

Volume 2
Nº1 | 2023

REVISTA
DIÁLOGOS
EM SAÚDE PÚBLICA

Especial
FortaleceRAS

JUNHO DE 2023

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)



REVISTA
DIÁLOGOS
EM SAÚDE PÚBLICA



ESPRN

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN

ISSN 2965-0518

JUNHO DE 2023

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

APOIO:



ORGANIZAÇÃO:



Volume 2, Nº1 | 2023

REVISTA
DIÁLOGOS

EM SAÚDE PÚBLICA

ESPECIAL FORTALECERAS

ISSN 2965-0518

JUNHO DE 2023

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

A revista Diálogos é uma produção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte com caráter técnico-científico de publicação semestral editada pelo Núcleo de Inovação, Pesquisa e Extensão desta escola.

Editor Científico

Ion Garcia Mascarenha de Andrade
Editor Científico Adjunto
Maria Lima Alves - SUVIGE/SESAP

Editora Executiva

Jacyane Melo de Oliveira Santos - NIPE/ESPRN

Comitê de Política Editorial

Cláudia Frederico de Melo - Diretora Geral da ESPRN
Eva Emanuela L C Feitosa - NTP/ESPRN
Flávia Andrea Belarmino de Medeiros- NIPE/ESPRN
Hugo Cesar Novais Mota - NIPE/ESPRN
Ion Garcia Mascarenha de Andrade - NIPE/ESPRN
Jacyane Melo de Oliveira Santos - NIPE/ESPRN
Maria Lima Alves - SUVIGE/SESAP
Rayane Larissa S. de Araújo Monteiro - SGESES/SESAP
Ranielly Santos de Aquino - Diretora Técnica da ESPRN

Conselho Editorial Científico

Andrea Taborda Ribas da Cunha - UFERSA
Cipriano Maia de Vasconcelos - UFRN
Ion Garcia Mascarenha de Andrade - NIPE/ESPRN
João Bosco Filho - UERN
Lyane Ramalho Cortez - UFRN
Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite - UFRN
Maria Lima Alves - SUVIGE/SESAP
Maura Vanessa Silva Sobreira - UERN
Ricardo Burg Ceccim - UFRGS
Marise Reis de Freitas - UFRN

Revisores

Alainy Kallianne Lima do Nascimento Simões, assistente social, diretora da VII Unidade Regional de Saúde Pública/ URSAP/SESAP
Cinthia Carla Alves Teixeira, Tecnóloga em Gestão Hospitalar e Bióloga, Assistente Técnico em Saúde, da VII Unidade Regional de Saúde Pública/ URSAP/SESAP
Caroline dos Reses Gino, enfermeira, assistente de projetos Hcor
Jeanne Roza Quintans, gerontóloga, especialista de projetos Hcor
João Gabriel Sanchez Tavares da Silva, nutricionista, especialista de projetos Hcor
Juliana Invenção Gomes, enfermeira, especialista de projetos Hcor
Liza Yurie Teruya Uchimura, médica, coordenadora médica especialista em Redes de Atenção à Saúde Hcor
Pedro Paulo Magalhães Chripim, farmacêutica, consultor em avaliação de programas em saúde Hcor
Tatiana Yonekura, enfermeira, especialista de projetos Hcor

Assistentes do Editor

Alexandar de Brito Barbos - Biblioteca/ESPRN
Lucas Pereira Carvalho de Araujo - Biblioteca/ESPRN

Bibliotecária

Cybellle Araújo de Medeiros Lucena -Biblioteca/ESPRN

Diagramação

Índigo Veras Lobo de Paiva - Bolsista / ESPRN

Projeto Gráfico

Jefferson Alexandre do Nascimento - Estagiário/ESPRN
João Marcelo da Silva - Estagiário/ESPRN
Maria Eloisa da Silva - Estagiária/ESPRN
Índigo Veras Lobo de Paiva - Bolsista / ESPRN



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons, que permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e desenvolvam o material em qualquer meio ou formato, desde que a atribuição seja dada ao criador.



Sumário

08 Editorial

Entrevistas

09 **Rio Grande do Norte é pioneiro no desenvolvimento do Projeto FortaleceRAS de apoio as Redes de Atenção à Saúde**

Autora: Maria Eufrásia Ferreira Ribeiro

Entrevistados: Gizelda Monteiro; Enilda Lara; Deborah Melo

Artigos - Fortalece RAS

13 **Metodologia da problematização: aplicação do arco de maguerez nos serviços de saúde**

Autoras: Dayane Caroliny Pereira Justino; Monick Castro Silva Sousa; Laize Gabriele de Castro Silva; Bárbara Letícia de Queiroz Xavier; Deborah Zuleide de Farias Melo

21 **Educação Permanente em Saúde e Metodologias Ativas: Atuação do Projeto Fortaleceras na Capital do Rio Grande do Norte**

Autores: Alexandra Maria Medeiros dos Santos Régio; Celiza Mayara Garcia Soares; Juliana Iscarlaty Freire de Araújo; Márcia Andréia Pereira da Silva; Maria Albanita Paiva de Andrade; Monique Léia Aragão de Lira Martins; Terezinha Guedes Rêgo de Oliveira; Deborah Zuleide de Farias Melo

27 **Diagnóstico situacional para a implementação de linhas de cuidado em uma região de saúde no Rio Grande do Norte**

Liza Yurie Teruya Uchimura, Tatiana Yonekura, Jeane Roza Quintans, Juliana Invenção Gomes, João Gabriel Sanchez Tavares da Silva, Enilda Maria de Sousa Lara, Gizelda Monteiro da Silva, Pedro Paulo Magalhães Chrispim

36 **Barreiras e Facilitadores no Processo de Coleta de Dados dos Serviços de Saúde: Um Relato de Experiência do Projeto FortaleceRAS**

Autores: Ana Raquel Oliveira de Sousa Freire; Evelyn Capistrano Teixeira da Silva; Jéssica Baracho de Souza Moraes; Leon Coelho Toscano; Deborah Zuleide de Farias Melo



Resumos de trabalhos científicos

- 43** **Processo de implementação de linha de cuidado de sobrepeso e obesidade sob a ótica de um serviço especializado em reabilitação de um município do interior do RN**
Autores: Fernanda Franciely Costa Alves; Louis Anderson Nunes Bezerril; Natalia Giulia Bispo de Oliveira; Emanuel Mendes Herculano; Romeika Carla Ferreira de Sena
- 45** **Contribuições do projeto FortaleceRAS para melhorar a comunicação na atenção primária à saúde: relato de experiência**
Autores: Stephanni Kelly Monteiro Costa; Tharcyone Fernandes Confessor; Lillyan Maria Barbosa de Lima Melo; Vinicius Rodrigues de Oliveira
- 47** **Relato de experiência - vivências dos profissionais de saúde na participação do projeto FortaleceRAS**
Autores: Lenir ferreira da Silva; Anny Rafaella L. dos Santos
- 49** **Experiência de reorganização da linha de cuidado de hipertensão e diabetes na UBS Mangueirão**
Autores: Edna Maria Dantas Oliveira; Isabella Tarciana Pinheiro de Gois; Leon Coelho Toscano
- 51** **Capacitação em abordagem clínica de acordo com as linhas de cuidado e categoria profissional: um relato de experiência**
Autores: Renata Cláudia da Silveira Fortunato; Thiago André Cidral; Dayane Caroliny Pereira Justino
- 53** **O fortalecimento das reuniões das linhas de cuidado com as UBS/ESF da zona norte de natal com o projeto Fortalece RAS: um relato de experiência**
Autores: Priscila Monick de Araújo Barbosa Dantas Lima; Maria Raquel Costa de Menezes; Lidiani Quirino da Silva Fabricio; Hilda Valério da Silva; Mariana Letícia Cavalcante Vale de Medeiros Guerra
- 55** **Desenvolvimento de ações educativas para mudança de hábitos diários: um relato de experiência**
Autores: Cristiane Gomes da Silva ; Abinoan de Carvalho ; Dayane Caroliny Pereira Justino
- 57** **Resgate do grupo de cuidado às pessoas com diabetes em uso de insulina após a pandemia do covid-19: um relato de experiência**
Autores: Helouíse Thainá da Silva Macêdo; Diogo Vinicius Cavalcanti de Lira; Dayane Caroliny Pereira Justino
- 59** **O agente comunitário de saúde na implementação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade: um relato de experiência com o médico**
Autores: Luciana Kelli do Nascimento Silva; Antonio José do Nascimento Gouveia Costa; Bárbara Letícia de Queiroz Xavier



61 **Descontinuidade do Tratamento de Paciente em sobrepeso x Expectativas frente a inserção do projeto FortaleceRAS no serviço**

Autores: Érika Kelly Oliveira dos Santos; Bárbara Letícia de Queiroz Xavier

63 **Educação em saúde em um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte: um relato de experiência**

Autores: Maria Giulianne de Araújo Lima ; Élide Azevedo Anselmo ; Daniel Rubens Meneses de Siqueira Brito; Gigliete Leila Ferreira da Silva Dantas ; Dayane Caroliny Pereira Justino

Relatos de experiência

65 **Ação de Saúde para Profissionais do Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes Sobre Lesão por Pressão: Relato de Experiência**

Autores: Pedro Henrique Azevedo dos Santos; Maura Vanessa Silva Sobreira; Antônia Líria Feitosa Nogueira Alvino; Paula Renata da Cunha; Ana Beatriz Marinho de Medeiros; Jose Augusto de Medeiros Dantas

70 **Atuação do NASF para o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na Atenção Básica: relato de experiência**

Autores: Frankly Eudes Sousa Martins; Ana Carine Arruda Rolim; Mara Sinthya Sousa Martins

83 **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Um Relato de Experiência**

Autores: Pedro Luiz de Medeiros Nunes Fernandes Fernandes; Isla Mayara Lúcio de Araújo; Rayonara Medeiros de Azevedo; Andreza Aparecida Fernandes Pereira; Danielly Kaliana Andrade dos Santos; Marcela Eduarda Gomes Grande; Maura Vanessa Silva Sobreira

88 **Caminho para a Integralidade do Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade: Um Relato de Experiência**

Autores: Romeika Carla Ferreira de Sena, Vinícius Rodrigues de Oliveira, Fernanda Belmiro de Andrade, Deborah Zuleide de Farias Melo

94 **A Educação Permanente em Saúde como Ferramenta Otimizadora do Processo de Trabalho: Relato de Experiência**

Autores: Pedro Bezerra Xavier; Anny Rafaella Lima dos Santos; Maria Aline da Silva Ribeiro; Deborah Zuleide de Farias Melo



EDITORIAL

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma iniciativa sistêmica e de múltiplas faces, pois há diferentes Redes de Atenção, que se propõe a permitir um percurso integrado do usuário do SUS nos diversos níveis de assistência e nas diversas clínicas.

Trata-se, pois, de uma iniciativa transversal, integrada e historicamente inovadora no contexto do que é o Estado brasileiro à exceção do exemplo da Rede de Ensino na área da Educação, que também estabelece um itinerário bem definido de etapas integradas e universais para o alunado.

Com seus dispositivos e políticas, as RAS são, portanto, no que toca ao Direito à Saúde, um componente estratégico para o SUS e para seus usuários e uma ponta de lança do processo civilizatório do Brasil que pode se inspirar dos seus princípios organizativos e noutras iniciativas semelhantes em áreas onde inexistem.

Interessando à Saúde, entendida como bem-estar físico, mental e social, rede semelhante às RAS se faz, por exemplo, necessária no que toca ao Direito à Cidade que ainda não conta com uma rede de equipamentos e políticas para a Cultura, o Esporte, o Lazer e o acolhimento de vulneráveis, o que relega o mal-estar social do Brasil (incluído no conceito de saúde) a uma situação que para o SUS seria tratada como de desassistência.

O presente número traz uma ênfase editorial nos trabalhos do Projeto FortaleceRAS, coordenado no RN pela fonoaudióloga e sanitarista Déborah Melo.

O projeto FortaleceRAS, conduzido pela Associação Beneficente Sírio / Hcor em convênio com o SUS, tem o objetivo de apoiar a implementação das linhas de cuidados de Sobrepeso e Obesidade (SPO), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e está centrado no apoio às linhas de cuidado dos serviços e devendo permanecer em funcionamento no RN até dezembro de 2023.

Os trabalhos apresentados neste número advêm da prática dos tutores e refletem o cotidiano assistencial real onde os avanços podem se materializar com base nessa práxis e formação continuada.

Finalmente, em virtude de um itinerário profissional que me posicionou frente a contextos novos e também desafiadores, aproveito este espaço para me despedir da Revista Diálogos em Saúde Pública enquanto editor científico. Passarei essencialmente a colaborar com a revista enquanto autor. Tal se deve justamente às lutas que estão na ordem do dia para viabilizar essa nova Rede Pública para o bem-estar social e o Direito à Cidade, que tanto interessa como faz falta à Saúde.

Desejo a todos uma boa leitura!

Ion de Andrade
Editor Científico



Rio Grande do Norte é pioneiro no desenvolvimento do Projeto FortaleceRAS de apoio as Redes de Atenção à Saúde

Maria Eufrásia Ferreira Ribeiro

Desde 2010, o Brasil vem investindo no desenvolvimento e concretização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), um modelo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca integrar e articular os serviços e ações de saúde em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

O objetivo principal das RAS é garantir um atendimento mais eficiente e resolutivo aos usuários do SUS, evitando a fragmentação e a descontinuidade dos cuidados e melhorando a qualidade da assistência prestada. Além disso, as RAS buscam fortalecer a gestão do sistema de saúde, otimizando os recursos disponíveis e promovendo uma maior participação e controle social.

Atualmente, está em curso o projeto FortaleceRAS, que tem como objetivo o apoio à implementação das Linhas de Cuidados de Sobrepeso e Obesidade (SPO), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), de forma escalonada, em duas Regiões de Saúde do país (Rio Grande do Norte e Paraíba). O projeto é uma iniciativa do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), conduzido pelo HCor em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte e Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap).

Sobre o desenvolvimento do projeto FortaleceRAS no Rio Grande do Norte, a Revista Diálogos em Saúde Pública traz nesta edição uma entrevista com a coordenadora do projeto FortaleceRAS nas regiões do Rio Grande do Norte e Paraíba, Enilda Maria de Sousa Lara, com a gerente do Instituto de Ensino do HCor, Gizelda Monteiro da Silva, e com a articuladora regional do projeto FortaleceRAS no Rio Grande do Norte, Deborah Melo. Na oportunidade, as técnicas falam sobre como o projeto FortaleceRAS está sendo

desenvolvido no território potiguar, incluindo a articulação com a gestão estadual e municipal, a capacitação dos profissionais de saúde e a metodologia de coleta de dados.

O FortaleceRAS é um projeto inovador e muito importante para fazer frente aos principais desafios do Sistema Único de Saúde. Atualmente apenas duas regiões no país participam do projeto, e o Rio Grande do Norte é uma delas. Fale um pouco sobre a escolha dessas regiões, e sobre as Linhas de Cuidado que foram selecionadas para esta fase do projeto.



Gizelda Monteiro -

O projeto FortaleceRAS é uma iniciativa importante que busca fortalecer as Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do apoio à implementação das Linhas de Cuidado de sobrepeso e obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Através dessa iniciativa, é possível integrar e articular os serviços e profissionais envolvidos na atenção à saúde, visando a melhoria da qualidade do atendimento.

O projeto é conduzido pelo Hcor – Associação Beneficente Síria, em parceria com diversas entidades, incluindo a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e da Coordenação-Geral de Prevenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde (CGPCC) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o





Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) no triênio 2021-2023.

O objetivo geral do projeto é apoiar a implementação das Linhas de Cuidado nos diversos pontos de atenção da RAS, em duas regiões de saúde do país, a saber: 7ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte (7RSRN) e 1ª Região Mata Atlântica da Paraíba (1RSPB). A escolha dessas regiões foi feita com base em critérios validados juntamente com o Ministério da Saúde (MS), visando garantir que o projeto estivesse em localidades que realmente necessitam. Os critérios de seleção incluíram a avaliação da mortalidade geral por doenças crônicas, a avaliação da mortalidade prematura e intra-hospitalar decorrente das doenças trabalhadas pelas Linhas de Cuidado do projeto, análise dos serviços de saúde existentes que possibilitem a continuidade do cuidado aos usuários do SUS, considerando as comorbidades trabalhadas no projeto, e a existência de interesse político para a execução do projeto.

As cinco Linhas de Cuidado trabalhadas no projeto são grupos de doenças que estão entre as principais causas de morte e de anos vividos com incapacidades de adultos e pessoas idosas brasileiras. Essas doenças afetam principalmente as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde. O projeto FortaleceRAS tem o potencial para enfrentar esse cenário, proporcionando melhorias na qualidade do atendimento e na prevenção e tratamento dessas doenças.

Quais as contribuições do projeto para o SUS e à população?



Enilda Lara - As contribuições do projeto FortaleceRAS para o SUS e a população são muitas! Como mencionado anteriormente, o projeto apoia a implementação de cinco Linhas de Cuidado para a promoção da integração de ações, serviços,

profissionais e gestores, visando o fortalecimento das conexões dessa complexa e desafiadora rede de atenção à saúde, que é o nosso SUS.

O fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde é imprescindível para o estabelecimento do cuidado integral da população, com foco nas suas necessidades de saúde, nos diferentes pontos de atenção. Esses pontos incluem toda a rede do SUS, ou seja, a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados, a atenção hospitalar e a Rede de Urgência e Emergência.

O projeto FortaleceRAS possui ferramentas que são potencializadoras do processo de organização dos serviços de saúde, em um sistema focado e devidamente adaptado às regiões de saúde em que estão inseridos, a partir do apoio à implementação das Linhas de Cuidados propostas. Sendo um diferencial para lidar com o cenário epidemiológico e nutricional da população brasileira, com possibilidade de ampliação para o território nacional, visando a continuidade do projeto em outras regiões de saúde. O que mais almejamos é que o projeto contribua cada vez mais com o fortalecimento do SUS, para que toda a população tenha o acesso a atenção à saúde com qualidade, independente da classe social, idade, etnia, gênero entre outros.

A promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento adequado são elementos fundamentais. No entanto, exigem ações intersetoriais, ou seja, que envolvam a comunidade, os profissionais de saúde, os gestores, os serviços de saúde, entre outros atores necessários para a implementação de Linhas de Cuidado. O projeto possui em sua metodologia elementos que favorecem a estruturação de protocolos adequados para o enfrentamento de muitas necessidades impostas pelas condições de saúde, que são desafiadoras para o SUS.

Portanto, o projeto FortaleceRAS apoia a implementação de suas Linhas de Cuidado por meio de ações estruturantes e essenciais para a promoção do cuidado integral em saúde, atendendo às demandas das regiões. Sabemos que o projeto não abarca todos os desafios do SUS, porém, vemos que os resultados que obtemos até o momento, demonstraram que os recursos disponibilizados pelo FortaleceRAS contribuíram com a organização da Rede de Atenção à Saúde e consequentemente, com a melhor assistência da população.





Discorra um pouco sobre os principais trabalhos realizados pelo FortaleceRAS?



Deborah Melo - No Rio Grande do Norte o FortaleceRAS atua em quatro dimensões: na articulação da gestão, capacitação dos profissionais nos serviços, apoio nas ações de implementação e na coleta de dados. Em relação à articulação com a gestão, temos o grupo condutor do projeto

constituído por referências técnicas das equipes gestoras de cada município.

O grupo condutor participou ativamente da construção do instrumento de referência e contrarreferência, na tomada de decisão sobre os instrumentos de estratificação de risco familiar e cardiovascular; e encontra-se na condução do processo de elaboração dos fluxos em relação às cinco Linhas de Cuidado. A partir desse grupo são elaborados instrumentos, priorizadas ações de atuação, sistematizados fluxos e é feito o monitoramento mensal do projeto. A articulação promove o fortalecimento organizacional da gestão, promovendo o diálogo entre os municípios, VII Unidade Regional de Saúde Pública (VII URSAP) e as referências técnicas da Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap) em relação às Linhas de Cuidado.

Já no que diz respeito às capacitações e ao apoio às ações de implementação, o projeto conta com o trabalho de 21 tutores que realizam a formação técnica para as equipes nos próprios serviços de saúde envolvidos. Os tutores são distribuídos por municípios e atuam em diversos serviços de saúde dos três níveis de atenção. As formações foram iniciadas com a aplicação de módulos que trabalhavam conceitos de RAS, Linhas de Cuidado, apresentação dos fluxos de acordo com o Ministério da Saúde, estratificação de risco e referência e contrarreferência. Atualmente grande parte dos tutores estão focados no apoio às ações de implementação, que estão voltadas para o fortalecimento das Linhas de Cuidado, na apresentação do fluxo municipal elaborado em parceria com o

grupo condutor, nas ações prioritárias e ao estímulo à prática das ações planejadas. Além das capacitações presenciais, contamos também com os médicos do Hcor realizando capacitações virtuais sobre os aspectos clínicos de cada Linha, por meio das Sessões de Aprendizados Virtuais (SAVs) e outros convidados também conduziram espaços formativos da SAVs como a nossa referência da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade da SESAP e o médico do HUOL referência em cirurgias bariátricas.

Em relação à coleta de dados, o projeto trabalha na avaliação constante de indicadores que orientam se as ações estão sendo efetivas no território. Mensalmente, os serviços preenchem dados em relação às cinco Linhas trabalhadas e os dados são monitorados e analisados. Existem reuniões de monitoramento e apresentação dos relatórios enviados para os representantes dos serviços, inclusive existe um artigo que explica o processo de coleta de dados.

Qual a importância destas publicações para o projeto? Fale um pouco sobre a I Mostra de Experiências do projeto FortaleceRAS.

Deborah Melo - As publicações dos trabalhos sistematizam vivências que podem servir de inspiração e reflexão do “fazer em saúde” em relação aos serviços, gestão e projetos no setor saúde.

Recebemos experiências exitosas de serviços de todos os cinco municípios do RN que o Projeto FortaleceRAS atua e as experiências trazem esse olhar do compartilhar, refletir e fazer, os quais utilizaram as ferramentas e dispositivos acessíveis a realidade de cada serviço.

A presença dos tutores (a) no processo é fundamental. Nos serviços eles exercitam a escuta das demandas e vivenciam os desafios do dia a dia dos profissionais de saúde, e realizam uma ligação da realidade com o assunto teórico; promoveram e promovem coletivamente reflexões de como podemos caminhar para melhorar a atenção à saúde no serviço e após o refletir, vem a prática!

No que diz respeito aos artigos, tivemos o olhar do tutor (a), da coordenação do projeto e suas experiências mediadas pelo projeto. Foram elencados inúmeros desafios e as potencialidades encontradas





na 7ª Região de Saúde potiguar. A intenção é expor as vivências e as estratégias utilizadas para a superação de parte dos desafios no território e abrir um debate sobre as intersecções sobre educação permanente e Linhas de Cuidado.

O evento que trouxe as publicações supracitadas foi a **I Oficina de Monitoramento e Mostra de Experiências do Projeto FortaleceRAS** que aconteceu em Natal nos dias 15 e 16 de março de 2023. A princípio o evento seria destinado ao grupo condutor do projeto para analisarmos como está o andamento do projeto na 7ª região de saúde do RN, em relação aos números de capacitações, o monitoramento de dados, os instrumentos elaborados pelo projeto, e as próximas pactuações. Entretanto, no acompanhamento dos tutores (a) foi visualizado que as experiências deveriam ser expostas para os demais serviços e gestores, então as equipes foram convidadas a apresentarem seus relatos. Dentre os serviços convidados, tivemos a resposta positiva e a escrita de 11 resumos, as experiências foram apresentadas na **I Oficina de Monitoramento** que logo foi inserida também como **“Mostra de Experiências”**.

Na **I Oficina de Monitoramento e Mostra de Experiências do Projeto FortaleceRAS** tivemos espaços para o monitoramento do projeto, apresentação das experiências exitosas e possibilitamos que as equipes gestoras dos municípios realizassem a apresentação dos fluxos da Linha de Cuidado de Diabetes Mellitus (LCDM) mediadas pela referência da Rede de Doenças Crônicas da SESAP, que foram elaborados durante o último mês do projeto. O evento possibilitou aos participantes um importante espaço de troca de experiências sobre o projeto e a possibilidade de compreender sobre como o projeto está acontecendo em cada território.

Por que é necessário saber/conhecermos as experiências dos profissionais para a implementação das Linhas de Cuidado?

Deborah Melo - A experiência é uma das formas mais didáticas de ensinar! Digo isso, inspirada em Paulo Freire, na valorização das experiências e no compartilhamento de saberes, compreender que a partir da experiência de outra pessoa podemos aprender. Assim,

acredito que conhecer as experiências de outros profissionais de saúde é importante porque além de ensinar, mostra que é possível aplicar a sua realidade.

A experiência exitosa pode ser transformadora para os profissionais de saúde, que muitas vezes enfrentam desafios diários e precisam de motivação para fortalecer seu processo de trabalho.

As trocas de experiências ajudam a identificar estratégias que podem ser aplicadas às realidades dos serviços de saúde na 7ª Região de Saúde. Contribuindo, assim, para o fortalecimento do processo de trabalho das equipes e para a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários.

É importante ressaltar que o Projeto FortaleceRAS atua para o apoio a implementação das Linhas de Cuidado, uma estratégia importante para a organização do cuidado em saúde. Por meio das Linhas de Cuidado, é possível garantir uma Rede de Atenção de Saúde mais integral, desde a prevenção, promoção até o tratamento e reabilitação das doenças.

Dessa forma, a troca de experiências e o compartilhamento de boas práticas podem contribuir significativamente para a consolidação das Linhas de Cuidado e para a melhoria da oferta de serviços. Espero que as experiências apresentadas e escritas contagem os demais serviços a buscarem suas próprias experiências.



Metodologia da problematização: aplicação do arco de maguerez nos serviços de saúde

Methodology of problematization: application of maguerez's arc in health services

Dayane Caroliny Pereira Justino¹; Monick Castro Silva Sousa²; Laize Gabriele de Castro Silva³; Bárbara Letícia de Queiroz Xavier⁴; Deborah Zuleide de Farias Melo⁵

AGRADECIMENTO

A Dra. Tatiana Yonekura, Especialista de Projetos do Instituto de Ensino do Hcor pelo paciente trabalho de revisão da redação.

RESUMO

Introdução: O Projeto FortaleceRAS tem o objetivo de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde por meio do apoio a implementação das Linhas de Cuidados de doenças crônicas no Rio Grande do Norte. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação do Arco de Maguerez nos serviços de saúde do município Parnamirim no Rio Grande do Norte na etapa de capacitação de profissionais de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. Neste, seguiu-se as seguintes etapas em Unidades Básicas de Saúde: da observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação na realidade. Metodologias ativas foram utilizadas em cada etapa pelos tutores responsáveis por cada serviço. **Resultado:** A aplicação de cada etapa apresentou tanto potencialidades quanto fragilidades nos serviços. Dentre pontos positivos podemos destacar, o aprimoramento de novos conhecimentos, reflexões sobre o processo de trabalho e fortalecimento da prática coletiva. Assim como permitiu visualizar fragilidades, como a falta de comunicação e contra referência. **Conclusão:** As experiências vividas durante a aplicação do Arco foram significativas

e de relevância para construção de práticas efetivas e integradas pelos profissionais de saúde, resultando no fortalecimento do sistema de saúde dentro da Rede de Atenção à Saúde e contemplando a implementação de ações relevantes para a melhoria da saúde da população de abrangência de cada serviço.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas; Educação Permanente.

SUMMARY

Introduction: The FortaleceRAS Project aims to strengthen the Health Care Network by supporting the implementation of the Lines of Care for chronic diseases in Rio Grande do Norte. **Objective:** To report the experience of the application of the Maguerez Arch in the health services of the municipality of Parnamirim in Rio Grande do Norte in the training stage of health professionals. **Method:** This is a descriptive study, type experience report. In this, the following steps were followed in Basic Health Units: observation of reality, key points, theorizing, hypothesis of solution and application in reality. Active methodologies were used at each stage by the tutors responsible for each service. **Result:** The application of each stage presented both potentialities and weaknesses in the services. Among the positive points we can highlight, the improvement of new knowledge, reflections on the work

1 Graduada em Enfermagem - UFRN. Graduada em Gestão Pública - IFRN. Especialista em Pediatria e Neonatologia - Braz Cubas. Especialista em Saúde Digital - UFG. Mestra em Saúde Coletiva - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Tutora do Projeto FortaleceRAS

2 Graduada em Psicologia - UNP. Tecnólogo em Gestão Hospitalar - UFRN. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental - UBF. Tutora do Projeto FortaleceRAS

3 Graduada em Fisioterapia - UFRN. Especialista em Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Residência da UFRN. Mestra em Fisioterapia UFPB. Tutora do Projeto FortaleceRAS

4 Graduada em Enfermagem - UFCG. Mestra em Saúde Coletiva - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Tutora do Projeto FortaleceRAS

5 Graduada em Fonoaudiologia - UFPB. Mestra em Saúde Coletiva - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Doutoranda em Saúde Pública - USP. Articuladora Regional do Projeto Fortaleceras



process and strengthening of collective practice. As well as allowing to visualize fragilities, such as lack of communication and counter-reference. **Conclusion:** The experiences lived during the application of the Arc were significant and relevant for the construction of effective and integrated practices by health professionals, resulting in the strengthening of the health system within the Health Care Network and contemplating the implementation of relevant actions to improve the health of the population covered by each service.

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

INTRODUÇÃO

O Projeto FortaleceRAS tem o objetivo de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde por meio do apoio a implementação das Linhas de Cuidados (LC) de Sobrepeso e Obesidade (SO), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), em duas Regiões de Saúde (1).

Uma das dimensões de atuação do Projeto é a capacitação dos profissionais para a compreensão sobre a implementação de linhas de cuidado, sendo que todos os serviços da região, pertinentes às linhas de cuidado, são contemplados com as ações do projeto que contam com o apoio de tutores. Os diversos níveis de atenção, como Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência fazem parte da RAS e os respectivos serviços, como Unidades Básicas de Saúde, policlínicas, hospitais e Unidades de Pronto Atendimento foram incluídos no projeto (1).

O projeto conta com a atuação de tutores que são atores-chaves para atingir os objetivos estabelecidos. Estes profissionais da área da saúde estabelecem vínculos com os profissionais e são as referências, tanto para diagnósticos locais, capacitações, apoio às ações de implementação, coleta de indicadores e de compartilhamento de experiências entre os diversos serviços da região. Os tutores atuam em todos os níveis de atenção e tem como atividades essenciais a identificação das potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde, compreendendo a realidade local

para o desenvolvimento das capacitações de equipes de saúde in loco (1).

A metodologia utilizada pelo projeto é a da problematização, esta é utilizada compreendendo a importância da realidade, segundo Cotes, Padin e Berbel (2) a metodologia da problematização é utilizada como uma metodologia de ensino, pesquisa e trabalho a ser aplicada em situações que os sujeitos estejam ligados ao cotidiano da sociedade.

Neste contexto, as linhas de cuidado descrevem o itinerário do paciente dentro da rede, muitas vezes, ao observar a realidade dos itinerários dos usuários do SUS este percurso encontra-se fragmentado, no que diz respeito aos serviços, programas e práticas clínicas o que impossibilita a integralidade dos serviços ofertados e o atendimento com equidade à população (3).

Ao trabalhar as linhas, são compartilhadas as informações referente a organização das ações em saúde de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a serem desenvolvidas pelas equipes em cada unidade ou serviço de saúde. A linha também visa proporcionar a comunicação entre as equipes, serviços e usuários da rede de atenção à saúde, tendo como objetivo padronizar as ações de assistência prestada (4).

Assim, o Projeto FortaleceRAS tem sido desenvolvido em diferentes níveis de atenção e de gestão por meio de formações que abordam a realidade dos serviços, o manejo dos usuários com as referidas condições de saúde utilizando metodologia da problematização, na busca por entender a realidade de cada serviço, suas dificuldades e possíveis estratégias para o fortalecimento da linha de cuidado.

DESENVOLVIMENTO

Diante disso, o presente trabalho objetivou relatar a experiência da aplicação do Arco de Maguerez na Atenção Primária à Saúde, no município de Parnamirim, da 7ª Região de Saúde, contemplada pelo Projeto FortaleceRAS. Para isso, foi realizado um relato de experiência, acerca da implementação de cinco linhas de cuidados de doenças crônicas não transmissíveis. O projeto foi apresentado à gestão do município e dos serviços antes do início das capacitações.

As experiências vivenciadas pelo processo de tutoria estão ocorrendo conforme visitas aos serviços de

saúde pré-agendadas com os gestores, momento em que são aplicados os módulos propostos e disponibilizados pela equipe do Hospital do Coração (Hcor), além de ser nesta ocasião onde acontecem trocas de experiências e conhecimentos, pertinentes à implementação de ações em cada serviço. Visto que a tutoria oportuniza a equipe de profissionais para relatar atendimentos já realizados relacionado às linhas de cuidado, potencialidades e barreiras enfrentadas na rotina assistencial daquele serviço.

A metodologia desenvolvida no projeto tem como base a metodologia da problematização, aplicada a

partir do Arco de Maguerez (AM), conforme etapas apresentadas na (figura 1), são elas:

1. Observação da realidade para reconhecimento do problema
2. Levantamento dos pontos-chave relacionados ao problema;
3. Teorização dos pontos-chave para compreensão do problema;
4. Levantamento de Hipóteses para solucionar o problema e;
5. Intervenção à realidade das hipóteses de solução (5).

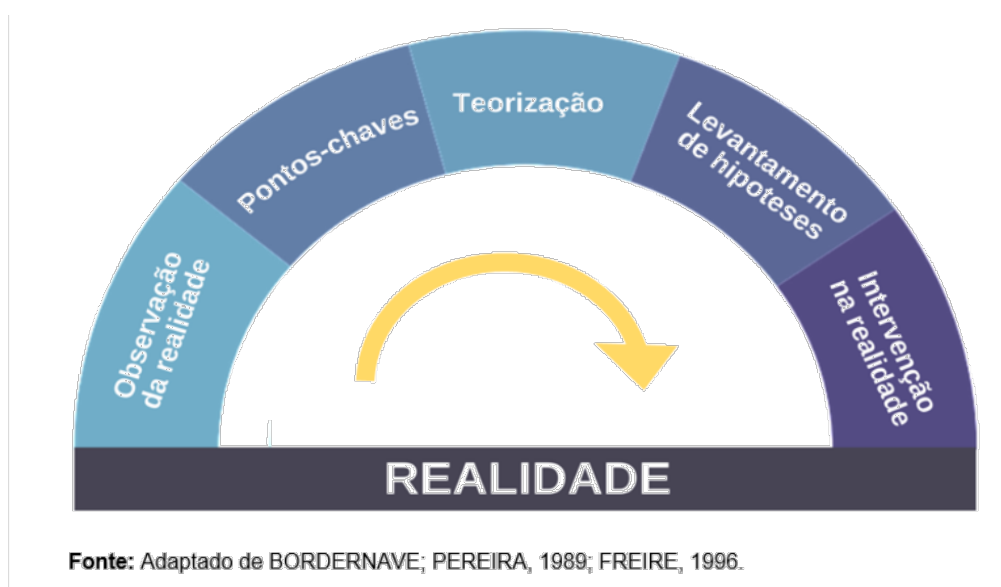


Figura 1 - Arco de Maguerez, 2023⁽⁶⁾.

O AM é aplicado a partir da observação da realidade de um contexto local, desse modo proporciona ao educando uma busca pelo conhecimento com a finalidade de solucionar os problemas destacados. Sua utilização vem sendo apontada como promissora para o desenvolvimento de profissionais críticos e criativos, quando sensibilizados para uma atuação consciente, informada e consequente em seu meio (6).

Implementação do Arco de Maguerez

As experiências aqui relatadas foram das oficinas realizadas nos serviços que tinham como objetivo realizar capacitação profissional para ajuste do fluxo de atendimento realizado aos pacientes que se compõem

as linhas de cuidados supracitadas. Essa descrição foi realizada conforme as etapas do AM, na qual foram abordadas as potencialidades, fragilidades e as metodologias ativas (Quadro 1), utilizadas para implementação de cada etapa.

1) Observação da realidade

Essa etapa é composta por momentos que possibilitaram aos profissionais realizarem uma observação atenta sobre o processo de trabalho desenvolvido por eles e, possibilita ao grupo a evidência das barreiras vivenciadas no dia a dia (7).

Durante os encontros houve um momento em formato de roda de conversa com os profissionais de saúde indicados pela gestão das UBS para realizar o

levantamento a respeito de como são realizadas as práticas de assistência à saúde voltadas para os usuários que possuem as características que se enquadram nas linhas de cuidados.

Os profissionais que participaram das rodas de conversas ouviram relatos e também foram ouvidos. Esse momento foi importante, pois proporcionou ao tutor (a) conhecer a realidade enfrentada por cada UBS. Colocar a realidade deles na roda de conversa pareceu, no primeiro momento, que não era possível realizar nenhum atendimento, ou acompanhamento por eles devido a quantidade de barreiras existentes.

Em um segundo momento utilizando o método de painel, foi distribuído papéis para que os profissionais levantassem os pontos positivos que existiam no ambiente de trabalho e ações que eles realizam que potencializam o trabalho na APS. Após a escrita, era exposto em um mural e apresentado para todos o que havia sido escrito por eles. Esse momento proporcionou uma reflexão crítica de como as potencialidades se sobreponham às fragilidades.

Um outro método utilizado para realizar a observação da realidade foi dividir o grupo em subgrupos com delimitação de tempo para posteriormente ser compartilhado com todos do serviço. Essa metodologia permitiu que a equipe visualizasse em conjunto a dinâmica do processo de trabalho, coletiva e individual proporcionando o pensamento crítico reflexivo sobre as barreiras elencadas.

Cabe destacar que embora se tenha utilizado métodos diferentes para aplicação da observação da realidade, foi possível alcançar o mesmo objetivo de conduzir as equipes a refletirem sobre sua prática assistencial e identificar nós críticos, assim como pontos positivos existentes em cada UBS.

2) Pontos-chaves

Na delimitação dos pontos-chaves foram expostas as fragilidades e as potencialidades de cada equipe. Foi possível o levantamento sobre soluções para alguns dos nós críticos elencados por eles mesmos. A cada encontro os profissionais foram convidados a refletirem sobre os motivos pelos quais alguns problemas existem, os principais pontos-chaves dos problemas e

quais problemas seriam passíveis de modificação para melhorar a realidade local.

Embora alguns nós críticos precisassem da intervenção da gestão municipal, muitos poderiam estar sendo realizados com a melhoria de alguns pontos como a comunicação, planejamento, descentralização de atividades, reuniões periódicas entre as equipes, discussão de casos para formulação de Projeto Terapêutico Singular para pacientes específicos, descontinuidade de projetos, grupos, ações de prevenção e promoção à saúde devido a pandemia do COVID-19.

Um outro nó crítico relatado pelas equipes foi em relação ao elo perdido pós-pandemia do COVID-19 entre as equipes e os usuários, tornando estes resistentes às atividades desenvolvidas nas UBS. Além disso, foram relatadas barreiras que envolvem outros serviços que compõem a RAS que ocasionam a descontinuidade no serviço e conseqüentemente nos fluxos das Linhas de Cuidado.

O levantamento dos pontos-chaves foi uma atividade fácil para ser devolvida com as equipes, pois eles conseguiram identificar os nós críticos existentes em seu local de atuação. Isso permitiu às tutoras a facilidade de condução das atividades posteriores e dos demais pontos do AM. Além disso, possibilitou um momento de compartilhamento de pensamentos pelos profissionais contribuindo assim para a criação de vínculo entre os profissionais e a equipe de tutoria.

3) Teorização

Nesta etapa é realizada uma investigação conceitual que permite a ampliação dos conhecimentos e informações necessárias para realizar a relação entre a teoria e a prática proporcionando a conscientização do processo de trabalho que está sendo desenvolvido.⁷

A participação nas formações por meio do Projeto FortaleceRAS proporcionou aos profissionais aporte teórico para associar com a prática que estava sendo executada. A ampliação do conhecimento provocou uma devolutiva positiva, pois muitos profissionais levantaram questionamentos sobre sua própria prática. Esses questionamentos foram levantados por eles para momentos de roda de conversa onde estava presente outros membros da equipe o que proporcionou



uma ampla análise crítica sobre as ações a nível individual de como cada um estava realizando seu trabalho.

Paralelo às oficinas ocorreram Sessões de Aprendizagem Virtuais (SAVs). A primeira SAV teve como foco os profissionais responsáveis pela coleta de dados dos indicadores de cada ponto de atenção, discutiu-se sobre a importância do monitoramento e como informar os dados de cada ponto de atenção à saúde.

Posteriormente houve o primeiro bloco de SAVs que teve como objetivo trabalhar questões relacionadas com a linha de cuidado de Sobrepeso e Obesidade e o segundo bloco de SAVs teve como foco as linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Ao longo das SAVs, os profissionais puderam aprimorar seus conhecimentos e se apropriar de maneira mais específica acerca de procedimentos e intervenções necessárias relacionadas com as linhas de cuidado abordadas, preconizando sempre as solicitações do Ministério da Saúde. Observou-se que a associação entre oficinas presenciais e as SAVs possibilitou mais envolvimento dos profissionais e estímulo para desenvolver atividades *in loco*.

Salta à memória as oficinas realizadas sobre a estratificação de risco familiar e cardiovascular que é uma proposta de identificar e estratificar os riscos existentes para a prestação de um cuidado adequado. A proposta é a implementação dessas ferramentas na APS em toda a região de saúde. Nesse momento, alguns profissionais relataram não conhecer as ferramentas apresentadas e os que conheciam não utilizavam no seu dia a dia. Observou-se, a partir das oficinas, um retorno positivo por parte dos profissionais, pois, esses não tinham o hábito de aprender por meio da metodologia de problematização, o saber iniciando a partir da realidade. Para a realização da oficina, foi utilizado estudo de caso para a prática da estratificação de risco em formato de simulação. Esse tipo de metodologia possibilitou aos profissionais sentirem-se em seu dia a dia.

A associação de diferentes estratégias para aplicação da teorização permitiu que as equipes apropriassem de novos conhecimentos e revisaram os já existentes. O que facilitou a atuação prática nas atividades desenvolvidas durante o processo de teorização como forma de avaliação do conhecimento adquirido e pré-existente.

4) Levantamento de hipóteses

Essa etapa permite o desenvolvimento do potencial criativo e reflexivo para pensar-se em um modo inovador de solucionar os pontos-chaves elencados anteriormente. Com o aporte teórico torna-se mais fácil decidir uma hipótese de solução viável a cada realidade, além de elencar a prioridade dentre os pontos-chaves já elencados (7).

Um dos encontros realizados com as equipes foi utilizado para fazê-los pensar sobre o que eles poderiam fazer para mudar a realidade que eles estão inseridos. Cabe destacar que o objetivo era pensar em ações que eles enquanto equipe da APS poderiam solucionar. Ou seja, a ação a ser pensada não deveria envolver a gestão municipal ou outros níveis de atuação como o serviço especializado ou hospitalar.

Inicialmente, não foi uma atividade de fácil realização para esses profissionais, pois foram observados dois tipos de resistência. O primeiro foi em relação a sentir-se desvalorizado o que ocasionou uma barreira para o pensar em uma possível ação, alguns profissionais chegaram a dizer que nada funciona no território. A segunda resistência relatada foi em relação a pensar em algo a ser realizado que não envolvesse a gestão municipal, pois esses profissionais sentiam-se inseguros ou dependentes do apoio logístico da gestão.

Foi necessária a intervenção para desmistificar as resistências e auxiliar na reflexão coletiva desses profissionais pois, notoriamente, tais resistências foram crescendo com a rotina do serviço. Nesse contexto, foram lembradas ações que já haviam sido realizadas e que funcionavam, mas que devido a pandemia do COVID-19 precisaram ser descontinuadas e que poderiam ser retomadas. Nesse momento, muitas colocações surgiram e passou-se de um momento de nenhuma ideia para uma chuva de ações que a equipe poderia realizar.

Os métodos utilizados para aplicação dessa etapa do AM proporcionaram momentos ricos de reflexão sobre a prática realizada e as formas de solucionar os nós críticos existentes no serviço. A roda de conversa associada ao painel interativo permitiu a visualização dos problemas, a relação entre eles e os principais atores envolvidos para solucionar os nós existentes. Durante essa etapa observou-se que a necessidade de



intervenção da gestão em alguns pontos-chaves não mudou, porém, as equipes conseguiram identificar onde poderiam intervir de forma autônoma, a mudar seu processo de trabalho.

5) *Intervenção na realidade*

Na etapa de intervenção na realidade analisa-se as opções de intervenções levantadas e são escolhidas soluções viáveis a serem colocadas em prática para solucionar os problemas identificados em parte ou completo e assim, contribuir com a transformação da realidade local (7).

Até o momento de escrita deste relato quatro UBS já conseguiram colocar em prática a ação estabelecida na roda de conversa. A primeira UBS escolheu sala de espera sobre ações para “uma vida mais saudável”. A equipe escolheu um dia em que sempre há muitos usuários esperando atendimento e realizaram uma dinâmica para potencializar a atenção dos usuários nas orientações que foram realizadas.

A segunda UBS realizou uma ação com o tema: uma vida mais leve. Nesse momento foi realizado triagem, atendimento médico, orientações sobre alimentação, prática de atividade física e distribuição de panfletos e de salada de fruta como forma de incentivo. A terceira UBS realizou uma ação com o tema: muito além do peso. Essa equipe dividiu a ação em dois momentos, o primeiro onde foi realizado triagem, atendimento médico e de enfermagem com estratificação de risco, orientações sobre a mudança na prática de consumo alimentar, e encaminhamentos para serviço especializado quando necessário. No segundo momento foi realizada prática de auriculoterapia para proporcionar uma sensação de bem-estar e conseguir uma aproximação com os usuários.

A quarta UBS realizou uma ação chamada Vida Saudável. Essa ação foi realizada para toda a população e estava inclusa aferição de peso, altura, pressão arterial, palestra sobre ações para mudança de hábitos diários e teve-se ainda um aulão de dança com um profissional de educação física que reside no território.

Durante o monitoramento as equipes relataram que foi uma experiência exitosa e que a realização das ações tem repercutido de forma positiva na interação entre os usuários e o serviço. Alguns profissionais relataram que conseguiram voltar a ver a atuação da APS conforme a teoria que visa a prevenção e promoção da saúde, pois após a pandemia do COVID-19 essas ações ainda não haviam voltado a serem realizadas.

Outros serviços retomaram de forma mais intensa a busca ativa por usuários que fazem parte das linhas de cuidado. Com o objetivo de acolher esses usuários e garantir a integralidade do cuidado. No monitoramento dessas ações observou-se a eficácia e que isso influenciou diretamente na tomada de decisão clínica para cuidados individuais e coletivos dessa população. Além disso, essa ação possibilitará a eficiência de ações futuras na implementação dos fluxos de atendimento de cada Linha de Cuidado trabalhada.

Já, algumas equipes pensaram sobre um fluxo interno para ser realizado de forma a garantir um acolhimento, e acesso ao serviço que os usuários necessitam. E assim, tentar solucionar um dos pontos-chaves que era a comunicação interna que estava fragilizada. Durante a oficina foi realizado um rascunho de como seria esse fluxo que seria discutido a posteriori em reunião de equipe para fechar possíveis lacunas não identificadas naquele momento.

Assim, na aplicação dessa etapa observou-se que cada equipe buscou elaborar soluções de acordo com sua realidade, mesmo que alguns dos pontos-chaves fossem iguais as ações pensadas foram diferentes. Dessa forma, pode-se perceber uma diversidade de adesão às soluções dentro de um mesmo município para o mesmo problema. Assim, observou-se que embora existam problemas parecidos no território, as soluções aplicadas devem ser adaptadas à realidade de cada serviço mesmo que se busque atingir o mesmo objetivo.

Quadro 1 – Metodologias ativas utilizadas em cada etapa do Arco de Maguerez. Natal-RN, 2023.

Observação da realidade	Pontos-chaves	Teorização	Levantamento de Hipótese	Intervenção na realidade
Roda de conversa	Roda de conversa	Exposição dialogada	Roda de conversa	Roda de conversa
Divisão em pequenos grupos	Painel de nós críticos	Estudo de caso	Painel expositivo	Painel expositivo
		Painel expositivo		
		SAV		

Fonte: Autoria própria, 2023.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve por objetivo relatar a experiência da aplicação do Arco de Maguerez na Atenção Primária à Saúde no município de Parnamirim no RN. Assim, para atingir o objetivo foi utilizado como método a metodologia da problematização abordada por meio do Arco de Maguerez.

Durante a aplicação da observação da realidade, os profissionais conseguiram identificar as possibilidades de mudanças de suas práticas profissionais, por meio da utilização de metodologias ativas, sendo assim possível elencar os nós críticos de prioridade que fizeram parte do segundo momento, pontos-chaves.

As metodologias ativas utilizadas para a etapa de teorização possibilitaram aos profissionais executarem de forma prática as ferramentas que são recomendadas pelo MS para uso diário na implementação das cinco linhas de cuidados. Após a apropriação da teoria, os profissionais foram capazes de identificar as diferentes formas de transformar a realidade. Em seguida as ações elencadas foram desenvolvidas conforme o planejado em adequação com a realidade de cada equipe profissional e seu território.

Diante disso, observa-se que apesar das fragilidades no território, os profissionais apresentam interesse e empenho para sua atuação. A aplicação da metodologia problematizadora do AM possibilitou eficiência para a implementação das etapas iniciais do projeto FortaleceRAS. Além disso, a associação das metodologias ativas contribuiu de forma positiva para a adesão dos profissionais às oficinas realizadas e para o início de uma transformação da realidade local. Espera-se que com o avançar do projeto mais ações sejam desenvolvidas pelos profissionais e a assistência local seja prestada de forma integral e longitudinal atingindo assim os objetivos iniciais elencados.



REFERÊNCIAS

1. Associação Beneficente Síria. Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. 2021. [citado 25 Feb 2023]. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/fortaleceras1>
2. Cortes LF, Padoin SM de M, Berbel NAN. Problematization Methodology and Convergent Healthcare Research: praxis proposal in research. Rev Bras Enferm [Internet]; 2018 [citado 25 Feb 2023]; 71(2):440-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0362>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Linhas de Cuidado [Internet]. 2021; [Citado 25 Feb 2023]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>
4. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária. 2021. [citado 25 Feb 2023]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>.
5. Bordenave JD. El método del arco: una forma de hacer educación. Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales; 2009 [citado 25 Feb 2023]; 5(2):9-24. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4814454>
6. Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: SciELO-EDUEL; 2012.
7. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015. Disponível em: <https://books.scielo.org/>. ISBN 978-85-7983-662-6.



Educação Permanente em Saúde e Metodologias Ativas: Atuação do Projeto Fortaleceras na Capital do Rio Grande do Norte

Permanent Education in Health and Active Methodologies: Performance of the Fortaleceras Project in the Capital of Rio Grande do Norte

Alexandra Maria Medeiros dos Santos Régio¹; Celiza Mayara Garcia Soares²; Juliana Iscarlaty Freire de Araújo³; Márcia Andréia Pereira da Silva⁴; Maria Albanita Paiva de Andrade⁵; Monique Léia Aragão de Lira Martins⁶; Terezinha Guedes Rêgo de Oliveira⁷; Deborah Zuleide de Farias Melo⁸

AGRADECIMENTO

A Dra. Liza Uchimura, Consultora Médica especialista em RAS do Instituto de Ensino do Hcor pelo paciente trabalho de revisão da redação.

RESUMO

Introdução: O processo de educação nos serviços de saúde passou por diferentes transformações no decorrer dos anos, no qual diferentes estratégias foram implantadas na perspectiva de fortalecer a formação dos profissionais. **Objetivo:** relatar as experiências exitosas na utilização de estratégias metodológicas voltadas ao fortalecimento da qualificação profissional nos três níveis de atenção à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiências a partir das vivências na atuação de tutores em um projeto de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, na capital do Rio Grande do Norte. **Resultados:** A organização do projeto FortaleceRAS inicia com o aperfeiçoamento dos tutores por meio de encontros formativos do HCOR.

Na sequência, os Tutores por meio de contatos com os Gestores das Unidades, buscam agendar com as equipes a realização das Capacitações. Os primeiros contatos foram difíceis, uma vez que a rotina de trabalho dos serviços possui uma alta demanda de assistência à população. Durante os momentos formativos dos profissionais foram utilizadas diferentes estratégias metodológicas, as quais incluem: estudo de caso; diálogo em grupo; resolução de questões e compartilhamento de experiências exitosas referente a temática da capacitação. A partir destas metodologias ativas buscou-se estimular o fortalecimento do trabalho interprofissional, colaborativo e de mudanças das práticas incorporadas no processo de trabalho. **Considerações finais:** O Projeto FortaleceRAS encontra-se em fase de desenvolvimento, mas percebe-se de imediato a relevância de investir na educação permanente para a transformação de práticas e da oferta de cuidado.

Palavra-chave: Educação Permanente em Saúde; Doenças crônicas Não Transmissíveis; Rede de Atenção à Saúde.

1 Bacharelado em Enfermagem, Especialista em Gestão Pública e Saúde da Família e Tutora do Projeto FortaleceRAS/ Instituto de Ensino Hcor.

2 Graduada em Nutrição, Pós graduada em Nutrição Clínica e fundamentos metabólicos e nutricionais, Especialista em Saúde da Família e tutora do Projeto FortaleceRAS/Instituto de Ensino Hcor.

3 Enfermeira especialista em Saúde Coletiva e Enfermagem com ênfase em Saúde da Família, Mestranda em Saúde Coletiva pelo PPGSCOL e tutora do projeto FortaleceRAS/Instituto de Ensino Hcor.

4 Graduada em Nutrição e Saúde Coletiva, Especialista em Nutrição Clínica e Hospitalar, Mestranda em Saúde Coletiva pelo PPGSCOL e tutora do Projeto FortaleceRAS/Instituto de Ensino Hcor.

5 Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde / UFBA, Graduada em Nutrição / UFRN e e tutora do Projeto FortaleceRAS/Instituto de Ensino Hcor.

6 Graduação em Enfermagem (FSM), Pós Graduação em Saúde da Família e Saúde Coletiva (FSM), Mestranda em Saúde Coletiva (UFRN). Tutora do Projeto FortaleceRAS/ Instituto de Ensino Hcor.

7 Farmacêutica, Especialista em Planejamento e Gestão do Sistema Saúde e tutora do Projeto FortaleceRAS/ Instituto de Ensino Hcor.

8 Graduação em Fonoaudiologia (UFPB), Mestra em Saúde Coletiva (UFRN) Doutoranda em Saúde Pública (USP), Articuladora Regional do Projeto FortaleceRAS/ Instituto de Ensino Hcor.



ABSTRACT

Introduction: *The education process in health services has undergone different transformations over the years, in which different strategies have been implemented with a view to strengthening the training of professionals. **Objective:** to report successful experiences in the use of methodological strategies aimed at strengthening professional qualification in the three levels of health care. **Methodology:** This is an experience report based on the experiences of tutors in a project to strengthen Health Care Networks in the capital of Rio Grande do Norte. **Results:** The organization of the FortaleceRAS project starts with the improvement of tutors through HCOR training meetings. Next, the Tutors, through contacts with the Unit Managers, seek to schedule the training with the teams. The first contacts were difficult, since the work routine of the services has a high demand for serving the population. During the professionals' formative moments, different methodological strategies were used, which include: case study; group dialogue; resolution of issues and sharing of successful experiences related to the theme of training. Based on these active methodologies, we sought to encourage the strengthening of interprofessional, collaborative work and changes in practices created in the work process. **Final considerations:** The FortaleceRAS Project is in the development phase, but the legacy of investing in permanent education for the transformation of practices and the provision of care is immediately perceived.*

Keywords: *Permanent Education in Health; Chronic Noncommunicable Diseases; Health Care Network.*

INTRODUÇÃO

As inovações em intervenções e tratamentos para recuperação da saúde exigem que os profissionais estejam frequentemente envolvidos em processos de qualificação (1). Dentre as estratégias de qualificação profissional e aprimoramento na qualidade do serviço existe a Educação Permanente em Saúde (EPS) no qual marca a compreensão que a formação é construída na prática de equipes, as capacitações se fazem no cotidiano, segundo suas diretrizes:

A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (2).

Ao considerar estas informações, entende-se que a realidade de cada serviço deve ser compreendida a partir dos conhecimentos e das experiências dos profissionais do próprio serviço, assim como as possíveis formas de superação dos desafios no processo de trabalho.

A partir da realidade de cada serviço o Projeto FortaleceRAS atua para apoiar a implementação de cinco linhas de cuidado (LC): Sobrepeso e Obesidade (SO), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Uma das formas do Projeto apoiar a implementação das linhas de cuidado é a capacitação dos profissionais no serviço a partir da própria realidade e mediada pelo diálogo a qual visa a construção do saber compartilhado a partir das equipes nos serviços da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência fazem parte da RAS.

Para a qualificação no serviço, o Projeto FortaleceRAS conta com tutores, profissionais que mediam o conhecimento teórico com o que existe na realidade de cada serviço. Logo, este trabalho tem como objetivo relatar as experiências exitosas na utilização de estratégias metodológicas voltadas ao fortalecimento da qualificação profissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

2. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relato de experiências, a partir das vivências na atuação de tutores no projeto "Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio à implementação das linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade (SO), diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM)" - FortaleceRAS, desenvolvido pelo Hcor - Associação Beneficente Síria, em parceria com o Ministério da

Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), na capital do Rio Grande do Norte nos serviços de saúde dos três níveis de atenção à saúde.

Considerando o relato de experiência como expressão escrita de vivências, sendo passível de contribuir com a produção de conhecimentos sobre as mais variadas temáticas, passamos então a reconhecer a importância da discussão a respeito do conhecimento subjetivo, adquirido. A experiência “é vivida antes de ser captada pelo pensamento, apreendida pela reflexão, caracterizada em seus componentes”, dessa forma, por meio dela é que podemos despertar o poder de conhecer algo, e logo em seu domínio ocorrem as aprendizagens (3).

O conhecimento humano está associado ao saber escolarizado e às aprendizagens adquiridas de experiências socioculturais. O registro desse conhecimento (vivências) através da escrita acadêmica, torna relevante para que a sociedade acesse e compreenda questões acerca de vários assuntos (4).

Dessa forma, o relato de experiência pretende descrever a experiência vivida (experiência próxima), a sua intenção em valorização através do esforço acadêmico-científico explicativo, utilizando da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante)(5).

3. ANÁLISE CRÍTICA

3.1. O Processo de entrada nos Serviços de Saúde

A organização do projeto Fortalece RAS para entrada nos serviços de saúde se deu inicialmente com a preparação dos tutores por meio de encontros formativos, que se deu através de dinâmicas e capacitações referente a Apresentação do Projeto e com a temática do Sistema Único de Saúde (SUS) e Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como a explanação sobre as Atribuições e atividades do tutor no projeto

Fortalece RAS e Cronograma e monitoramento das atividades do tutor.

O projeto iniciou em setembro de 2022 e o movimento inicial foi os tutores realizarem contato com os diretores e/ou responsável pelo serviço de saúde através de telefone, whatsapp e e-mail, com objetivo de planejar e programar a primeira visita para apresentar o projeto. Esse primeiro contato de aproximação passou por dificuldades, tanto pelo desconhecimento do projeto por parte dos diretores, como também alguns dos telefones fornecidos não correspondiam ao contato desejado e por vezes o profissional listado para o contato não pertencia mais ao serviço de saúde. Além das questões operacionais citadas, sensibilizar o gestor direto do serviço de saúde para receber a primeira visita do tutor, bem como, os agendamentos subsequentes para os momentos formativos com os demais profissionais, foi, e ainda tem sido, desafiador em grande parte dos serviços.

Os primeiros contatos foram difíceis, uma vez que a rotina de trabalho desses serviços possui uma alta demanda de assistência à população. Para participarem dos encontros formativos seria necessário a pausa ao atendimento e poderia provocar certa ruptura na dinâmica na relação com a população. Sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde para além do gestor se apresentou como um exercício cotidiano.

Conforme Silva e Santos (2021), é de conhecimento que a condução da Educação Permanente em Saúde (EPS) não é algo fácil de ser realizada. Contudo, muitos sujeitos possuem dificuldade para reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho e desperdiçam, assim, as oportunidades educativas que se inserem no cotidiano das organizações e dos serviços de saúde. A EPS é uma ação pedagógica que, ao tomar como foco o cotidiano do trabalho, possibilita a construção de processos de autoanálise, os quais diferentes atores, ao serem colocados em roda, conseguem assumir papéis proativos na condução dos sistemas locais de saúde (7).

Para o projeto o cronograma proposto contou neste primeiro momento com a execução de 4 módulos, são eles: Apresentação do Projeto (módulo 1); Conceitos e passos envolvidos na implementação de uma linha de cuidado e Atribuições dos serviços de saúde na RAS (módulo 2); Ficha de referência e contrarreferência e estratificação de risco (módulo 3.1) e Abordagem



clínica de acordo com as linhas de cuidado e categoria profissional (módulo 3.2). Os módulos foram apresentados através de exposição dialogada norteando a reflexão e discussão dos envolvidos, utilizando-se de instrumentos de pré e pós teste e com duração de 1 hora, para alguns tutores foi possível realizar mais de um módulo no mesmo encontro.

Em momento subsequente à apresentação dos módulos, seria abordado nos encontros a implementação dos fluxos das linhas de cuidado, dos formulários de referência e contrarreferência e aplicação da estratificação de risco.

3.2. Metodologia utilizadas para fortalecer as capacitações

No decorrer da história percebe-se que a formação acadêmica em saúde teve foco na uni profissionalidade, com aprendizagem fragmentada dos problemas de saúde e com predominância do modelo biomédico (1).

Nesta perspectiva, a EPS busca romper com este modelo de ensino, ao reconhecer o cotidiano de trabalho como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas e integradas. Na proposta da EPS está inserida a mudança das estratégias de organização e do processo de trabalho, cujo deve ser considerado a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade (6). Vale salientar que para fortalecer o processo de qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, foi implementado a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com foco na melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (2).

Diante disso, os momentos formativos realizados no projeto FortaleceRAS teve como objetivo utilizar diferentes metodologias ativas, na perspectiva de inserir neste processo formativo a EPS e as estratégias de educação interprofissional. As principais estratégias metodológicas usadas incluem: estudo de caso; diálogo em grupo; resolução de questões e compartilhamento de experiências exitosas referente à temática da capacitação. Nestes encontros

participaram, diferentes categorias profissionais, os quais incluem: Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, médicos, dentistas, nutricionista, técnicos de enfermagem e de saúde bucal.

A partir destas metodologias utilizadas buscou estimular o aprendizado entre os atores envolvidos e propiciou o conhecimento das atribuições de diferentes categorias profissionais nas linhas de cuidado inseridas no projeto, fortalecendo o trabalho interprofissional e colaborativo, bem como foi dialogado sobre diferentes estratégias voltadas às mudanças das práticas e processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto FortaleceRAS encontra-se ainda em fase de desenvolvimento, mas percebe-se de imediato a relevância de se investir na educação permanente que se leva ao empoderamento, motivação e comprometimento dos profissionais. Dessa forma o projeto representa uma estratégia de transformação de práticas e de resultados.

O eixo forte de qualificação dos trabalhadores e gestores, torna-se o caminho para as mudanças de práticas e dos processos de trabalho, reorientando a prestação de serviços em prol das necessidades da saúde da população.

Nesse sentido, a proposta se alinha como um instrumento de gestão e organização da atenção por meio da inclusão da tutoria, para a implantação, monitoramento e avaliação na institucionalização das linhas de cuidado no contexto das doenças crônicas.

Como ponto positivo, o Projeto fornece ferramentas para as equipes gestoras aprenderem através de uma metodologia inovadora mudando o modelo operacional de trabalho e permitindo a integração da APS, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar.

No processo de comunicação às instâncias de pactuação são fundamentais. A governança precisa ser entendida e incorporada ao cotidiano das secretarias de saúde. É notório a fragilidade na comunicação, se estendendo às práticas de trabalho de cada Secretaria. Embora existam os fóruns de governança regional, eles não são potencializados como espaços de negociação, aprendizados e trocas.





Essa fragmentação se materializa tanto no nível central das Secretarias de Saúde como nas respectivas unidades que compõem a rede. O grande desafio do Projeto é que haja uma sintonia no *modus operandi* do processo de trabalho de todos os municípios da região. Na prática existem barreiras a serem superadas para atingir a inovação pretendida na busca da eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Considerando que a implementação esteja em um momento inicial, percebe-se de imediato, a possibilidade de êxito e impacto positivo na Rede de Atenção à Saúde da Região Metropolitana, de forma que possa efetivamente agregar valor à população, em especial a mais vulnerável, servindo de modelo para as demais regiões.





REFERÊNCIAS

- 1- Luz KES et al. Aplicação de metodologias ativas em núcleo de educação permanente nas organizações de saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde (48): e2832-e2832, 2020.
- 2 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 73.
- 3 - Breton H, Alves CA. A narração da experiência vivida face ao “problema difícil” da experiência: entre memória passiva e historicidade. Revista Práxis Educacional. 2021 [Citado 06 Mar 2023]; 17(44): 1-14. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/8013/5526>.
- 4 - Córdula EBL, Nascimento GCC. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. Revista Educação Pública. 2018 [Citado 06 Mar 2023] ;18:1-10. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-produo-do-conhecimento-na-construo-do-saber-sociocultural-e-cientifico>.
- 5 - Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Revista práxis educacional. 2021;17(48):60-77.
- 6 - Jacobovski R, Ferro LF. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. Research, Society and Development. 2021;10(3):e39910313391-e39910313391.
- 7 - Silva AL, Santos JS. A Potencialidade da Educação Permanente em Saúde na Gestão da Atenção Básica em Saúde. 2021;7(2).



Diagnóstico situacional para a implementação de linhas de cuidado em uma região de saúde no Rio Grande do Norte

Situational diagnosis for implementing lines of care in a health region in Rio Grande do Norte

Liza Yurie Teruya Uchimura, Tatiana Yonekura, Jeane Roza Quintans, Juliana Invenção Gomes, João Gabriel Sanchez Tavares da Silva, Enilda Maria de Sousa Lara, Gizelda Monteiro da Silva, Pedro Paulo Magalhães Chrispim

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração de Denila Bueno Silva, Raira Pagano e Sidney Marcel Domingues na estruturação das etapas do diagnóstico situacional e na coleta de dados, durante às visitas diagnósticas.

PATROCINADOR

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)

RESUMO

Introdução: A implementação das linhas de cuidado compõe parte da estratégia do Ministério da Saúde no controle de doenças crônicas não-transmissíveis. Para um melhor planejamento da implementação e da gestão das linhas de cuidado, o diagnóstico situacional é a ferramenta de excelência para o conhecimento da estrutura, das potencialidades e desafios para as linhas de cuidado. **Objetivo:** Apresentar o diagnóstico situacional da 7ª região de saúde, do Rio Grande do Norte para apoiar a implementação linhas de cuidado hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso e obesidade, infarto agudo miocárdio e acidente vascular cerebral. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com base em três fontes de dados: (1) dados agregados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS); (2) coleta de dados primários via formulário digital com as Secretarias Municipais de Saúde; e; (3) relatórios das visitas a 16 serviços da região de saúde. Este estudo integra o projeto FortaleceRAS, os dados foram coletados de abril a junho de 2022. **Resultados:** Foram identificadas uma rede de serviços dependente do

município polo, considerando ainda, uma dependência inter-regional. Mesmo com os níveis crescentes de pacientes com hipertensão e diabetes, entre as linhas de cuidado, a de sobrepeso e obesidade é a que apresenta uma implantação mais avançada. **Conclusão:** o diagnóstico situacional contribui para a melhor compreensão da organização das ações e serviços na região de saúde. Os dados e as informações identificadas foram parâmetros para iniciar o desenho das cinco linhas de cuidado do projeto.

Palavras-chaves: Diagnóstico da Situação de Saúde; Doenças Crônicas; Atenção à Saúde; Regionalização da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of lines of care is part of Ministry of Health's strategy to control non-transmissible chronic diseases. For better planning of the implementation and management of lines of care, the situational diagnosis is a tool of excellence for understanding the structure, potentialities and challenges. **Aim:** To present the situational diagnosis of the 7th health region, the Atlantic Forest, Rio Grande do Norte, to support implementation of lines of care in systemic arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, overweight and obesity, acute myocardial infarction and stroke. **Methods:** This is exploratory descriptive study based on three data sources: (1) aggregated data from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS); (2) primary data collection via digital form with the Municipal Health Secretariats; and; (3) reports of visits to 16 services in the health region. This study is part of the FortaleceRAS project, data were collected from April to June 2022. **Results:**



The service network dependent on the hub municipality, also considering an inter-regional dependence. Even with the increasing numbers of patients with hypertension and diabetes, among the lines of care, overweight and obesity is the line of care with the most advanced implantation. **Conclusion:** The situational diagnosis contributes to a better understanding of the organization of actions and services in the health region. We identified parameters to start the design of the project in five lines of care.

Keywords: Diagnosis of Health Situation; Chronic Disease; Delivery of Health Care; Regional Health Planning.

INTRODUÇÃO

Os objetivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (1). Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram seus objetivos e apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam, rompendo-se as relações verticalizadas e conformando-se em redes policêntricas horizontais, com a APS no seu centro de comunicação (2).

Portanto, um novo conceito de RAS é definido com sistemas complexos adaptativos com capacidade autorregulatória em torno de um sentido ético da organização sistêmica seguindo as necessidades populacionais derivadas da integralidade (3). Reforçando a importância da atenção primária como ordenadora e porta de entrada desse cuidado, com ênfase na prevenção e promoção. As linhas de cuidado seguem esta tendência no sentido de manter o princípio da integralidade no cuidado específico para cada condição crônica em todos os serviços da RAS, tendo como foco a gestão clínica do paciente (3).

Neste sentido, o processo de regionalização em saúde constitui uma estratégia fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), já que visa o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, a partir da constituição de regiões de saúde (4). As regiões de saúde são compostas por municípios limítrofes e com delimitação, considerando aspectos culturais, econômicos e sociais e

uma quantidade mínima de ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (5).

É no espaço das regiões de saúde que a RAS e as linhas de cuidado são estruturadas e implementadas para promover a articulação e integração de ações e serviços em resposta às necessidades sociais e de saúde, tendo em vista a garantia do direito à saúde, com superação da fragmentação sistêmica e fragilidades na oferta assistencial municipal (4).

A implementação das linhas de cuidado das RAS compõe parte da atual estratégia do Ministério da Saúde no controle de doenças crônicas não-transmissíveis. Para um melhor planejamento da implementação e da gestão das linhas de cuidado, o diagnóstico situacional é a ferramenta de excelência para o conhecimento da estrutura, das potencialidades e desafios para as linhas de cuidado.

No contexto da regionalização, a análise da situação de saúde requer processos organizados para identificar necessidades em saúde, oferta existente, vazios e percursos assistenciais, a fim de subsidiar a elaboração de planos regionais e as prioridades em saúde (4). O objetivo deste trabalho é apresentar o diagnóstico situacional da 7ª região de saúde, da Mata Atlântica, do Rio Grande do Norte para apoiar a implementação de cinco linhas de cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com base em três fontes de dados: (1) dados agregados do DATASUS; (2) coleta de dados primários via formulário digital, a partir da plataforma *Research Electronic Data Capture* (RedCap), preenchido pelas Secretarias Municipais de Saúde; e; (3) relatórios das visitas a 16 serviços da região de saúde. Os dados foram coletados de abril a junho de 2022.

Este estudo integra o projeto "Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio à implementação das linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade (SO), diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM)" - FortaleceRAS, desenvolvido pelo Hcor - Associação

Beneficente Síria, em parceria com o Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) no triênio 2021-2023. O objetivo geral do projeto é apoiar a implementação das linhas de cuidado nos diversos pontos de atenção da RAS.

A 7a Região de Saúde – Metropolitana de Natal, no Rio Grande do Norte (7RSRN), composta por cinco municípios, foi selecionada intencionalmente por apresentar os critérios políticos institucionais favoráveis para receber implementação das cinco linhas de cuidado do Ministério da Saúde. Ademais, identificou-se que na região eram realizados os procedimentos essenciais de alta complexidade para o cuidado integral no mesmo território, como cirurgia bariátrica, revascularização miocárdica, angioplastia coronariana primária e trombectomia.

O projeto apresenta as seguintes fases: (1) revisão sistemática de barreiras de implementação das linhas de cuidado; (2) diagnóstico situacional, plano de intervenção regional e capacitação dos profissionais de saúde; (3) monitoramento e controle das atividades. Este estudo irá apresentar os resultados da fase 2 de diagnóstico situacional da 7RSRN, que por sua vez se dividiu nas seguintes etapas: (a) coleta de dados; (b) visitas aos principais serviços de saúde da região; e (c) síntese dos achados.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com a estratégia tipo explanatório sequencial usando diferentes fontes. Os bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram explorados, principalmente o Sistema de Informação Hospitalar (SHSUS), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS) e o Cadastro de Estabelecimentos em Saúde (CNES), tiveram seu período de extração de janeiro de 2010 a dezembro de 2020.

Devido à dificuldade de encontrar dados atualizados, além de tentar compreender da melhor forma, quais indicadores que os gestores municipais já utilizam em seu cotidiano, foi identificada a necessidade de uma coleta de dados primários. Para esta coleta foi construído um formulário pela equipe executora do projeto com o preenchimento realizado por técnicos das Secretarias Municipais de Saúde da 7RSRN. Para apoiar os técnicos no preenchimento do formulário, foram disponibilizados tutoriais, e-mail de contato e reuniões virtuais para redimir as possíveis dúvidas. Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2022 e, organizados nas seguintes dimensões referente as linhas de cuidado: (1) gestão clínica; (2) estrutura e organização da RAS; (3) governança.

Visitas aos principais serviços de saúde da região

As visitas aos principais serviços de saúde da região ocorreram em maio e junho de 2022 pela equipe do projeto. Os serviços foram selecionados juntamente com os gestores estaduais e municipais, considerando a relevância destes para as cinco linhas de cuidado. A finalidade destas visitas foi identificar e descrever as características da RAS relacionadas à infraestrutura (física, profissionais, unidades e equipes), aspectos organizacionais de processos de trabalho e elementos contextuais (políticos, de gestão, institucionais).

O material das visitas passou pela técnica de análise de conteúdo temática, contemplando uma exploração minuciosa das anotações, documentos e interpretação das falas. Por meio de categorias temáticas o material foi produzido seguindo os componentes da matriz FOFA ou matriz S.W.O.T. (fortalezas, fraquezas, oportunidades e ameaças), considerando os fatores internos e externos para a implementação das linhas de cuidado na região identificados na atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência e atenção hospitalar.

Síntese dos achados

Para realizar a síntese dos achados e assegurar a qualidade dos dados foi realizada a triangulação dos dados, comparando diferentes abordagens metodológicas, fontes de informação, técnicas, grupos de informantes, sejam eles gestores ou profissionais da saúde.

Quanto aos riscos e desconfortos, esse estudo talvez possa causar incômodo em revelar informações sobre os serviços de saúde. Entretanto as informações e os resultados serão analisados e divulgados de forma agregada para garantir a confidencialidade e anonimato. Todos os municípios da região de saúde assinaram o termo de cooperação e adesão ao projeto FortaleceRAS antes do início das atividades.

RESULTADOS

Segundo o DATASUS, a 7RSRN possui 1.371.945 habitantes nos 5 municípios, a saber: Natal, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Parnamirim e Extremoz. De acordo com as secretarias de saúde, existem na 7RSRN: 21 hospitais, 36 ambulatórios e 163 unidades de saúde da atenção primária. Destes, foram visitados 3 hospitais, 4 centros de especialidades, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 6 unidades de saúde da atenção primária e 2 academias da saúde.

Em 2020, de acordo com os dados do CNES a 7RSRN apresentou 16.4 mil profissionais de saúde e uma expansão da saúde suplementar até 2019, mas sem um correspondente aumento do número de estabelecimentos vinculados ao SUS. Apesar disto, nas visitas aos serviços foi também identificada a falta de profissionais especializados para as áreas de endocrinologia, cardiologia, neurologia, cirurgia vascular e para os centros de reabilitação, sendo uma ameaça a implementação das linhas de cuidado propostas pelo projeto. Em compensação, outras especialidades apresentam uma baixa demanda, muitas vezes com sobras de vagas como nefrologia, ortopedia, pneumologia e dermatologia.

O volume de leitos manteve-se relativamente estável desde 2015, com um aumento nos anos mais recentes, especialmente em 2020, devido à pandemia de SARS-CoV-2. Destacou-se que os equipamentos de

tomografia computadorizada e ressonância magnética concentram-se apenas em Natal e Parnamirim.

Nas visitas aos serviços, identificamos que o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) está implantado em todas as unidades da atenção primária de Natal e São Gonçalo do Amarante, porém, a mesma realidade não acontece nos outros municípios da região. Outras dificuldades também foram apontadas relacionadas a ausência de internet de qualidade, comprometendo os registros, como exemplo, das consultas médicas e de enfermagem. Apesar disto, o PEC foi considerado por todos os atores um instrumento facilitador para implementação das linhas de cuidado. Entretanto, a ausência do prontuário eletrônico com integração aos demais serviços da RAS foi constatado uma ameaça para a implementação das linhas de cuidado nos serviços da atenção especializada e hospitalar, tendo como exemplo, a ausência de um instrumento de referência e contrarreferência.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na 7RSRN está em 69,7%, abaixo da média do estado (87,5%) e também da média nacional (85,5%). O município de São Gonçalo do Amarante informou ter 100% da cobertura para a ESF. Nas visitas aos serviços, a ESF foi identificada como um ponto facilitador para auxiliar na implementação das linhas de cuidado na região de saúde.

A mortalidade materna da região (35,2 mortes a cada 100.000 nascidos vivos) está abaixo da média nacional (71,97 mortes a cada 100.000 nascidos vivos), entretanto, a mortalidade infantil da região (12,7 mortes a cada 1.000 nascidos vivos) está um pouco acima dos valores da média nacional (11,5 mortes a cada 1.000 nascidos vivos). A taxa de mortalidade relativa para as doenças crônicas tem se mantido relativamente estáveis, próximo de 20% dos óbitos da região de saúde entre 2010 e 2019.

As consultas médicas na atenção primária na região de saúde (55,9 consultas/1.000 habitantes) estão abaixo da média estadual (155,7 consultas/1.000 habitantes) e da média nacional (974,7 consultas/1.000 habitantes), para o ano de 2020, com uma tendência de queda ao longo dos últimos dez anos. Em Natal, no período da coleta, foi informado que estavam cadastradas 60.213 pessoas com hipertensão, com um atendimento de 4.756 pacientes por mês. Entretanto,



Parnamirim não informou os hipertensos cadastrados, apenas os atendidos no mês (583 pacientes). Macaíba relatou ter 64.665 pacientes hipertensos, com uso de diretrizes clínicas em algumas unidades da atenção primária. São Gonçalo do Amarante informou ter 7.753 hipertensos e Extremoz relatou ter 627 hipertensos cadastrados, com 556 atendidos na atenção especializada por mês. Em Natal, em 2021, apenas 12 pacientes com hipertensão foram rastreados para o risco cardiovascular, sendo este dado não informado pelos outros municípios. O crescimento da população hipertensa tem sido proporcionalmente acentuado quando comparado com o da população total da 7ªRSRN (0,2% da população em 2018 para 4,4% da população em maio de 2021). A utilização de diretrizes clínicas para HAS foi citada em todos os municípios.

Segundo dados do DATASUS, o mesmo crescimento foi identificado para o percentual de pacientes com diabetes que solicitam exame complementar para dosagem de hemoglobina glicada (18,9% no estado do Rio Grande do Sul em 2020). Parnamirim relatou o atendimento de 408 pacientes com DM por mês. Macaíba apresentou 64.665 pacientes cadastrados na rede, com 5.292 atendidos no mês. São Gonçalo do Amarante informou 3.038 pacientes cadastrados na rede com DM, enquanto Extremoz relatou 223 pacientes. Entretanto, os dados informados pelos gestores no formulário sobre a linha de cuidado de DM foram escassos com relação a utilização de diretrizes clínicas, atividades de promoção e prevenção.

Para a linha de sobrepeso e obesidade, foram informados o cadastro de 142.962 pacientes na atenção primária da 7ªRSRN, com solicitação do perfil lipídico como avaliação clínica inicial. São Gonçalo do Amarante realizou 251 atendimentos de pacientes desta linha por mês e Extremoz 3.631 usuários atendidos. Os protocolos de encaminhamentos para outros níveis de atenção, com unidade hospitalar definida e habilitada para internações e cirurgias, foram citados por estarem presentes em todos os serviços da atenção primária. A ausência de alguns equipamentos nos serviços, como balança e estadiômetro, foram citados como possíveis limitadores na avaliação física dos usuários com sobrepeso e obesidade.

A linha de cuidado de IAM apresentou 43.502 pacientes atendidos no mês, nos municípios de Natal,

Macaíba e Parnamirim. As diretrizes clínicas para atendimento de um paciente com suspeita de síndrome coronariana em alguns serviços da atenção primária foram citadas em todos os municípios. Macaíba relatou ter 348 cadastrados na rede para IAM, com 1.314 contrarreferenciados à atenção primária com plano terapêutico. Foi informado que há eletrocardiograma em algumas unidades da ESF de Natal, não ocorrendo o mesmo para os outros municípios. Nas visitas aos serviços, identificou-se também a ausência deste mesmo equipamento nos centros especializados. Ademais, os serviços de hemodinâmica concentram-se também no município polo (Natal) da região de saúde.

O projeto Sprint-IAM, uma parceria já estabelecida da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, com uma empresa farmacêutica e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, foi considerado um potencializador para a implementação da linha de cuidado de IAM. Até o momento das visitas aos serviços, esta iniciativa havia capacitado diversos profissionais em todo o estado para a utilização de trombolíticos em pacientes com IAM.

A ausência da maioria dos dados da linha de cuidado de AVC foram consenso em todos os municípios da 7ªRSRN. A utilização de diretrizes clínicas para o atendimento do usuário com suspeita de AVC ocorre apenas em alguns serviços da atenção primária, enquanto ocorre para todos os serviços de urgência e emergência e atenção hospitalar. São Gonçalo do Amarante informou indicadores importantes relacionados à gestão clínica do AVC: o tempo porta-balão de 60 minutos e o tempo porta-imagem de 4 horas e 30 minutos.

Nas visitas aos serviços, apenas os de urgência e emergência relataram terem como facilitador o controle regular de alguns indicadores assistenciais. Alguns hospitais também apresentaram o monitoramento de indicadores específicos para IAM. Ao mesmo tempo, foi identificado no ambiente hospitalar a falta de diretrizes clínicas no atendimento às doenças crônicas, exceto para a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, que é citada como a mais estruturada. Ademais, foi informado limitações de encaminhamento de pacientes de todas as linhas de cuidado para atenção primária e centros de especialidades.



A 7RSRN recebe regularmente pacientes que vêm de outras regiões de saúde para terem assistência hospitalar, estes representam, aproximadamente, 35% das internações. As internações destes pacientes portadores de doenças crônicas estão relacionadas a assistências para as complicações isquêmicas, com recente aumento de pacientes procurando tratamento para hipertensão e obesidade.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou o diagnóstico situacional como importante ferramenta para compreender a realidade da região de saúde antes do processo de implementação de linhas de cuidado com foco em doenças crônicas não transmissíveis e seus possíveis eventos agudos. O uso de diferentes fontes de dados e a triangulação dos seus principais achados possibilitou uma melhor compreensão das características existentes da RAS, assim como, os possíveis facilitadores e suas respectivas barreiras.

No período do estudo, identificamos que a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade é a mais estruturada, na 7RSRN, em comparação com as linhas de HAS, DM, AVC e IAM. Este é um dado primordial para o avanço da implementação das ações estabelecidas do projeto FortaleceRAS, uma vez que foi identificado o cenário existente para que sejam desenhados os próximos passos das ações no território.

A implantação e a implementação de estratégias relacionadas às doenças crônicas não-transmissíveis e seus eventos agudos vem apresentando um crescente nos últimos anos. Estudo prévio demonstrou resultados importantes na implantação da linha de cuidado de IAM em Belo Horizonte, uma parceria entre SAMU, hospitais universitários e serviços de telessaúde, com a redução da taxa de mortalidade hospitalar relacionada a IAM (6). Outros estudos apresentaram resultados clínicos importantes na implementação das linhas de cuidados para HAS e DM2 com exames laboratoriais mais controlados dos seus pacientes no decorrer da implementação (7,8).

Um ponto importante identificado neste estudo, está na fragmentação dos serviços das RAS, evidenciado na dificuldade de referência e contrarreferência dos pacientes, ausência de prontuários eletrônicos

que se interligam com os diferentes níveis de atenção e ausência de condutas clínicas padronizadas. O desafio da integração dos serviços de saúde a ser superado pela 7RSRN condiz com outros estudos que também diagnosticaram esta limitação nos serviços da RAS (9,10,11).

As adversidades apresentadas no diagnóstico situacional nas cinco linhas de cuidado demonstram um real panorama das problemáticas enfrentadas na região. Mesmo com a publicação da portaria pelo Ministério da Saúde (12) há 9 anos, os quais determinaram diretrizes para a organização das linhas de cuidado para pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis, dificuldades estruturais e de organização do sistema de saúde ainda estão presentes. Como citado por Malta e Merhy (2010) (13), a dificuldade de conseguir executar o conceito da linha de cuidado envolve responsabilidades compartilhadas entre os profissionais da saúde e também pelo próprio sistema de saúde.

A interdependência dos outros municípios da região de saúde com a cidade polo é claramente apresentada neste diagnóstico situacional, desde serviços de atenção especializada, assim como, os procedimentos de alta complexidade. Isto reforça ainda mais a necessidade de um desenho regional das linhas de cuidado que apresente responsabilidades bem definidas e compartilhadas entre as esferas municipais, regional e estadual para que a interdependência regional seja amenizada de alguma forma (14).

Outro destaque importante, está nas dificuldades apresentadas para o monitoramento de indicadores assistenciais e de processo, ou ainda, a utilização deles para o planejamento das ações no território. A alta rotatividade de profissionais de saúde nas unidades assistenciais dificulta a manutenção de seu nível de capacitação para utilização dos recursos disponíveis, como o prontuário eletrônico, que também não está ligado à regulação. Frequentemente, os profissionais não são capazes de extrair informações que possam estar presentes no sistema.

Nessa direção, além dos parâmetros estruturais e direcionadores para a integração da RAS, é importante mencionar os atores que compõem as Redes Vivas, destacadas por Tofani e colaboradores (2021) (15), que englobam o protagonismo e a autonomia dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. Portanto,



as ações devem ser direcionadas para o âmbito micropolitico do trabalho e assistencial, possibilitando o fortalecimento dessa rede entre os atores, para o enfrentamento das barreiras encontradas no território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contribuindo com informações e discussões, para apoiar a implementação das cinco linhas de cuidado na 7RSRN, a interpretação dos resultados apresentados no diagnóstico situacional trouxe à tona desafios a serem superados. A atuação do projeto FortaleceRAS pelo Hcor com o diagnóstico situacional foi a primeira fase do processo de apoiar a implementação na região de saúde, seguida da construção do plano de intervenção regional, capacitações dos profissionais de saúde e gestores e monitoramento dos indicadores. O material foi apresentado para todos os atores da 7RSRN e foi a base para o delineamento das ações do plano de intervenção das cinco linhas de cuidado.

Neste cenário, a contribuição do diagnóstico situacional foi imprescindível para uma melhor compreensão do território e seus processos dinâmicos. Para finalizar, é imperativo destacar a importância da implementação das linhas de cuidado da RAS, para um melhor cuidado dos pacientes com doenças crônicas e seus agravos, além de uma melhor organização dos sistemas de saúde.

Por fim, este estudo apontou que os desafios presentes no processo de implementação das linhas de cuidado da RAS são sistêmicos, destacando assim, a necessidade de um olhar para a governança regional, considerando seus pontos técnicos, políticos, incluindo as especificidades do contexto federativo, como também, a formação das redes vivas.





REFERÊNCIAS

1. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada; 1(2); 2008.
2. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2019. 869 p.
3. Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho AD, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]; 2018, 23(6):1791-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>
4. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASEMS. Regionalização da Saúde. Posicionamento e orientações. Brasília, DF: CONASEMS; 2019. 61 p.
5. Brasil. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.
6. Marcolino MS, Brant LCC, Araujo JG de, Nascimento BR, Castro LR de A, Martins P, et al.. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. Arq Bras Cardiol [Internet]; 2013, 100(4):307-14. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20130054>
7. Andrade MV, Noronha K, Oliveira CDL, Cardoso CS, Calazans JA, Julião NA, et al.. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. Rev bras estud popul [Internet]; 2019, 36. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0104>
8. Venancio SI, Rosa TE da C, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. Physis [Internet]; 2016, 26(1):113-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>
9. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P, da Silva MRF, De Paepe P, Vázquez ML, Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. Health Policy and Planning; 2015, 30(6):705-717. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu048>
10. Landim ELAS, Guimarães M do CL, Pereira APC de M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. Saúde debate [Internet]; 2019, 43(spe5):161-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>





11. Zaman SB, Khan RK, Evans RG, Thrift AG, Maddison R, Islam SMS. Exploring Barriers to and Enablers of the Adoption of Information and Communication Technology for the Care of Older Adults With Chronic Diseases: Scoping Review. *JMIR Aging*; 2022, 7;5(1). Disponível em: doi: 10.2196/25251
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União* 01 abr 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
13. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu) [Internet]*; 2010, 14(34):593-606. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
14. Guerra DM. Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma Análise do Índice de Dependência. São Paulo, 2015.
15. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva CR, Bragagnolo LM et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*; 2021, 26(10):4769-782. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>



Barreiras e Facilitadores no Processo de Coleta de Dados dos Serviços de Saúde: Um Relato de Experiência do Projeto FortaleceRAS

Barriers and Facilitators in The Data Collection Process By Health Services: an Experience Report of The Fortaleceras Project

Ana Raquel Oliveira de Sousa Freire¹; Evelyn Capistrano Teixeira da Silva²; Jéssica Baracho de Souza Morais³; Leon Coelho Toscano⁴; Deborah Zuleide de Farias Melo⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: Para implementar linhas de cuidado é importante compreender a realidade do sistema de saúde, para isto são utilizadas estratégias de coleta, interpretação e monitoramento de dados em todos os níveis de atendimento. Essa iniciativa envolve múltiplas atividades que enfrentam obstáculos e ao longo do processo podem beneficiar a compreensão do território e fortalecer as ações de implementação. **OBJETIVO:** Sistematizar a experiência no apoio a coleta de dados dos serviços em relação as cinco linhas de cuidado do Projeto FortaleceRAS. **MÉTODOS:** Este estudo descritivo, em formato de sistematização de experiência, o qual relata as barreiras e facilitadores encontrados durante o processo de coleta de dados dos indicadores do Projeto FortaleceRAS em um município da 7ª região de saúde do estado do Rio Grande do Norte (RN). **RESULTADOS:** Foram identificadas quatro barreiras e três facilitadores. **CONCLUSÃO:** Apesar da presença barreiras encontradas, a mobilização de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde revela a importância dos dados para aprimorar os fluxos propostos. **PALAVRAS-CHAVES:** Rede de Atenção a Saúde; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Coleta de Dados; Linhas de Cuidado.

ABSTRACT

INTRODUCTION: implementation of care lines involves understanding the reality of the health system, for which data collection, interpretation and monitoring strategies are used at all levels of care. This initiative involves multiple activities that face obstacles and throughout the process can benefit the understanding of the territory and strengthen implementation actions. **OBJECTIVE:** To systematize the experience in supporting the collection of data from the services in relation to the five lines of care of the FortaleceRAS Project. **METHODS:** This descriptive study, in an experience systematization format, which reports the barriers and facilitators found during the process of data collection of the FortaleceRAS Project indicators in a municipality in the 7th health region of the state of Rio Grande do Norte (RN). **RESULTS:** Four barriers and three facilitators were identified. **CONCLUSION:** Despite the barriers encountered, the mobilization of managers, health professionals and users of the Unified Health System reveals the importance of data to improve the proposed flows. **KEYWORDS:** Health Care Network; Noncommunicable Chronic Diseases; Data collect; Care Lines.

1 Graduação em Enfermagem (FARN), Especialista em Saúde Coletiva (UNILEYA) e Gestão de Redes de Atenção (FIOCRUZ), Tutora do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

2 Graduação em Fisioterapia (UFRN), Tutora do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

3 Graduação em Saúde Coletiva (UFRN), Mestranda em Saúde Coletiva (UFRN), Tutora do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

4 Graduação em Nutrição (UFRN), Especialização em Saúde Pública (em andamento) (UNIMAIS), Tutor do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

5 Graduação em Fonoaudiologia (UFPB), Mestra em Saúde Coletiva (UFRN) Doutorado em Saúde Pública (USP), Articuladora Regional do Projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.





INTRODUÇÃO

A coleta de dados é uma das estratégias para subsidiar a informação em saúde. A partir dos dados e indicadores consegue-se compreender a realidade quantitativa do setor saúde, reduzir incertezas e identificar os desafios do cotidiano (1). Para Claudia Andrade (2012) “a utilização de sistemas de informação torna-se fundamental, no sentido de acompanhar e oferecer respostas às novas e complexas demandas consequentes das transformações organizacionais” (2:363).

Dada a relevância dos dados e os sistemas de informações para o setor saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pontua que este nível de atenção se constitui também no “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde”, os quais devem ser utilizados constantemente para a melhoria da oferta de ações e serviços (3,4).

Neste contexto, o Projeto FortaleceRAS se ancora, o qual utiliza o processo da coleta de dados para compreender a realidade do território, monitorar as ações realizadas e avaliar novas decisões.

O FortaleceRAS atua no apoio a implementação de linhas de cuidado (LC) em cinco municípios da Região Metropolitana do Rio Grande do Norte. Apóia diretamente a implementação de cinco linhas de cuidado: Sobrepeso e Obesidade (SO), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (5).

Em seu processo organizativo, o projeto atua na formação de profissionais de saúde nos serviços, no apoio às ações de implementação das linhas, na articulação com as gestões de saúde municipais e estadual e no monitoramento dos dados.

Em relação ao monitoramento de dados, o projeto conta com um grupo de indicadores a serem coletados pelos serviços de saúde para avaliar e monitorar o seu desempenho, os quais são distribuídos de forma diferenciada entre a atenção básica, atenção especializada, os serviços de urgências e atenção hospitalar (5).

A partir do acompanhamento do processo de coleta de dados nos serviços foram observados desafios e potencialidades que produziram inúmeras reflexões e estratégias para a qualificação da coleta. Dessa forma, o objetivo deste estudo é sistematizar as barreiras e facilitadores encontrados no processo de coleta de

dados realizado pelos serviços de um município da 7ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre as barreiras e facilitadores no processo de coleta de dados dos indicadores do projeto FortaleceRAS em um município da 7ª região de saúde do estado do Rio Grande do Norte.

A metodologia utilizada foi a sistematização de experiência na qual permite a construção e valorização de um saber partindo das vivências e experiências de todas as pessoas envolvidas (6,7).

Para a escrita deste artigo foram utilizados cinco passos:

- a) **ponto de partida:** ter vivenciado o processo e ter o registro das experiências;
- b) **perguntas iniciais:** realizado o diálogo sobre o que queremos sistematizar e quais pontos serão abordados;
- c) **recuperação do processo vivido:** rememorar e organizar a experiência vivenciada;
- d) **reflexão de fundo:** analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo vivenciado;
- e) **pontos de chegada:** o processo de conclusões e aprendizados vivenciados (6,7).

Estas experiências foram sistematizadas na perspectiva dos tutores do projeto, que atuam na formação e acompanhamento dos serviços de saúde do município de São Gonçalo do Amarante/RN. Para acompanhar o município, foram designados 4 tutores que atuam em 32 serviços de saúde, distribuídos entre a atenção primária, especializada e hospitalar.

Cada tutor acompanha entre 8 e 9 serviços de saúde, inicialmente, atuaram na apresentação do projeto e suas atribuições nos serviços. E atualmente, estão na condução das capacitações, apoio nas ações de implementação e acompanhamento no monitoramento de dados nos serviços contemplados pelo projeto. O período das experiências vivenciadas foi de outubro de 2022 a março de 2023 (5).

Ressalta-se que por se tratar de um relato de experiência não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).



ANÁLISE CRÍTICA

O momento inicial do FortaleceRAS nos serviços se dá pela apresentação do projeto ao gestor e a equipe de saúde dos serviços, durante esse processo são pontuadas suas etapas, objetivos e resultados esperados para cada nível de atenção. No primeiro momento de diálogo, o projeto solicita duas pessoas chaves: *o líder de implementação*, profissional responsável por mobilizar a equipe durante a execução do projeto e *o coletor de dados*, responsável por sistematizar os dados do

serviço e enviá-los mensalmente para análise e acompanhamento da evolução do projeto.

O Projeto utiliza indicadores para acompanhar a implementação das linhas de cuidado de acordo com cada nível de atenção à saúde: são 20 indicadores para o monitoramento da Atenção Primária, 22 indicadores para Atenção Especializada, 44 indicadores para Atenção Hospitalar e 22 indicadores para os serviços de urgência e emergência que devem ser preenchidos via formulário online (figura 1).

Monitoramento dos indicadores da assistência

Bem vindo à fase de Monitoramento de dados do projeto FortaleceRAS!

1. Você será responsável por informar os dados de sua unidade, apenas. Por isso, tenha em mãos e informe corretamente o **número do CNES**, com 7 algarismos, incluindo, se houver, os zeros (0) iniciais.

2. Informe corretamente seu **nome** e seu **e-mail**. Eles serão nosso contato principal. Cuide para que o endereço esteja correto e que nossos **e-mails** não fiquem na caixa de spam.

Nome Completo <i>(informe seu nome)</i>	<input type="text"/>
E-mail <i>* must provide value</i>	<input type="text"/>
Confirme seu e-mail <i>* must provide value</i>	<input type="text"/>
Nome da unidade onde trabalha (por extenso)	<input type="text"/> <i>não use abreviações</i>
Telefone (preferencialmente celular) com dois algarismos para o DDD; seu contato será útil para o monitoramento e resoluções de eventuais dúvidas.	<input type="text"/> Informe SOMENTE NÚMEROS, no formato DDnnnnnnn
CNES do local onde trabalha	<input type="text"/>

Figura 1 - Imagem do Formulário Virtual Utilizado Para a Coleta de Dados do Projeto FortaleceRAS, 2023.

A partir do primeiro encontro surgiram inquietações por parte dos profissionais referente a coleta de dados, bem como hesitações em relação aos seus próprios dados “será que o meu serviço produz dados?”, ou dúvidas em relação a tecnologias “como vou inserir o dado nesse sistema?”, ou até mesmo “como consigo coletar as informações colocadas no PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão)?”.

Durante o período de execução do projeto vivenciado até então, foi possível presenciar e contemplar múltiplas realidades. Para ilustrar as experiências,

elegemos duas categorias de sistematização: barreiras e facilitadores.

Considera-se “barreiras” todo e qualquer empecilho que dificulte, limite ou impeça o processo de coleta e envio dos dados, enquanto “facilitadores” são os aspectos e ações tomadas durante o processo que auxiliaram para que essa atividade fosse feita de forma mais ágil e eficiente⁽⁵⁾.



BARREIRAS:

Função de Coletor de Dados

A primeira barreira encontrada em relação a coleta de dados foi os profissionais aceitarem a responsabilidade de ser “o coletador de dados”. Existiram hesitações em aceitar a função de coletar os dados, muitas vezes agregada ao receio de mais trabalho no seu cotidiano ou do próprio desconhecimento de como se coleta dados.

Em relação ao coletador, também existiu a necessidade de substituição, o profissional após ser identificado como coletador no serviço por escolha ou não, desistia ou precisava se afastar das atividades profissionais, não podendo mais realizar a função da coleta.

Essa barreira, em relação ao *coletador de dados*, foi uma das mais recorrentes dentro do município. As substituições geravam ao tutor(a) e a equipe do serviço um “retrabalho”, tendo a necessidade de atribuir a função à uma nova pessoa, explicando todo o processo de coleta de dados e sanando todas as dúvidas novamente.

Em relação às equipes e/ou da gestão do serviço, também existiam hesitações para a escolha do *coletor de dados*, a principal justificativa é a ausência de prática em sistematizar os dados e uma preocupação em assumir responsabilidades que poderiam não cumprir. O tempo disponível para a sistematização de dados também foi mencionado, o processo de trabalho diário estava reservado aos atendimentos e consultas.

Fragilidade no Monitoramento de Dados

Nesse contexto, outra barreira foi identificada, os serviços têm fragilidades de sistematização e monitoramento dos seus dados, de forma geral: os serviços desconhecem ou conhecem pouco os dados que produzem, de forma a apreender o que essa informação coletada revela sobre o território. Em serviços informatizados com PEC (atenção básica) ou sem nenhum sistema de dados (atenção especializada e hospitalar) foi observado que os profissionais não têm o hábito de analisar o que produzem e não recebem devolutiva da gestão de saúde sobre a produção de dados do serviço.

Na atenção básica, foi observado com a descaracterização do NASF⁶ (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) associado ao período pandêmico, as equipes apresentaram mais dificuldades em se reunir, analisar seus atendimentos e planejar ações no território, esses desafios podem justificar uma parte da descontinuidade do monitoramento de dados.

Em relação aos serviços que não utilizam o PEC ou outro sistema de informação, a dificuldade de compilação de dados foi ampliada, pois os serviços desconheciam sua produção histórica, não tinham informações básicas de atendimento em relação a linha, ou as formas de coleta eram muito frágeis e não atendiam à demanda de informação do projeto.

Outro ponto identificado é que alguns profissionais apresentaram dificuldade em compreender as funcionalidades do PEC. Foi observado um grande desafio encontrar dados no PEC no que se refere aos atendimentos e encaminhamentos de usuários com hipertensão, diabetes e obesidade para atenção especializada de forma separada. Alguns profissionais desconheciam como manusear a plataforma de emissão de relatórios do PEC corretamente, sendo necessário pensar em outras estratégias para que compreendessem o procedimento de emissão dos relatórios.

Usabilidade do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

Em relação ao PEC e o monitoramento, foi necessário pontuar especificamente o tipo de dificuldade de alguns profissionais em compreender e utilizar o software do PEC, já que ele possui diversas abas, janelas e opções que não são prontamente explicadas.

Durante as visitas, foi possível perceber que existiam funções “escondidas” na plataforma que praticamente nenhum profissional tinha conhecimento, como o formulário de *Marcadores de Consumo Alimentar*. Além disso, muitos profissionais relataram não saber como emitir relatórios de produtividade pelo sistema.

Essa problemática se intensifica quando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizam um software terceirizado no tablet que não realiza a sincronização eficaz com o PEC. E o software terceirizado

6 Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 altera o financiamento da APS no Brasil e Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS que desvincula as equipes multiprofissionais designadas como equipes NASF-AB.





não permite exportação de dados registrados em forma de planilha, que seria uma ferramenta auxiliar, mesmo que não completamente eficiente, no monitoramento de indicadores de saúde.

Utilização dos Dispositivos Tecnológicos

Para o envio dos dados, o projeto solicita o preenchimento de um link de acesso único, enviado mês a mês para o e-mail do coletor de dados, logo foi possível relatar outra barreira, alguns coletadores de dados apresentaram dificuldade no uso de plataformas de correio eletrônico. Os desafios perpassavam por encontrar o e-mail com o link na caixa direta ou na possibilidade de ter sido destinado a caixa de spam, sendo necessária uma busca específica e mais prolongada para achar o e-mail.

Dentro de todo esse contexto, foi possível refletir ainda sobre o processo de envio dos dados: ao clicar para acessar o link, o usuário deve preencher todas as informações pertinentes para o mês relatado de uma vez, consultando sua fonte de dados original, seja via relatório geral do PEC, planilhas ou até mesmo papelada de cada serviço. Depois de preencher todos os campos, o coletador deve realizar o download para guardar as informações e gerar um outro formulário, se existirem meses atrasados.

Caso ele não consiga preencher tudo de uma vez, o link expira e ele só terá oportunidade de enviar novamente esses dados no mês seguinte, logo, existiram inúmeros erros e imprevistos que podem ocorrer durante esse processo de envio dos dados, como por exemplo o fechamento acidental da aba ou uma queda de energia abrupta.

FACILITADORES

Apoio Entre Profissionais

Um aspecto que se mostrou frequente foi o auxílio mútuo entre os profissionais. A ideia de equipe que trabalha em colaboração para fornecer o melhor serviço e assistência em saúde possível.

A colaboração entre os profissionais refletiu-se como um facilitador para o processo de coleta de dados, porque quando o coletador destinava um tempo para fornecer os dados, um dos outros membros da equipe acompanhava para auxiliá-lo no envio dos dados. Além de tornar o processo mais rápido, também acrescentava a checagem dupla de erros de digitação e caixas não preenchidas, sendo os dados relatados mais fidedignos à realidade.

Informatização como Melhoria

Informatizar os serviços de saúde de forma ordenada é uma proposta benéfica para a agilidade do serviço, aumenta a produtividade, reduz custos e fornece ferramentas úteis para o monitoramento dos dados⁽⁸⁾. Dentro da 7ª região, foi observado que não são todos os municípios que estão informatizados, mas de maneira geral, a APS é o nível mais informatizado via PEC.

No município da experiência vivenciada todas as unidades básicas de saúde utilizam PEC e os ACS possuem os tablets individuais. Mesmo com os desafios apontados, a informatização proporcionou facilidades na compreensão da organização dos dados solicitados e na agilidade em gerar informações do território com rapidez.

As facilidades foram presentes também na aplicação da estratificação de risco familiar⁷ pelos ACS, o instrumento utilizado já estava inserido no software dos tablets e a partir do seu preenchimento, o ACS tinha acesso ao escore final do risco familiar.

Suporte da Equipe FortaleceRAS

A presença dos tutores nos serviços dos coletores foi um facilitador para o envio dos dados. Visto que muitas dúvidas surgiram nos primeiros contatos, deles com a plataforma de envio de dados e dúvidas de como coletar a informação solicitada. O contato dos tutores com os coletores possibilitou o planejamento de estratégias específicas para a coleta de dados de acordo com o perfil do serviço.

Em conjunto com os tutores, a coordenação local do projeto articulou as Sessões de Aprendizado Virtual (SAV) conduzidas pela equipe elaboradora do projeto para auxiliar os profissionais coletores e gestores no processo de

7 Estratificação de Risco Familiar a partir da Escala de Coelho-Savassi.





envio dos dados. Este espaço colaborou para o acompanhamento próximo do consultor de monitoramento de dados e indicadores do projeto, foram visualizadas as dificuldades enfrentadas pelos serviços e pensadas em soluções eficientes para cada realidade. Também, foi possível escolher um dia no mês para dialogar sobre os dados coletados e apresentar os dados consolidados.

Outra contribuição dos tutores para a coleta de dados na APS, foi elaborar um manual com o passo a passo de onde é possível encontrar os dados solicitados dentro dos relatórios do e-SUS/PEC. O manual em formato digital foi compartilhado com os profissionais responsáveis pela coleta de dados dos serviços para subsidiar a coleta.

Retorno da Coleta de Dados e Análise das informações

Conforme o que foi relatado nas barreiras de implementação, a aproximação dos tutores com as unidades revelou que havia um frágil acompanhamento dos indicadores de saúde produzidos pelos serviços. No entanto, isso não implica que os profissionais subestimem a importância do processo de coleta de dados. Na verdade, é possível que eles estejam tão imersos numa rotina de trabalho sobrecarregada com atendimentos que acabam negligenciando a sistematização dessas informações.

Diversos serviços sentiram a necessidade de um pontapé inicial para a retomada desse controle dos dados, que originou ações das próprias equipes, apoiadas pelos gestores e tutores do projeto. Uma dessas ações foi a reorganização do banco de dados do serviço, para consultas futuras a longo prazo, realizando a revinculação de alguns pacientes ao serviço e contribuindo para que o PEC conseguisse buscar os pacientes corretos ao utilizar os filtros disponíveis, gerando relatórios.

Vários serviços perceberam a necessidade de dar um passo à frente para retomar o controle dos dados, o que desencadeou em ações das próprias equipes com o apoio dos gestores e tutores do projeto. Uma dessas ações foi a reorganização do banco de dados do serviço com o objetivo de organizar consultas a longo prazo e de “revincular” alguns usuários ao serviço.

Essa iniciativa contribuiu para que a partir do PEC pudessem buscar os usuários corretos utilizando os filtros disponíveis, e gerar relatórios operacionais precisos e condizentes com a realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O monitoramento por parte de gestores e profissionais de saúde é uma ferramenta fundamental para acompanhar as ações, programas e políticas de saúde, além de contribuir para a organização dos serviços no território⁽⁹⁾. No decorrer das visitas e atividades desempenhadas pelos tutores no município, foi possível identificar fragilidades na prática de monitoramento de indicadores em parte dos serviços.

Embora muitas barreiras tenham sido identificadas nos primeiros meses de execução do projeto, foi possível observar avanços promissores. A atuação dos tutores nos serviços demonstra ser um fator sensibilizador e orientador no processo de engajamento para as ações propostas, na elaboração de estratégias viáveis mediante a realidade de cada serviço, bem como na compreensão prática das ferramentas existentes para a coleta de dados, como a plataforma do PEC.

Os espaços de acompanhamento e compartilhamento das experiências que são oferecidas pela equipe elaboradora do projeto refletiu na adesão ao monitoramento, de forma que os profissionais demonstraram maior segurança em realizar as coletas.

Além disso, foi perceptível uma melhoria de compreensão acerca da importância da atividade de coleta de dados na rotina das equipes para a tomada de decisões, a definição de responsabilidades e a elaboração e execução de metas voltadas para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido à população⁽¹⁰⁾.

Faz-se necessário lembrar que este estudo apresenta limitações ao expor apenas a visão dos tutores no processo de coleta de dados dos serviços num contexto e tempo específico. Compreende-se que outras metodologias podem contribuir para revelar a situação dos serviços em relação às coletas e sistematização de dados. Recomenda-se, portanto, que a comunidade acadêmica, a partir dos achados deste estudo, explore os desafios relacionados à coleta e ao monitoramento de dados no setor de saúde.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Pedro Chrispim, Consultor do Instituto de Ensino do Hcor pelo paciente trabalho de revisão da redação.





REFERÊNCIAS

Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 12 Abril 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.

Peiter CC, Santos JL, Lanzoni GM, Mello AL, Costa MF, Andrade SR. Healthcare Networks: Trends of Knowledge Development in Brazil [Internet]. Escola Anna Nery. 2019 [citado 12 Abril 2023];23(1). Disponível em: doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 777/GM, de 28 de abril de 2004 [Internet]. Brasília; 2018 [citado 12 Abril 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html.

Brasil. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2017; 10 jun Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 29/05/2023.

Silva GM, et al. Guia do tutor para a implementação das linhas de cuidado: 7ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte. 1st ed. São Paulo: Hcor; [2022]. 132 p. 1 vol. ISBN: 9788593191190.

Holliday OJ; Rezende MVV, tradução. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: MMA; 2006.

Holliday OJ. A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. Brasília: CONTAG; 2012.

Santos TO, Passos Pereira L, Tolfo Silveira D. Implantação de Sistemas informatizados na saúde: Uma Revisão Sistemática. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2017; 11(3). Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i3.1064> Acesso em 29/05/2023.

UFMA/UNA-SUS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII. São Luís; 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf> Acesso em 29/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Roteiros.pdf> Acesso em 29/05/2023.



Processo de implementação de linha de cuidado de sobrepeso e obesidade sob a ótica de um serviço especializado em reabilitação de um município do interior do RN

Fernanda Franciely Costa Alves¹; Louis Anderson Nunes Bezerril²; Natalia Giulia Bispo de Oliveira³; Emanuel Mendes Herculano³; Romeika Carla Ferreira de Sena⁴

RESUMO

Introdução: A obesidade é um grave problema de saúde pública, definida como uma doença crônica, de caráter multifatorial e recidivante, que pode provocar complicações metabólicas, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, reduzindo a qualidade e expectativa de vida. Na busca de garantia da integralidade do cuidado e promoção de saúde através dos serviços que compõem as redes de atenção a saúde e continuidade do cuidado prestado as pessoas com sobrepeso e obesidade, o ministério da saúde (MS) enfatiza a necessidade de implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO), a fim de organizar e aperfeiçoar o itinerário do paciente no tocante as ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento das pessoas em questão.

Objetivo: relatar a experiência vivenciada durante o processo de implementação da LCSO sob ótica da equipe multiprofissional de um Serviço Especializado em Reabilitação. **Método e desenvolvimento:** estudo descritivo do tipo relato de experiência. O processo de implementação foi iniciado em setembro de 2022 com previsão de finalização em setembro de 2023, através do projeto FortaleceRAS que faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, juntamente com a Associação Beneficente Síria. O projeto segue os cinco passos pra implementação das Linhas de Cuidado, segundo o ministério da saúde, que são: análise situacional, definição de ações estratégicas, organização da equipe, implementação de melhorias,

monitoramento e ajustes. **Resultados:** os dados estão sendo coletados e descritos como elementos importantes para a organização do trabalho, gerando reflexão enquanto equipe multidisciplinar, sobre a situação da saúde-doença da população atendida. Outro fator importante, são os enfrentamentos diários e adaptativos das condições de trabalho que influenciam diretamente a assistência prestada às pessoas atendidas neste serviço. Para tanto, houve o desenvolvimento de instrumentos de registro de dados fidedignos referentes a identificação do usuário, data de nascimento, cartão nacional do SUS, peso, altura, IMC, linha de cuidado, hipótese diagnóstica, classificação de risco, tipo de deficiência, conduta terapêutica, motivo da alta e contrarreferência, com uso de planilhas Excel e Livro de Ata. Os primeiros dados foram coletados de agosto de 2022 até fevereiro de 2023. O processo de implementação ainda está ocorrendo e várias fases necessitam ser percorridas, analisadas e também reorganizadas. Além disso, existem diversos desafios a serem vencidos, principalmente quando falamos de uma organização eficaz de fluxos de referência e contrarreferência. **Contribuições:** Contudo, apesar do processo está em andamento, percebe-se que existe uma equipe multidisciplinar integrada, promovendo um ótimo trabalho em equipe, sempre expandido os conhecimentos para os usuários através de ações e capacitações de produção de conhecimento e sensibilização; serviços especializados efetivados, apesar das dificuldades; resolutividade da

1 Coordenadora do Centro de Reabilitação. Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz/RN

2 Fonoaudiólogo. Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz/RN

3 Fisioterapeuta. Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz/RN

4 Tutora do projeto FORTALECERAS. Ministério da Saúde (PROADI-SUS) e Associação Beneficente Síria (Hcor).





gestão no fornecimento de materiais para o atendimento especializado; coordenação do serviço solicita às demandas e solidificação e maior resolutividade das demandas frente as necessidades das pessoas com sobrepeso e obesidade e demais usuários do SUS.

Descritores: Obesidade; Serviços de Reabilitação; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a serious public health problem, defined as a chronic, multifactorial and recurrent disease that can cause metabolic complications, increasing the risk of cardiovascular diseases, reducing quality and life expectancy. In the quest to guarantee the comprehensiveness of care and health promotion through the services that make up the health care networks and continuity of care provided to overweight and obese people, the Ministry of Health (MOH) emphasizes the need to implement the Line of Overweight and Obesity Care (LCSO), in order to organize and improve the patient's agenda regarding promotion, prevention, rehabilitation and treatment actions for the people in question. **Objective:** to report the experience during the LCSO implementation process from the perspective of the multiprofessional team of a Specialized Rehabilitation Service. **Method and development:** descriptive study of the experience report type. The implementation process began in September 2022 and is expected to be completed in September 2023, through the FortaleceRAS project, which is part of the Support Program for Institutional Development of the SUS, together with the Syrian Beneficent Association. The project follows the five steps for implementing the Lines of Care, according to the Ministry of Health, which are: situational analysis, definition of strategic actions, team organization, implementation of improvements, monitoring and adjustments. **Results:** data are being collected and described as important elements for the organization of work, generating reflection as a multidisciplinary team on the health-disease situation of the population served. Another important factor is the daily and adaptive confrontation of working conditions that directly influence the assistance provided to the people assisted in this service. To this end, instruments were developed to record reliable data

regarding user identification, date of birth, national SUS card, weight, height, BMI, line of care, diagnostic hypothesis, risk classification, type of disability, conduct therapy, reason for discharge and counter-referral, using Excel spreadsheets and Minute Book. The first data were collected from August 2022 to February 2023. The implementation process is still taking place and several phases need to be covered, analyzed and also reorganized. In addition, there are several challenges to be overcome, especially when we talk about an effective organization of referral and counter-referral flows. **Contributions:** However, although the process is ongoing, it is clear that there is an integrated multidisciplinary team, promoting great teamwork, always expanding knowledge for users through actions and training in knowledge production and awareness; specialized services carried out, despite the difficulties; resoluteness of management in the supply of materials for specialized care; service coordination responsive to demands and solidification and greater resolution of demands in view of the needs of overweight and obese people and other users of the SUS.

Descriptors: Obesity; Rehabilitation Services; Comprehensive Health Care.



Contribuições do projeto fortaleceras para melhorar a comunicação na atenção primária à saúde: relato de experiência

Contributions of the fortaleceras project to improve communication in primary health care: experience report

Stephanni Kelly Monteiro Costa¹; Tharcyone Fernandes Confessor²; Lillyan Maria Barbosa de Lima Melo³; Vinícius Rodrigues de Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: A comunicação apropriada favorece a construção de confiança entre todos os trabalhadores que fazem a Atenção Primária à Saúde (APS), influenciando diretamente no processo de cuidar, além disso, gera vínculos que ajudam a melhorar o desempenho da equipe e gera, conseqüentemente, maior satisfação do usuário. **Objetivo:** Relatar acerca das contribuições do projeto FortaleceRAS para melhorar a comunicação em um serviço de APS no município de Extremoz-RN.

Desenvolvimento: O tutor fazia visitas periódicas ao serviço de saúde em questão, onde aplicava módulos introdutórios relacionados ao projeto FortaleceRAS, ao longo da apresentação do material o tutor sempre chamava atenção para o trabalho em equipe e a importância da comunicação, sendo que ao final do encontro eram apresentados questionamentos reflexivos acerca da comunicação. Em tese, o tutor desenvolvia trabalhos que promoveram a reflexão dos profissionais enquanto sujeitos coletivos e individuais e suas colaborações na unidade de saúde. **Resultados:** O projeto FortaleceRAS trouxe um espaço de fala onde favoreceu a expressão dos sentimentos de cada profissional e do trabalho feito tanto no coletivo como no individual da equipe, alinhando as práticas em conjunto e direcionando o processo de trabalho e assistência para um atendimento acolhedor e compartilhado. Foram

traçadas estratégias para unificar a comunicação profissional-profissional e profissional-usuário, desde o atendimento na área com as ACS até o profissional que faz o atendimento no serviço de saúde. **Contribuições para o SUS e para a população:** Após os encontros com o tutor os profissionais passaram a desenvolver um trabalho colaborativo entre a equipe e começaram a realizar reuniões para discutir as demandas do serviço e da comunidade, melhorando o andamento das atividades profissionais. Destaca-se, ainda, que foram estreitadas as relações com a comunidade, pois os profissionais passaram a entender a comunicação como elemento que aumenta as chances de acertos no cuidado em saúde. Assim, a comunicação deve fazer parte da rotina no ambiente de trabalho da equipe.

Palavras-chave: Comunicação; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Appropriate communication favors the building of trust among all workers who provide Primary Health Care (PHC), directly influencing the care process, in addition, it generates bonds that help to improve the team's performance and, consequently, generates greater user satisfaction. **Objective:** To report on the contributions of the FortaleceRAS project to improve

1 Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz-RN
costastephanni@gmail.com

2 Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz-RN
tharcynhaa@hotmail.com

3 Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz-RN
lillyanmaria21@gmail.com

4 Hcor - Associação Beneficente Síria
viniciusrodriguesv@gmail.com





communication in a PHC service in the municipality of Extremoz-RN. **Development:** The tutor made periodic visits to the health service in question, where he applied introductory modules related to the FortaleceRAS project, throughout the presentation of the material the tutor always drew attention to teamwork and the importance of communication, and at the end of the During the meeting, reflective questions about communication were presented. In theory, the tutor developed works that promoted the professionals' reflection as collective and individual subjects and their collaborations in the health unit. **Results:** The FortaleceRAS project provided a space for speech where it favored the expression of the feelings of each professional and the work done both collectively and individually by the team, aligning practices together and directing the work and assistance process towards a welcoming and caring service. shared. Strategies were designed to unify professional-professional and professional-user communication, from the care provided in the area with the ACS to the professional who provides care at the health service. **Contributions to the SUS and the population:** After the meetings with the tutor, the professionals began to develop a collaborative work among the team and began to hold meetings to discuss the demands of the service and the community, improving the progress of professional activities. It is also noteworthy that relations with the community were strengthened, as professionals began to understand communication as an element that increases the chances of success in health care. Thus, communication should be part of the routine in the team's work environment.

Key words: Communication; Primary Health Care; Health Services.



Relato de experiência - vivências dos profissionais de saúde na participação do projeto FortaleceRAS

Experience report - experiences of health professionals in the participation of the FortaleceRAS project

Lenir ferreira da Silva¹; Anny Rafaella L. dos Santos²

RESUMO

Introdução: O projeto FortaleceRAS visa trazer melhorias aos processos assistenciais e gerenciais através da implementação das cinco linhas de cuidado, nos diversos pontos de atenção dentro das Redes, propostas para serem estabelecidas no território da 7ª Região de Saúde. A prática vivencial das capacitações e idas ao território para implementar os fluxos, tem sido satisfatória, porém desafiadora para que se estabeleça por completo.

Objetivos: Sistematizar as percepções dos profissionais da UBS Bela Vista, região rural que faz parte do município de Macaíba, através de experiências exitosas que aconteceram após o início do projeto FortaleceRAS, enquanto apoiadores e das possíveis repercussões para sua prática profissional. **Desenvolvimento:** Sistematizar um relato de experiência exitosa de abordagem qualitativa, realizado com profissionais da Unidade Básica de Saúde de Bela Vista, interior, na zona rural do município de Macaíba. Foi incluída a participação da enfermeira da unidade que atua como líder da implementação do Projeto FortaleceRAS e dos agentes comunitários de saúde durante a realização da pesquisa. Desse modo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro de perguntas que abordava questões referentes ao processo de trabalho após o início do Projeto FortaleceRAS. As visitas à Unidade Básica de Saúde de Bela Vista foram organizadas de acordo com a disponibilidade do carro da Secretaria de Saúde, tendo em vista ser uma unidade na região de Zona Rural. As visitas ocorreram com uma média de duas vezes ao mês, iniciando as idas em outubro. Os temas abordados

eram ordenados pela estruturação do projeto, iniciando com o próprio Projeto de Intervenção (P.I), seguido dos módulos abordando conceitos do SUS, RAS, Linhas de Cuidado trabalhando com a equipe multidisciplinar todos esses conceitos. As reuniões duravam em média uma hora e meia, com espaço para discussão, questionamentos, sugestões e vivências da realidade. Emergiram três categorias temáticas depois da coleta: (1) concepções e significados sobre o projeto FortaleceRAS, (2) Retorno das atividades em grupos que abordem temas de prevenção e promoção à saúde e (3) implicações relacionadas a coleta de dados e a ausência de registros na unidade de saúde. **Resultados:** Os resultados apontam que os profissionais reconhecem os conceitos e importância do projeto para todas as redes de Atenção à Saúde, entendem que o objetivo do projeto é colocar a necessidade da implementação, capacitação e intervenção dentro das cinco linhas de cuidado trabalhadas no projeto. Verifica-se ainda que os profissionais enxergam mudanças significativas nos seus modelos assistenciais, colocando em prática como forma experimental a escala de Framingham para a estratificação do risco cardiovascular, no qual tem facilitado a dinâmica das demandas na unidade. Além de uma diferença significativa na assistência ao usuário pelos agentes comunitários de saúde, sabendo orientar e direcionar melhor os usuários dentro da Rede. Outra percepção exitosa tem sido o retorno às atividades do grupo de hipertensos e obesos, sendo realizado duas vezes na semana, com apoio do NASF. Em última análise, houve implicações referentes à coleta de dados por não existirem dados suficientes para

1 lenirferreira2018@gamil.com

2 annyrafaellalima@gmail.com
UBS Bela Vista/ Macaíba-RN





conclusão. Notou-se uma ausência de registros para controle das referências médicas feitas pela unidade, ressaltando a importância de implementar na rotina dos serviços os instrumentos de referência e contrarreferência e estratificação de risco. Esperamos alcançar um melhorias nos resultados assistenciais e gerenciais ao serviço, com a resultante positiva nos indicadores de saúde, da UBS de Bela vista, diminuído o índice de mortalidade da população.

Palavras-chave: FortaleceRas; Saúde e Assistência à comunidade; 5 Linhas dos cuidados.

ABSTRACT

Introduction: *The FortaleceRAS project aims to bring improvements to care and management processes through the implementation of the five lines of care, in the various points of care within the Networks, proposed to be established in the territory of the 7th Health Region. The experiential practice of training and going to the territory to implement the flows has been satisfactory, but challenging to fully establish. Objectives:* To systematize the perceptions of professionals from UBS Bela Vista, a rural region that is part of the municipality of Macaíba, through successful experiences that took place after the beginning of the FortaleceRAS project, as supporters and the possible repercussions for their professional practice.

Development: *Systematize a successful experience report with a qualitative approach, carried out with professionals from the Basic Health Unit of Bela Vista, inland, in the rural area of the municipality of Macaíba. The participation of the unit nurse who acts as leader of the implementation of the FortaleceRAS Project and the community health agents during the research was included. In this way, semi-structured interviews were conducted, guided by a script of questions that addressed issues related to the work process after the beginning of the FortaleceRAS Project. Visits to the Basic Health Unit of Bela Vista were organized according to the availability of the Health Department car, considering that it is a unit in the Rural Area region. The visits occurred with an average of twice a month, starting in October. The topics addressed were ordered by the structure of the project, starting with the Intervention Project (IP) itself, followed by modules addressing SUS, RAS, Care Lines concepts working with*

the multidisciplinary team on all these concepts. The meetings lasted an hour and a half on average, with space for discussion, questions, suggestions and experiences of reality. Three thematic categories emerged after the collection: (1) conceptions and meanings about the FortaleceRAS project, (2) Return of activities in groups that address prevention and health promotion issues, and (3) implications related to data collection and the absence of records at the health facility. Results: The results indicate that professionals recognize the concepts and importance of the project for all Health Care networks, they understand that the objective of the project is to place the need for implementation, training and intervention within the five lines of care worked on in the project. It is also verified that professionals see significant changes in their care models, putting into practice the Framingham scale for the stratification of cardiovascular risk as an experimental form, which has facilitated the dynamics of demands in the unit. In addition to a significant difference in user assistance by community health agents, knowing how to better guide and direct users within the Network. Another successful perception has been the return to activities of the hypertensive and obese group, which takes place twice a week, with support from the NASF. Ultimately, there were data collection implications of not having enough data to conclude. There was a lack of records to control the medical referrals made by the unit, emphasizing the importance of implementing referral and counter-referral instruments and risk stratification in the routine of services. We hope to achieve improvements in the care and management results of the service, with a positive result in the health indicators of the UBS in Bela Vista, with a decrease in the population's mortality rate.

Key-words: FortaleceRas; Health and assistance to the community; five lines of care.



Experiência de reorganização da linha de cuidado de hipertensão e diabetes na UBS Mangueirão

Edna Maria Dantas Oliveira¹; Isabella Tarciana Pinheiro de Gois²; Leon Coelho Toscano³

RESUMO

INTRODUÇÃO: O território da Unidade Básica de Saúde Sargento Alexandre de Moraes (UBS Mangueirão) localizado no município de São Gonçalo do Amarante, no Estado do Rio Grande do Norte (RN). A equipe tem uma população adscrita de 428 usuários hipertensos e 169 acometidos por Diabetes Mellitus. O acesso a consultas médica e de Enfermagem se dá através de agendamento, demanda espontânea e consultas de urgência. No primeiro quadrimestre do ano de 2022, foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), os resultados do PREVINE BRASIL - nova política de financiamento da Atenção primária à Saúde (APS), na qual a UBS Mangueirão ficou com percentual de Solicitação de Hemoglobina Glicada para os Diabéticos e aferição de pressão arterial (PA) para os usuários Hipertensos, consideravelmente abaixo da meta estipulada pelo MS naquele momento. Visto isso, surgiu a necessidade de uma estratégia para melhorar os índices, a fim de não somente garantir o financiamento, como também a melhora do acompanhamento do público alvo. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de realização de busca ativa de usuários com Hipertensão associada ao Diabetes (HIPERDIA), dentro das respectivas Linhas de Cuidado. **DESENVOLVIMENTO:** A estratégia utilizada na busca dos usuários foi, inicialmente, conhecer quantitativamente e nominalmente os residentes no território com os agravos mencionados, foi construída uma planilha com

os dados do cadastro individual realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizou-se uma pesquisa por prontuário de cada usuário, de forma a obter os seguintes dados: a) datas da última consulta, b) hemoglobina glicada solicitada e c) aferição de PA realizada por enfermeiro ou médico. Posteriormente, os usuários com exames desatualizados foram convidados para consulta médica e/ou de enfermagem na unidade, visando providenciar a obtenção dos dados citados, além da realização de ajuste na dosagem de medicamentos e outras necessidades apontadas durante consulta.

RESULTADOS: A busca ativa foi realizada no período novembro a dezembro de 2022, sendo os usuários atendidos a partir de janeiro de 2023 até o presente momento de escrita deste trabalho, de forma continuada, portadores das seguintes enfermidades: 164 com Hipertensão, 06 com histórico de acidente vascular cerebral e 10 de infarto agudo do miocárdio, 30 com obesidade, 23 diabéticos insulino dependentes e 54 não dependentes. Foram solicitados os seguintes exames: 93 de colesterol total e frações, 05 eletrocardiogramas, 94 glicemias, 93 hemoglobinas glicadas. Foram avaliados 38 exames de colesterol total, 36 de HDL e LDL, 39 de glicemias e 33 de hemoglobinas glicadas. **CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E PARA A POPULAÇÃO:** O presente trabalho contribuiu para atualizar o acompanhamento dos cuidados de saúde e risco cardiovascular, dos indivíduos do território adscrito, como também,

1 (ednadantasubs@gmail.com)
Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante

2 (isabellatarcianaufrn@gmail.com)
Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante

3 (leonct27@gmail.com)
Hcor - Instituição Beneficente Síria.





serviu de ferramenta para fazer cumprir a meta proposta pelo MS para o PREVINE BRASIL, que é de 50% tanto para aferição de PA quanto para solicitação de Hemoglobina glicada.

Palavras-chave: Doenças não Transmissíveis; Saúde Coletiva; Vigilância em Saúde Pública; Indicadores Básicos de Saúde; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The territory of the Sargento Alexandre de Moraes Basic Health Unit (UBS Manguairão) is located in the municipality of São Gonçalo do Amarante, in the state of Rio Grande do Norte (RN). The team serves a population of 428 hypertensive users and 169 individuals affected by Diabetes Mellitus. Access to medical and nursing consultations is provided through scheduling, spontaneous demand, and emergency consultations. In the first four months of 2022, the Ministry of Health (MS) launched the results of PREVINE BRASIL - a new primary health care financing policy, in which UBS Manguairão had a considerably lower percentage of requests for Glycated Hemoglobin for Diabetics and blood pressure (BP) measurements for hypertensive users compared to the target set by the MS at that time. Given this, there was a need for a strategy to improve the indicators, in order to not only ensure funding but also enhance the follow-up of the target population.

OBJECTIVE: To report the experience of implementing an active search for users with Hypertension associated with Diabetes (HIPERDIA), within their respective Care Lines. **DEVELOPMENT:** The strategy used to search for users involved, initially, quantitatively and nominally identifying residents in the territory with the mentioned conditions. A spreadsheet was constructed with individual registration data performed by Community Health Agents (ACS), and a medical record search was conducted for each user to obtain the following data: a) dates of the last consultation, b) requested glycated hemoglobin, and c) BP measurement performed by a nurse or doctor. Subsequently, users with outdated exams were invited for medical and/or nursing consultations at the unit, aiming to obtain the mentioned data, as well as adjusting medication dosage and addressing other needs identified during the consultation. **RESULTS:** The active search was

conducted from November to December 2022, and the users attended medical consultations and/or nursing consultations from January 2023 until the present writing of this paper, in a continuous manner. The users had the following conditions: 164 with Hypertension, 06 with a history of stroke, and 10 with acute myocardial infarction, 30 with obesity, 23 insulin-dependent diabetics, and 54 non-dependent diabetics. The following exams were requested: 93 total cholesterol and fractions, 05 electrocardiograms, 94 blood glucose tests, and 93 glycated hemoglobin tests. A total of 38 total cholesterol exams, 36 HDL and LDL exams, 39 blood glucose tests, and 33 glycated hemoglobin tests were evaluated. **CONTRIBUTIONS TO SUS AND THE POPULATION:** This study contributed to updating the monitoring of health care and cardiovascular risk for individuals in the assigned territory. Additionally, it served as a tool to meet the target proposed by the MS for PREVINE BRASIL, which is 50% for both BP measurements and glycated hemoglobin requests.

Key-words: Noncommunicable diseases; Collective Health; Public Health Surveillance; Basic Health Indicators; Health Care.



Capacitação em abordagem clínica de acordo com as linhas de cuidado e categoria profissional: um relato de experiência

Training in clinical approach according to the lines of care and professional category: an experience report

Renata Cláudia da Silveira Fortunato¹; Thiago André Cidral²; Dayane Caroliny Pereira Justino³

RESUMO

EIXO TEMÁTICO: Experiência de implementação e/ou ações nas cinco linhas trabalhadas pelo Projeto FortaleceRAS.

INTRODUÇÃO: A atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) aponta para a necessidade de um trabalho em equipe que envolve a responsabilização pela promoção de saúde da população. A distribuição das funções e a atuação adequada das diversas categorias bem como a sincronização das equipes voltadas ao alcance de um objetivo comum, é importante para a excelência na execução de todos os serviços disponíveis neste nível de atenção. **OBJETIVO:** Identificar, categorizar e detalhar os fluxos e atribuições dos profissionais em alguns casos clínicos nas linhas de cuidado abordadas pelo Projeto FortaleceRAS.

DESENVOLVIMENTO: Participaram deste encontro a tutora do projeto FortaleceRAS e os profissionais das categorias Médica, Agentes comunitários de Saúde, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem de uma UBS em um dos municípios da Região Metropolitana do Rio Grande do Norte. A atividade iniciou-se com a entrega, a cada participante, papéis com as diversas atribuições dos profissionais e as linhas de cuidado, em um quadro foram elencados os profissionais da APS, então cada participante deveria relacionar a atribuição que recebeu com o profissional responsável, segundo a Política Nacional de Atenção Básica. Após todos atribuírem as funções a categoria que acreditavam ser responsável,

a tutora começou a abordagem discutindo as atribuições e relacionando cada uma delas aos profissionais de forma correta. **RESULTADOS:** Na ocasião foi visto que muitas funções eram desconhecidas ou desviadas da categoria responsável, as percepções dos participantes da capacitação foram de surpresa e ao mesmo tempo empolgação pois relataram que este conteúdo seria de grande importância para a análise e adequação de sua atuação profissional e de seus colegas de trabalho a fim de compreender-se como atores ativos na assistência primária em saúde da população bem como para implementação dos desafios propostos pelo projeto FortaleceRAS. **CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E PARA A POPULAÇÃO:** A presença de uma equipe bem preparada e estruturada na APS é essencial para melhorar a qualidade de vida da população. Por isso, é fundamental investir na formação e capacitação desses profissionais. Dessa forma, é importante que cada profissional da saúde entenda a importância de sua função e trabalhe para desenvolver suas habilidades e conhecimentos para oferecer o melhor cuidado possível aos pacientes. Quando esses conhecimentos e habilidades são aplicados de forma adequada, o cuidado é mais efetivo e eficiente, contribuindo para os melhores resultados em saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Continuada; Pessoal de Saúde; Centros de Saúde.

1 (Enfermeira, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: renatta-claudia@hotmail.com)

2 (Agente Comunitário de Saúde, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: acsthiagocidral@gmail.com)

3 (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Tutora Hcor. E-mail: daycaroliny@hotmail.com)





ABSTRACT

THEMATIC AXIS: Experience of implementation and/or actions in the five lines worked by the FortaleceRAS Project.

INTRODUCTION: The multidisciplinary performance in Primary Health Care (PHC) points to the need for teamwork that involves accountability for the health promotion of the population. The distribution of functions and the adequate performance of the various categories, as well as the synchronization of the teams aimed at achieving a common goal, is important for excellence in the execution of all services available at this level of care. **OBJECTIVE:** To identify, categorize and detail the flows and attributions of professionals in some clinical cases in the lines of care addressed by the FortaleceRAS Project.

DEVELOPMENT: The tutor of the FortaleceRAS project and the professionals of the categories Physician, Community Health Agents, Nurses and Nursing Technicians of a UBS in one of the municipalities of the Metropolitan Region of Rio Grande do Norte participated in this meeting. The activity began with the delivery, to each participant, papers with the various attributions of the professionals and the lines of care, in a table were listed the professionals of the PHC, then each participant should relate the attribution he received with the responsible professional, according to the National Policy of Primary Care. After everyone assigned the functions to the category they believed to be responsible, the tutor began the approach by discussing the attributions and relating each one of them to the professionals correctly.

RESULTS: At the time it was seen that many functions were unknown or deviated from the responsible category, the perceptions of the participants of the training were of surprise and at the same time excitement because they reported that this content would be of great importance for the analysis and adequacy of their professional performance and their co-workers in order to understand themselves as active actors in the primary health care of the population as well as for the implementation of the challenges proposed by the FortaleceRAS project.

CONTRIBUTIONS TO THE SUS AND TO THE POPULATION: The presence of a well-prepared and structured team in PHC is essential to improve the quality of life of the population. Therefore, it is essential to invest in the training and qualification of these professionals. Thus, it is important that each health professional understands the importance of their

role and works to develop their skills and knowledge to provide the best possible care to patients. When these knowledge and skills are applied appropriately, care is more effective and efficient, contributing to better health outcomes.

Keywords: Primary Health Care; Continuing Education; Health Personnel; Health Centers.



O fortalecimento das reuniões das linhas de cuidado com as UBS/ESF da zona norte de natal com o projeto Fortalece RAS: um relato de experiência

Priscila Monick de Araújo Barbosa Dantas Lima¹; Maria Raquel Costa de Menezes²; Lidiani Quirino da Silva Fabrício³; Hilda Valério da Silva⁴; Mariana Letícia Cavalcante Vale de Medeiros Guerra⁵

RESUMO

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário e definem as ações que devem ser desenvolvidas e os serviços que devem ser acionados nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio. A Policlínica Norte possui quatro linhas de cuidado (Saúde Mental, Obesidade, Feridas e Diabetes), as quais são organizadas por uma equipe multiprofissional (enfermagem, serviço social e nutrição) na Sala 10. Esta corresponde a uma proposta de acolhimento, onde os usuários são acolhidos de forma humanizada e, de acordo com a avaliação do quadro, é priorizado o atendimento, desconsiderando a ordem de chegada, conforme o princípio da equidade do SUS. Esporadicamente, realizamos reuniões com as Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF) da Zona Norte de Natal/RN, as quais correspondem ao nosso maior público de atendimento devido a localização territorial da Policlínica Norte. Isso é importante de modo a atualizar os profissionais quanto aos ajustes nos fluxos e no perfil de acolhimento das linhas. O projeto Fortalece RAS iniciou em Agosto de 2022 como proposta de fortalecer a rede no que se refere a cinco linhas de cuidado: Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Cerebral, Diabetes Mellitus e Sobrepeso e Obesidade.

Dentre as linhas de cuidado priorizadas pelo projeto, a Unidade possui as duas últimas. Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência sobre as reuniões das Linhas de Cuidado, destacando como o projeto Fortalece RAS contribuiu para o fortalecimento delas. As reuniões ocorreram entre os meses de setembro e outubro de 2022, sendo convidado um(a) enfermeiro(a) e um(a) médico(a) de cada UBS/ESF da Zona Norte. Foram destinados dois dias para cada Distrito Sanitário desse território, uma vez que a Policlínica Norte não possui um local que comportasse todo público-alvo. As datas foram definidas previamente em reuniões de equipe, sendo encaminhados Memorandos Convites para os Distritos Sanitários Norte I e II. A seleção das unidades por data ocorreu de forma aleatória, considerando apenas o distrito sanitário na qual as mesmas se encontravam. As apresentações foram as mesmas para todas as reuniões e foram sistematizadas da seguinte forma: apresentação da Sala 10, atuação do assistente social na política de Saúde, exposição dos dados das Linhas de Cuidado (critérios, fluxo, perfil) e as considerações finais. Do Distrito Sanitário I foram chamados profissionais de 12 UBS/USF. Dessas, vieram representantes de 11. Do Distrito Sanitário II foram chamados 13 e vieram 11. Logo, tivemos a presença de representantes de 88% das Unidades da Zona Norte. Compareceram

1 priscilamonick@yahoo.com.br
(Secretaria Municipal de Saúde de Natal/Policlínica Norte)

2 mcostademenezes@yahoo.com
(Secretaria Municipal de Saúde de Natal/Policlínica Norte)

3 querinolidiani@gmail.com
(Secretaria Municipal de Saúde de Natal/Policlínica Norte)

4 hilda.silva64@gmail.com
(Secretaria Municipal de Saúde de Natal/Policlínica Norte)

5 marianaleticacavalcante@hotmail.com
(Secretaria Municipal de Saúde de Natal/Policlínica Norte)





31 profissionais, sendo 9 médicos, 20 enfermeiros, 1 técnico em enfermagem e 1 diretor das UBS/ESF. Concluímos que as reuniões foram fortalecidas pelo início do Projeto Fortalece RAS e que, além de uma maior adesão dos profissionais das UBS/ESF, as orientações dadas nas reuniões do projeto contribuíram para o manejo inicial dos pacientes que se enquadram na Linha, o que reduziu a demanda que não pertence a Unidade, de acordo com os níveis de complexidade.

Palavras-Chave: Fortalecimento; Linhas de Cuidado; Projeto FortaleceRAS; Reuniões de Grupos.

ABSTRACT

The lines of care express the assistance flows that must be guaranteed to the user and define the actions that must be developed and the services that must be activated in the different points of attention of a network and in the support systems. The North Polyclinic has four lines of care (Mental Health, Obesity, Wounds and Diabetes), which are organized by a multidisciplinary team (nursing, social work and nutrition) in Room 10. This corresponds to a welcoming proposal, where users they are welcomed in a humane way and, according to the assessment of the staff, priority is given to care, disregarding the order of arrival, in accordance with the SUS principle of equity. Sporadically, we hold meetings with the Basic Health Unit/Family Health Strategy (UBS/ESF) in the North Zone of Natal/RN, which correspond to our largest audience due to the territorial location of the North Polyclinic. This is important in order to update the professionals regarding the adjustments in the flows and in the reception profile of the lines. The Fortalece RAS project started in August 2022 with a proposal to strengthen the network with regard to five lines of care: Acute Myocardial Infarction, Systemic Arterial Hypertension, Cerebral Vascular Accident, Diabetes Mellitus and Overweight and Obesity. Among the lines of care prioritized by the project, the Unit has the last two. This paper aims to present an experience report on the meetings of the Lines of Care, highlighting how the Fortalece RAS project contributed to their strengthening. The meetings took place between September and October 2022, with the invitation of a nurse and a doctor from each UBS/ESF in the North Zone. Two days were allocated to each Health District

in that territory, since the North Polyclinic does not have a place that could accommodate the entire target audience. The dates were previously defined in team meetings, and invitation memos were sent to the North I and II Sanitary Districts. The selection of units by date occurred at random, considering only the health district in which they were located. The presentations were the same for all meetings and were systematized as follows: presentation of Room 10, role of the social worker in Health policy, exposition of data from the Lines of Care (criteria, flow, profile) and final considerations. From Sanitary District I, professionals from 12 UBS/USF were called. Of these, representatives of 11 came. From the Sanitary District II, 13 were called and 11 came. Soon, we had the presence of representatives of 88% of the North Zone Units. 31 professionals attended, 9 physicians, 20 nurses, 1 nursing technician and 1 UBS/ESF director. We conclude that the meetings were strengthened by the beginning of the Fortalece RAS Project and that, in addition to greater adherence by UBS/ESF professionals, the guidelines given in the project meetings contributed to the initial management of patients who fit the Line, which reduced the demand that does not belong to the Unit, according to the levels of complexity.

Key words: Strengthening; Care Lines; FortaleceRAS Project; Group Meetings.



Desenvolvimento de ações educativas para mudança de hábitos diários: um relato de experiência

Development of educational actions to change daily habits: an experience report

Cristiane Gomes da Silva¹; Abinoan de Carvalho²; Dayane Caroliny Pereira Justino³

RESUMO

EIXO TEMÁTICO: Experiência de implementação e/ou ações nas cinco linhas trabalhadas pelo Projeto FortaleceRAS.

INTRODUÇÃO: A educação em saúde é realizada com uma equipe multiprofissional de forma que envolva os agentes educandos no seu próprio processo de educação e garanta a mudança de hábitos que garantam uma melhor qualidade de vida e saúde para estes. Assim, a educação em saúde torna-se um elemento fundamental para garantia de um pensamento crítico reflexivo dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) pois, garante que a autonomia para o autocuidado. Além disso, a educação em saúde pode garantir a redução de indicadores de morbidade e mortalidade contribuindo para redução dos gastos públicos e aumentando a eficiência dos serviços na APS. Assim, essas ações são a garantia para elevar o nível a qualidade da saúde pública brasileira e garantir a prevenção e promoção da saúde para às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pois, irão reduzir os fatores de riscos e as consequências que essas patologias podem ocasionar. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de planejamento estratégias de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde voltadas para prevenção de DCNT. **DESENVOLVIMENTO:** Durante uma das oficinas realizada com a tutora do projeto FortaleceRAS, através de uma roda de conversa foi realizado o levantamento de possíveis ações educativas para serem desenvolvidas no território realidade do dia a dia da

equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) incluindo o levantamento dos nós críticos e das potencialidades existentes elencada por cada profissional presente. Após elencar todos os nós críticos e potencialidades foi associado junto a teoria abordada em oficinas anteriores com a tutora possibilidades de ações que seriam possíveis no território que a UBS está inserida. Essas ações eram voltadas a prevenção e promoção de saúde de pessoas que se enquadravam dentro das Linhas de Cuidados de Sobrepeso e Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Assim, a ação escolhida pela equipe foi a sala de espera com periodicidade semanal. **RESULTADOS:** Esse momento com a tutora proporcionou um olhar diferente para a realidade local, dos profissionais presentes, para as vulnerabilidades existentes e possibilitou um pensar para solucionar as lacunas existentes que antes eram vistas como não solucionáveis devido a UBS estar inserida em um local de alta vulnerabilidade social. Além disso, as oficinas e o conhecimento compartilhado com a equipe têm contribuído com o funcionamento e o andamento de um modo geral de todos os membros da equipe com o serviço assistencial pois, tem aumentado a capacidade resolutive dos profissionais atuantes. **CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E PARA A POPULAÇÃO:** As oficinas desenvolvidas pela tutora através do processo de educação permanente tem contribuído para o fortalecimento da equipe. Assim, espera-se que o conhecimento adquirido através das oficinas realizadas possa continuar impactando na assistência prestada aos usuários. E,

1 (Enfermeira, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: iane.ianecris.ane@gmail.com)

2 (Agente Comunitária de Saúde, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: abinoan_carvalho88@hotmail.com)

3 (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Tutora Hcor. E-mail: daycaroliny@hotmail.com)





que a ação planejada possa gerar resultados, mesmo que alongo prazo, na vida da população e nos indicadores de morbidade e mortalidade.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Continuada; Educação em Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

THEMATIC AXIS: Experience of implementation and/or actions in the five lines worked by the FortaleceRAS Project.

INTRODUCTION: Health education is performed with a multidisciplinary team in a way that involves the educating agents in their own education process and ensures the change of habits that guarantee a better quality of life and health for them. Thus, health education becomes a fundamental element to guarantee a reflective critical thinking of users of Primary Health Care (PHC) because it ensures that autonomy for self-care. In addition, health education can ensure the reduction of morbidity and mortality indicators, contributing to the reduction of public expenditures and increasing the efficiency of PHC services. Thus, these actions are the guarantee to raise the level of quality of Brazilian public health and ensure the prevention and promotion of health for Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), as they will reduce the risk factors and the consequences that these pathologies can cause.

OBJECTIVE: To report the experience of planning health education strategies in Primary Health Care aimed at the prevention of NCDs. **DEVELOPMENT:** During one of the workshops held with the tutor of the FortaleceRAS project, through a conversation circle, a survey of possible educational actions to be developed in the territory of the daily reality of the team of the Basic Health Unit (UBS) was carried out, including the survey of the critical nodes and the existing potentialities listed by each professional present. After listing all the critical nodes and potentialities, it was associated with the theory addressed in previous workshops with the tutor possibilities of actions that would be possible in the territory that the UBS is inserted. These actions were aimed at the prevention and health promotion of people who fell within the Care Lines of Overweight and Obesity, Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. Thus, the action chosen by the team was the waiting room with weekly periodicity. **RESULTS:** This moment

with the tutor provided a different look at the local reality, of the professionals present, at the vulnerabilities that exist and enabled thinking to solve the existing gaps that were previously seen as not solvable due to the UBS being inserted in a place of high social vulnerability. In addition, the workshops and the knowledge shared with the team have contributed to the functioning and progress, in general, of all team members with the care service, as it has increased the resolute capacity of the working professionals. CONTRIBUTIONS TO THE SUS AND TO THE POPULATION: The workshops developed by the tutor through the process of permanent education have contributed to the strengthening of the team. Thus, it is expected that the knowledge acquired through the workshops can continue to impact the care provided to users. And, that the planned action can generate results, even if in the long term, in the life of the population and in the indicators of morbidity and mortality.

Key words: Primary Health Care; Continuing Education; Health Education; Health Personnel.



Resgate do grupo de cuidado às pessoas com diabetes em uso de insulina após a pandemia do covid-19: um relato de experiência

Rescue of the care group for people with diabetes on insulin after the covid-19 pandemic: an experience report

Helouise Thainá da Silva Macêdo¹; Diogo Vinicius Cavalcanti de Lira²; Dayane Caroliny Pereira Justino³

RESUMO

EIXO TEMÁTICO: Experiência de implementação e/ou ações nas cinco linhas trabalhadas pelo Projeto FortaleceRAS

INTRODUÇÃO: Os grupos de educação em saúde se configuram como ferramentas na promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que fomentam a construção coletiva de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos que ampliam a tomada de decisões para uma vida saudável. A pandemia do COVID-19 ocasionou o interrompimento da realização dos grupos impactando diretamente nas condições de vida dos pacientes que compunham os grupos. **OBJETIVO:** Relatar o planejamento do resgate de um grupo de educação em saúde voltado para pacientes diabéticos que fazem uso de insulina. **DESENVOLVIMENTO:** Houve mudança nas normas sanitárias pós-pandemia, assim, buscando cumpri-las os profissionais da Atenção Primária à Saúde experienciaram um desafio para a retomada do grupo de insulino dependentes. Ao realizar o levantamento do público alvo, estimou-se um cenário de 1.400, aproximadamente, que são portadores de Diabetes, o que equivale a 10% da população adstrita da equipe. A retomada do grupo foi pensada para que o grupo tivesse como público-alvo os insulino dependentes e seus cuidadores. Ficou decidido que seriam reuniões mensais com duração de uma hora no auditório da Unidade Básica de Saúde (UBS), em que a cada reunião uma

equipe diferente fosse condutora. Para a realização da busca ativa do público-alvo, esses foram convidados durante a visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde, no cotidiano da UBS e por divulgação em redes sociais. **RESULTADOS:** O planejamento para retomada do grupo começou a ocorrer em outubro de 2022, após a autorização e estímulo à prática de atividades coletivas pela secretaria de saúde municipal e estímulos por parte do projeto FortaleceRAS. Cada equipe ficou livre para planejar a metodologia que seria utilizada a cada encontro. Em geral, são realizadas rodas de conversa, simulações, apresentação de vídeos e imagens, dentre outras metodologias ativas. No dia do encontro a equipe busca discutir um tema sugerido pelos pacientes na reunião anterior. Dentre os temas que já foram discutidos estão: Preparo, administração e armazenamento da insulina; Tipos de diabetes; Importância do controle glicêmico; Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; Autocuidado com os pés e alimentação saudável para quem vive com diabetes. Um dos desafios foi o receio do retorno de atividades coletivas por parte da população, especialmente, tratando-se de pessoas que são grupo de risco para COVID-19. **CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E PARA A POPULAÇÃO:** A retomada do grupo para insulino dependentes fortalece a ideia de que o grupo faz-se tão importante quanto os atendimentos individuais. Tendo em vista que é a tentativa de quebrar o paradigma de verticalização do saber profissional-paciente fazendo

1 (Enfermeira, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: helouisetsm@yahoo.com.br)

2 (Médico, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: diogo.vinicius2@gmail.com)

3 (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Tutora Hcor. E-mail: daycaroliny@hotmail.com)





com que as orientações possam ser mais aproveitadas se expostas de maneira geral e problematizadora. Uma vez que estimulam a discussão do quanto cada sujeito conhece e compreende a sua própria patologia e as informações e se conseguem ou não as vivenciar no seu dia a dia, tornando-os autores do próprio cuidado.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

THEMATIC AXIS: Experience of implementation and/or actions in the five lines worked by the FortaleceRAS Project.

INTRODUCTION: Health education groups are configured as tools in health promotion and disease prevention, since they foster the collective construction of new knowledge, leading to a conscious practice of behaviors that expand decision-making for a healthy life. The COVID-19 pandemic caused the interruption of the realization of the groups directly impacting on the living conditions of the patients who made up the groups. **OBJECTIVE:** To report the rescue planning of a health education group aimed at diabetic patients who use insulin. **DEVELOPMENT:** There was a change in the sanitary norms after the pandemic, thus, seeking to comply with them, the professionals of Primary Health Care experienced a challenge for the resumption of the group of insulin-dependent patients. When conducting the survey of the target audience, it was estimated a scenario of approximately 1,400 who are carriers of Diabetes, which is equivalent to 10% of the population attached to the team. The resumption of the group was designed so that the group had as its target audience the insulin-dependent people and their caregivers. It was decided that they would be monthly meetings lasting one hour in the auditorium of the Basic Health Unit (UBS), in which each meeting a different team would be conductive. To carry out the active search for the target audience, they were invited during the home visit of the Community Health Agents, in the daily life of the UBS and by dissemination in social networks. **RESULTS:** The planning for the resumption of the group began to occur in October 2022, after the authorization and encouragement to the practice of collective activities by the municipal health department and stimuli by the FortaleceRAS project. Each team was

free to plan the methodology that would be used at each meeting. In general, conversation circles, simulations, presentation of videos and images, among other active methodologies, are carried out. On the day of the meeting, the team seeks to discuss a topic suggested by the patients in the previous meeting. Among the topics that have already been discussed are: Preparation, administration and storage of insulin; Types of diabetes; Importance of glycemic control; Signs and symptoms of hypoglycemia and hyperglycemia; Self-care with the feet and healthy eating for those living with diabetes. One of the challenges was the fear of the return of collective activities by the population, especially in the case of people who are at risk for COVID-19. **CONTRIBUTIONS TO THE SUS AND TO THE POPULATION:** The resumption of the group for insulin-dependent individuals strengthens the idea that the group is as important as individual care. Considering that it is the attempt to break the paradigm of verticalization of professional-patient knowledge, making the orientations can be more used if exposed in a general and problematizing way. Since they stimulate the discussion of how much each subject knows and understands their own pathology and information and whether or not they can experience them in their daily lives, making them authors of their own care.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Diabetes Mellitus.



O agente comunitário de saúde na implementação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade: um relato de experiência com o médico

The community health agent in the implementation of the overweight and obesity careline: an experience report with the physician

Luciana Kelli do Nascimento Silva¹; Antonio José do Nascimento Gouveia Costa²; Bárbara Leticia de Queiroz Xavier³

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e a redução de morbimortalidade, não só por a obesidade ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida e, ainda, ter implicações diretas na saúde mental dos indivíduos. Deste modo, é fundamental o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ter os vínculos fortalecidos com a comunidade, de forma a compreender as características culturais e socioeconômicas da população adstrita a fim de construir pensamento crítico e promover o enfrentamento personalizado a médio e longo prazo dos desafios que começam e se perpetuam dentro de cada lar. **OBJETIVO:** Trata-se de um relato de experiência entre o profissional médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF), agente comunitário de saúde e uma família do território, cujo objetivo é descrever o desfecho da primeira consulta e acolhimento após realização da estratificação de risco, foram em consideração as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de origem multifatorial e complexa e com alto risco cardiovascular devido ao Sobrepeso e Obesidade no município de Parnamirim-RN. **METODOLOGIA:** Durante a capacitação do FortaleceRAS foi selecionada 01 família com características de alto risco de vulnerabilidade social e de doenças cardiovasculares para implementação da linha de cuidado utilizando a Escala de Coelho Savassi (=19) na visita domiciliar do ACS e Escore de Framingham na clínica médica na Unidade Básica de Monte Castelo

situado na cidade de Parnamirim-RN para implementação e acompanhamento individualizado da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. Em reunião com o médico e a agente de saúde da ESF foi discutido o caso e implementou-se um plano de ação para acompanhamento individual de cada sentinela de risco. A ACS realizou a busca ativa para agendamento de consulta médica e observou a resposta positiva desses em colaborar com a proposta inicial. Na consulta estavam ambos profissionais e o casal, o Senhor A.J.F.F, 61 anos e a senhora M.Z.S., 55 anos. Foi realizado o acolhimento, escuta qualificada, avaliação do quadro clínico e encaminhamentos para as outras Redes de Atenção à Saúde dispostas no município. Orientações sobre a importância da mudança do pensamento para qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Foi possível observar que o casal logo no dia seguinte começou a implementar as primeiras metas de autocuidado: 30 minutos de caminhada diariamente, zerar o consumo de refrigerantes na dieta, acreditar que é possível viver melhor e que a persistência é fundamental no processo. O apoio faz a diferença. O cuidado longitudinal de longo prazo, com suporte profissional contínuo, é imprescindível para a manutenção do novo estilo de vida, pois contribui para o aumento do estado de alerta, motivação, incentivo e apoio aos indivíduos. Além disso, o automonitoramento tanto da alimentação quanto do peso, se mostra efetivo para a manutenção do peso corporal.

Palavras-chave: Sobrepeso; Estratégia de Saúde da Família; Estratificação de risco.

1 acs.luciana@hotmail.com

2 antoniojesepec@gmail.com

3 barbaraleticiaqzx@gmail.com





ABSTRACT

Introduction: *The prevention and early diagnosis of obesity are important aspects for health promotion and reduction of morbidity and mortality, not only because obesity is an important risk factor for other diseases, but also because it interferes with the duration and quality of life and also has direct implications on the mental health of individuals. Thus, it is essential for the Community Health Agent (CHA) to have the bonds strengthened with the community, in order to understand the cultural and socioeconomic characteristics of the population in order to build critical thinking and promote personalized confrontation in the medium and long term of the challenges that begin and perpetuate within each home. **Objective:** This is an experience report between the medical professional of the Family Health Strategy (FHS), community health agent and a family from the territory, whose objective is to describe the outcome of the first consultation and reception after risk stratification, were considered the chronic non-communicable diseases (NCDs) of multifactorial and complex origin and with high cardiovascular risk due to overweight and obesity in the municipality of Parnamirim-RN. **METHODOLOGY:** During the training of ForteRAS was selected 01 family with characteristics of high risk of social vulnerability and cardiovascular diseases for implementation of the line of care using the Savassi Rabbit Scale (=19) in the home visit of the CHA and Framingham Score in the medical clinic in the Basic Unit of Monte Castelo located in the city of Parnamirim-RN for implementation and individualized monitoring of the Line of Care for Overweight and Obesity. In a meeting with the physician and the FHS health agent, the case was discussed and an action plan was implemented for individual monitoring of each risk sentinel. The CHA carried out the active search for scheduling medical appointments and observed their positive response in collaborating with the initial proposal. In the consultation were both professionals and the couple, Mr. A.J.F.F., 61 years old and Mrs. M.Z.S., 55 years old. Welcoming, qualified listening, evaluation of the clinical picture and referrals to the other Health Care Networks available in the municipality were performed. Guidance on the importance of changing thinking for quality of life. **Conclusion:** It was possible to observe that the couple the next day began to*

implement the first self-care goals: 30 minutes of walking daily, zero consumption of soft drinks in the diet, believing that it is possible to live better and that persistence is fundamental in the process. Support makes a difference. Long-term longitudinal care, with continuous professional support, is essential for the maintenance of the new lifestyle, as it contributes to increased alertness, motivation, encouragement and support to individuals. In addition, self-monitoring of both diet and weight is effective for maintaining body weight.

Keywords: *Overweight; Family Health Strategy; Risk stratification.*



Descontinuidade do Tratamento de Paciente em sobrepeso x Expectativas frente a inserção do projeto FortaleceRAS no serviço

*Discontinuity of Treatment of Overweight Patients x Expectations regarding the insertion of
the FortaleceRAS project in the service*

Érika Kelly Oliveira dos Santos¹; Bárbara Leticia de Queiroz Xavier²

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, observou-se um grande avanço na discussão do enfrentamento e prevenção da obesidade. No que concerne ao setor saúde, diversas ações preconizadas contribuem para redução e manejo da obesidade. **Objetivos:** apresentar um relato de experiência acerca da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade em um município da região metropolitana de Natal-RN. **Desenvolvimento:** Em um dos municípios da região metropolitana existia uma equipe chamada Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que era de grande importância para este município. Porém essa equipe foi extinta do município, deixando muitos pacientes sem resolução para continuidade da linha de cuidado de sobrepeso. Este era composto por vários profissionais que faziam um trabalho compartilhando, com a troca frequente de informações, seguidas essas orientações apontava-se a melhor a melhor estratégia de trabalho seguindo a realidade local. **Resultados:** Como já mencionado anteriormente encontrávamos no apoio a atenção em vários formatos de trabalho que poderiam ser desenvolvidas na comunidade, o grupo de obesidade foi um, ao qual os pacientes participavam de grupos, consultas, nutricionista, psicólogos e assistente social até ser encaminhado para a realização da cirurgia bariátrica. Porém pacientes que já haviam sido estratificados, acompanhados e quando já estavam prestes a fazerem a cirurgia o programa foi extinto e todo o trabalho realizado pela equipe se perdeu, o que acarretou tanto na

desmotivação da equipe quanto na não resolução do caso dos pacientes. **Contribuições para a população:** com o projeto do Fortalecimento das linhas de cuidado recém implantado na cidade, espera-se que está e as demais linhas voltem a funcionar e que tenhamos fluxos para poder encaminhar os pacientes e termos a resolução dos casos estratificados, proporcionando à população melhoria na qualidade de vida. Além de minimizar as demandas dos serviços com os pacientes agravados e sem resolutividade. Acreditamos que o fortalecimento da rede de atenção é fundamental para melhorar a população-sistema único de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Obesidade; Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, there has been a great advance in the discussion of coping with and preventing obesity. With regard to the health sector, several recommended actions contribute to the reduction and management of obesity. **Objectives:** to present an experience report about the Overweight and Obesity Care Line in a city in the metropolitan region of Natal-RN. **Development:** In one of the municipalities of the metropolitan region there was a team called the Extended Family Health Center (NASF) that was of great importance for this municipality. However, this team was extinguished from the municipality, leaving many patients without resolution for continuity of the

1 erikinha272@gmail.com

2 barbaraleticiaqx@hotmail.com





overweight care line. This was composed of several professionals who did a job sharing, with the frequent exchange of information, following these guidelines pointed out the best work strategy following the local reality. **Results:** As previously mentioned, we found in support the attention in various formats of work that could be developed in the community, the obesity group was one, to which patients participated in groups, consultations, nutritionist, psychologists and social worker until being referred for bariatric surgery. However, patients who had already been stratified, followed up and when they were about to undergo surgery, the program was extinguished and all the work done by the team was lost, which resulted in both the demotivation of the team and the non-resolution of the patients' case.

Contributions to the population: with the project of Strengthening the lines of care recently implemented in the city, it is expected that it is and the other lines will return to work and that we will have flows to be able to refer patients and have the resolution of stratified cases, providing the population with an improvement in quality of life. In addition to minimizing the demands of the services with aggravated patients and without resolution. We believe that the strengthening of the care network is fundamental to improve the population-unified health system.

Keywords: Unified Health System; Obesity; Bariatric Surgery.



Educação em saúde em um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte: um relato de experiência

Health education in a municipality in the metropolitan region of Rio Grande do Norte: an experience report

Maria Giulianne de Araújo Lima¹; Élide Azevedo Anselmo²; Daniel Rubens Meneses de Siqueira Brito³; Giglielle Leila Ferreira da Silva Dantas⁴; Dayane Caroliny Pereira Justino⁵

RESUMO

EIXO TEMÁTICO: Experiência de implementação e/ou ações nas cinco linhas trabalhadas pelo Projeto FortaleceRAS.

INTRODUÇÃO: Ações de educação em saúde devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional e pensadas de forma que sejam aderidas com eficácia pelo público alvo. Com isso, sabendo que os objetivos da Atenção Primária à Saúde envolvem prevenção e promoção da saúde a realização de ações educativas como estratégia de desenvolver educação em saúde são fundamentais para garantir os princípios da APS e do Sistema Único de Saúde. Para tanto, uma das patologias que merecem destaque por está em ascensão no Brasil e no mundo é o Sobrepeso e a Obesidade tornando essencial a atuação da APS com um olhar diferente para esse público.

OBJETIVO: Relatar a ação desenvolvida para implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade.

DESENVOLVIMENTO: Em uma das oficinas realizadas através do projeto FortaleceRAS a equipe junto a tutora foi idealizada uma ação em alusão ao Janeiro Branco, com abordagem à saúde mental e foco na autoestima. Assim, o objetivo principal da ação foi de promover saúde, disseminar a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, que podem ser provocados por fatores diferentes. Em novembro de 2022 havia sido realizado pela equipe uma ação intitulada “Projeto Caminhando

com Saúde”, também com objetivo de promover à saúde, diante disso, foi utilizado o mesmo nome para o evento, porém como segunda edição. **RESULTADO:** Durante a ação foi ofertado alguns serviços para avaliação da situação de saúde dos presentes, como: aferição de glicemia capilar, pressão arterial e medidas antropométricas; orientação médica e de enfermagem, aula de dança e administração de vacinas; ofertamos ainda uma mesa de frutas como incentivo a mudança de hábitos alimentares. Com as medidas antropométricas, realizou-se a identificação do Índice da Massa Corpórea (IMC), fazendo a classificação desse paciente, pelo IMC, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. No dia da ação foi possível contar com a participação de uma moradora do território que é professora de danças e asis, estimular os usuários a praticarem atividade física. Esse momento de ação possibilitou ainda a identificar possíveis pacientes para aderirem à Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, e a partir desse momento, iniciar um grupo voltado para estes. **CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E PARA A POPULAÇÃO:** Com o desenvolver dessa ação, identificou-se a importância de ofertar atividades abrangendo o maior número de pessoas possíveis, para que as que entrassem nos critérios das Linhas de Cuidados trabalhada não se sentissem constrangidas, e sim, acolhidas e importantes. As oficinas desenvolvidas pela tutora através do Projeto FortaleceRAS, possibilitou

1 (Enfermeira, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: giuliannelima@hotmail.com)

2 (Enfermeira, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: elidaanselmo@hotmail.com)

3 (Médico, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: danielrubens04@gmail.com)

4 (Agente Comunitária de Saúde, Prefeitura Municipal de Parnamirim-RN. E-mail: giglielle_leila@hotmail.com)

5 (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Tutora Hcor. E-mail: daycaroliny@hotmail.com)





identificar que a implementação das Linhas de Cuidado trata-se de um trabalho coletivo e que necessita da adesão e atenção de todos os profissionais, desde a recepção ao profissional que insere o paciente no sistema e assim possibilitar uma melhor aderência dos usuários aos serviços de prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Sobrepeso; Obesidade.

ABSTRACT

THEMATIC AXIS: Experience of implementation and/or actions in the five lines worked by the FortaleceRAS Project.

INTRODUCTION: Health education actions should be performed by a multidisciplinary team and designed so that they are effectively adhered to by the target audience. Thus, knowing that the objectives of Primary Health Care involve prevention and health promotion, the realization of educational actions as a strategy to develop health education are fundamental to ensure the principles of PHC and the Unified Health System. Therefore, one of the pathologies that deserve to be highlighted because it is on the rise in Brazil and in the world is Overweight and Obesity, making it essential to act in PHC with a different look at this public.

OBJECTIVE: To report the action developed for the implementation of the Overweight and Obesity Care Line. **DEVELOPMENT:** In one of the workshops held through the ForteRAS project, the team together with the tutor conceived an action in allusion to the White January, with an approach to mental health and focus on self-esteem. Thus, the main objective of the action was to promote health, disseminate quality of life and reduce vulnerability and health risks, which can be caused by different factors. In November 2022 the team had carried out an action entitled "Walking with Health Project", also with the objective of promoting health, so the same name was used for the event, but as a second edition.

RESULT: During the action, some services were offered to assess the health situation of those present, such as: capillary glucose measurement, blood pressure and anthropometric measurements; medical and nursing guidance, dance class and administration of vaccines; we also offered a fruit table as an incentive to change eating habits. With anthropometric measurements, the Body Mass Index (BMI) was identified, classifying

this patient by BMI, according to the World Health Organization. On the day of the action it was possible to count on the participation of a resident of the territory who is a teacher of dances and asis, to encourage users to practice physical activity. This moment of action also made it possible to identify possible patients to adhere to the Overweight and Obesity Care Line, and from that moment on, to start a group focused on them.

CONTRIBUTIONS TO THE SUS AND TO THE POPULATION:

With the development of this action, it was identified the importance of offering attractive activities covering the largest number of people possible, so that those who entered the criteria of the Lines of Care worked did not feel embarrassed, but rather welcomed and important. The workshops developed by the tutor through the FortaleceRAS Project, made it possible to identify that the implementation of the Lines of Care is a collective work and that it requires the adherence and attention of all professionals, from the reception to the professional who inserts the patient into the system and thus enable a better adherence of users to prevention and health promotion services.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Overweight; Obesity.



Ação de Saúde para Profissionais do Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes Sobre Lesão por Pressão: Relato de Experiência

Health Action for Professionals of the State Hospital Telecila Freitas Fontes About Pressure Injury: Experience Report

Pedro Henrique Azevedo dos Santos; Maura Vanessa Silva Sobreira; Antônia Líria Feitosa Nogueira Alvino; Paula Renata da Cunha; Ana Beatriz Marinho de Medeiros; Jose Augusto de Medeiros Dantas

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Segurança do Paciente é um tema amplamente debatido por profissionais de saúde e autores no campo da assistência em saúde, tendo em vista a atualidade da temática e a relevância desta dentro dos ambientes de saúde para uma boa qualidade da assistência. Diante disso, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), traz como uma de suas estratégias a elaboração e implantação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente. **OBJETIVO:** relatar a experiência de estudantes do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) no Campus Avançado de Caicó (CaC), em uma intervenção junto à profissionais da equipe de enfermagem do Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes (HETFF), no município de Caicó/RN, acerca do protocolo de prevenção de Lesão por Pressão (LPP), por meio do projeto de extensão Segurança do Paciente da referida IES. **METODOLOGIA:** através do projeto de extensão Capacitação em Segurança do Paciente com Profissionais de Saúde os membros do projeto elaboraram uma ação de educação permanente em saúde abordando o protocolo de LPP, as ações foram realizadas nos setores do hospital supracitado, na ocasião foi realizado um quiz no qual os profissionais abordados responderam os questionamentos realizados pelos membros da equipe e por fim realizava-se uma discussão acerca da questão. **CONCLUSÃO:** considera-se as ações realizadas como exitosas, para futuras intervenções em âmbito hospitalar, o uso de metodologias ativas deve ser encorajado e fortalecido são um método facilitador para o processo de ensino-aprendizagem.

PALAVRAS CHAVE: Lesão por Pressão; Educação Continuada; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient Safety is a widely debated topic by health professionals and authors in the field of health care, in view of the topicality of the topic and its relevance within health environments for a good quality of care. In front of this, the National Patient Safety Program (NPSP) has as one of its strategies the development and implementation of patient safety protocols, guides and manuals. **OBJECTIVE:** to report the experience of undergraduate Nursing students at the Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) at the Advanced Campus of Caicó (CaC), in an intervention with professionals from the nursing team at the Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes (HETFF), in the city of Caicó/RN, about the Pressure Injury (PPL) prevention protocol, through the Patient Safety extension project of the aforementioned HEI. **METHODOLOGY:** through the extension project qualification in Patient Safety with Health Professionals, the project members developed a permanent health education action addressing the LPP protocol, the actions were carried out in the sectors of the aforementioned hospital, on the occasion a quizz in which the professionals approached answered the questions asked by the team members and finally there was a discussion about the question. **CONCLUSION:** the actions carried out are considered successful, for future interventions in the hospital environment, the use of active methodologies should be encouraged and strengthened, they are a facilitating method for the teaching-learning process.

Keywords: Pressure Injury; Continuing Education; Nursing Education.





INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é um tema que vem sendo amplamente debatido por profissionais e autores no campo da assistência em saúde, tendo em vista a atualidade da temática e a relevância desta dentro dos ambientes de saúde para uma boa qualidade da assistência.

Com o avançar do desenvolvimento tecnológico os cuidados em saúde cada vez mais evoluíram, permitindo à humanidade atingir uma medicina bastante complexa e eficaz, no entanto potencialmente perigosa. Concomitante ao avanço, surge a preocupação de não causar nenhum dano, ou reduzir a frequência e o risco de ocorrência destes, aos pacientes nos ambientes de saúde.

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) traz em 2021 no Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente um conceito mais amplo de Segurança do Paciente que é definida como um conjunto de atividades que reduzem os riscos, a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorrem, a fim de garantir um cuidado em saúde mais seguro (1).

No Brasil, a Segurança do Paciente passou a ser regulamentada e implantada a partir da homologação da Portaria GM/MS nº 529/ 2013, que institui a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), onde inclui como seus objetivos prioritários produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (2).

Isto posto, o PNSP (2013), traz como uma de suas estratégias para implementação a elaboração e implantação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente. Sendo assim, institui-se pelo Ministério da Saúde através da OMS seis metas internacionais de Segurança do Paciente, a qual a sexta meta traz “a redução do risco de lesões ao paciente, proveniente de quedas e/ou Lesões por Pressão (LPP)” (3).

A LPP é considerada um evento adverso, sendo uma das complicações que podem ser causadas nos pacientes em âmbito hospitalar. Ela pode levar a destruição parcial ou total dos tecidos, ocorrendo em locais de proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo hospitalar (4).

Além disso, é evidente que para prevenir e tratar uma LPP, torna-se fundamental considerar as questões sociodemográficas, fatores de riscos e questões clínicas do paciente. Devendo-se considerar a utilização de algumas estratégias tais como destacar a incidência do evento adverso da LPP, para analisar a vulnerabilidade dos pacientes a este evento e o que pode contribuir para agravá-lo (5).

Neste aspecto observa-se a importância de implantar protocolos que trabalhem a prevenção e redução de danos decorrentes de lesões por pressão, além de educar os profissionais de saúde do serviço para que estes atuem com segurança de maneira a prevenir e/ou minimizar os danos deste tipo de evento adverso.

Portanto, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de estudantes do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) no Campus Avançado de Caicó (CaC), em uma intervenção junto aos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes (HETFF) no município de Caicó/RN acerca do protocolo de prevenção de Lesão por Pressão (LPP), por meio do projeto de extensão Segurança do Paciente da referida IES.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por estudantes e docentes do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), fruto da integração ensino-serviço-comunidade a partir de atividade, vinculada ao projeto de extensão Capacitação em Segurança do Paciente com Profissionais de Saúde, no qual os discentes e docentes são membros. Na ocasião, foi abordado o protocolo de prevenção de Lesão por Pressão (LPP).

O conteúdo foi abordado seguindo etapas, sob a lógica da Educação Permanente em Saúde, respeitando saberes dos profissionais envolvidos. Inicialmente, foi realizado um Webinário online tendo como público alvo todos os profissionais do HETFF e posteriormente seguiu de forma presencial no ambiente hospitalar. No formato presencial, o primeiro dia aconteceu nos setores da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Ala Amarela e Ala Vermelha do pronto socorro, já no segundo dia ocorreu no Centro Cirúrgico





e Clínica Médica do HETFF. A abordagem foi realizada durante o plantão dos profissionais, no qual eles foram o alvo e participantes da intervenção, os profissionais de maior prevalência foram os da equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros, cerca de 10 profissionais participaram ativamente da proposta.

A ferramenta utilizada para a abordagem foi um quiz, na qual foram programadas 6 perguntas acerca da temática de LPP. O conteúdo abordado foi discutido em conjunto com os profissionais do hospital supracitado. A atividade foi realizada nos dias 30 de agosto e 5 de outubro de 2022, sob a supervisão da docente responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a execução do projeto de extensão foi planejado e discutido inicialmente junto a gestão do hospital ações a serem implementadas, garantindo através da articulação entre o hospital e o projeto de extensão, a integração entre ensino-serviço-comunidade. Está integração que é de suma importância, contribuindo para o fortalecimento do aprendizado dos discentes, aguçando o olhar para o desenvolvimento de um cuidado em saúde efetivo, além de contribuir através das atividades, com os profissionais, ajudando a efetivar a assistência em saúde cada vez mais efetiva e que garanta segurança do paciente.

Inicialmente, as reuniões contaram com a participação da coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente, que trouxe as demandas do hospital no que concerne a temática do projeto de extensão. Após as reuniões, observou-se que uma grande problemática era referente a grande incidência de LPP em pacientes internados nos diversos setores do hospital.

Um estudo realizado, traz similitude com a problemática apontada pela gestão do HETFF, mostrando a prevalência de ocorrência da LPP. Dentre os motivos que ocasionam a lesão, está o uso de fraldas, mobilidade física prejudicada e falta da mudança de decúbito como medida preventiva. Por isto, enfatiza-se a necessidade da equipe agir precocemente, antes que haja o avanço no estágio da LPP (6).

A partir da necessidade de trabalhar esta temática, foi escolhido inicialmente como tema central a prevenção da LPP. Iniciou-se o planejamento

preconizando como foco inicial a prevenção da LPP. Foi realizado primeiramente um webinar, através de plataforma virtual, que contou com a participação de uma enfermeira especialista na área de feridas e uma nutricionista trazendo abordagens sobre como prevenir a prevenção da LPP e a importância do trabalho interdisciplinar neste processo, tendo em vista que é comum responsabilizar apenas a equipe de enfermagem como responsável pela prevenção e tratamento da LPP. O webinar foi divulgado pela equipe do projeto de extensão e do Núcleo de Segurança do Paciente do HETFF, os participantes receberam certificados após as atividades.

Em seguida, iniciou-se às atividades presenciais nos setores do HETFF. Nos dois dias de intervenção, os discentes junto a docente responsável se dirigiram aos setores se apresentando, logo após foi pedido autorização para realizar a intervenção que durava em média 20 minutos para não atrapalhar o andamento das atividades do setor.

Seguindo a atividade, foi realizado um questionamento através de um quiz e os profissionais abordados respondiam se tal questionamento era verdadeiro ou falso, após a resposta de cada afirmativa, era realizada uma breve explicação sobre a questão. Além disso, foram utilizadas imagens para ilustrar os estágios da LPP e formas de prevenir a LPP, para melhor compreensão da temática abordada.

Durante a pesquisa pôde-se perceber que as metodologias ativas são um excelente método de facilitação e interação do processo de ensino-aprendizagem e relações interpessoais, estimulando a reflexão, o debate, a análise crítica, as tomadas de decisões e a responsabilização, principalmente quando se há necessidade de aprimoramento profissional, como em casos de pandemia, o que foi evidenciado positivamente pelas opiniões dos profissionais participantes da pesquisa e pela análise da literatura utilizada no embasamento deste artigo.

Foi utilizado neste processo através do jogo com o quiz o uso de metodologias ativas que são um método facilitador para o processo de ensino-aprendizagem, além de estimular o relacionamento interpessoal entre a equipe, debates e análises críticas, aprimorando a tomada de decisões e o aprimoramento no conhecimento dos profissionais (7).





Mesmo sendo desafiante interromper os profissionais durante seu horário de trabalho, os profissionais abordados demonstraram interesse e participação nas atividades, trazendo também contribuições através das experiências vivenciadas na prática profissional.

Além disso, é visível a importância destas atividades para contribuição do aperfeiçoamento do aprendizado, tanto dos profissionais do HETFF, como também dos integrantes do projeto de extensão, através da utilização de estratégias que fortalecem a educação permanente.

Conforme é enfatizado por Paula, Tonello, Santos (2021) a educação permanente é uma prática essencial no ambiente hospitalar, pois dá ênfase a articulação entre ensino-serviço-comunidade, buscando um aperfeiçoamento das ações em saúde na produção do cuidado, favorecendo o desenvolvimento de atividades através de atividades educativas (8).

CONCLUSÃO

Destarte, a LPP foi identificada como um desafio na assistência em saúde do HETFF, devido ao quantitativo destas lesões na prática hospitalar que atinge os pacientes. A partir disto, o projeto de extensão em parceria com o hospital planejou estratégias para reduzir a ocorrência dessas LPP, estimulando a segurança do paciente. Para isto, foi elencando inicialmente como foco, trabalhar a prevenção da LPP, sendo feito através de webinar online, seguindo de dois dias de intervenção presencial realizado pelo grupo de extensão.

Foi notório o interesse das equipes abordadas em participar das atividades, sendo estimulados devido utilização da metodologia ativa do quiz em conjunto com as imagens, os debates que seguiram as respostas foram ricos em conhecimento sendo um ponto positivo na formação dos estudantes do grupo que realizaram a intervenção e exercendo uma influência considerável na educação permanente dos profissionais que participaram, já que durante a ação foram trazidas novas informações sobre prevenção, tratamento e identificação de LPP. Entretanto, é perceptível a necessidade de pensar em estratégias para alcançar um maior número de profissionais, pois se considerar o número da equipe que está disposto em

cada setor, a atividade ainda teve uma baixa adesão com relação ao quantitativo.

Considera-se as ações realizadas como exitosas, para futuras intervenções em âmbito hospitalar, o uso de metodologias ativas deve ser encorajado e fortalecido são um método facilitador para o processo de ensino-aprendizagem, assim as futuras intervenções podem continuar a encorajar a educação permanente dos profissionais que trabalham no HETFF, além de ser primordial para fortalecer o vínculo entre a Universidade e o serviço, que soma ao aprendizado dos discentes.





REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Geneva: ISO; 2021. 7 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>.
2. Ministério da Saúde. Portaria MS nº529/2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[Internet]. Brasília; 2013 [citado 16 Abr 2023]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; MS; 2014 [citado 16 Abr 2023]. 40 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/view>
4. Moura SRS, Melo DPL, Rocha GMS, Cruz ERC. Prevalência da lesão por pressão em um hospital geral. Rev. Eletrônica Acervo Saúde [Internet]; 2020 [citado 16 Abr 2023]. 12 (10): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4298.20>.
5. Savioli AP. Incidência de lesão por pressão em pacientes do centro de terapia intensiva: um estudo retrospectivo (Especialista): Universidade Federal de Minas Gerais [Internet]. 2018 [citado 2023 Abr 16]. 68 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/31092>.
6. Jesus MAP, Pires PS, Biondo CS, Matos RM. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. Rev. Baiana Enferm. [Internet]; 2020 [citado 16 Abr 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36587>.
7. Duarte IM, Ferreira FS, Gonzaga APA, Freitas VL, Pinto ACS. A implementação de metodologias ativas em treinamentos para profissionais enfermeiros do Hospital Federal da Lagoa em tempos de Covid-19: uma estratégia para educação permanente em saúde. Research, Society and Development [Internet]; 2022 [citado 16 Abr 2023]. 11(5): 1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28453>.
8. Paula RMZ, Tonello L, Santos EG. Educação Permanente em Saúde: Perfil profissional no contexto hospitalar. Rev. Insignare Scientia [Internet]. 2021 [citado 16 Abr 2023]. 4(3): 386-400. Disponível em: <https://doi.org/10.36661/2595-4520.2021v4i3.12138>.



Atuação do NASF para o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na Atenção Básica: relato de experiência

Frankly Eudes Sousa Martins; Ana Carine Arruda Rolim; Mara Sinthya Sousa Martins

RESUMO

A partir do novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde em 2019, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) teve seus instrumentos normativos revogados, interrompendo novos credenciamentos e desobrigando os municípios a manterem suas equipes. No município de Jardim de Piranhas, localizado no estado do Rio Grande do Norte, o Nasf foi dissolvido e seus profissionais foram separados e inseridos em cada Unidade Básica de Saúde, permanecendo como Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária. Em 2020, foi declarada a pandemia pelo novo coronavírus e, para enfrentamento da doença, a Atenção Básica deveria estar organizada. Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir de observações e registros de um membro do Nasf, durante o período de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus na APS de abril a dezembro de 2020. A atuação de uma equipe seguindo as diretrizes da política Nasf, foi essencial para a implementação e efetivação de propostas de fortalecimento dos serviços e de reorientação do processo de trabalho nas UBS, desenvolvendo uma atenção de qualidade pautada no trabalho compartilhado e colaborativo, na cogestão do cuidado, na educação permanente, na inovação em saúde através de tecnologias da informação e comunicação, colocando sempre os usuários, famílias e comunidades na centralidade do cuidado em saúde. Evidenciou-se a importância do Nasf para uma AB bem estruturada e fortalecida, pois aumenta seu potencial de enfrentamento e resistência frente aos diversos desafios sanitários, incluindo os de proporções globais como o causado pela COVID-19.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Política de Saúde; COVID-19; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Based on the new financing model for primary health care costs in 2019, the Family Health Support Center (NASF) had its normative instruments revoked, interrupting new accreditations and releasing municipalities from maintaining their teams. In the municipality of Jardim de Piranhas, located in the state of Rio Grande do Norte, the Nasf was dissolved and its professionals were separated and inserted in each Basic Health Unit, remaining as the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care Team. In 2020, the new coronavirus was declared a pandemic and, to face the disease, Primary Care should be organized. This is an experience report, developed from the observations and records of a Nasf member, during the period of coping with the new coronavirus pandemic in PHC from April to December 2020. The performance of a team following the guidelines of the Nasf policy was essential for the implementation and effectiveness of proposals for strengthening services and reorienting the work process at the UBS, developing quality care based on shared and collaborative work, in the co-management of the care, permanent education, innovation in health through information and communication technologies, always placing users, families and communities at the center of health care. The importance of Nasf for a well-structured and strengthened PHC was evidenced, as it increases its potential for coping and resistance in the face of various health challenges, including those of global proportions such as that caused by COVID-19.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Policy; COVID-19; Health Services Needs and Demands; Public health.



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o serviço de menor densidade tecnológica, caracterizada como porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelos problemas comuns da comunidade e por oferecer ações de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar nos territórios¹. A APS é estruturada sob o conjunto de elementos intitulados atributos, que são o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural².

Na década de 1990, buscando mudanças no modelo de atenção à saúde que atendessem às demandas sociais da população brasileira foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde, nos anos 2000, considerado Estratégia Saúde da Família (ESF) por se tratar da estratégia operacional prioritária do governo para implementar e reorganizar a APS e toda a atenção à saúde no país^{1,3}. A ESF proporcionou maior aproximação entre equipe de saúde e o cuidador/família, por entrelaçar possibilidades de acesso aos serviços e aos cuidados efetivos e eficazes para a manutenção da saúde, através de diferentes olhares e distintos saberes, em prol do estabelecimento de um plano de cuidado comum^{3,4}.

Neste contexto de atenção, o Núcleo de Saúde da Família (Nasf), posteriormente na nova Política Nacional da Atenção Básica de 2017, intitulado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), uma vez que amplia o escopo de ações e a capacidade resolutiva das equipes, através do compartilhamento de saberes. Essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de saúde da família (eSF), equipe de saúde bucal (eSB) e equipe de Atenção Primária (eAP), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios adscritos^{5,6}.

De acordo com Diniz et al.⁷, a inter-relação e confluência de múltiplos saberes e práticas e de setores e serviços diversificados e organizados para atuar no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) potencializam de fato os atributos da APS e fortalecem a

coordenação e organização do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

A partir do Programa Previne Brasil, implementado pelo Ministério da Saúde (MS) no final de 2019, foi instituído um novo modelo de financiamento de custeio da APS e foram revogados instrumentos normativos anulando a tipologia Nasf-AB e interrompendo o credenciamento de novas equipes⁸.

Com a autonomia proporcionada pela Nota Técnica nº 3/2020⁹, o gestor municipal de Jardim de Piranhas, município da região do Seridó do Rio Grande do Norte (RN), dissolveu sua equipe Nasf-AB implantada desde 2014 e manteve os profissionais lotados nas UBS como uma equipe multiprofissional vinculada à APS. Em fevereiro de 2020, seguindo a Portaria 99 de 7 de fevereiro¹⁰, que redefiniu os registros de algumas equipes no CNES, a equipe de Jardim de Piranhas passou a ser eNASF-AP (equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária).

Em meio ao processo de reestruturação e reorganização do trabalho na APS, em 11 de março de 2020 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia pelo novo coronavírus, causador da doença COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*), e no dia 20 do mesmo mês, o MS reconheceu o estado de transmissão comunitária do vírus em todo o território nacional, e com isso, a AB deveria se organizar, fortalecer e reinventar para o enfrentamento da nova doença, incluindo das equipes Nasf, seja qual fosse a sua configuração, seguindo as recomendações e orientações oficiais para a APS¹¹⁻¹⁷.

Nesta perspectiva, o presente estudo buscou relatar a atuação do Nasf nas ações da AB para enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus a partir da experiência de uma equipe do nordeste brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de observações e registros de um membro do Nasf, durante o planejamento, organização e realização de ações e serviços de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus na AB no período de abril a dezembro de 2020. O cenário de estudo se concentra nas 6 UBS do município de Jardim de Piranhas - RN, nas quais atuam os membros da



eNASF-AP de forma integrada às equipes de referência (eSF e eSB), os usuários pertencentes aos territórios adscritos e os gestores.

O município de Jardim de Piranhas está situado no estado do RN, localizado na mesorregião Central e na microrregião Seridó Ocidental, limitando-se com os municípios de Jucurutu, Serra Negra do Norte, Timbaúba dos Batistas e São Fernando, como também com o estado da Paraíba. É uma cidade de clima muito quente e semiárido, que possui como principais atividades econômicas a agropecuária, o extrativismo e o comércio, sendo tradicionalmente conhecida pela fabricação de redes e panos de prato, comercializados em diversas regiões do Brasil pelos trabalhadores denominados corretores, durante todo o ano, principalmente de fevereiro a julho¹⁸.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁹, Jardim de Piranhas tinha uma área territorial de 330,530 km² em 2019, a população estimada para 2020 foi de 14.942 pessoas, 78,5% da população era urbana em 2016, e no ano de 2010 a densidade demográfica era de 40,86 habitantes/km², o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,603 e a escolarização na faixa etária dos 6 aos 14 anos era de 96,5%. Em 2017, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita era de 8.637,10 R\$ e a mortalidade infantil foi de 13,89 óbitos por mil nascidos vivos.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²⁰, até a competência de agosto de 2020, o município Jardim de Piranhas possuía 14 estabelecimentos de saúde, sendo 6 do tipo Unidades Básicas de Saúde, cada uma composta pelas equipes mínimas recomendadas, ou seja, com enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, dentista, auxiliar ou técnica de saúde bucal, diretor/administrador da unidade e agentes comunitários de saúde (ACS).

A descrição e análise da atuação da eNASF-AP contextualiza o planejamento, organização e realização de ações e serviços de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus nas UBS, elencando as suas potencialidades no apoio matricial, o aumento do escopo de ações e da resolutividade na AB e a promoção de um trabalho compartilhado e colaborativo com gestores, equipes e usuários. Para isso, realizar-se-á uma análise das informações coletadas através dos livros-atas utilizados no registro das reuniões, encontros e ações,

além de outras formas de registros e anotações disponíveis nas UBS, e principalmente do diário de campo reflexivo do pesquisador.

O diário de campo reflexivo foi produzido através da coleta feita pela observação livre dos atores envolvidos nas ações e pela participação direta do pesquisador no planejamento, organização e realização das ações, com o intuito de identificar de que forma uma equipe Nasf apoiou o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus nos dispositivos da AB em que estão inseridos, apreendendo as impressões e reflexões que surgem neste contexto.

Falkembach²¹ define o diário de campo reflexivo como sendo um instrumento para anotações de observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários, sendo para esse autor, uma ferramenta que apreende o ponto de vista do observador, suas percepções, suas ideias e preocupações.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade dos sujeitos da pesquisa foi preservada²².

ATUAÇÃO DO NASF NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Desde 2014, as 6 UBS de Jardim de Piranhas recebiam apoio de uma equipe Nasf (posteriormente denominada Nasf-AB) composta por fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e profissional de educação física. Porém, considerando ser de interesse público e conveniência administrativa, no início de 2020, o gestor municipal de Jardim de Piranhas dissolveu a equipe Nasf-AB que tinha uma atuação evidente e efetiva na APS, e dividiu os profissionais de forma que cada um foi lotado na UBS que atuava como técnico de referência e fornecia apoio na articulação entre essa equipe com o Nasf-AB e os gestores locais, seguindo posteriormente a nomenclatura de eNASF-AP.

Porém, a nova nomenclatura não veio acompanhada de orientações efetivas sobre como seria o processo de trabalho dos profissionais nesse novo modelo de atuação, o que acabou gerando quebra do trabalho





interprofissional, interrupção de ações, projetos terapêuticos e acompanhamentos, frustração e estresse entre os profissionais, bem como prejuízos ao apoio matricial e à clínica ampliada que outrora alicerçavam a atuação em equipe na AB. Apesar da falta de orientação institucional e da quebra do trabalho compartilhado, cada membro da eNASF-AB passou a atuar através do apoio técnico-pedagógico nas equipes que foram vinculados, e continuaram a ofertar atendimentos individuais e compartilhados aos usuários de toda a AB.

Em meio ao processo de reestruturação e reorganização do trabalho na APS resultante das mudanças nas políticas e no financiamento da AB, em 11 de março de 2020 foi declarada pela OMS a pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, e no dia 20 do mesmo mês, o MS reconheceu o estado de transmissão comunitária do vírus em todo o território nacional¹¹.

Inicialmente o MS por meio da Portaria⁹ 774/2020²³ disponibilizou recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços de Saúde (Grupo do Piso de Atenção Básica - PAB) para os estados, Distrito Federal e municípios, visando o custeio de ações e serviços recomendados na AB e relacionados ao enfrentamento da pandemia.

Com isso, a AB deveria se reestruturar considerando não só o modelo de atenção a saúde que o novo programa de financiamento estava induzindo neste nível de atenção, mas também as reorganizações necessárias para o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus, envolvendo o apoio direto e fundamental dos Nasf que ainda existiam, sendo publicado pelo MS um Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na APS¹², constantemente revisado e atualizado ao longo da pandemia.

No contexto local, segundo o relatório municipal do Painel Monitora Covid-19 do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a epidemia de COVID-19 começou em Jardim de Piranhas RN no dia 31 de maio de 2020, sendo identificados os primeiros dois casos²⁴.

Diante disso e do aumento da incidência da doença nos municípios circunvizinhos, a gestão municipal de saúde de Jardim de Piranhas foi sensibilizada e se mobilizou para planejar as reestruturações e ações

que deveriam ser implementadas em todos os equipamentos de saúde, em especial os da APS, com intuito de enfrentar a pandemia pelo novo coronavírus.

Foram realizados encontros e oficinas de planejamento envolvendo gestores, profissionais da eNasf e das equipes de referência, para apropriação e discussão das portarias²³⁻²⁸ e do protocolo do MS¹², dos documentos orientadores da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) do RN^{13,14} e das recomendações da OMS¹⁵ e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)¹⁶, surgindo propostas de mudanças nos fluxos de acolhimento e atendimento nas UBS, de divisão de responsabilidades entre os profissionais das equipes, de atuação e apoio da eNASF-AP, de protocolos de encaminhamento para o serviço especializado e hospitalar, além da oferta de serviços e procedimentos de rotina e os relacionados ao monitoramento e atendimento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, conforme o Plano de Contingência Municipal de contingência de enfrentamento da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19)¹⁷.

Após as pactuações, os profissionais do Nasf apoiaram cada equipe na implementação das propostas de reestruturações elencadas, sendo logo instituídas reuniões de equipe regulares em cada serviço para discussão sobre os aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da COVID-19, e ao mesmo tempo um momento para reflexão e alinhamento do processo de trabalho dos profissionais considerando as responsabilidades dos profissionais no âmbito da AB que constavam no Plano de Contingência Municipal¹⁷.

Dessa forma, todos os atores foram implicados no movimento de reorganização do serviço, e conforme as orientações da Nota Técnica da SESAP 06/2020¹³, foram adequando a recepção e o acolhimento dos usuários, de forma a orientar o distanciamento físico na sala de espera, programar a oferta de atendimentos e procedimentos em bloco de horas para evitar aglomerações, seguir o fluxo de atendimento e encaminhamento dos usuários suspeitos e confirmados de COVID-19, bem como estratégias de articulação com o serviço hospitalar conforme foram estabelecidos no Plano de Contingência Municipal¹⁷.

O Nasf atuou diretamente na recepção, acolhimento com classificação de risco, triagem e direcionamento





desses usuários dentro da UBS (considerando as orientações da Nota Técnica 06/2020¹³ da SESAP), organizaram o fluxo e qualificaram às consultas médicas e de enfermagem (pautados nas recomendações OPAS¹⁶), promoveram ações de educação em saúde para os usuários, cuidadores e famílias quanto aos cuidados do isolamento social e aos procedimentos de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, bem como, baseando-se nas recomendações do Plano de Contingência Estadual¹⁴ e do Municipal¹⁷ para o enfrentamento da pandemia, organizaram e colaboraram com o processo de transferência para o serviço hospitalar nos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) através de uma articulação rápida e eficaz o setor hospitalar e de transportes.

As reuniões de equipe se consolidaram como um espaço regular de educação permanente frente as constantes atualizações e mudanças nos protocolos, ao incremento do conhecimento científico sobre o manejo da COVID-19 e ao enfrentamento da pandemia nos serviços de saúde, e ainda possibilitaram momentos para a gestão compartilhada das ofertas de cuidado nas UBS, já que a dinamicidade do contexto de saúde gerou situações imprevistas e constantes revisões dos fluxos e protocolos implementados. Essas reuniões passaram a acontecer 2 vezes por mês e contaram com a participação ativa e propositiva de todos os profissionais e com a facilitação dos membros da eNASF-AP juntamente com as enfermeiras das eSF.

Vale salientar que o Plano de Contingência Municipal¹⁷, foi elaborado e publicado pelos gestores municipal, atendendo a recomendação do Plano de Contingência Estadual¹⁴, mas sem participação dos profissionais, dos membros do Conselho Municipal de Saúde e dos representantes da sociedade civil organizada, sendo sua publicação inadequadamente socializada com os setores envolvidos nas ações que derivaram do referido plano.

Seguindo a Portaria nº 2.222/2020²⁵ do MS que dispõe sobre ações estratégica para apoio à gestação, pré-natal e puerpério durante a pandemia, foi discutida a importância de priorizar o atendimento e acompanhamento relacionados à COVID-19 e o enfrentamento da transmissão nos serviços, mas também foram visualizadas formas de continuar as consultas de planejamento familiar, pré-natal e puerperal.

Nesse contexto, a eNasf apoiou as equipes na adoção de medidas preventivas para redução dos riscos de contaminação e transmissão do novo coronavírus, de forma a preservar a saúde dos usuários acompanhados e dos profissionais das equipes.

Baseando-se na Portaria 467/2020 do MS²⁶ que orientou as ações de telemedicina em caráter excepcional e temporário entre as medidas de enfrentamento da pandemia, a equipe estabeleceu e estimulou as equipes de referência a adotarem também o atendimento não presencial nas modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento, temporariamente durante o período de distanciamento social motivado pela COVID-19.

Dessa maneira, baseando nas recomendações da OPAS¹⁶ e do Plano de Contingência Municipal¹⁷ acerca da garantia da continuidade da assistência, os profissionais do Nasf, quando acionados, avaliaram a possibilidade da realização dos atendimentos e acompanhamentos à distância, sendo realizada a primeira consulta presencial com toda a paramentação e todos os cuidados de biossegurança adequados, e posteriormente implementados os atendimentos e acompanhamentos não presenciais.

Ainda como parte do processo de reorganização dos serviços, houve um forte engajamento da equipe Nasf na logística das salas de vacina das UBS, tendo em vista a recomendação da SESAP¹³ de priorizar estratégias para o período da Campanha de Imunização contra Influenza, evitando aglomerações nas UBS, além da necessidade de continuar a imunização de rotina conforme o Plano de Contingência Estadual¹⁴ e Municipal¹⁷, sendo promovidas ações de qualificação do acolhimento, de organização da sala de espera, de atenção às prioridades das campanhas, de busca ativa em cada fase, de otimização dos registros nos sistemas de informação, e ainda apoio na elaboração de relatórios situacionais e de cobertura.

Na busca ativa dos usuários para garantir a cobertura vacinal, a eNASF-AP conjuntamente com a equipe de enfermagem e os ACS, implementou uma sistemática de acompanhamento do público alvo das campanhas através de planilhas e de informações disponíveis no sistema de informação da APS (e-SUS APS), aliando-se contato telefônicos e aos aplicativos





de *smartphone* para aprimorar a comunicação com os usuários, cuidadores e famílias.

Segundo o Painel MonitoraCovid-19 (ICICT/Fiocruz) o primeiro óbito por COVID-19 em Jardim de Piranhas foi registrado no dia 08 de junho de 2020²⁴. A partir desses registros, criou-se no município um Comitê de prevenção e enfrentamento de crise pelo novo coronavírus (COVID-19), e embora inicialmente não tivesse representantes do Nasf, com o crescente surgimento de casos e a demanda pelo monitoramento, a equipe foi convocada à participar das reuniões do comitê e passou a colaborar na elaboração, discussão e instituição de propostas, planos e medidas sanitárias no município, levando ao colegiado as informações, desafios e sugestões das equipes de referência, e retornando para elas as sínteses das discussões e decisões.

Seguindo as recomendações da SESAP em sua Nota Técnica 06/2020¹³, que dispõe sobre a importância de se discutir a reorganização dos processos de trabalho da APS, partindo da análise do perfil de saúde, critérios sociodemográficos, culturais, econômicos e epidemiológicos de cada território, ocorreu uma oficina entre os gestores e profissionais do Nasf para refletir, discutir e planejar o monitoramento dos usuários suspeitos e confirmados de COVID-19, que até então estava a cargo do setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Foi pactuado então, que a eNASF-AP passaria a realizar o contato, orientação e monitoramento dos contatos próximos dos casos notificados dentro dos territórios das equipes de referência que estava vinculada, sendo repassadas as notificações pela profissional do setor de vigilância epidemiológica ou diretamente pelas enfermeiras e médicas das equipes, em acordo com as ações de vigilância recomendadas no Plano de Contingência Estadual¹⁴. de acordo com o nível de resposta recomendado pela SESAP.

Conforme a Nota Técnica 06/2020¹³ da SESAP, que recomenda a orientação da população sobre a necessidade do isolamento voluntário e da adoção de medidas de higiene, buscando o serviço apenas em casos de urgências e aliando-se às mídias sociais e aos serviços de comunicação, a eNasf e os ACS passaram a realizar contato telefônico com os contatos próximos dos usuários suspeitos ou confirmados, promovendo orientações quanto à sintomatologia e ao manejo

da COVID-19, às medidas de distanciamento social, higienização pessoal e do ambiente domiciliar, e aos canais de comunicação com os serviços de saúde e de gestão. Foram distribuídos nos domicílios monitorados, materiais educativos recomendados no Plano de Contingência Estadual¹⁴ e apreciados por todos os membros do comitê.

Os encontros do comitê continuaram à distância através de tecnologias remotas, para discussão dos entraves e potencialidades do monitoramento e assim dos ajustes e fortalecimentos necessários. Com a crescente incidência dos casos no município e a sobrecarga do setor outrora responsável pelo monitoramento, foi necessário descentralizá-lo para cada equipe de referência, e assim, cada profissional do Nasf assumiu com os ACS o monitoramento em cada UBS que estava vinculado.

Para isso, elaborou-se uma ficha para orientar a coleta de informações durante o monitoramento dos usuários, sendo anexada no referido prontuário familiar. O monitoramento iniciava a partir do repasse da relação de usuários notificados na própria UBS ou no serviço hospitalar, e ocorria através do contato telefônico ou, quando este não era possível, da visita domiciliar, que seguiu todas as regras de paramentação e cuidados de biossegurança recomendados.

No contato do monitoramento eram identificados o bem-estar e os sintomas autorreferidos pelos usuários, o cumprimento do isolamento social e as dificuldades de adotar o distanciamento, bem como eram fornecidas orientações gerais de saúde e de manejo dos sintomas mencionados, sempre enfatizando os sinais e sintomas que indicavam a necessidade de acionar a eSF ou se dirigir ao serviço hospitalar.

A eNasf passou a articular com as equipes de referência a realização dos testes rápidos de SARS-CoV-2 nas próprias UBS, e do exame sorológico e coleta de *Swab* no serviço específico para isso, que passou a funcionar como um Centro de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, conforme as orientações da Portaria nº 1.445/2020 do MS²⁷. A colaboração aconteceu orientando os usuários quanto os aspectos gerais, a importância, o horário e o local dos exames solicitados, esclarecendo dúvidas, coletando queixas e fortalecendo a autonomia e coparticipação dos sujeitos no seu cuidado, e baseando-se na organização





da rede assistencial e laboratorial estabelecida pelos Planos de Contingência Estadual¹⁴ e Municipal¹⁷.

Houve grande destaque da atuação da equipe multiprofissional na articulação da alta dos usuários confirmados de COVID-19, ficando responsável por identificar durante o monitoramento os que cumpriram o tempo de isolamento recomendado (inicialmente era de 21 dias, estando assintomáticos há 3 dias), agendar o reteste que estava sendo realizado na UBS e no serviço hospitalar, e informar aos usuários as informações de data, horário e resultado.

Entretanto, em julho de 2020 a gestão local de saúde decidiu adotar a orientação da Sociedade Norte Rio-Grandense de Infectologia e interrompeu a realização do reteste que havia sido pactuado com as equipes, adotando a alta através de consulta médica para os usuários que fizeram o isolamento social por 10 dias, estando há 3 dias sem sintomas. A decisão aconteceu de forma unilateral, sem nenhuma discussão ou consulta com comitê de enfrentamento, o Nasf que estava à frente desse processo de alta, as equipes de referência, os membros do Conselho Municipal de Saúde e os usuários, gerando frustração e fragilidade nos vínculos e perturbações no processo de trabalho.

A eNasf colaborou também com a administradora das UBS na sistematização da entrega dos resultados dos testes e sorologias, informando com apoio dos ACS os resultados por contato telefônico aos usuários que não podiam comparecer no serviço.

Objetivando assegurar as recomendações da Portaria nº 1.792/2020²⁸ do MS, que ratifica a obrigatoriedade da notificação de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados, e tendo em vista a sobrecarga de trabalho imposta aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a eNASF-AP e a eSB, de forma compartilhada, passaram a colaborar no processo de notificação dos usuários suspeitos e confirmados de COVID-19, principalmente na edição e conclusão.

Considerando o Plano de Contingência Municipal¹⁷ e as recomendações da SESAP¹³ em relação ao rastreamento, notificação e orientação dos viajantes e dos contatos com viajantes nos últimos 15 dias que possam representar casos suspeitos de COVID-19, a eNasf colaborou-se com o planejamento, implementação e organização das ações de barreira sanitária que foram instituídas pelos gestores e executadas através do

esforço compartilhado dos ACS e dos profissionais da Vigilância Sanitária do município, com o intuito de fazer a vigilância dos cidadãos que chegavam de viagem, pois grande parte da atividade comercial do município inclui a venda de redes e panos de prato em diversas regiões do Brasil através dos corretores.

E assim, as barreiras sanitárias foram pensadas como estratégias para atingir esse público viajante, realizando a aferição dos seus sinais vitais e coletando informações sobre a trajetória por cidades com maior incidência de casos e sobre o contato com pessoas suspeitas ou confirmadas.

A partir da metade do mês de junho, iniciou um crescimento exponencial dos casos confirmados de COVID-19 no município de Jardim de Piranhas, e, segundo o painel MonitoraCovid-19 do ICICT/Fiocruz, no dia 28 de junho, o município registrou o maior número de casos novos diários até então, 25 novos casos²⁴, e de acordo com o Boletim Municipal diário emitido pela SMS, no dia 07 de julho, o município registrava um número total de 191 casos confirmados e 4 óbitos.

Tendo em vista que os usuários que vieram a óbito apresentavam comorbidades de risco para casos graves da infecção pelo novo coronavírus, a gestão estadual de saúde através da 4ª Unidade Regional de Saúde Pública do RN (IV Ursap), responsável pelos 25 municípios da região Seridó do RN, tensionaram os gestores locais de saúde à direcionarem esforços para vigilância desses usuários com comorbidades.

Perante a sua atuação de destaque, os gestores municipais acionaram a eNASF, e estes se basearam nas recomendações da SESAP¹³ em relação a busca ativa e monitoramento através dos ACS e do mapeamento do território, da população em condições de risco e vulnerabilidade para maior gravidade da doença. Sendo com isso, iniciado um processo de reconhecimento das famílias em vulnerabilidade e risco nos territórios, através das informações dos usuários e prontuários cadastrados no e-SUS APS e utilizando a Escala de Coelho-Savassi²⁹ para estratificação de risco familiar, resultando em um consolidado que nortearia o monitoramento.

A eNASF-AP também elaborou um instrumento para auxiliar no acompanhamento desses usuários com comorbidades, sendo socializado com todos os profissionais para apreciação e melhorias. Após





ajustes e aprovação, o instrumento foi incorporado ao monitoramento conduzido principalmente pelos ACS com facilitação e colaboração da eNasf.

Em virtude da pandemia, as recomendações da Resolução nº 357/2020³⁰ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) permitiram, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial. Nesse sentido, durante a entrega e o contato com o usuário também eram coletadas informações sobre as condições de saúde e bem-estar dos mesmos, especialmente em relação ao uso racional dos medicamentos, aos sinais vitais e eventuais descompensações, à necessidade de aferições e procedimentos na UBS ou no serviço hospitalar.

Vale salientar que, em meio ao contexto pandêmico, os profissionais da AB ainda estavam passando por uma intensa transição no seu processo de trabalho e modelo de atenção imposto pelo novo programa de financiamento da APS. No cenário local, a equipe Nasf prestou significativo apoio técnico e institucional às equipes de referência, para a reorganização e qualificação do serviço baseando-se no cumprimento das metas dos indicadores de saúde incluídos na lei municipal de execução do Incentivo de Desempenho do Programa Previne Brasil.

Para isso, um dos profissionais do Nasf foi escolhido por meio de votação entre todos os profissionais da AB como representante dos servidores na Comissão de Apoio Institucional ao Programa Previne Brasil, que era o órgão responsável por traçar e avaliar os indicadores de saúde e estratégias de alcance de metas entre as equipes. Além disso, ao longo das reuniões com o Nasf nas UBS, observou-se a adoção de posturas cada vez mais críticas, reflexivas e propositivas dos profissionais da AB em relação ao processo de trabalho, ao reconhecimento da importância do trabalho em equipe e da luta pelos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Nesse sentido, a partir do reconhecimento do estado de transmissão comunitária, do registro inicial de casos confirmados no município, da maior aproximação com a realidade de trabalho dos serviços, da necessidade de redirecionar os esforços para os usuários suspeitos e confirmados de COVID-19, da importância de reduzir os riscos de contaminação e

disseminação nas UBS, a comissão implicou todos os profissionais e a gestão em uma debate e reflexão de todo esse contexto, e conseguiu flexibilizar as metas e revisar os indicadores de saúde que se constituíam como critérios de repasses do incentivo de desempenho.

Até o dia 16/08/2020, tinham sido detectados 476 casos e 11 óbitos por COVID-19 no município de Jardim de Piranhas, e segundo a quantidade de casos detectados, o município ocupava a 14ª posição no estado do Rio Grande do Norte e a 1217ª posição no Brasil¹⁶. O Nasf continuou se destacando na qualificação do processo de trabalho em equipe, na otimização e segurança na oferta de serviços e procedimentos, na articulação com o serviço especializado e hospitalar, no fortalecimento do monitoramento e atendimento dos usuários suspeitos e confirmados de COVID-19, e daqueles que possuíam comorbidades de risco para casos graves da doença, conforme as recomendações e orientações oficiais¹²⁻¹⁷.

APRENDIZADOS, DESAFIOS, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES

Embora estejam vigentes mudanças radicais nas prioridades do governo federal em relação ao setor saúde, dando força ao movimento de desmontes das Políticas Públicas de Saúde, principalmente as relacionadas à AB, efetivando, através de dispositivos normativos, o esfacelamento da política do Nasf, as equipes forma mantidas pelos gestores municipais e seguem resistentes na APS, apresentaram uma atuação e apoio cruciais diante de uma pandemia que trouxe à tona não só fragilidades diante do desconhecimento científico, mas também elencou a importância de uma AB bem estruturada, fortalecida e que se reinventa durante o trabalho vivo em ato dentro dos seus equipamentos e territórios.

A atuação do eNASF-AP ainda de acordo com os princípios da política estratégica Nasf, foi essencial para a implementação e efetivação de propostas de fortalecimento dos serviços ofertados e de reorientação do processo de trabalho nas UBS, desenvolvendo uma atenção de qualidade pautada no trabalho compartilhado e colaborativo, na cogestão do cuidado, na educação permanente, na inovação em saúde através de tecnologias da informação e comunicação,





colocando sempre os usuários, famílias e comunidades na centralidade do cuidado em saúde.

Evidenciou-se a importância e o potencial do Nasf nas mudanças necessárias na AB, implementando ações compartilhadas com as equipes de referência, que fortaleceram os serviços no enfrentamento da COVID-19, ao mesmo tempo que orientaram a adoção de medidas preventivas para redução dos riscos transmissão nos equipamentos de saúde, de forma a preservar a saúde dos usuários acompanhados e dos profissionais das equipes.

Embora a dinâmica das relações de trabalho tenha variado no que diz respeito a legitimação da participação dos profissionais e equipes nos espaços de planejamento, pactuação, tomada e socialização de decisões no âmbito da gestão dos serviços, esse contexto tensionou a organização política dos profissionais em espaços e momentos oportunizados muitas vezes pelo Nasf.

Por se tratar de um relato de experiência acerca de atividades que emergiram do contexto de atuação das equipes envolvidas, têm-se certa dificuldade de ampliar as conclusões postas neste trabalho para outros cenários, dadas as especificidades das vivências relatadas. Com isso, pode-se apontar limites que derivaram da dificuldade de sintetizar os aspectos mais importantes das vivências, de coletar dados nos instrumentos de registro das UBS, tendo em vista o risco de contaminação, bem como da sobrecarga imposta pelo intenso processo de trabalho evidenciado pelo relato.

Tais limites são reconhecidos pelos autores, mas é preciso também destacar os esforços direcionados para atenuá-los e o fato da Covid-19 ser uma doença que impactou todo o Sistema de Saúde do país levando a um processo de reorganização de práticas em todos os cenários, com aspectos e repercussões diferentes, e nesse sentido, por tratar de políticas públicas nacionais, embora a realidade relatada e discutida neste trabalho não se apresente igualmente em todos os cenários, pode ter sido compartilhada por diversas equipes e equipamentos de saúde que vivenciam contextos similares.

Infere-se a partir da análise dessa experiência local de atuação de uma equipe que tenta resistir seguindo as diretrizes da política Nasf, suas potencialidades

no fortalecimento da AB no contexto de transição do modelo de financiamento e de enfrentamento da pandemia, sendo imprescindível que os profissionais de saúde (re)conheçam e defendam a implementação e continuação de políticas públicas de saúde, especialmente no âmbito da AB, que qualificam o processo de trabalho e a gestão do cuidado, que se contrapõem à lógica de trabalho restrita aos núcleos profissionais e que promovem ruptura com o modelo de atenção biologicista, tecnicista, fragmentado e sem vinculação que ainda é hegemônico nos serviços.





REFERÊNCIAS

1. Pedro M, Rodrigues D, Silva D. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). *Pol. Hoje*. 2016; 25(2):175-212.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502.
3. Shah R, Kennedy S, Clark MD, Bauer SC, Schwartz A. Primary care-based interventions to promote positive parenting behaviors: a meta-analysis. *Pediatr*. 2016; 137(5).
4. Alvim NAT. Health under integrality perspective. *Esc Anna Nery*. 2013 [citado 10 out 2022]; 17(4): 599-601. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400599.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Gabinete do Ministro. *Diário Oficial da União: Brasília (DF)*, 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: número 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(4):e57067. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Gabinete do Ministro. *Diário Oficial da União: Brasília (DF)*, 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3 de 27 de janeiro de 2020. Gabinete do Ministro. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família: Brasília (DF), 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 99 de 07 de fevereiro de 2020. Redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES). Gabinete do Ministro. *Diário Oficial da União: Brasília (DF)*, 2020.





11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454 de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 2020.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Versão 7. Brasília, DF; 2020.
13. Rio Grande do Norte. Secretaria do Estado da Saúde Pública (SESAP). Nota técnica nº 6 de 20 de março de 2020. Recomendações e Orientações para gestores e equipes de atenção primária à saúde em relação à pandemia da Covid-19. Subcoordenadoria de Ações em Saúde. Coordenadoria de Promoção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde Pública/RN; 2020.
14. Rio Grande do Norte. Secretaria do Estado da Saúde Pública (SESAP). Plano de contingência estadual para infecção humana pela Covid-19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (coordenação estadual). Secretaria de Estado da Saúde Pública/RN, 2020.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações aos Estados Membros para melhorar as práticas de higiene das mãos para ajudar a prevenir a transmissão do vírus COVID-19. Orientação provisória. Sede da OMS; 2020.
16. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). COVID-19: Orientação operacional para a manutenção de serviços essenciais de saúde durante um surto. Orientação provisória. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde/Publicaciones, Brazil; 2020.
17. Jardim de Piranhas – Rio Grande do Norte. Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Coordenação Municipal de Vigilância Sanitária. Jardim de Piranhas/RN; 2020.
18. Serviço Geológico do Brasil. Projeto Cadastro de Fontes de Abastecimento por Água Subterrânea (CPRM). Diagnóstico do município de Jardim de Piranhas, estado do Rio Grande do Norte. Recife: CPRM/PRODEEM. 2005 [citado 02 out 2022]. Disponível em: http://rigeo.cprm.gov.br/xmlui/bitstream/handle/doc/17005/rel_jardim_piranhas.pdf?sequence=1.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Divisão regional. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2020 [citado 02 set 2020]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.shtm?c=1.
20. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatórios, consulta, tipos de estabelecimentos. 2020 [citado 02 out 2022]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp.





21. Falkembach EMF. Diário de campo: um instrumento de reflexão. Contexto e educação. 1987; Ijuí, RS. 2(7): 19-24.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.
23. Brasil. Portaria nº 774, de 9 de abril de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde - Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus - COVID 19. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2020.
24. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). MonitoraCovid-19. Rio de Janeiro, 2020 [citado 12 out 2020]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>.
25. Brasil. Portaria nº 2.222, de 25 de agosto de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o correspondente incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2020.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467 de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as a es de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3  da Lei n  13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2020.
27. Brasil. Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento   Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2020.
28. Brasil. Portaria nº 1.792, de 17 de julho de 2020. Altera a Portaria n  356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notifica o ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2020.





29. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. JMPHC. 2013; 3(2): 179-185.

30. Brasil. Resolução nº 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2020.



Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Um Relato de Experiência

Patient Safety in Primary Health Care: An Experience Report

Pedro Luiz de Medeiros Nunes Fernandes Fernandes; Isla Mayara Lúcio de Araújo; Rayonara Medeiros de Azevedo; Andreza Aparecida Fernandes Pereira; Danielly Kaliana Andrade dos Santos; Marcela Eduarda Gomes Grande; Maura Vanessa Silva Sobreira

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde-APS é coordenadora do cuidado e porta de entrada para a atenção à saúde oferecida pelo Sistema Único de Saúde. As Unidades Saúde da Família oferecem serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, como programas de promoção à saúde. Assim, a integração ensino-serviço, faz-se fundamental para fortalecer as ações. **OBJETIVO:** Relatar intervenções realizadas em Unidades Básicas de Saúde do município de Caicó pelos membros da Extensão “Capacitação em segurança do paciente com profissionais em Saúde” da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de extensionistas em relação às ações em saúde realizadas em Unidades Básicas de Saúde em Caicó. **RESULTADOS:** Considera-se a educação permanente como propulsora de mudanças estruturantes no serviço, portanto, para a realização das intervenções, foram relevantes as sugestões propostas pelos profissionais de saúde e as ações realizadas sob a lógica da educação em saúde. Na unidade 2, intervenções foram voltadas para o uso consciente de fármacos, usando o conhecimento prévio dos profissionais. Na equipe 1, foram necessárias ações de saúde para auxiliar o acolhimento à demanda espontânea. As unidades 3 e 4 necessitavam da implementação do protocolo de prevenção de quedas e medicação segura. **CONCLUSÃO:** O tema segurança do paciente é pouco explorado na atenção primária à saúde, a institucionalização da cultura de segurança do paciente perpassa por mudanças de práticas e implementação de protocolos com foco no cuidado seguro e qualificado.

Palavra-chave: Educação em Saúde; Segurança do Paciente; Saúde Coletiva;

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Health Care-PHC is the coordinator and gateway to the health care offered by the Unified Health System. The Family Health Units offer disease prevention, diagnosis and treatment services, such as health promotion programs. Thus, the teaching-service integration becomes fundamental to strengthen actions. **OBJECTIVE:** Reporting interventions performed in Basic Health Units in the city of Caicó by members of the Extension “Patient safety training with health professionals” at State University of Rio Grande do Norte. **METHOD:** This is a report of extension researchers experience in performing health actions in Basic Health Units in Caicó. **RESULTS:** Permanent education is considered to drive structuring changes in the service, therefore, for performing the interventions, the suggestions proposed by health professionals and the actions carried out under the logic of health education were relevant. In unit 2, interventions were aimed at the conscious use of medicines, using the professionals’ prior knowledge. In team 1, health actions were necessary to assist in acceptance of spontaneous demand. Units 3 and 4 required the implementation of a fall prevention protocol and safe medication. **CONCLUSION:** The patient safety issue isn’t often tackled in primary health care, the institutionalization of the patient safety culture involves changes in practices and implementation of protocols focused on safe and qualified care.

Keywords: Health Education; Patient Safety; Public Health;



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo considerada a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). É caracterizada por um conjunto de atividades e serviços, realizados individual e coletivamente, abrangendo prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, de maneira integral, universal, equitativa e humanizada⁽¹⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a APS pode atender uma média de 90% das necessidades de saúde de um usuário no decorrer de sua vida, o que implica em uma maior vigilância para reduzir eventos e circunstâncias que possam causar danos à vida do indivíduo⁽²⁾.

A partir desta perspectiva, em 2017, a temática “Segurança do Paciente” é incorporada à política pública que regulamenta a APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), contribuindo para um cuidado qualificado através da prevenção e diminuição dos eventos adversos (EA) no processo de trabalho dos profissionais de saúde⁽³⁾.

De acordo com um estudo de levantamento das consultas na Atenção Primária, a prevalência de EA foi de 18,63%. Destes, 54,7% foram classificados como leves, 38% foram moderados, e 7,3% graves (4). Tal estudo demonstra a complexidade presente nesse nível de atenção à saúde e evidencia a necessidade de se pensar estratégias voltadas à reversão da problemática.

Diante das exigências e da complexidade que o contexto da segurança do paciente na APS traz para o processo de trabalho, é fundamental o desenvolvimento de habilidades e capacitação das equipes de saúde como estratégia para a qualificação da assistência prestada. Para tanto, pode-se lançar mão da Educação na Saúde como meio para a sistematização do cuidado⁽⁵⁾.

Partindo dessas colocações, cabe-se destacar o papel da extensão universitária no processo de educar em saúde, uma vez que ela possibilita a troca de saberes, a partir aproximação entre Universidade, serviços e comunidade, e assim permite que os conhecimentos produzidos e difundidos no espaço acadêmico possam também transformar outras realidades⁽⁶⁾. Logo, esta mostra-se como ferramenta essencial no

desenvolvimento e aprimoramento de conhecimentos acerca da Segurança do Paciente na APS.

Considerando o exposto, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de atividades desenvolvidas por um projeto de extensão universitária sobre Segurança do Paciente junto às equipes da APS em um município do interior potiguar.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – campus Caicó, durante intervenções do Projeto de Extensão “Capacitação em Segurança do Paciente para profissionais da saúde”, que se deram no segundo semestre do ano de 2022 no município do referido campus.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica⁽⁷⁾. Tal ferramenta é de suma importância na área da saúde, uma vez que permite a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença a partir da aproximação com as mais diferentes realidades relatadas nas vivências.

Cabe-se pontuar, que a vivência contemplou as etapas de captação da realidade, caracterização do público-alvo, priorização dos temas, planejamento das ações, confecção de material educativo, execução e avaliação das intervenções. Desta forma, as intervenções tiveram como público-alvo profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Caicó/RN, priorizando-se, inicialmente, quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do referido município, que foram nomeadas de “UBS 1”, “UBS 2”, “UBS 3” e “UBS 4”.

As temáticas escolhidas pelos participantes, mediante às necessidades de suas USF, foram “Acolhimento à demanda espontânea na APS” na UBS 1, “Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos” e “Medicação segura e uso de psicotrópicos” na UBS 2, já nas UBS 3 e UBS 4 os temas priorizados foram “Protocolo de prevenção de quedas” e também o já referido protocolo de medicação segura.

Desta forma, as intervenções se deram através de encontros presenciais nas unidades, sendo as atividades de aprendizagem desenvolvidas de forma dinâmica e interativa, utilizando como principais instrumentos a problematização, o diálogo e a construção mútua de saberes, partindo sempre do conhecimento prévio trazido pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com o coletivo. Assim, as atividades realizadas sobre essa perspectiva trouxeram aprendizados para o serviço e para os extensionistas envolvidos.

Cabe ressaltar, no que diz respeito à Segurança do Paciente, que os eventos adversos merecem bastante atenção pois podem causar danos desnecessários ao paciente podendo ser evitados mediante a tomada de decisões que estejam de acordo com os protocolos vigentes. Apesar disso, são bastante vistos e integram ainda a vida do profissional e dos pacientes. Nesse caso, o papel desempenhado pelos profissionais é norteador no que se refere às suas ações e habilidades na segurança do paciente, tendo em vista que a tomada de decisões deve ser feita de forma clara e com total atenção.

Desta forma, é notório o quanto se faz importante ter o apoio das universidades e seus projetos de extensão nesse processo de disseminação das atualizações acerca da segurança do paciente nos ambientes de saúde, visto que são tão necessárias, mediante ao ciclo de mudanças existentes em nosso cotidiano e na atenção à saúde, mas muitas vezes despercebidas devido às árduas rotinas de trabalho.

As USFs escolhidas tinham como temática os protocolos de prevenção de quedas, segurança no uso e administração de medicamentos e acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde, definidos em visita prévia através de uma conversa com os profissionais atuantes e, mediante levantamento das necessidades presentes em cada local.

A prevenção de quedas é uma ação realizada que se volta à proteção da saúde da população que adentra os ambientes de cuidados e espaços dos territórios da assistência, a atuação dos profissionais e participação

dos usuários, proporcionam êxito em práticas e promovem maior efetivação na assistência⁽⁸⁾.

A temática foi trabalhada por meio de uma roda de conversa, que tinha como objetivo dialogar sobre o tema de forma interativa e com a participação dos profissionais presentes, a fim de unir e compartilhar conhecimentos entre extensionistas e o serviço de saúde. Por meio de dinâmicas e apresentação expositiva foi discutido, o que é a queda, quais os danos ocasionados, bem como, formas de prevenção de acordo com a realidade do serviço.

Práticas voltadas para a melhoria da qualidade da assistência ofertada, favorecem a atuação do profissional, que pode pensar através do conhecimento adquirido em possíveis condutas visando a oferta de cuidados efetivos e seguros destinados aos usuários de saúde de determinado território.

A segurança no uso e administração de medicamentos teve uma abordagem voltada a compreender as necessidades referentes à temática e contribuir para disseminação do conhecimento, prevenindo possíveis danos à saúde da população adscrita à localidade.

A abordagem do conteúdo foi realizada a partir de uma dinâmica composta por afirmativas sobre práticas seguras e inseguras de medicação para os profissionais, onde após inserirem as afirmativas nos locais que denominavam como os adequados, foi realizada uma roda de conversa, onde o grupo extensionista conferiu em conjunto com os profissionais quais afirmativas estavam corretas.

Assim, diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de danos em função das suas ocorrências, essa ação torna-se relevante para se identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção, pois as falhas no processo de utilização de medicamentos são importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente⁽⁹⁾.

Na intervenção seguinte, foi realizada uma atividade voltada à temática de medicação segura e uso de psicotrópicos, com uma abordagem centrada na discussão da atuação profissional e condutas necessárias para a segurança do paciente, visando o aprofundamento da temática, a qual foi apresentada pelos profissionais do serviço como uma fragilidade da unidade, sendo aplicada de forma dinâmica, através da construção mútua

de conhecimentos com o saber prévio de cada um, a partir da discussão de casos clínicos.

A abordagem do acolhimento à demanda espontânea na APS foi realizada de forma prática, com o primeiro momento voltado para a análise do vídeo “Fala que eu não te escuto” e problematizar com os profissionais de saúde presentes. Em seguida, discussões foram feitas em relação ao convívio das equipes presentes na unidade e o momento foi finalizado com dois estudos de casos voltados para a problemática apresentada.

Posteriormente, cada grupo trouxe suas condutas e o momento virou uma roda de conversa na qual os membros do projeto também deram suas contribuições a respeito das condutas mais adequadas para cada caso. Ainda nesse momento foi distribuído aos profissionais um quadro elaborado pelo grupo contendo um breve resumo sobre os principais psicótropicos e seus efeitos colaterais.

A partir das ações pode-se observar que a implementação destas requer medidas simples, como a reorganização de processos de trabalho e de práticas profissionais. Todavia, vale destacar que as recomendações não garantem que os erros não ocorram, diante da própria multicausalidade destes fenômenos, no entanto, poderem contribuir para a prevenção e minimização destas ocorrências⁽¹⁾.

Observar-se ainda que para além de monitorar os riscos e rastrear os danos, criar planos de ação, desenvolver ferramentas e tecnologias para dar suporte à criação de sistemas seguros, faz-se necessário também o engajamento de todos os profissionais envolvidos nesse processo. Além disso, é de grande relevância empoderar pacientes, familiares e cuidadores para que participem ativamente nas decisões relacionadas aos seus cuidados em saúde, fazendo perguntas, identificando erros e gerenciando seus medicamentos⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

Evidencia-se, portanto, que as intervenções realizadas pelo projeto, sob a lógica da Educação Permanente em Saúde, que buscaram produzir reflexões junto aos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente, demonstraram resultados positivos, tanto no que diz respeito à identificação de

eventos adversos quanto na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes. É importante destacar, que a segurança do paciente é um tema cada vez mais relevante na área da saúde e deve ser uma prioridade para todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente.

A discussão desse tema com os profissionais é fundamental para a promoção de práticas mais seguras e efetivas no cuidado ao paciente. Em suma, o relato de experiência sobre as intervenções realizadas pelo projeto “Capacitação em segurança do paciente com profissionais em Saúde” mostra a importância da capacitação dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente e as contribuições das trocas de saberes entre universidade, serviços de saúde e comunidade, além da evidenciada importância da adoção de práticas mais seguras e efetivas no cuidado ao paciente.

Ao aderir às metodologias ativas em intervenções de saúde, podemos usar o conhecimento prévio sobre as problemáticas apresentadas pelas equipes de saúde de cada região para, além de desmistificar os assuntos de forma dinâmica, desenvolver o senso crítico de cada temática. Dessa forma, será possível criar uma rede de apoio entre os profissionais do serviço público de saúde e a Universidade, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade.



REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 07 Abr 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Organização Mundial de Saúde. Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS em briefing aos Estados Membros da União Africana e seus Representantes Permanentes - 12 de janeiro de 2023. Geneva: OMS, 2023.
3. Hospital Moinhos de Vento. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria & Prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020.
4. Organização Mundial de Saúde. Medicação sem danos: desafio global de segurança do paciente da OMS. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2017.
5. Brasil. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Bacharel em Enfermagem Presencial. Caicó-RN: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2023 [cited 2023 Abr 07]. 190p.
7. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health [Internet]. Pelotas, 2012 [citado 07 Abr 2023];1(2):94-103. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v2i1.3447>
8. Alves VC, Freitas WCJ de, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF da. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]; 2017, 25. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>
9. Brasil. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.
10. Santos PRA dos, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. Rev Gaúcha Enferm [Internet]; 2019, 40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>



Caminho para a Integralidade do Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade: Um Relato de Experiência

Path To Complete Care For Overweight And Obesity People: An Experience Report

Romeika Carla Ferreira de Sena¹, Vinicius Rodrigues de Oliveira², Fernanda Belmiro de Andrade³, Deborah Zuleide de Farias Melo⁴

AGRADECIMENTO

Ao Ms. João Gabriel Sanchez Tavares da Silva, Especialista de Projetos, do Instituto de Ensino do Hcor pelo paciente trabalho de revisão da redação.

RESUMO

Introdução: A obesidade é considerada uma doença em ascensão mundial, figurando-se como uma das grandes pandemias da atualidade. **Objetivo:** O estudo tem por objetivo relatar a experiência de tutores do projeto FortelaceRAS, acerca da qualificação do fluxo assistencial para a LCSO do município do interior do Rio Grande do Norte e suas contribuições para otimizar o processo de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com características qualitativas e recorte temporal transversal. O relato descreve a experiência vivenciada por tutores através do projeto realizado na VII Região de Saúde do Rio Grande do Norte, intitulado FortaleceRAS, que faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), juntamente com a Associação Beneficente Síria (Hcor), iniciado em setembro de 2022. **Análise de Crítica:** Após essas capacitações com as temáticas conceituais, iniciaram o processo de implementação das Linhas de Cuidado, sendo a primeira, a LCSO. O

município de Extremoz apresentou o fluxo vigente e foi observado que era necessário adequação e ajustes. Em seguida foi iniciado o processo de qualificação do fluxo assistencial da LCSO que se deu em três etapas, cada uma executada por meio de reuniões.

Considerações Finais: Evidencia-se como benefícios da criação do fluxograma, o favorecimento do processo de integralidade, a diminuição da sobrecarga de determinados serviços de saúde, até a melhoria na assistência e no direcionamento de pacientes com sobrepeso e obesidade.

Palavras chave: Obesidade; Assistência Integral à Saúde; Educação Permanente; Linhas de Cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is considered a disease on the rise worldwide, appearing as one of the great pandemics of today. **Objective:** The study aims to report the experience of tutors from the FortelaceRAS project, about the qualification of a care flow for the LCSO in the interior of Rio Grande do Norte and their contributions to optimize the care process for people with overweight and obesity. **Development:** This is a descriptive study, of the experience report type, with qualitative characteristics and cross-sectional time frame. The report describes the experience lived by tutors through the project carried out in the VII Health

1 Graduação em Enfermagem(UERN), Mestre em Enfermagem(UFRN), Doutoranda em Enfermagem(UFRN), tutora do Projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor

2 Graduação em Enfermagem(URCA), Mestre em Saúde Coletiva(UFRN), Doutorando em Enfermagem(UFRN), tutor do Projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor

3 Graduação em Enfermagem(UFRN), Mestre em Enfermagem(UFRN), Doutoranda em Enfermagem(UFRN), tutora do Projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor

4 Graduação em Fonoaudiologia(UFPB), Mestra em Saúde Coletiva(UFRN)Doutoranda em Saúde Pública(USP), Articuladora Regional do Projeto Fortaleceras Instituto de Ensino Hcor





Region of Rio Grande do Norte, entitled FortaleceRAS, which is part of the Support Program for Institutional Development of the Unified Health System (PROADI-SUS), together with the Syrian Beneficent Association (Hcor), started in September 2022. **Critical Analysis:** After these training with the conceptual themes, the process of implementing the Lines of Care began, the first being the LCSO. The municipality of Extremoz presented the current flow and it was observed that adaptation and adjustments were necessary. Then, the process of qualifying the LCSO's care flow began, which took place in three stages, each carried out through meetings. **Final Considerations:** The benefits of creating the flowchart include favoring the comprehensiveness process, reducing the burden on certain health services, and even improving care and guidance for overweight and obese patients

Keywords: Obesity; Comprehensive Health Care; Permanent Education, Lines of Care.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença em ascensão mundial, figurando-se como uma das grandes pandemias da atualidade. Essa informação é ratificada por dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apontam para o crescimento exponencial do número de adultos, adolescentes e crianças acometidos pela doença em todo o mundo (1). Essa situação requer o planejamento e aplicação de ações interventivas, a nível coletivo e individual, que visem prevenir ou controlar a referida enfermidade.

Para o desenvolvimento dessas ações, antes de tudo é preciso entender que a obesidade, além de uma doença complexa com múltiplos nexos causais, também é um fator desencadeador para outros agravos à saúde, atingindo integralmente a pessoa acometida, em seus aspectos biológico, psicológico e social. Estudos demonstram a maior chance de morbimortalidade entre indivíduos com obesidade quando comparados a pessoas com peso adequado, além disso, existe uma grande predisposição desses sujeitos ao acometimento por depressão e ansiedade (2,3).

Ao observar o problema sob o prisma da saúde pública, tem-se recomendado que a assistência em saúde prestada à pessoa com obesidade esteja bem

articulada dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seja pautada, sobretudo, no atendimento integral e humanizado (4). Desse modo, a implementação de uma Linha de Cuidado para o Sobrepeso e Obesidade (LCSO), é fundamental para organização e execução de ações que tratam acerca do combate e controle da obesidade, conforme recomenda o Ministério da Saúde (MS)(4).

Contudo, a execução das ações da LCSO necessita de comprometimento por parte de gestores e profissionais, além de estímulos governamentais. Ao analisar os percalços para o cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, estudos direcionam a problemática da não adesão da referida linha de cuidado em muitos estados e municípios do Brasil (5,6).

Nessa seara, tem-se o surgimento do projeto FortaleceRAS conduzido pelo Hcor no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). Este visa fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em duas regiões de saúde do nordeste do Brasil, sendo uma delas no estado do Rio Grande do Norte (RN), por meio da implantação de cinco linhas de cuidado voltadas para as doenças crônicas não transmissíveis, no qual faz parte a obesidade.

OBJETIVO

Relatar a experiência de tutores do projeto FortaleceRAS, acerca da qualificação de um fluxo assistencial para a LCSO do município de Extremoz/RN, e suas contribuições para otimizar o processo de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com características qualitativas e recorte temporal transversal. O presente relato descreve a experiência vivenciada por tutores através do projeto FortaleceRAS, realizado no município de Extremoz, que faz parte da região metropolitana de Natal, a capital do estado, e que possui uma área territorial de 140,639 km², contando com uma população de, aproximadamente, 29 mil habitantes (7).

O referido projeto é idealizado e aplicado pelo Hcor via PROADI-SUS. O projeto segue os cinco





passos para implementação das Linhas de Cuidado, segundo o Ministério da Saúde, que são: análise situacional, definição de ações estratégicas, organização da equipe, implementação de melhorias e monitoramento e ajustes (8).

Para melhor andamento das fases de implementação do projeto e suas linhas de cuidado, o município de Extremoz/RN conta com uma equipe de apoio formada por três tutores locais, com formação em enfermagem e pós-graduação *stricto sensu* na área de enfermagem e saúde coletiva e uma articuladora regional com formação em fonoaudiologia e pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva. Os tutores locais atuam de forma direta, *in loco*, nas zonas urbana e rural, juntos aos profissionais e serviços de saúde que fazem parte da RAS do município, em todos os níveis de atenção à saúde, apoiando a implementação das ações do plano de intervenção produzido pela equipe Hcor, identificando as necessidades sociais e de saúde, produzindo oficinas de educação permanente em saúde, acompanhando e monitorando os serviços em todas as etapas de desenvolvimento e implementação das linhas de cuidado.

CONTEXTUALIZAÇÃO E RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O RN é a 16ª unidade da federação brasileira mais populosa e a décima mais povoada, com uma população de 3.168.027 habitantes, distribuídos em 167 municípios que ocupam uma área de 52.810,699 km² (9).

A respeito da gestão em saúde, o estado conforma-se em sete Regiões de Saúde e uma Região Metropolitana, estruturadas e nomeadas como Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP). Estas unidades são responsáveis por supervisionar, coordenar e assessorar as políticas e os serviços pertencentes à Secretaria de Saúde Pública do Estado, abrangendo os municípios e jurisdições.

Para consolidação e implementação LCSO, torna-se necessário a construção dos fluxos assistenciais que considere os diferentes níveis de atenção e demonstre o percurso ideal do usuário (4) referente à linha específica, tendo em vista que os fluxos são imprescindíveis para produção da assistência à saúde individual e coletiva e contribuem de forma positiva com o processo

administrativo-organizacional da Rede de Atenção à Saúde.

Assim, o projeto FortaleceRAS foi iniciado junto aos tutores (a) no mês de setembro de 2022, capacitando os tutores da VII Região de Saúde do Rio Grande do Norte sobre o plano de intervenção proposto pelo projeto para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e implementação de Linhas de Cuidados específicas evidenciadas pela equipe Hcor juntamente com o Ministério da Saúde.

Com a conclusão do período de treinamento, os tutores iniciaram as atividades presenciais nos serviços de saúde do município em questão, de forma que os profissionais lotados nesses serviços passaram por capacitações que trataram acerca do projeto FortaleRAS, as questões relacionadas à identificação de indicadores em saúde, coleta de dados e monitoramento dos dados e essencialmente sobre Linha de cuidado em geral e RAS, sendo esses temas distribuídos em quatro módulos distintos. Após essas capacitações, iniciou-se o processo de implementação das Linhas de Cuidado, sendo a primeira, a LCSO.

O planejamento para a qualificação do fluxo assistencial da LCSO se deu em três etapas, cada uma executada por meio de uma reunião virtual. Na primeira etapa estavam presentes os tutores, articuladora local do projeto FortaleceRAS e os gestores do município, sendo esses últimos, responsáveis pela apresentação do fluxo vigente no município de atendimento à pessoa com sobrepeso e obesidade. Na oportunidade, também, foram sanadas dúvidas dos tutores, apresentados os dispositivos e recursos disponíveis no município para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade. A segunda etapa ocorreu entre os tutores e a coordenação local do projeto, com intuito de discutir aspectos relativos à organização do fluxo de atendimento do público com sobrepeso e obesidade no município e fazer possíveis ajustes conforme os dados fornecidos pelos gestores e a experiência dos tutores junto aos serviços de saúde. Foram feitas alterações, principalmente, na parte visual, tornando-o mais compreensível e de acordo com a literatura vigente. Em sequência, após os ajustes foi encaminhado o produto final para a gestão municipal que aprovou o instrumento.

Para a terceira etapa foram convocados além dos participantes anteriores, os profissionais da atenção



primária em saúde, da atenção especializada e da alta complexidade, do município para apresentação do

novo fluxo assistencial e sugestões para melhoria do instrumento. O fluxo geral ficou da seguinte forma:

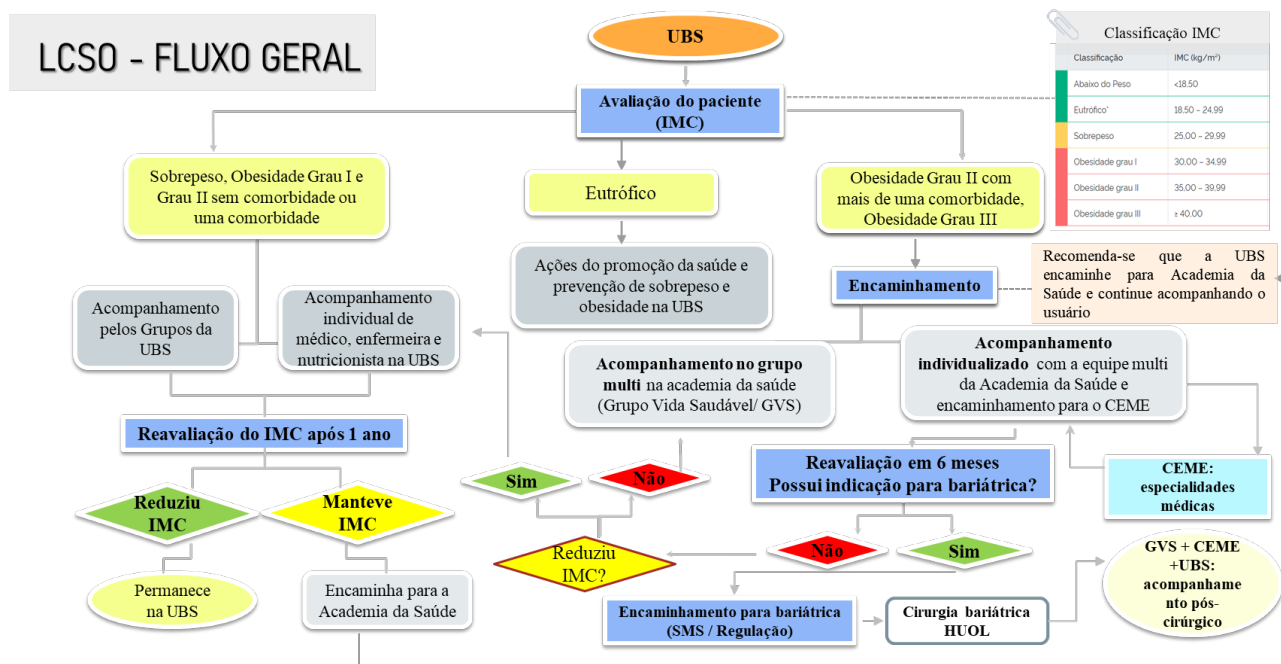


Figura 01 - Fluxograma geral da LCSO do município de Extremoz, Natal/RN, 2023. Elaboração Própria

Após explanação do fluxo de forma geral a todas as equipes de saúde, para possíveis sugestões e aprimoramento, cada tutor ficou responsável por apresentar de forma presencial e individual, a cada serviço de saúde do município participante do projeto, o referido fluxo, alinhado diretamente com as equipes multiprofissionais, cada passo que o paciente deve percorrer dentro da rede de atenção a partir do caminho delineado pela secretaria municipal e em parceria com o projeto FortaleceRAS.

ANÁLISE CRÍTICA

O arranjo da LCSO requer a criação de espaços de discussão acerca da temática por parte dos profissionais e gestores, além disso, demanda da instauração de processos formativos na área, com finalidade de capacitar os trabalhadores da saúde e consequentemente melhorar o atendimento prestado ao público com sobrepeso e obesidade (10).

Dessa forma, a presença de tutores com intuito de capacitar os profissionais nos serviços acerca do sobrepeso e da obesidade, aliada a aproximação que o projeto proporcionou entre profissionais e gestores

foi importante para reestruturar a LCSO no município, culminando na criação do fluxograma.

Além disso, pode-se perceber por parte dos profissionais de saúde, a construção de um processo de acreditação do potencial da RAS, dos profissionais e do próprio serviço. Os tutores, trabalharam inicialmente, durante os primeiros quatro módulos os conhecimentos básicos, mas também o fortalecimento da resiliência institucional, *a priori*, perdida.

Em todas as aproximações com os serviços além dos conteúdos, eram propostas atividades dinâmicas e lúdicas as quais fizessem com que os profissionais pudessem expor as dificuldades, mas também pensar sobre as potencialidades do serviço e como cada profissional tem importância ímpar no processo de implementação da LCSO, do novo olhar para o usuário com sobrepeso e obesidade. A partir da qualificação do fluxo, observou-se de forma mais clara, o manejo clínico ao paciente com sobrepeso e obesidade, os serviços dispostos em toda RAS e as possíveis e inúmeras possibilidades de cuidado que vão além da clínica feita em consultório.

Os profissionais puderam traçar estratégias de identificação desses usuários com sobrepeso e



obesidade, novas formas de registro, como por exemplo livro de ata com informações específicas (identificação do paciente, peso, altura, Índice de Massa Corporal, comorbidades) e a implementação da caderneta da pessoa com sobrepeso e obesidade, como também a idealização de grupos de cuidado coletivos que atendam às necessidades de saúde desses públicos.

Evidencia-se como benefícios a qualificação do fluxo assistencial de sobrepeso e obesidade, o favorecimento do processo de integralidade, a diminuição da sobrecarga de determinados serviços de saúde, até a melhoria na assistência e no direcionamento de pacientes com sobrepeso e obesidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização da LCSO foi uma experiência exitosa, mediada através da inserção de tutores do projeto FortaleceRAS nos serviços de saúde do município em questão, sendo a qualificação do fluxo parte fundamental para implementação efetiva dessa linha de cuidado. Percebeu-se que a apresentação do fluxo de atendimento à pessoa com obesidade em todos os serviços do município serviu para aprimorar o cuidado e processo de trabalho dos profissionais que muitas vezes tinham dúvidas quanto ao funcionamento da LCSO e dos possíveis direcionamentos do paciente na RAS. Sobretudo, o fluxo favoreceu a integralidade e a longitudinalidade no processo de cuidado, tão importantes dentro do SUS.





REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Obesity. Geneva: OMS, 2020.

Min Y, Gao Y, Anugu P, Anugu A, Correa A. Obesity and overall mortality: findings from the Jackson Heart Study. BMC Public Health. [internet]; 2021 [cited 2023 mar 20]; 21(50):10. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-10040-9>.

Fulton S, Décare-Spain L, Fioramnti X; Guiardi B.; Nakajima S. The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. Trends Endocrinol Metab. [internet]; 2022 [cited 2023 mar 20]; 33(1):18-35. Available from: <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S1043-2760%2821%2900241-1>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Manual Instrutivo – Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Silva EMS. Proposta de intervenção educativa a partir da análise das dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos profissionais atuantes na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no município de Cachoeira do Sul/RS. Dissertação (Mestrado em Ensino da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre- RS, 2020. 117f.

Ramos RA. Avaliação da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade nos três níveis de atenção à saúde em municípios paraibanos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, 2021. 103f.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Pesquisas de Informações básicas Municipais: Perfil dos Municípios Brasileiros, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Pesquisas de Informações básicas Municipais: Perfil dos Municípios Brasileiros, 2021.

Marins VVBA. Condições institucionais para implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção básica no município de Niterói. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro – RJ, 2020, 113f.



A Educação Permanente em Saúde como Ferramenta Otimizadora do Processo de Trabalho: Relato de Experiência

Permanent Health Education as an Optimizing Tool for Work Process: Experience Report

Pedro Bezerra Xavier¹; Anny Rafaella Lima dos Santos²; Maria Aline da Silva Ribeiro³; Deborah Zuleide de Farias Melo⁴

AGRADECIMENTO

A Dra. Jeane Roza Quintans, Especialista de Projetos, do Instituto de Ensino do Hcor pelo paciente trabalho de revisão da redação.

RESUMO

Introdução: A educação permanente em saúde destaca-se pela valorização do processo de trabalho como fonte de conhecimento e mudanças de prática.

Objetivo: Evidenciar as experiências vivenciadas pelos tutores do projeto FortaleceRAS. O projeto visa fortalecer as Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio à implementação das linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. **Desenvolvimento:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado entre outubro de 2022 a março de 2023. Desse modo, apresenta a perspectiva dos tutores do projeto inseridos nos serviços de saúde de um município da Região Metropolitana do Rio Grande do Norte, os quais atuam por meio da educação permanente. **Conclusão:** O projeto FortaleceRAS favoreceu o desenvolvimento das práticas colaborativas em saúde por meio do fortalecimento da rede na implementação das cinco linhas de cuidado.

Palavras-chave: Educação Permanente; Rede de Atenção à Saúde e Processo de Trabalho; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Continuing education in health stands out for its valorization of the work process as a source of knowledge and changes in practice. **Objective:** This study aims to highlight the experiences lived by the tutors of the FortaleceRAS project. The project aims to strengthen the Health Care Networks by supporting the implementation of lines of care for overweight and obesity, type 2 diabetes mellitus, hypertension, stroke, and acute myocardial infarction. **Development:** This is a descriptive study of qualitative nature, of experience report type, carried out between October 2022 and March 2023. Thus, it presents the perspective of the project's tutors inserted in the health services of a city in the metropolitan region of Rio Grande do Norte, who work through continuing education. **Conclusion:** The FortaleceRAS project favored the development of collaborative health practices by strengthening the network in the implementation of the five lines of care.

Keywords: Permanent Education; Health Care Network and Work Process; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) são utilizadas estratégias multidimensionais, dentre elas, as políticas de formação e reorientação profissional que, historicamente, buscam contornar os obstáculos que impedem o bom funcionamento do sistema de acordo com seus princípios (1).

1 Graduado em Enfermagem(UFCG), Mestre em Saúde Coletiva(UFRN/FACISA), Tutor do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

2 Bacharel em Enfermagem(UNI/RN), Especialista em Saúde da Mulher e Obstetrícia(CENPEX), Tutora do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

3 Graduada em Saúde Coletiva(UFRN), Especialista em Redes de Atenção à Saúde(FIOCRUZ), Tutora do projeto FortaleceRAS Instituto de Ensino Hcor.

4 Graduação em Fonoaudiologia(UFPB), Mestra em Saúde Coletiva(UFRN)Doutoranda em Saúde Pública(USP), Articuladora Regional do Projeto Fortaleceras Instituto de Ensino Hcor.



A educação permanente em saúde (EPS) destaca-se nesse movimento, pois se caracteriza pela valorização da força de trabalho como fonte de conhecimento resultante do processo de aprendizagem e de um conjunto de ações educativas. Esta estratégia foi projetada para integrar trabalhadores e processos de trabalho em equipes internas, tendo em vista que o processo formativo deve ser desenvolvido de forma permanente e dinâmica, privilegiando-se os espaços coletivos de reflexão e avaliação do trabalho cotidiano (2).

Para tal, os percursos de aprendizagem devem ser constantes, ou seja, permanentes e integrados nos serviços e na sociedade para melhorar o fluxo de trabalho e o processo assistencial das equipes. Para tanto, foi elaborada, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que se tornou a estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de complexidade (3).

Conhecer e discutir o processo de trabalho em equipe é um processo essencial para orientar as condutas de saúde implementadas pela equipe. Quanto ao processo em si, alguns dos primeiros estudiosos a iniciar pesquisas sobre os processos de trabalho e seus referenciais teóricos na medicina, emergiram dentro do movimento da reforma sanitária no Brasil (4).

Em geral, o movimento global para mudar a lógica de ação e educação em saúde tem concentrado seus esforços no fortalecimento dos sistemas de saúde, em particular, na mudança do modelo de atenção dominante e/ou centrado no paciente, nas mulheres, famílias, comunidades e territórios. A EPS promove práticas que levam às mudanças necessárias para alcançar o acesso universal aos cuidados, assim como fortalecem as práticas que favorecem os cuidados de saúde de qualidade (5).

Portanto, o alvo do processo de trabalho não são apenas as construções biológicas, mas também as construções sociais e políticas. Nesse contexto, cita-se a prática de enfermagem, que evoluiu em resposta às necessidades da sociedade, e as ferramentas de trabalho em saúde tornaram-se um meio de geração e gestão de conhecimento na organização e gestão das práticas sistêmicas de saúde na vida cotidiana (3).

A literatura ressalta que a falta de fluxos de trabalho, a partir da sua problematização, dificultou a

transição do cuidado, demonstrando problemas crônicos por falta de condições e/ou cultura relacionada às práticas de educação física. Portanto, a EPS é uma estratégia essencial na prática assistencial e, além de facilitar a reconfiguração da dinâmica funcional das equipes de saúde, também pode facilitar a resolução de situações-problema em um quadro político deliberativo (6).

Portanto, é absolutamente necessário falar sobre educação permanente em saúde, integrá-la ao processo de trabalho em saúde e sua abordagem estratégica como ferramenta de planejamento e direcionamento das ações coletivas, além de conhecer os problemas e necessidades de saúde levantados pela população. Portanto, este estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelos tutores do projeto FortaleceRAS no processo de Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

DESENVOLVIMENTO

Este é um estudo com abordagem descritiva de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado entre os meses de Outubro de 2022 e Março de 2023. O relato de experiência diz respeito ao domínio social, trazendo à tona as experiências e percepções humanas acerca de uma realidade experienciada, contendo as impressões que são conjecturadas. Este tipo de estudo é importante para relatar uma vivência que resultou em novas reflexões acerca de um acontecimento em específico (7).

As vivências aqui trazidas dizem respeito ao trabalho executado pelos profissionais, que atuam na condição de tutores do projeto FortaleceRAS, desenvolvido a partir da parceria entre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) o Ministério da Saúde e o Hcor. O projeto tem como objetivo principal o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio à implementação das linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

As atividades desenvolvidas pelos tutores dizem respeito ao desenvolvimento de capacitações, que são





realizadas no território, com as equipes de saúde, das diversas complexidades. Os tutores, além de cumprirem esta tarefa, acompanham e monitoram a coleta de dados relativos às linhas de cuidados, que é realizada pelos profissionais e auxiliada pelo tutor (a).

Para tanto, inicialmente foram realizadas as apresentações de módulos introdutórios, que trazem à tona as atualizações do Ministério da Saúde acerca das cinco linhas de cuidados, assim como quesitos relativos ao projeto.

O caminho metodológico adotado neste estudo é baseado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (8), a partir da aplicação da sistematização dinâmica no processo de elencar e esmiuçar um fenômeno relacionado às produções de natureza social, que dizem respeito ao processo de saúde-doença⁸. Esta teoria foi utilizada com base na premissa de que a captação da realidade está imersa na necessidade de elucidar conhecimento acerca desta realidade. Isto, a partir de uma aproximação, não apenas de conhecimento total desta realidade, visto que o contexto evidenciado é totalmente dinâmico e, por isso, há a constante necessidade de ser revisado (8).

A percepção e o conhecimento da realidade possibilitam ao pesquisador/observador, em cada fase da pesquisa, a definir o que é essencial para aquele momento, consubstanciando as ações presentes, e ao mesmo tempo incitando a demanda por aprofundamento posterior daquela realidade de observação.

Para tanto, a TIPESC almeja aproximar a prática de educação permanente em saúde com os serviços de saúde, fortalecendo as ações da rede de atenção à saúde e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

O projeto FortaleceRAS

O projeto FortaleceRAS está inserido no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), conduzido pela Associação Beneficente Síria (Hcor) em colaboração com o Ministério da Saúde e com o apoio do Conselho Nacional de Ministros da Saúde (CONASS), e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

O FortaleceRAS tem o objetivo de fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do apoio a implementação das linhas de cuidados de Sobrepeso e Obesidade (LCSO), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), em duas regiões de saúde, localizada nos estados da Paraíba e no Rio Grande do Norte.

A referida continuidade assistencial foi iniciada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para regular e ampliar o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse contexto, o projeto visa atuar no apoio à integração de procedimentos e serviços de saúde que promovam atenção contínua, determinada e integral aos usuários.

No Rio Grande do Norte, o FortaleceRAS atua na Sétima Unidade Regional de Saúde Pública, localizado na região metropolitana do Estado, que engloba os municípios de Extremoz, Macaíba, Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante. Além dos municípios anteriores, o projeto também conta com o apoio da Secretaria de Saúde Pública do Estado (SESAP) e da Sétima Unidade Regional de Saúde Pública do RN (VII URSAP).

Na organização do projeto, houve uma distribuição de tutores por município a partir do número de serviços contemplados pelo FortaleceRAS. Dentre os 21 tutores do projeto, três foram designados para acompanhar o município de Macaíba. O projeto contemplou 30 serviços de saúde do município distribuídos nos três níveis de atenção, o critério para a inserção do serviço é ofertar atendimento em alguma das cinco linhas supracitadas.

Nesse caso, a sistematização da experiência parte das vivências e percepções dos tutores (a) inseridos no município de Macaíba.

Rede de Atenção à Saúde no município de Macaíba

Macaíba situa-se na Região Metropolitana de Natal (RMN), segundo a lei Nº152 de 16 de janeiro de 1997 e na 7ª Região de Saúde segundo Plano Diretor de Regionalização, a 28,5 km da capital do Estado. Apresenta uma superfície territorial de 510.092 km² e limita-se ao norte com as cidades de São Gonçalo do





Amarante e Ielmo Marinha; Boa Saúde, Vera Cruz e São José de Mipibu a sul; Natal e Parnamirim a leste e, a oeste, Bom Jesus, São Pedro e novamente Ielmo Marinho (12).

Sendo em sua maior extensão física rural configurando tipologias de imóveis como fazendas, sítios, chácaras, povoados rurais, assentamentos e Terra quilombola. Seus espaços rurais e urbanos estão integrados e articulados e vem passando por alterações significativas em consequência das novas dinâmicas econômicas e territoriais (12).

O município de Macaíba é o quinto mais populoso do Rio Grande do Norte, com população estimada para 2021 de 82.828 habitantes (IBGE) e densidade demográfica de 136,00 hab/km² (12).

A pirâmide populacional de Macaíba demonstra a concentração de adultos na faixa etária entre 10 e 44 anos de idade. As pessoas com mais de 60 anos de idade já representam em média 15% da população (11), ampliando a demanda por ações de cuidado relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A atenção primária é o centro de comunicação principal da rede de atenção à saúde com o sistema como um todo. A atenção primária tem papel fundamental na estruturação e organização das redes de atenção à saúde, por sua proximidade com os indivíduos e identificação das necessidades de saúde da população no território. Ela deve ser a porta de entrada e centro das relações horizontais da rede, sendo a base dos fluxos e contrafluxos do sistema de saúde, e de modo a garantir o compartilhamento de objetivos, a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários.

A rede básica do município de Macaíba atualmente é composta por 24 Unidades Básicas de Saúde, compostas por 24 Equipes de Estratégia de Saúde da Família e 24 equipes de saúde bucal; três equipes Multiprofissionais Tipo I, antigo Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); um Centro de Especialidades Odontológicas e um Pronto Socorro Odontológico. A cobertura da Atenção Primária supera a meta de 100% pactuada com o Ministério da Saúde.

Aspectos Éticos

Por se tratar de um relato de experiência, não houve a necessidade de aprovação por parte do Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP). Entretanto, as instituições envolvidas e os profissionais foram devidamente resguardados em sua individualidade, respeitando o sigilo e a imparcialidade.

ANÁLISE CRÍTICA

No que concerne a experiência vivenciada, faz-se extremamente necessária a elucidação dos detalhes acerca do projeto FortaleceRAS, suas características principais e objetivos, a evidenciação da realidade prática do município de Macaíba/RN, local de lotação dos tutores deste estudo, assim como também, os detalhes inerentes às linhas de cuidado na região de saúde em que o projeto é atuante.

Linhas de Cuidado na 7ª região de saúde

Segundo o Ministério da Saúde (9), para estabelecer as Linhas de Cuidado, é preciso entender os principais pontos da rede. Entre os principais destaques apontados, a RAS caracteriza-se por superar a fragmentação dos serviços, programas, processos e práticas clínicas, considerando que estas fragilidades desencadeiam de forma negativa na integralidade do cuidado.

No que diz respeito às redes de atenção aos pacientes crônicos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um importante grupo de problemas de saúde com maior representatividade em termos de mortalidade, morbidade assistencial e custos para o sistema público nacional. O aumento da morbimortalidade com DCNT decorre de fatores como classe social, raça, gênero, urbanização, acesso à saúde e instrumentos de diagnóstico e mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas. Entre a população, as doenças não transmissíveis são mais comuns na população negra, principalmente hipertensão e diabetes (10).

Na 7ª Região de Saúde, o aumento da população hipertensa é um ponto de destaque pois o crescimento tem sido proporcionalmente acentuado (0,2% da população em 2018 para 4,4% da população em maio de 2021). A Mortalidade relativa para as Doenças Crônicas associadas às Linhas de Cuidado deste projeto (DCNT) têm se mantido próximas de 20% dos óbitos na Região de Saúde entre 2010 e 2019. A taxa de





mortalidade relativa prematura ficou um pouco acima, em 23,6% dos óbitos em 2019.

A cobertura anual da Atenção Básica na Região Metropolitana está em 69,7%, abaixo da média nacional (85,5%), e pode ser um ponto difícil para a organização da linha de cuidado, pois depende de uma boa cobertura na atenção primária. No contexto deste desafio, é essencial um plano de intervenção, que se propõe a acompanhar a organização e implementação da LC, e colocar em prática a intervenção. Assim, entende-se que os programas de saúde são estruturados para responder de forma realista às necessidades dos processos de trabalho, mudanças nos cenários epidemiológicos, condições de vida e necessidades da população (11).

Atenção Primária à Saúde

Durante o segundo semestre de 2022, foram realizadas através do Projeto FortaleceRAS, as visitas periódicas aos diversos serviços no município de Macaíba/RN, que faz parte da região metropolitana de Natal, capital do município do Rio Grande do Norte.

Iniciou-se o reconhecimento do território fazendo agendamentos prévios com os serviços para realização das primeiras visitas às unidades de saúde. Observamos que as unidades estão divididas em zona urbana e zona rural. Encontramos o primeiro desafio quando são feitas as visitas à zona rural que estão dentro da região com maior extensão territorial da 7ª Região de Saúde.

O território em Macaíba é muito diversificado em termos de distanciamento. Como exemplo, temos o povoado de Capoeiras, que é uma comunidade quilombola e está localizada na área rural de Macaíba, há mais ou menos 65 km de Natal. Podemos ainda citar outra região que faz parte dessa extensão territorial. O bairro de Bela Vista se encontra em uma localidade situada na divisa entre o município de Macaíba e Parnamirim, ambos pertencendo a grande região metropolitana de Natal. Devido a grande dificuldade para chegarmos a essas regiões foi proposto um acordo com a secretaria do município de Macaíba para termos um auxílio ao deslocamento até as unidades de zona rural.

Destacou-se de forma exitosa, com as visitas às unidades de zona rural, um ótimo acolhimento ao projeto FortaleceRAS. As temáticas desenvolvidas nos módulos iniciais foram abraçadas por toda a equipe profissional do serviço, havendo sempre participação ativa dos profissionais entendendo a importância e real necessidade da implementação das cinco linhas de cuidado na assistência à população e de como essas ações podem melhorar o fluxo do atendimento dentro do SUS.

Durante nossas visitas à ESF, por exemplo, sempre houve presença assídua de toda a equipe, composta por médica, enfermeira, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentista e técnico de saúde bucal. Ao iniciarmos as linhas temáticas de cuidado tivemos vários momentos de reflexão coletiva sobre como a equipe da estratégia da saúde da família vem encarando as ações de promoção à saúde da comunidade.

Observou-se que após o fenômeno da pandemia, as atividades coletivas voltadas para promoção e prevenção à saúde estavam suspensas ou inativas. Assim, foi trazida à tona a reflexão sobre o papel da Atenção Primária à Saúde e a importância do incentivo às práticas educativas para a população.

Os grupos de Hipertensão, Macaíba na Medida5, roda de gestantes e de saúde mental ainda encontram-se inativos na maioria das unidades de atenção primária. Em relação aos grupos, os tutores do projeto observaram algumas experiências exitosas nos serviços, às equipes da ESF que por meio do incentivo das capacitações na linha de Sobrepeso e Obesidade, o grupo de caminhada e atividade física retornaram com apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Por último, não menos importante, foi realizada a aproximação com a equipe multiprofissional, designada como equipe do NASF. Esta equipe conta com os profissionais da Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Assistência Social e Educação Física, sendo a equipe responsável pelo apoio matricial às Unidades Básicas de Saúde. Esta equipe possui um engajamento entre os seus membros, como também com os serviços da rede, o que favoreceu a discussão sobre Redes de Atenção à Saúde, assim como para a construção de novas perspectivas sobre o papel que cada um desempenha no cuidado com o usuário.

5 Macaíba na Medida são grupos conduzidos pelas unidades de saúde para usuários que buscam práticas saudáveis e atividades físicas no município de Macaíba.



Serviço Especializado

Inicialmente, os tutores foram designados para trabalhar a Educação Permanente em Saúde com os profissionais da assistência especializada em concomitância com os demais serviços. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi um dos serviços contemplados, no qual foi realizada a aproximação inicial com os gestores do serviço para apresentação do projeto.

Os profissionais do SAMU trabalham sob regime de plantão, sendo este um fator que dificultou a realização das atividades com todos os membros da equipe. Para tanto, foram designadas duas pessoas que fazem parte do Núcleo de Educação Permanente (NEP) (13), para acompanharem as capacitações presenciais e serem os multiplicadores para os demais membros da equipe. As experiências são exitosas, considerando que os profissionais deste serviço realizam constantemente a discussão sobre processo de trabalho e capacitações técnicas, havendo assim maior adesão às atividades e uma construção coletiva mais assertiva e dialógica.

Por conseguinte, um dos serviços designados pelo projeto foi a Policlínica do município de Macaíba, que conta com a oferta de diversas especialidades e atendimentos específicos para a população. Foi realizada a primeira visita para apresentação do projeto para a equipe, bem como realizado os módulos iniciais da capacitação e familiarização com o projeto. Foi realizada uma rodada de apresentações com os membros da equipe, com a finalidade de melhorar os vínculos entre serviço, tutor e projeto, sendo este um espaço de partilha de conhecimentos, discussão sobre processo de trabalho em saúde e aproximação com os objetivos do projeto.

Outro serviço designado pelo projeto foi o pronto atendimento em urgência e emergência, que foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Macaíba/RN. Foi realizada a apresentação do projeto, seguida dos módulos podemos verificar uma adesão inicialmente lenta, devido a compreensão do próprio serviço ao projeto. Já no início do ano de 2023 com a aplicação dos módulos que trabalham as fichas de referência e contrarreferência e o instrumento de estratificação de risco (escala de Framingham).

Identificou-se que a UPA já trabalha com o protocolo Sprint (manual prático de atendimento ao paciente

com Infarto Agudo do Miocárdio) já estabelecido e implementado pelo serviço dentro das demandas do município. Em relação a coleta de dados, houve recentemente um treinamento específico para os coletores entenderem quais os dados entrarão na coleta. Foi designado que a responsável pela epidemiologia fosse a pessoa responsável pela coleta de dados.

De forma geral, a primeira observação foi que os profissionais da atenção especializada não conhecem os profissionais que realizaram os encaminhamentos, geralmente, da atenção primária em saúde (APS) e não têm acesso aos prontuários contendo registros de atendimentos anteriores.

Esta observação nos deu a compreensão de que a comunicação entre a atenção primária e a especializada é fragilizada. Não foi observado diálogo entre os níveis de atenção e nem relatado a contrarreferência, pelo contrário, na verdade existiu uma demanda das equipes de atenção básica pela contrarreferência dos serviços da atenção especializada e a sinalização de que a fragilidade dessa comunicação sobrecarrega a APS que tende a desenvolver uma relação de cuidado solitária.

Atenção Hospitalar

No município de Macaíba, existe apenas um serviço de complexidade hospitalar, sendo este um hospital geral de urgência/emergência e maternidade, que presta assistência à população de cinco municípios da região agreste.

O hospital oferece serviços em clínica obstétrica e médica. Atualmente, temos 51 leitos cadastrados no CNES, dos quais 5 são de cirurgia geral, 20 de clínica médica; 4 de saúde mental; 20 de obstetria e 2 pediátricos clínicos. O hospital realiza uma média de 150 internamentos mensais, entre clínica médica e clínica obstétrica. Esta última ainda apresenta média de 300 atendimentos de urgência e 100 partos mensais (12).

O aumento na quantidade de cirurgias eletivas foi uma das mudanças que aprimoraram o acolhimento. Além disso, são disponibilizados dois leitos de clínica médica para que pacientes internados no Hospital da capital do RN, que moram próximo ao Hospital do município, sejam transferidos. Existe ainda o Sistema de Acolhimento de Risco, em que o paciente com problema mais grave tem prioridade no atendimento.



Para realização das atividades neste serviço, inicialmente, foi realizada a visita para apresentação do projeto, sensibilização dos gestores e reconhecimento do espaço do serviço. Os tutores foram recebidos e acolhidos pelos gestores, para os quais apresentou-se os principais objetivos do projeto, bem como o cronograma de atividades. Foi realizada a pactuação das datas para realização dos módulos de capacitação e apresentação do projeto para os profissionais, sendo realizada a sensibilização dos mesmos para que estes dialoguem com os profissionais sobre a importância da participação nas capacitações e nas atividades propostas pela equipe do Hcor.

Posteriormente, foi realizada a apresentação dos módulos iniciais para a equipe de profissionais do hospital, assim como também para os diretores do hospital. Foram pactuadas as datas para realização dos demais módulos, assim como, alguns outros encontros que dizem respeito ao projeto. Inicialmente, tivemos a participação de alguns profissionais da equipe, dos setores de obstetrícia, UTI e setor de internação.

Em sua maioria, houve participação da equipe de enfermagem, trazendo à tona a reflexão sobre a necessidade de abranger de maneira mais efetiva os demais membros da equipe (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc). Este espaço de discussão coletiva favoreceu a construção do raciocínio crítico e reflexivo acerca das práticas de saúde, assim como, também no que tange ao processo de trabalho em saúde e como ele acontece. Observou-se dos profissionais que estes realizam suas ações de maneira muito isolada, sendo este um dos principais desafios para a realização das atividades propostas pelo projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para tanto, o projeto FortaleceRAS favoreceu o desenvolvimento das práticas colaborativas em saúde, realizadas entre os profissionais, por meio do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde na implementação das cinco linhas de cuidado. A metodologia adotada e realizada pelos tutores, é uma ferramenta de grande valia para fundamentar o processo de ensino e aprendizagem, proposto pelo projeto, em que há uma construção coletiva do conhecimento, tendo o profissional como principal sujeito dentro deste processo, onde se resgatam

os conceitos preexistentes, que se traduzem na discussão do processo de trabalho como um todo.

Destaca-se, assim, o trabalho primordial dos tutores para o desenvolvimento deste projeto, considerando que estes estão lidando diretamente com as equipes e com as diversas realidades do território, sendo este uma peça fundamental para a consolidação das práticas de Educação Permanente em Saúde para além do projeto. Para tanto, a atuação deste agente é destacada neste estudo, com o intuito de enaltecer as práticas em Educação Permanente como ferramentas fundamentais a serem adotadas pelos serviços na organização do processo de trabalho em equipe.

Este estudo buscou trazer à tona a percepção dos profissionais tutores que foram responsáveis por conduzir o processo de implementação do projeto nas unidades de saúde, acerca das experiências e observações da realidade prática das equipes, havendo assim algumas limitações, que dizem respeito às percepções diferentes sobre o mesmo serviço, ideias muito particulares sobre a observação do contexto e falhas que dizem respeito às limitações humanas, como esquecimento de detalhes e as limitações intelectuais.

Espera-se que este trabalho contribua para a disseminação do conhecimento científico, assim como, também ratifica a necessidade de novos estudos desta natureza, evidenciando também a crescente demanda pelo desenvolvimento de maiores projetos que trazem como proposta a Educação Permanente em Saúde, compreendendo que esta ferramenta é de suma importância para consolidar as práticas em saúde para melhoria da qualidade da assistência.

Por fim, destaca-se que, para a elucidação e publicação deste manuscrito, não há conflitos de interesse entre os autores, havendo assim igual contribuição de todas as partes envolvidas.





REFERÊNCIAS

Kodjaoglanian VL, Magalhães PM. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul. *Saúde debate* [Internet]. 2019 [citado em 02 Jan 2023];43:127-133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XV8ddf6df7LT9j94pGHMnFL/?format=pdf&lang=pt>.

Silva AL, Santos JS. A Potencialidade da Educação Permanente em Saúde na Gestão da Atenção Básica em Saúde. *Saúde em Redes* [Internet]. 2021 [citado 14 Jan 2023];7(2):53-66. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3135>.

Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2020 [Citado 14 Jan 2023];25:4185-195. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/?format=pdf&lang=pt>.

Mesquita LM, Valente GSC, Soeiro RL, Cortez EA, Lobo BMIS, Xavier SCM. Estratégias de educação permanente na avaliação das equipes de saúde da família: uma revisão sistemática. *Rev. bras. educ. med.* 2020;44(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7k3GXRx4qPTrCCftY8FkKvj/?format=pdf&lang=pt>.

Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*; 2021 [Citado 20 Fev 2023]; 55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?format=pdf&lang=pt>.

Bezerra TV, Dias IKR. Satisfação da Enfermagem da Atenção Primária à Saúde com a Educação Permanente. *Rev. baiana saúde pública* [Internet]; 2022 [Citado 29 Jan 2023]; 46(2): 104-121. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3627/3103>.

Lopes MVO. Sobre Estudos De Casos E Relatos De Experiências Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4019>

Egry EY, Fonseca RMGS da, Oliveira MA de C, Bertolozzi MR. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. *Rev Bras Enferm* [Internet]; 2018 (71):710-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677>

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo – Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.





Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]; 2021, 118p. Brasília.

Furtado JP, Campos GW de S, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cadernos de Saúde Pública [Internet]; 2018 [Citado 14 Dez 2022](34):e00087917. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BBqjwR8cvsvVKVNBBy9BfKtp/?format=pdf&lang=pt>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Banco de dados sobre as cidades Brasília: IBGE; 2010.

Fragoso CM, Queme FDS, Peterlini OLG. Estruturação de um núcleo de educação permanente. Revista de Saúde Pública do Paraná; 2019 (2):54-61. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/231/62>.



ISSN 2965-0518

