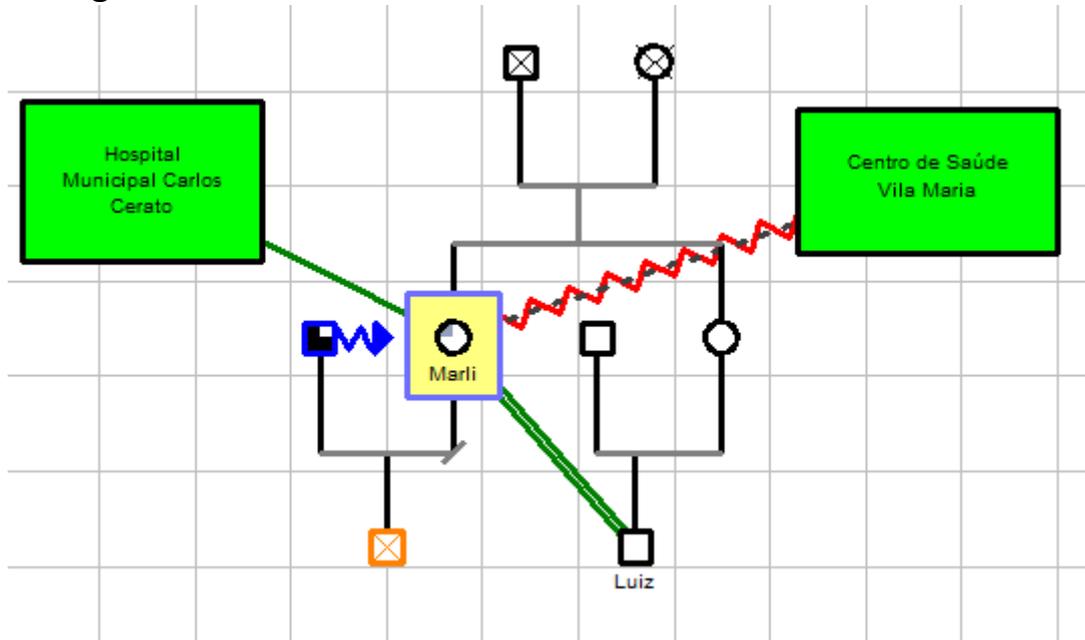
SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. Apud: VASCONCELOS, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. 115-36 p.

SUS Política Nacional de Humanização – 1ª Edição, Brasília 2013. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em: 01 de Outubro de 2016.

## Outros Anexos

### 1. Genograma caso clínico



### 2. Inauguração do Grupo de Hipertensos e Diabéticos



3. Publicação, em rede social, de foto referente à entrevista-chamada para o Grupo de Tabagismo, em rádio local.

Mais um grupo iniciando em Vila Maria ANTI TABACO (Tabagismo). Juntamente com a equipe multidisciplinar da Secretaria da Saúde, com a Coordenação do Dr Matheus Dallagasperina Pedro e a Enfermeira Adiles Dalprá. Contamos com você, que queira parar de Fumar.



**Rádio Vila Maria FM** com **Adiles Dalprá**. 23 de setembro de 2016 às 09:56 · 🌐

SAÚDE: Vila Maria terá grupo anti-tabagismo a partir de outubro. O trabalho será plural, utilizando acompanhamento multidisciplinar e medicamentos. Detalhes no [http://www.vilamariafm.com.br/index.php?site=noticias\\_interna.php&id\\_descricao=1142](http://www.vilamariafm.com.br/index.php?site=noticias_interna.php&id_descricao=1142)