

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

Cristina de Fátima Lobler Vestena

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: INDISPENSÁVEL ESTRATÉGIA PARA
O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE**

Santa Maria, RS
2017

Cristina de Fátima Lobler Vestena

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: INDISPENSÁVEL ESTRATÉGIA PARA O
ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Vigilância em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase Vigilância em Saúde**

Aprovado em 24 de março de 2017

Elenir Fedosse, Dra (UFSM)
(Presidenta/Orientadora)

Gizele Scotti do Canto, Dra (UFSM)

Liliane Simon Ferigolo, Esp. (4ªCRS)

Santa Maria, RS
2017

RESUMO

EDUCAÇÃO PERMANENTE: INDISPENSÁVEL ESTRATÉGIA PARA O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

AUTORA: Cristina de Fátima Lobler Vestena

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Elenir Fedosse

O Sistema Único de Saúde (SUS), protagonista na elaboração de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos profissionais de saúde, tem se preocupado com a lógica da saúde individual e coletiva prestada aos usuários. A fim de alcançar a consolidação de seus princípios, uma importante estratégia foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Este estudo tem como objetivo apresentar o desenvolvimento e os resultados de uma oficina dedicada ao enfrentamento das condições crônicas junto a equipes da Atenção Básica em Saúde de municípios de pequeno porte do interior gaúcho. A oficina ocupou-se em identificar o conhecimento prévio de cada participante sobre condições crônicas de saúde e respectivas ações por eles desenvolvidas, bem como discutiu aspectos relacionados às Condições Crônicas de Saúde, Acolhimento, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Avaliação de Risco e Vulnerabilidades. Os dados foram levantados por meio de um questionário aplicado pré e pós-oficina. Participaram da oficina poucos profissionais; os resultados demonstraram que os profissionais têm razoável conhecimento sobre as Condições Crônicas de Saúde e respectivos enfrentamentos, assim como sobre a RAS de seus municípios. Realizam Acolhimento e Avaliação de Risco e Vulnerabilidade cotidianamente. Pode-se concluir que a oficina realizada ampliou o conhecimento de alguns profissionais, especialmente o dos membros de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, reforça-se a importância da Educação Permanente, promovida por coordenadorias regionais de saúde e também no interior dos serviços de saúde, como forma de efetivamente enfrentar as Condições Crônicas de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação Permanente em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica.

ABSTRACT

EDUCATION CONTINUING: INDISPENSABLE STRATEGY TO FACE CHRONIC HEALTH CONDITIONS

AUTHOR: Cristina de Fátima Lobler Vestena

MENTOR: Prof^a. Dr^a. Elenir Fedosse

Protagonist on development of policies that guide the formation, development, distribution, regulation and management of health professionals, the Unified Health System (UHS) has been concerned with the logic of individual and collective health provided to users. In order to consolidate its principles, an important strategy was the creation of National Policy for Continuing Education in Health. This study aims to present the development and results of a workshop dedicated to coping with chronic conditions among professionals from Primary Health Care of small cities in Rio Grande do Sul State. The workshop focused on identifying prior knowledge of each participant on chronic health conditions and actions developed by them, as well as discussing aspects related to Chronic Conditions of Health, Users Embracement, Health Care Networks (HCN), Risk Assessment and Vulnerabilities. The data were collected through a pre and post-workshop questionnaire. The results showed that professionals have a reasonable knowledge about the chronic conditions, psychological adaptation and cities HCN, also they perform users embracement and risk evaluation daily. Therefore, it can be concluded that the workshop carried out professionals` knowledge increasing, especially to those from Family Health Support Center (FHSC). Thus, the importance of continuing education, promoted by regional health coordinators and also within health services, is reinforced as a way to change the health care model, in order to effectively facing chronic conditions.

Key words: Unified Health System; Education, Continuing; Primary Health Care; Chronic Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
AB	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
NURAS	Núcleo de Ações em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RAS	Rede de Atenção à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PA	Pronto Atendimento
ACS	Agente Comunitário de Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
UBS	Unidade Básica de Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 MÉTODO.....	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), protagonista na elaboração de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos profissionais de saúde, tem se preocupado com a lógica da saúde individual e coletiva prestada aos usuários. A fim de alcançar a consolidação de seus princípios, uma das principais estratégias difundidas pelo SUS foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2004).

A PNEPS é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. Quando instituída nos serviços, possibilita que as ações em saúde sejam planejadas e executadas pelos profissionais de acordo com as necessidades dos usuários e, conseqüentemente, dos serviços (SILVA; et al, 2013).

Sabe-se que planejar consiste em elaborar determinadas ações para atingir resultados previamente escolhidos (VIEIRA, 2009). O chamado – Planejamento das Ações de Saúde – tem sido usado para possibilitar as mudanças nas condições de vida e de saúde da população em vários países, considerando o aumento e a complexidade dos processos de trabalho dos profissionais de saúde (TEIXEIRA, 2010). Merhy (1995) já destacava que o Planejamento em Saúde configura-se como uma tecnologia a serviço da gestão que proporciona maior otimização dos serviços e dos sistemas de saúde. Nessa tecnologia, o profissional é o elemento central, à medida que se caracteriza como ator social inserido em um contexto histórico e atuante no processo de transformação da sociedade (MERHY, 1995).

Na atualidade, cada vez mais, encontram-se presentes no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), as chamadas “condições crônicas de saúde” agravos de saúde com longa duração ou permanentes, que evoluem gradualmente, prevalecendo conforme a idade avança e requerendo cuidados ao longo da vida (MENDES, 2015). Sendo assim, os profissionais da APS precisam estar devidamente embasados e, portanto, em atualizados para proporcionarem aos usuários ações de saúde de acordo com as suas necessidades, evitando implantar ações desnecessárias, que não condizem com o diagnóstico situacional de saúde local, e, assim, o desperdício de recursos financeiros.

A propósito do dito acima, sabe-se que a situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde compromete as três esferas da gestão e, nesse sentido, as intervenções locais, regionais e nacionais devem ser baseadas nas necessidades de saúde da população conforme critérios epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos (CISLAGHI, 2012). Por isso, os profissionais da saúde devem estar em constante qualificação, para que ofereçam uma assistência de qualidade, compatível com as necessidades dos usuários.

Devido à relevância dessa situação, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou, para o enfrentamento das condições crônicas (acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias, entre outras), o Plano de Ações Estratégicas, que visa preparar o Brasil para enfrentar essas condições, pois se constituem no problema de saúde de maior magnitude (cerca de 70% das causas de mortes), atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), desde 2003, seguindo as determinações do MS, tem estabelecido prioridades, estratégias e propostas para a organização, gestão e financiamento das ações da saúde, visando à melhoria de indicadores de saúde da população brasileira e, assim, adequando o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população. Tem responsabilizado-se pela implementação de ações e de estratégias para organizar e qualificar a APS, apoiando as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), no sentido de que a APS para ser a ordenadora e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2009; PNAB, 2012)

Uma metodologia utilizada para a qualificação profissional tem sido a realização das Oficinas de Planificação da APS. Na perspectiva da Educação Permanente (BRASIL, 2009), essas oficinas têm como objetivo capacitar as equipes, favorecendo a troca de informações e construção de propostas para que a APS assuma efetivamente os seus propósitos. No entanto, nem todos os municípios brasileiros conseguem responder às proposições do CONASS e, entre as dificuldades, destacam-se o fechamento das unidades de saúde, a liberação dos profissionais para a realização das oficinas, custos com transporte e alimentação.

Alguns municípios gaúchos das regiões Verdes Campos e Entre Rios (discriminados na seção Metodologia) não puderam participar, por motivos

anteriormente indicados, das Oficinas de Planificação da APS promovidas pelo CONASS, SES e 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) do Rio Grande do Sul, iniciadas no mês de outubro de 2015. Porém, tais municípios manifestaram interesse em aprimorar o conhecimento de suas equipes de APS acerca do enfrentamento das condições crônicas de saúde.

Considerando os aspectos mencionados, objetivou-se com este estudo apresentar o desenvolvimento e os resultados de uma oficina dedicada ao enfrentamento das condições crônicas junto a equipes da APS dos referidos municípios, analisando-se o conhecimento dos profissionais pré e pós-oficina.

2 MÉTODO

Esta pesquisa pode ser caracterizada como exploratória, descritiva e qualitativa; foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob parecer nº 61021516.6.0000.5346. Ocupou-se em esclarecer e/ou modificar conceitos, descrevendo as características de um grupo específico, utilizando um questionário pré e pós-intervenção (GIL, 2009; FIGUEIREDO, 2007; GODOY, 1995), ou seja, visou averiguar fatos que envolvem a ação profissional de servidores municipais relativas às condições crônicas de saúde. Ressalta-se que os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a realização da pesquisa foram selecionados 15 municípios, dos 32 pertencentes à 4ª CRS, com sede em Santa Maria, que não aderiram à Planificação da Atenção Primária, proposta pela SES, segundo orientação do CONASS. Neste sentido, pretendeu-se envolver 12 municípios, dos 21 pertencentes à Região Verdes Campos e três, dos 11, da Região Entre Rios. Os municípios da Região Verdes Campos convidados foram - Agudo, Dilermando de Aguiar, Itaara, Formigueiro, Nova Palma, Pinhal Grande, Restinga Seca, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, Quevedos, Vila Nova do Sul e Toropi - e os da Região Entre Rios foram - Jari, Mata e Nova Esperança do Sul.

Foi realizada no dia 06 de dezembro de 2015, no auditório da 4ª CRS, nos turnos manhã e tarde, uma oficina envolvendo o enfrentamento das Condições Crônicas de Saúde e outros conteúdos relacionados, que contou com cinco mediadores: três profissionais residentes (uma enfermeira, uma farmacêutica e uma fonoaudióloga) do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), da área de concentração da Vigilância em Saúde, um servidor da 4ª CRS, integrante do Núcleo Regional de Ações em Saúde (NURAS), Especialista em Saúde e uma Residente da Equipe Multiprofissional (R1/Vigilância em Saúde).

Convém destacar que a cada município foram ofertadas três vagas, duas para área assistencial e uma para os gestores/coordenadores da APS, os quais deveriam responder a um questionário, pré e pós-oficina. O questionário continha questões relacionadas aos temas: Condições Crônicas de Saúde, Acolhimento, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Avaliação de Risco, Vulnerabilidades – importantes

conteúdos contidos nos Cadernos de Atenção Básica nº 28, volumes I e II (BRASIL, 2011).

Inicialmente, foi solicitado aos participantes que respondessem ao questionário; em seguida foram apresentados os indicadores das três condições crônicas prevalentes que acometem a população dos municípios participantes e, após, realizou-se leitura e discussão de uma apostila, elaborada pelas proponentes deste estudo e intervenção, sobre os temas acima indicados. Por fim, foi aplicado novamente o questionário já referido.

Os resultados dos questionários (pré e pós-oficina) foram analisados segundo os princípios da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2006).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 municípios convidados a participar da pesquisa, o que corresponderia ao envolvimento de 45 profissionais (caso houvesse o preenchimento das vagas ofertadas), seis confirmaram presença (esperando-se 18 profissionais), porém apenas dois municípios participaram, totalizando o número de quatro trabalhadores da saúde. O Município 1 enviou um profissional da Enfermagem/ESF e o Município 2 enviou três profissionais (um da Enfermagem/ESF, um de Farmácia e um de Psicologia – ambos integrantes de NASF).

Do nosso ponto de vista, este dado informa, tal como apontado por Campos (2016), a necessidade de aprimoramento gerencial das secretarias municipais de saúde, visando incentivar a preparação de seus trabalhadores. Segundo o autor, percebe-se que há carência de oportunidades para os profissionais se qualificarem, assim como existem gestores com pouca formação em Saúde Pública e pouca experiência em gestão (CAMPOS, 2016). Possivelmente, a não adesão dos trabalhadores aos processos continuados de educação profissional justifica-se pela precariedade da organização dos sistemas de saúde de municípios pequenos, ou seja, a dificuldade de manter educação permanente em função do restrito número de profissionais envolvidos, não sendo possível fechar serviços de saúde para tal formação. Uma possibilidade de avançar na qualificação dos serviços e dos profissionais de pequenos municípios é o deslocamento dos profissionais das coordenadorias regionais para os municípios, vivenciando as realidades locais e, assim, interferindo sobre elas.

Na sequência estão apresentados e discutidos os resultados alcançados por meio dos questionários aplicados pré e pós-oficina, de acordo com as seguintes categorias: 1) acesso ao Caderno 28 – volume I e II; 2) conceituação sobre condições crônicas de saúde; 3) ações realizadas nos serviços da APS junto às pessoas com estas condições de saúde; 4) conceituação sobre RAS; 5) conceituação sobre acolhimento; 6) realização de acolhimento; 7) conceituação sobre avaliação de risco e vulnerabilidade na Unidade de Saúde e 8) Realização de classificação de risco e vulnerabilidade na Unidade de Saúde. Por fim, apresenta-se a visão dos profissionais sobre a importância de sua atuação na unidade/serviço de saúde onde trabalham (categoria 9).

Quadro 1 – Acesso ao Caderno 28 – volumes I e II.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun. 1	Sim	Sim
S2/Mun. 2	Não	Sim
S3/Mun. 2	Não	Sim
S4/Mun. 2	Não	Sim

Note-se que os profissionais do NASF – responsáveis pelo apoio especializado às equipes de ESF do Município 2, não conheciam os conteúdos dos referidos cadernos. Portanto, pode-se dizer que este foi um resultado positivo da oficina realizada. Os profissionais foram alertados de que os conteúdos, referentes ao cuidado relativo às condições crônicas de saúde, foram retirados desses cadernos. E que, tal como esses cadernos, existem outros, referentes a outras condições de saúde.

Os cadernos são ferramentas fundamentais, não substituindo, mas auxiliando a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. A potência e o valor de uso destes cadernos serão maiores se ele estiver vinculado a experimentações concretas e à problematização dos efeitos, desafios e práticas reais pelas próprias equipes, com apoio intensivo da gestão, nos próprios serviços, tomando o processo de trabalho real como objeto de análise e de intervenção (BRASIL, 2013). Neste sentido, faz-se necessário o uso dos cadernos pelos profissionais da saúde nos serviços públicos, para que suas práticas sejam efetivas e resolutivas.

Quadro 2 – Conceituação sobre Condições Crônicas de Saúde.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun. 1	“Doenças que não têm perspectiva de cura, onde a pessoa terá que conviver com as limitações, cuidados e/ou medicações continuamente”.	“Doenças que não têm perspectiva de cura, onde a pessoa terá que conviver com as limitações, cuidados e/ou medicações continuamente”.
S2/Mun.2	“São doenças, agravos que normalmente não têm cura, possuem tempo de tratamento longo e prolongado”.	“São doenças, agravos que normalmente não têm cura, possuem tempo de tratamento longo e prolongado”.
S3/Mun. 2	“São doenças que necessitam de tratamento contínuo e em suas maiorias incuráveis”.	“São condições onde os pacientes precisam de atendimento e atenção de vários profissionais e tratamento contínuo”.

S4/Mun. 2	“São as condições que necessitam tratamentos contínuos”.	“São as condições de longa duração, que geralmente exigem cuidados permanentes”.
------------------	--	--

Os conceitos mencionados pelos profissionais, em relação às condições crônicas, estão conforme a literatura e documentos do MS. Os profissionais possuem conhecimento acerca das “doenças crônicas”, porém alguns não estavam apropriados do conceito de “condições crônicas de saúde”.

As condições crônicas possuem período de duração, mais ou menos, longos, geralmente superiores há três meses, sendo que algumas doenças crônicas apresentam-se de forma definitiva e permanente. Além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), são englobadas as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas e a maioria das doenças bucais (MENDES, 2011).

Cada vez mais presentes no cotidiano da AB/APS, as condições crônicas são agravos de saúde que evoluem gradualmente, prevalecendo conforme a idade avança e, por isso, requerem cuidados ao longo da vida (MENDES, 2015). Se não forem manejadas corretamente, podem apresentar eventos agudos (MENDES, 2012). Assim, alguns usuários irão utilizar mais os serviços de saúde, não fazendo uso adequado dos recursos financeiros disponíveis e superlotando Pronto-Atendimentos (PA) e hospitais. Neste sentido, cada vez mais, os profissionais da AB/APS – incluindo os de NASF – devem conhecer e atuar sobre os determinantes e condicionantes das condições crônicas de saúde.

Quadro 3 – Ações realizadas nos serviços da AB/APS junto às pessoas com condições crônicas de saúde.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun.1	“Capacitações com os ACS, para que orientem corretamente a	“Capacitações com os ACS, para que orientem corretamente a

	população sobre os cuidados diários necessários para a melhoria das condições crônicas de saúde. Orientações contínuas na unidade para pessoas com doenças crônicas de saúde”.	população sobre os cuidados diários necessários para a melhoria das condições crônicas de saúde. Orientações contínuas na unidade para pessoas com doenças crônicas de saúde”.
S2/Mun.2	“Grupos de hipertensos e tabagismos”	“Grupos de hipertensos e tabagismos”
S3/Mun.3	“Palestras e orientações”.	“Orientações, consultas, solicitação de exames, processos administrativos, para aquisição de medicamentos”.
S4/Mun.3	“Grupos e palestras”	“Grupos e palestras”

Note-se que o S1/Mun 1 destaca a participação dos ACS (formação dos mesmos) no enfrentamento das condições crônicas, além de realizar ação no interior da unidade. Chama a atenção o fato de os profissionais do Mun 2, agirem por meio de orientações e palestras (métodos verticais de formação em saúde).

É importante destacar que a formação em saúde ainda é “um dos grandes nós críticos” para que aconteça a mudança do modelo de atenção. As ações realizadas pelos profissionais, deste estudo, parecem distantes da forma mais adequada para o enfrentamento dessas condições. A propósito, dispõe-se, no Brasil, de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), elaborado por Mendes (2011), que compilou modelos existentes mundialmente e na realidade do Brasil. Pelos resultados deste estudo, pode-se dizer que há desconhecimento deste modelo, por parte dos profissionais participantes. O MACC estrutura-se em cinco níveis: i) intervenções de promoção à saúde, ii) intervenções de prevenção das condições de saúde, iii) gestão da condição de saúde (condição crônica simples), iv) gestão da condição de saúde (condição crônica complexa) e v) gestão de caso; desenvolvidos em três componentes integrados: i) a população, ii) os focos das intervenções de saúde e iii) os tipos de intervenções de saúde (MENDES, 2011).

Quadro 4 – Conceituação sobre Redes de Atenção à Saúde.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun.1	“São redes, serviços de atenção à saúde, interligados e organizados para trabalhar em conjunto, conforme a necessidade do paciente, que se comunicam para	“São redes de atenção à saúde de diferentes complexidades e ligadas entre si, com intuito de satisfazer as necessidades de saúde da população”.

	atender melhor o usuário de saúde”.	
S2/Mun. 2	“São múltiplos serviços de variados níveis de complexidade, que devem trabalhar interligados, para melhor tratamento e acompanhamento dos pacientes”.	“São múltiplos serviços de variados níveis de complexidade, que devem trabalhar interligados, para melhor tratamento e acompanhamento dos pacientes”.
S3/Mun. 2	“São parcerias entre governo federal, estadual e municipal, para tratamento e prevenção de doenças e epidemias”.	“Todos os profissionais e ações desenvolvidas em saúde, para atender a população”.
S4/Mun. 2	“As Redes são interlocuções entre os serviços, para atender as necessidades dos usuários”.	“Articulações para o cuidado com o usuário”.

Convém destacar que o Município 1 tem sua Rede de Atenção à Saúde organizada, porém, segundo o participante, muitas vezes, não há contrarreferência da Atenção Secundária à Saúde (ASS), quanto menos, discussões/contato entre os profissionais da AB/APS e ASS. O Município 2, por sua vez, conta com apenas uma unidade de saúde, que engloba ações de AB/APS (uma equipe de ESF) e ASS, além das urgências, que são encaminhados para os serviços regionais de referência.

Foi possível discutir com os profissionais participantes, o reconhecimento dos mesmos sobre o papel de suas unidades na Rede de Saúde dos municípios. No caso do Município 1, o profissional reconheceu que o papel de sua unidade é o de acolher o usuário, referenciando-o para o cuidado/atendimento necessário em outros níveis do sistema. No caso do Município 2, onde há uma única unidade de saúde que opera em vários graus de complexidade (do preventivo ao atendimento de urgência), a RAS depende de serviços regionais de referência. Além disso, os profissionais ressaltaram a realização de orientações (prevenção e promoção à saúde), configurando sua unidade como a porta de entrada do usuário no SUS e, de certa forma, os serviços cumprem a função de coordenadora do cuidado.

A AB/APS é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que ressalta que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012). Os profissionais, em suas respostas, possuem

conhecimento razoável referente ao papel de suas unidades na RAS dos referidos municípios.

Convém dizer que as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado ao usuário (BRASIL, 2015). Constatou-se que os participantes descrevem de modo insuficiente a RAS; isso demonstra a conveniência de educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando uma aproximação da teoria com a prática, pois a AB/APS tem papel chave na estruturação de uma RAS, já que deve atuar como ordenadora e coordenadora dos fluxos do cuidado, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários.

Quadro 5 – Conceituação sobre acolhimento.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun. 1	“É ter escuta ativa, é atender a real necessidade do usuário da unidade. É dar atenção integral, “enxergando” o usuário na sua totalidade, não focando somente na patologia”.	“É ter escuta ativa, é atender a real necessidade do usuário da unidade. É dar atenção integral, “enxergando” o usuário na sua totalidade, não focando somente na patologia”.
S2/Mun.2	“São estratégias utilizadas para filtrar, classificar e garantir atendimento a todo o paciente que procura atendimento”.	“São estratégias utilizadas para avaliar, classificar e dar os devidos encaminhamentos”.
S3/Mun. 2	“É a forma com que é tratado o usuário SUS desde que ele chega à unidade de saúde, deve ser feita da melhor forma, não só pelos profissionais da saúde, mas sim por todos os funcionários por onde ele passar. Humanismo”.	“É todo o cuidado com o usuário, desde sua chegada”.
S4/Mun. 2	“É a escuta qualificada de todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde”.	“É a escuta qualificada”.

Pode-se dizer que, de certa forma, as descrições de acolhimento mencionadas pelos profissionais deste estudo estão em acordo com o conceito dos documentos do MS. O acolhimento deve ser prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos

de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas, é uma prática constitutiva das relações do cuidado (BRASIL, 2013).

Quadro 6 – Realização de acolhimento na unidade.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun. 1	“Sim. O acolhimento é realizado desde o primeiro momento que o usuário chega a UBS, começando pela recepção, avaliação dos sinais vitais pelo técnico de enfermagem, escuta ativa do enfermeiro sobre a real necessidade do usuário”.	“Sim. O acolhimento é realizado desde o primeiro momento que o usuário chega a UBS, começando pela recepção, avaliação dos sinais vitais pelo técnico de enfermagem, escuta ativa do enfermeiro sobre a real necessidade do usuário”.
S2/Mun. 2	“Sim. O acolhimento é realizado pelos técnicos de enfermagem ao avaliarem os sinais vitais antes da consulta e pelos enfermeiros que realizam consulta de enfermagem”.	“Sim. Pela equipe de enfermagem, principalmente durante a avaliação inicial”.
S3/Mun. 2	“Sim. Escuta pelos técnicos de enfermagem, verificação da pressão arterial, pesagem. Logo é encaminhado para o profissional que se destina, geralmente o médico”.	“Sim. Humanizado, por todos profissionais, principalmente técnicos de enfermagem”.
S4/Mun. 2	“Sim. Realizado pela enfermagem, de todos os usuários que solicitam atendimento”.	“Sim. Realizado pela enfermagem”.

As respostas dos participantes revelaram que o acolhimento é realizado, na maioria das vezes, pelos profissionais da enfermagem. Parece que a prática de “acolhimento” se mantém como a tradicional “triagem de pacientes”, realizada pela equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos) que, em certa medida, configura-se como um adiantamento da consulta médica. Esperava-se, pela conceituação dado na categoria 5, que toda a equipe realizasse o acolhimento, estabelecendo uma relação de vínculo entre os profissionais da unidade de saúde com os usuário (BRASIL, 2013). Portanto, é importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais podem realizar/participar do acolhimento.

Quadro 7 – Conceituação e realização de avaliação de risco na unidade.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun. 1	“Sim. Todos os pacientes, após verificação dos sinais vitais, é avaliado pelo enfermeiro antes das consultas médicas para que seja feito a avaliação; se constatado o risco é comunicado o ACS e a equipe de saúde”.	“Sim. Através de avaliação em conjunto com profissionais da equipe de saúde, avaliando histórico, as atividades da vida diária, comorbidades, etc...”.
S2/Mun.2	“Sim. De certa forma no momento do acolhimento e na consulta de enfermagem. Os pacientes são classificados caso haja pacientes prioritários; além da própria conversa que se tem no balcão da recepção”.	“Sim. Antes das consultas médicas os pacientes são pré-avaliados e casos de maior gravidade são atendidos primeiro”.
S3/Mun. 2	“Não sei”.	“Sim. Pela recepção e enfermagem”.
S4/Mun. 2	“Não. Através do acolhimento não, mas a enfermagem encaminha ao médico quando identifica necessidade”.	“Sim”.

Conforme as respostas dos profissionais evidenciou-se que a classificação de risco não está devidamente implantada nas Unidades de Saúde; apesar de a maioria, considerou que há avaliação e classificação de risco; no entanto, pode-se dizer que elas não estão sendo realizadas de acordo com as recomendações e protocolos, e sim, segundo o conhecimento de cada profissional acerca das manifestações clínicas apresentadas pelos usuários.

Sabe-se que a classificação de risco, além de garantir atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado, permite atendimento ágil e humanizado, aumenta a satisfação do usuário com o serviço, melhora as condições de trabalho dos profissionais de saúde e fomenta a pactuação entre os serviços da rede (BRASIL, 2009). Assim sendo, é importante que as equipes dos municípios envolvidos nesta pesquisa, estudem e discutam como implantar os procedimentos de avaliação e classificação de risco, identificando os usuários que precisam de atendimento imediato, conforme potencial de risco, grau de sofrimento ou agravos à saúde, viabilizando atendimento rápido e efetivo.

Quadro 8 – Realização de avaliação de vulnerabilidade.

Sujeito/	Respostas
----------	-----------

município	Pré-oficina	Pós- oficina
S1/Mun.1	“Sim. Através da avaliação dos profissionais da UBS, de toda equipe (médico, enfermeiro, ACS, técnico de enfermagem) e após, em reunião de equipe, é discutido sobre as vulnerabilidades da população”.	“Sim. Através da avaliação conjunta com os profissionais da equipe de saúde, como os ACS, que tem uma maior aproximação com os pacientes em suas residências. Podemos avaliar e fazer um mapa de quais usuários estão expostos a maior vulnerabilidade”.
S2/Mun.2	“Sim. Sempre que se identificam pacientes em situação de vulnerabilidade, esses casos são acompanhados de perto pelos profissionais e são dados os devidos encaminhamentos”.	“Sim. Sempre que se identificam pacientes em situação de vulnerabilidade, esses casos são acompanhados de perto pelos profissionais e são dados os devidos encaminhamentos”.
S3/Mun.2	“Sim. Através da discussão de casos entre os profissionais de saúde mensalmente”.	Sim. “Principalmente por discussões de casos com a equipe”.
S4/Mun.4	“Sim. Quando identificado é discutido e realizados os encaminhamentos necessários”.	“Sim”.

Os profissionais realizam a avaliação das vulnerabilidades, mas não indicaram em suas respostas o uso dos critérios peculiares desta prática e/ou de, por exemplo, um instrumento específico – a Escala de Coelho (COELHO, SAVASSI, 2004). Esta é uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF (NASCIMENTO, et al, 2010).

Quadro 9 – Visão dos profissionais sobre a importância de sua atuação na Unidade/Serviço de Saúde onde trabalham.

Sujeito/ Município	Respostas	
	Pré-oficina	Pós- oficina

S1/Mun. 1	“Acredito que eu como enfermeira tenho uma grande importância, pois somos nós enfermeiros que temos uma aproximação maior com os pacientes. Quando o paciente não está fazendo uso de medicações contínuas é orientado incansavelmente sobre a importância de se fazer uso da medicação. Assim como o cuidado no cotidiano com seu corpo, sinais de risco. É avaliado a todo momento que vai à UBS, a procura de atenção.”	“Acredito que eu como enfermeira tenho uma grande importância, pois somos nós enfermeiros que temos uma aproximação maior com os pacientes. Quando o paciente não está fazendo uso de medicações, é orientado incansavelmente sobre a importância de se fazer uso da medicação. Assim como o cuidado no cotidiano com seu corpo, sinais de risco. É avaliado a todo o momento que vai à UBS, a procura de atenção.”
S2/Mun. 2	“Como enfermeira responsável pelo serviço de epidemiologia, sou responsável pela realização de testes rápidos, aconselhamento, notificação de casos. Como responsável pela sala de vacinas, além de realizações das ações burocráticas, tenho a responsabilidade de organizar campanhas, chamamento e busca ativa das crianças em atraso. Dentre os pacientes crônicos, faço cadastros de pacientes, medicações em uso, que facilita a dispensação de medicações, compra de medicações, distribuição de medicações, organização do cronograma dos grupos (atualmente nove) e relação dos faltosos”.	“Como enfermeira responsável pelo serviço de epidemiologia, sou responsável pela realização de testes rápidos, aconselhamento, notificação de casos. Como responsável pela sala de vacinas, além de realizações das ações burocráticas, tenho a responsabilidade de organizar campanhas, chamamento e busca ativa das crianças em atraso. Dentre os pacientes crônicos, faço cadastros de pacientes, medicações em uso, que facilita a dispensação de medicações, compra de medicações, distribuição de medicações, organização do cronograma dos grupos (atualmente nove) e relação dos faltosos. Acolhimento e classificação de risco”.
S3/Mun. 2	“São inúmeras, discussão de casos, orientações sobre uso correto de medicamentos, palestras com hipertensos, diabéticos e idosos”.	“A principal é auxiliar no tratamento das doenças, com orientações aos pacientes”.
S4/Mun. 2	“Contribuir com a equipe no atendimento de pacientes que apresentam dificuldades relacionadas a aspectos emocionais. Contribuir nos grupos realizados na unidade e colaborar nas reuniões de equipe”.	“Contribuir com a equipe no atendimento de pacientes que apresentam dificuldades relacionadas a aspectos emocionais. Contribuir nos grupos realizados na unidade e colaborar nas reuniões de equipe”.

Pelas respostas dos profissionais, pode-se dizer que a atuação da Enfermagem responde às diretrizes da AB/APS. A atuação dos profissionais - farmacêutico e psicólogo – ainda parece centrada em seus núcleos de formação e a interação deles com a equipe restrita às reuniões de equipe, embora, no caso do profissional farmacêutico, há referência a participação em grupos de hipertensos e diabéticos.

A ampliação da participação de tais profissionais poderá ocorrer com a compreensão e exercício da interdisciplinaridade. Loch-Neckel (2009) conceitua interdisciplinaridade como ações conjuntas e integração de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento, buscando a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional. Assim, o conhecimento compartilhado facilita os enfrentamentos profissionais e uma assistência humanizada.

4 CONCLUSÃO

Os depoimentos dos profissionais de saúde mostrou a necessidade de ampliação do aporte teórico sobre princípios e diretrizes da AB/APS, sobretudo no caso dos profissionais não enfermeiros, pois, as práticas dos primeiros ainda são realizadas de acordo com conhecimento de cada núcleo profissional.

A oficina realizada ampliou, em certa medida, o conhecimento dos profissionais, especialmente o dos de NASF. Assim, constatou-se a necessidade de seguir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde cujos propósitos permitem que haja atualização de conhecimento entre os profissionais, empoderando-os e fortalecendo os serviços, para o enfrentamento das condições crônicas de saúde.

Reforça-se a importância da educação permanente, promovida por coordenadorias regionais de saúde e também de forma descentralizada, no interior dos serviços de saúde, como forma de efetivar o modelo de atenção relacionado ao enfrentamento das condições crônicas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de REGO, L.A.; PINHEIRO, A. 2006. Lisboa, ed. 70. (Obra original publicada em 1977)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

_____. Portaria nº 198/GM em 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2004**.

COELHO, F; SAVASSI, L. **Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares**. RBMFC, v. 1, n. 2, p.19-26, 2004.

CONCEIÇÃO, T.S.; CISLAGHI, J.F.; TEIXEIRA, S.O. **O financiamento da Saúde no Brasil: principais dilemas**. Temporalis. Brasília (DF), ano 12, n. 23, p. 97-124, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A.. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A.. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2015.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In. GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco 1995. p. 117-48.

NASCIMENTO, et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5: 2465- 72. 2010.

SILVA, et al. Educação Permanente em Saúde: percepção de profissionais de uma residência. **Rev. Enferm. UFSM**; n.3 :627-35, 2013.

TEIXEIRA, CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: FONTES, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. Cap. 1.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1565-77, 2009.