FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADENILSON OLIVEIRA GOMES

SEPSE NEONATAL PRECOCE: INCIDÊNCIA E FATORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Porto Velho-RO
2021

ADENILSON OLIVEIRA GOMES

SEPSE NEONATAL PRECOCE: INCIDÊNCIA E FATORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde da Família, modalidade Profissional, do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis

Orientadora: Prof.ª Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira

Porto Velho-RO
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

G633s Gomes, Adenilson Oliveira.

Sepse neonatal precoce: incidência e fatores relacionados à assistência na atenção primária à saúde / Adenilson Oliveira Gomes. -- Porto Velho, RO, 2021.

75 f. : il.

Orientador(a): Prof.ª Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Sepse Neonatal. 2.Serviços de Saúde Materna. 3.Atenção Primária à Saúde. I. Pereira, Priscilla Perez da Silva. II. Título.

CDU 618.5/7

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça CRB 11/905

ADENILSON OLIVEIRA GOMES

SEPSE NEONATAL PRECOCE: INCIDÊNCIA E FATORES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada em 26 de março de 2021, ao Programa Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde da Família, modalidade Profissional, do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

_____

Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira, DENF/UNIR
Coordenadora do Profsaúde /DENF/UNIR

Comissão Examinadora

_____

Profa. Dra. Priscila Perez da Silva Pereira – DENF/UNIR
Orientadora/Presidente da Banca

_____

Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira – DENF/UNIR
Membro Interno

_____

Profa. Dra. Jeanne Lucia Gadelha Freitas – DENF/UNIR
Membro Suplente

_____

Profa. Dra. Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo – SES/DF
Membro Externo

Porto Velho-RO
2021

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM - PORTO VELHO

ATA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 26 dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e um, reuniu-se por webconferência a Banca de Defesa de Dissertação composta pelo Profa. Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira (Orientadora), Profa. Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira (Primeira avaliadora), Profa. Dra. Ana Claudia Godoy Morais Figueiredo (Avaliadora externa), Prof. Dr. Jeanne Lúcia Gadelha de Freitas (Avaliadora suplente), perante a qual, Adenilson Oliveira Gomes**,** aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/Turma 2, defendeu, para preenchimento dos requisitos do programa, a dissertação de mestrado denominada: Sepse Neonatal Precoce: incidência e fatores relacionados à assistência na Atenção Primária à Saúde. A defesa da dissertação ocorreu das 14h às 16h e45min. tendo sido o aluno submetido à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o mestrando aprovado, na defesa pública da dissertação, considerando que: deve readequar o problema do estudo diferenciando-o do objetivo. Rever normas cultas da língua portuguesa e normas da ABNT. Rever menores observações citadas pelos membros da banca. Eu Priscilla Perez da Silva Pereira presidi a Banca Examinadora do projeto de Dissertação, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Membros da Banca

Prof. Priscilla Perez da Silva Pereira

Prof. Kátia Fernanda Alves Moreira

Prof. Ana Claudia Godoy Morais Figueiredo

Documento assinado eletronicamente por **PRISCILLA PEREZ DA SILVA PEREIRA**, **Docente**, em 28/03/2021, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **KATIA FERNANDA ALVES MOREIRA**, **Docente**, em 30/03/2021, às 09:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Adenilson Oliveira Gomes**, **Usuário Externo**, em 07/04/2021, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo**, **Usuário Externo**, em 07/04/2021, às 10:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unir.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0635142** e o código CRC **BC58C14F**.

Criado por 01417799692, versão 2 por 01417799692 em 28/03/2021 17:51:36.

*Dedico essa pesquisa a **DEUS** que tem o dom da vida e é a essência do amor e nos dá a sabedoria, gera a fé nos corações;*
*À minha querida **esposa Cristiane** pelo apoio incondicional, companheirismo e amor;*
*E aos nossos filhos: **Lia** a primogênita pela doçura, alegria, carinho, e **Felipe Adelino** o caçulo que chegou para trazer mais alegria, e tem um caráter forte, determinado, com jeito bruto e amoroso que é singular; aos meus irmãos pelo apoio, e encorajamentos;*
*Ao meu **pai** por ser um homem de caráter, honrado e é um exemplo a ser seguido, e a minha **mãe** com sua simplicidade nos ensinou a humildade, amor e o respeito ao próximo.*

"O amor é sofredor, é benigno; o amor não é invejoso; o amor não trata com leviandade, não se ensoberbece, não se porta com indecência, não busca os seus interesses, não se irrita, não suspeita mal; não folga com a injustiça, mas folga com a verdade; tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta. O amor nunca falha; mas, havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, desaparecerá (I COR 13: 4-8)

AGRADECIMENTOS

A **Profa. Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira**, orientadora, que me escolheu, me incentivou a seguir em frente nos momentos mais difíceis, sempre sábia e firme colaborou desde o início no tema, na linha de pesquisa, e na construção destes, com suas valiosas sugestões de ensino. Gratidão eterna!

A **Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira**, que contribuiu desde o início do mestrado, nas disciplinas e com sugestões para aprimoramento da pesquisa.

A **Profa. Dra. Ana Claudia Morais Godoy e Profa. Dra. Jeanne Lúcia Gadelha Freitas,** que com muita competência, contribuíram com sugestões e direcionamento para aperfeiçoamento da pesquisa.

Aos **Prof. Dr. Edson dos Santos Farias; Prof. Dr Rafael Fonseca de Castro; Prof. Dr. Dhélio Batista Pereira; Profa. Dra. Ana Lucia Escobar**, que nesse período do mestrado foram facilitadores, colaboradores e contribuíram com os conhecimentos e habilidades.

A **Enfermeira Ms. Pollyana Roberta Freitas**, pelo incentivo, contribuição e parceria.

A médica residente de pediatria **Jamile Nascimento Souza Fernandes; Enfermeira Flaviane Regis de Souza Santana; graduando em enfermagem Jessica Cunha Alves; nutricionista Ms. Rejane Fernandes Nogueira**, pela cooperação e contribuições para o desenvolvimento do estudo.

O **Sr. João Carlos Rodrigues dos Santos**, SAME/MMME, pela contribuição e prontidão quando solicitado e a todos servidores da gestão/administração.

A equipe multiprofissional; as mamães e seus bebês da Maternidade Municipal Mãe Esperança; SEMUSA, por colaborarem e participar do estudo.

Aos (as) amigos (as) da II turma do mestrado pela amizade, pelo companheirismo e parceria neste período de aprendizagem, que passamos juntos. Sei que permaneceram por longos anos, obrigado a todos.

GOMES, Adenilson Oliveira; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva. Sepse Neonatal Precoce: incidência e fatores relacionados à assistência na Atenção Primária à Saúde. 2021. **Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)** – Departamento de Medicina/Núcleo de Saúde/Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2021.

RESUMO

Introdução: No mundo a sepse no período neonatal é a principal causa de morbimortalidade, sendo que 60% da mortalidade infantil no Brasil em 2017 foi por sepse neonatal (SN). A ocorrência de sepse neonatal precoce está relacionada a diversos fatores maternos, ambientais e neonatais: corioamnionite, infecção urinária, prematuridade, bolsa rota mais de 18 horas, *Streptococcus* do Grupo B (GBS). Muitos dos riscos para a sepse neonatal podem ser evitados por meio de ações simples realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** analisar a incidência da sepse neonatal precoce e os fatores de risco relacionados à atenção primária à saúde em uma maternidade municipal de risco habitual em Porto Velho, Rondônia. **Material e Método:** Coorte retrospectivo, com 411 puérperas com seus recém-nascidos que tiveram parto vaginal ou cesariana, no período entre dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. A coleta de dados foi realizada nos registros disponíveis no prontuário físico da participante. As informações coletadas eram referentes aos aspectos sociodemográficos, história do pré-natal, parto e características do recém-nascido. A análise múltipla realizada foi a Regressão por Poisson com auxílio do programa estatístico Stata®, versão 16.0. **Resultado:** A incidência de sepse foi de 75,42 por 1.000 nascidos vivos. A doença infecciosa aumentou o risco de sepse neonatal em 2,61 vezes (IC 95%: 1,34 – 5,09), o parto cesáreo apresentou-se como fator de proteção (RR: 0,44; IC 95%: 0,21 – 0,92), o baixo peso ao nascer aumentou o risco em 5,60 vezes para sepse neonatal (IC 95%: 1,69 – 18,50) e a presença do boletim de APGAR menor do que sete pontos ao final do primeiro minuto aumentou o risco de 2,96 vezes de desenvolver sepse neonatal. **Conclusão:** As doenças infecciosas ocorridas na gestação foram fator de risco para sepse neonatal, portanto o diagnóstico e tratamento precoce no pré-natal poderia ter evitado a ocorrência da sepse nos recém-nascidos. Também a ocorrência de baixo peso ao nascer em crianças que não eram prematuras indica que houve situações que interferiram no crescimento intrauterino do recém-nascido e deveriam ter sido corrigidas durante as ações na atenção primária à saúde. O parto tipo cesárea ter se apresentado como um fator de proteção pode ter ocorrido devido à presença de infecção não tratada no canal vaginal entre as gestantes que tiveram parto vaginal e, portanto, seus bebês tiveram mais riscos de nasceram com sepse neonatal.

Palavras-chave: Sepse Neonatal. Serviços de Saúde Materna. Atenção Primária à Saúde.

GOMES, Adenilson Oliveira; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva. **Early Neonatal Sepsis**: incidence and factors related to primary health care. 2021. Dissertation (Professional Master's degree in Family Health) - Department of Medicine/Health Center/Federal University of Rondônia Foundation. Old Port, 2021.

ABSTRACT

Introduction: In the world, sepsis in the neonatal period is the main cause of morbidity and mortality, being 60% infant mortality in Brazil in 2017 was to neonatal sepsis. The occurrence of early neonatal sepsis is related to several maternal, environmental and neonatal factors: chorioamnionitis, urinary tract infection, prematurity, ruptured sac over 18 hours, Group B Streptococcus. Many of the risks for neonatal sepsis can be avoided through simple actions performed in Primary Health Care. **Objective**: to analyze the incidence of early neonatal sepsis and the risk factors related to Primary Health Care in a municipal maternity of usual risk in Porto Velho, Rondônia**. Material and Method:** Retrospective cohort, with 411 puerperal women with their newborns who had vaginal or cesarean delivery, in the period between December 2019 and February 2020. Data collection was performed in the records available in the participant's physical record. The information collected was related to sociodemographic aspects, history of prenatal care, delivery and characteristics of the newborn. The multiple analysis performed was the Regression by Poisson with the aid of the statistical program Stata®, version 16.0. **Result:** The incidence of sepsis was 75.42 per 1,000 live births. The infectious disease increased the risk of neonatal sepsis by 2.61 times (95% CI: 1.34 - 5.09), the cesarean delivery was a protective factor (RR: 0.44; 95% CI: 0.21 - 0.92), the low birth weight increased the risk by 5.60 times for neonatal sepsis (95% CI: 1.69 - 18.50) and the presence of the APGAR score less than seven points at the end of the first minute increased the risk of developing neonatal sepsis by 2.96 times. **Conclusion**: Infectious diseases that occurred during pregnancy were a risk factor for neonatal sepsis, so early diagnosis and treatment in prenatal care could have prevented the occurrence of sepsis in newborns. Also, the occurrence of low birth weight in children who were not premature indicates that there were situations that interfered with the newborn's intrauterine growth and should have been corrected during actions in primary health care. Cesarean delivery may have been a protective factor because of the presence of untreated infection in the vaginal canal among pregnant women who had a vaginal delivery and, therefore, their babies were at greater risk of being born with neonatal sepsis.

Keywords: Neonatal Sepsis. Maternal Health Services. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa político de Porto Velho e municípios vizinhos, 2021..... 27
Figura 2 - Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho, 2021.....28
Figura 3 - Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da Família na área rural ribeirinha de Porto Velho, 2021..... 29
Figura 4 - Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da Família na área rural terrestre de Porto Velho, 2021 29

Lista de Quadros

Quadro 1 - Fatores de risco para sepse neonatal..... 20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)..... 33
Tabela 2 - Histórico gestacional das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)..... 34
Tabela 3 - Informações sobre o Parto das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)..... 35
Tabela 4 - Informações sobre o recém-nascido das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411) 35
Tabela 5 - Risco relativo bruto relativo à sepse neonatal, Porto Velho, Rondônia, 2020.....36
Tabela 6 - Risco relativo ajustado em relação a sepse neonatal, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411).....37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APGAR	Boletim de APGAR
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BP	Baixo Peso
CMV	Citomegalovirose
CSP	*Candida SP*
DP	Desvio Padrão
EC	*Escherichia Coli*
E. Aureus	*Staphylococcus Aureus*
ECN	*Staphylococcus* Coagulase-Negativa
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GBS	*Streptococcus Agalactiae / Streptococcus Grupo B*
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HIV	Vírus imunodeficiência humano
IC95%	Intervalo de 95% de Confiança
ITU	Infecção urinária
KBPN	*Klebsiella pneumoniae*
KBSP	*Klebsiella sp*
MBP	Muito Baixo Peso
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NV	Nascidos vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PT	Pré-termo
PCR	Proteína C-Reativa
RN	Recém-nascido (s)
RR	Risco Relativo
SN	Sepse Neonatal
SNP	Sepse Neonatal Precoce

SNT	Sepse Neonatal Tardia
TNF-α	Fator de Necrose Tumoral
TORCHSZ	Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B, Hepatite C, Vírus Imunodeficiência Humana, Sífilis, Zika Vírus
UTIN	Unidade Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	*Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 OBJETIVOS 15
1.1.1 Geral 15
1.1.2 Específicos 15
1.2 JUSTIFICATIVA 15
2 A SEPSE NEONATAL 18
2.1 FATORES DE RISCO PARA SEPSE NEONATAL 19
2.2 CLASSIFICAÇÃO DA SEPSE NEONATAL E SINTOMATOLOGIA 20
2.2.1 Sepse Neonatal Precoce 21
2.2.2 Sepse Neonatal Tardia 21
2.3 DIAGNÓSTICO 22
2.4 TRATAMENTO 23
2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEPSE NEONATAL 24
3 MATERIAL E MÉTODO 27
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 27
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO 27
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO 30
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS 30
3.5 ANÁLISE DOS DADOS 32
3.6 ASPECTOS ÉTICOS 32
4 RESULTADOS 33
5 DISCUSSÕES 39
CONSIDERAÇÕES FINAIS 44
REFERÊNCIAS 46
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS 62
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO 66
ANEXO B - PROTOCOLO DE SEPSE DA MMME 71

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de ações de saúde com alto grau de descentralização e capilaridade possibilita a efetivação de uma atenção integral e longitudinal com vistas a reduzir, entre outros problemas, a morbimortalidade de grupos mais vulneráveis (PAIZ et al., 2018). O mapeamento das principais doenças que acometem as crianças e a mortalidade infantil configura estratégia indispensável para subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, ao parto e a proteção da saúde infantil (TOMASI et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2018).

No Brasil, o avanço na qualidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e o maior acesso aos serviços têm contribuído positivamente para a diminuição dos desfechos negativos nos primeiros anos de vida, incluindo a mortalidade infantil por condições sensíveis à atenção pré-natal e puericultura (COSTA et al., 2020; WANG et al., 2016).

Consequentemente, tem aumentado o interesse científico no desenvolvimento de estudos que avaliem os fatores de risco para as doenças preveníveis e a mortalidade neonatal relacionada à dimensão socioeconômica, a escolaridade materna e as condições de assistência pré-natal e no parto (LIMA et al., 2020; ALVES et al., 2017; GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2016; TEIXEIRA et al., 2018).

Em 2018, em todo o mundo, 2,4 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos vieram à óbito no primeiro mês de vida (WHO, 2020). Em 2019, nos países em desenvolvimento, dos cinco milhões de óbitos infantis, cerca de 47% dos óbitos foram entre recém-nascidos (RN) e desses 30% ocorreram nas primeiras 24 horas de vida, causados por complicações do parto, doenças congênitas e infecções bacterianas (WHO, 2020). Em 2017, no Brasil, 60% da mortalidade infantil ocorreu no período neonatal, tendo a Sepse Neonatal (SN) como uma das principais causas de morte (ANVISA, 2017).

Estudos realizados na região Norte do Brasil mostraram que a incidência de SN em 2007, em Manaus, capital do estado do Amazonas, foi de 53 casos para cada 1.000 nascidos vivos (NV) (PINHEIRO et al., 2007) e 21 casos para cada 1.000 NV, na capital do estado de Rondônia em 2010 (MOREIRA et al., 2014).

SN é o termo usado para designar infecção sistêmica e invasiva de origem bacteriana, viral ou fúngica, com alterações hemodinâmicas e outras manifestações clínicas (SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017). Essa infeção eleva o risco de morbidade e mortalidade nos primeiros 27 dias de vida (TEIXEIRA et al., 2018). A SN pode ser classificada como sepse

neonatal precoce (SNP), entre o nascimento até 48 ou 72 horas de vida, ou tardia, entre 72 horas e sete dias de vida, podendo ser assintomática ou sintomática (SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017).

Os sinais da SNP clínicos podem ser múltiplos e inespecíficos, porém os mais comuns são: instabilidade térmica, disfunção respiratória, apneia, icterícia, diminuição da atividade espontânea, ausência de sucção vigorosa, bradicardia, vômitos, diarreia, distensão abdominal, convulsões, abaulamento de fontanela, entre outros (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020). O diagnóstico pode ser clínico, a partir dos fatores de risco apresentados pela mãe ou pelo RN, ou baseado nos resultados de exames de cultura e laboratoriais (CAMACHO-GONZALES; SPEARMAN; STOLL, 2013).

Entre os fatores de risco perinatais maternos e obstétricos para o desenvolvimento de SNP, destaca-se a ruptura prematura das membranas, a corioamnionite materna, o parto prematuro e a colonização por *Streptococcus* do Grupo B (GBS) (PROCIANOY, SILVEIRA, 2020). Com relação aos fatores relacionados à sepse neonatal tardia (SNT), tem-se o uso prolongado de cateter intravascular no RN, a exposição aos antibióticos, à hospitalização prolongada e o uso de equipamentos ou soluções endovenosos ou enterais contaminadas (FREITAS et al., 2012; MACHADO et al., 2012; SILVEIRA; PROCIANOY, 2012; DE OLIVEIRA et al., 2016).

Um adequado cuidado à mulher durante a gestação é a forma mais eficiente de controle da morbimortalidade materno-infantil, pois um pré-natal de qualidade é capaz de prevenir os óbitos neonatais, pois estes cuidados são mais eficientes do que os próprios cuidados neonatais realizados após o nascimento (GAIVA, FUJIMORI, SATO, 2016; GAIVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017; DE ARAÚJO FILHO et al., 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como proposta principal favorecer a aproximação do serviço de saúde à comunidade, por meio do acolhimento e relações de confiança que favoreçam o vínculo (LASKY et al., 2014; CAMARGOS et al., 2020). Suas ações são desenvolvidas por meio de um conjunto de programas e iniciativas, com especial destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de atenção para a efetivação de ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes (GUIMARÃES et al., 2018).

Por meio da ESF, especificamente por suas equipes multiprofissionais, é possível planejar ações com potencial de diminuir ou mesmo eliminar as chances de ocorrer a SNP (AIRES et al., 2017; BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012). Através do pré-natal de qualidade é possível, além da promoção à saúde, detectar e tratar precocemente as doenças e suas complicações, realizar a preparação para o parto e contribuir para a redução dos desfechos

negativos à mãe e ao recém-nascido (LIMA et al., 2020). Consequentemente, quando o acompanhamento não é realizado com o cuidado adequado e seguimento, tem-se o aumento do risco ao binômio para todas as condições negativas, como por exemplo, a ocorrência de doenças infectocontagiosas, SNP, problemas no crescimento e desenvolvimento fetal, entre outras situações (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012; AIRES et al., 2017; BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, considerando que a SNP está relacionada às condições maternas que envolvem aspectos intrínsecos à mulher, como por exemplo, hábitos de vida, e extrínsecos, como o acesso à assistência de qualidade no pré-natal, esta pesquisa pretende investigar como estes fatores estão interferindo na ocorrência de SNP entre os RN em uma maternidade pública e de risco habitual no norte do Brasil.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar os fatores de risco à sepse neonatal precoce em uma maternidade pública de Porto Velho, Rondônia.

1.1.2 Específicos

- Apresentar a incidência de SNP de uma maternidade pública de Porto Velho, Rondônia;
- Descrever as características sociodemográficas, do pré-natal e parto das puérperas de uma maternidade pública de Porto Velho, Rondônia;
- Avaliar os fatores de risco para SNP focando nas ações realizadas na atenção primária à saúde.

1.2 JUSTIFICATIVA

No ano de 2016, no município de Porto Velho foram registrados 8.611 nascidos vivos e deste total, 0,88% vieram a óbito no primeiro mês e 1,74% até o quinto ano de vida (BRASIL, 2019). Em 2018, na maternidade municipal de Porto Velho, Rondônia, nasceram 3.697 bebês e destes 16% foram diagnosticados com SN confirmada ou presumível (MMME, 2019).

Índices de morbimortalidade mostram que quatro em cada 10 neonatos diagnosticados com SN morrerão ou adquirirão dano permanente severo, pois a patologia pode levar a atraso no desenvolvimento neurológico dos bebês ou até dano neurológico severo (WYNN et al., 2014). Além disso, as consequências da SN atingem diretamente o RN e se estende para sua família (PAIVA et al., 2013).

A permanência da criança longe da mãe devido a uma internação prolongada pode causar ansiedade e medo aos pais, além de interferir no processo de integração entre o binômio mãe e bebê, quando impossibilita o contato e a amamentação (PAIVA et al., 2013; DOS SANTOS; MAKUCH., 2018). Entre as consequências para o RN tem-se a perda de peso, aumentando as chances de lesões otológicas, disfunção renal, hemorragia pulmonar, necessidade de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação, necessidade exames e de procedimento médicos e de enfermagem, risco de necessidade de cuidados de unidade de cuidados intensivos (PAIVA et al., 2013).

Nesse sentido, o atendimento à mulher durante a gravidez e pós-parto tem o objetivo de acolher a gestante durante toda a gravidez, oferecendo ambiente e condições seguras até término da gestação, o nascimento de um RN com bem-estar e a garantia da saúde do binômio; durante o pré-natal os profissionais de saúde têm a oportunidade de contribuir para uma evolução da gestação dentro de um processo seguro de desenvolvimento do feto, visando segurança para o binômio e toda a família (REIS; ABI RACHED, 2017; SILVA, CARDOSO, 2020).

Por esse motivo, a APS deve realizar um acolhimento integral, disponibilizando vários recursos para viabilizar o seguimento pré-natal, dentre esses recursos humanos - médicos, enfermeiros, técnicos e outros; recursos físicos para uma ambiência adequada com limpeza, iluminação, local para ausculta qualificada e orientação à família; equipamentos e instrumentos para os exames clínicos e de imagem; e laboratório para coleta e resultados dos exames (REIS; ABI RACHED, 2017; DE ANDRADE, 2020).

Na região Norte ainda há importantes desafios como, por exemplo, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde que fazem com que esta região ainda apresente um cenário menos favorável no que se refere ao acompanhamento às gestantes quando comparado aos outros estados do Sul e Sudeste (LEITE, 2016). Assim, o presente estudo pretende analisar os fatores de risco para SNP atribuídos ao pré-natal, proporcionando assim reflexões sobre a qualidade do pré-natal na capital de Rondônia.

Os resultados deste estudo podem ajudar os profissionais a conhecerem melhor o perfil das gestantes do município e fortalecer as ações de cuidado focadas nas reais fragilidades

encontradas. Aos gestores acredita-se que este estudo pode contribuir para uma discussão sobre melhorias na promoção e planejamento da rede de cuidados materno-infantil no município.

2 A SEPSE NEONATAL

A palavra sepse é derivada de um termo grego que significa decomposição, ou decaimento. Foi documentada pela primeira vez cerca de 2.700 anos atrás em poemas de Homero e usada posteriormente em trabalhos de Hipócrates e Galeno nos séculos seguintes. Nos anos 1.800, após a criação da "teoria dos germes" houve o início do reconhecimento que a sepse seria gerada por microrganismos nocivos.

A primeira definição moderna foi usada em 1.914 por Hugo Schottmüller, dizendo que a sepse está presente se o foco de desenvolvimento de tal patógeno, constante ou periodicamente, invade a corrente sanguínea de tal forma que cause sintomas específicos. Ao longo da era moderna e, principalmente, durante o século XX, inúmeros estudos clínicos e experimentos demonstraram a importância da resposta imunológica do hospedeiro para o desenvolvimento da sepse (GYAWALI; RAMAKRISHNA; DHAMOON, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sepse como disfunção orgânica de ameaça à vida, causada por uma resposta imunológica sistêmica desregulada a uma infecção, que pode levar a disfunção múltipla de órgãos e sistemas e ao óbito (SIMONSEN et al., 2014; GUL, 2017). Esta definição é acompanhada de critérios clínicos a fim de torná-la prática para subsidiar o diagnóstico e manejo clínico durante o cuidado com o paciente (SIMONSEN et al., 2014).

A SN trata-se de uma condição de origem viral, bacteriana ou fúngica que acomete neonatos até 28 dias após o nascimento e está associada a mudanças hemodinâmicas e outras alterações clínicas (SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017).

Existem muitos agentes que podem provocar esta patologia, as quais variam conforme a região geográfica estudada. Nos Estados Unidos os agentes mais comuns são o GBS e a *Escherichia coli* (EC) (SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017), enquanto no continente africano predominam o *Staphylococcus aureus* (E. aureus) e a *Klebsiella spp*. (KBS) (OKOMO et al., 2019). Já no Brasil, um estudo de um hospital da região Nordeste, encontrou como principais agentes os *Staphylococcus* coagulase-negativo (ECN), seguido da *Klebsiella pneumoniae* (KBPN), e casos de contaminação por *Candida sp* (CSP) (SOUSA et al., 2019).

Estudos epidemiológicos relataram que nos últimos 20 anos houve considerável queda na incidência de SN, provavelmente em razão de avanços nos cuidados obstétricos e avanço no uso de antibióticos profiláticos intraparto a fim de prevenção de infecções causadas pelo GBS (UNICEF, 2019; SILVA; BICALHO; CAIXETA, 2018; SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017).

A SN é reconhecidamente uma das principais causas de morbidade nessa faixa etária, e responsável por um terço dos óbitos neonatais em todo o mundo, que teve taxa de 18/1.000 NV em 2018 (WALKER; KENNY; GOEL, 2019). Nos Estados Unidos da América (EUA) a incidência varia de 0,7 infecções a cada 1.000 nascidos vivos, em países em desenvolvimento, este número pode chegar a 40% (WALKER; KENNY; GOEL, 2019; DHUDASIA et al., 2018).

A incidência de SN pode variar de acordo com localização geográfica, estado nutricional das mulheres e principalmente desenvolvimento econômico. Portanto, para as regiões do Brasil menos favorecidas, a SN ainda se configura como um problema relevante (CASTRO, 2017; DHUDASIA et al., 2018). Um estudo realizado em Minas Gerais nos anos de 2013 a 2017 encontrou que 23,4% dos óbitos neonatais foram devido a SN (SILVA; BICALHO; CAIXETA, 2018). Em 2016, no estado do Paraná, 54,1% dos óbitos em crianças com menos de um ano ocorreram na primeira semana de vida e entre estes, a taxa de mortalidade neonatal precoce foi 5,9 óbitos por 1.000 NV (MIGOTO et al.,2018).

2.1 FATORES DE RISCO PARA SEPSE NEONATAL

Em geral, qualquer condição que afete a mãe também irá afetar o feto e pode levar à infecção deste. Em sua maioria as infecções são advindas de patógenos que ascendem o canal vaginal ou da flora gastrointestinal.

A infecção da mãe por patógenos endógenos ou exógenos, em especial o GBS, no momento do parto, bacteriúrias, filhos anteriores com história de infecção por GBS, abortos anteriores e, parto prematuro causado por infecção urinária são os principais fatores de risco para a SN (Quadro 1) (SILVEIRA, 2012; FLEISCHMANN-STRUZEK et al., 2018; WYNN et al., 2014; PUOPOLO; BENITZ; ZAOUTIS, 2018; SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017; SILVA et al., 2015; GOULART et al., 2006; WALKER, KENNY; GOEL, 2019; PINHEIRO et al., 2007; FREITAS et al., 2018; MACHADO et al., 2012).

Quadro 1 - Fatores de risco para sepse neonatal

Tipo	Fator de Risco
Maternos	Bolsa rota >18 horas Colonização por EGB sem profilaxia Febre materna (37,5°C) durante o parto Sinais de corioamnionite (líquido fétido, febre intraparto, dor no colo, e útero amolecido, alteração hematológica) Infecção no Trato Urinário (ITU) no Periparto, Leucorréia Bacteriúria assintomática Procedimento medicina fetal < 72 horas Cerclagem uterina <72 horas
Fetais	Taquicardia > 160 Prematuridade abaixo 35 semanas Sexo masculino APGAR <7 no quinto minuto
Ambientais	Cateter intravascular por tempo prolongado Uso prolongado de antibióticos Hospitalização prolongada Equipamentos e soluções contaminadas Falta de boas práticas pela equipe de saúde

Fonte: SILVEIRA (2012); FLEISCHMANN-STRUZEK et al., (2018); WYNN et al., (2014); PUOPOLO; BENITZ; ZAOUTIS, (2018); SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, (2017); SILVA et al., (2015); GOULART et al., 2006; WALKER, KENNY; GOEL, (2019); PINHEIRO et al., (2007); FREITAS et al., (2018); MACHADO et al., (2012).

A prematuridade é o fator de risco mais importante para a ocorrência de SN, pois algumas estatísticas indicam que até 36% dos RN com menos de 28 semanas de vida, desenvolvem SN (FLEISCHMANN-STRUZEK et al., 2018; WYNN et al., 2014; PUOPOLO; BENITZ; ZAOUTIS, 2018). Assim também, o baixo peso ao nascer aumenta o risco para a SN, sendo que o muito baixo peso (MBP) ao nascer (<1500g) é responsável por um acréscimo de aproximadamente 3 a 10 vezes mais chance de óbito, se comparado com neonatos nascidos a termo e com peso normal (SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017; SILVA et al., 2015; GOULART et al., 2006).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DA SEPSE NEONATAL E SINTOMATOLOGIA

A classificação internacional categoriza a SN em precoce e tardia. Esta classificação permite definir melhor a etiologia e fisiopatologia da doença, que se manifesta de forma semelhante, porém com agentes específicos e manifestação em períodos diferentes após o nascimento do RN (SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017; PROCIANOY, SILVEIRA, 2020).

2.2.1 Sepse Neonatal Precoce

A SNP tem manifestações clínicas dentro das primeiras 48 a 72 horas de vida, portanto são as infecções adquiridas antes ou durante o parto. Representam uma transmissão vertical (materno-fetal), seja ela transplacentária, por disseminação hematogênica ou, mais frequentemente, por infecções ascendentes do trato genital materno (DONG; SPEER, 2015). Uma das principais causas para a SNP é a corioamnionite, uma infecção intra-amniótica geralmente causada por ruptura prolongada de membrana corioamniótica que leva à invasão bacteriana do fluido amniótico e posterior infecção do feto (SILVEIRA; PROCIANOY, 2012).

A apresentação clínica da doença no RN pode variar de sinais precoces sutis, como instabilidade térmica e baixa aceitação alimentar, à pneumonia ou sepse grave (DONG; SPEER, 2015; SILVEIRA; PROCIANOY, 2012; SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017). Estes incluem desconforto respiratório, taquipneia ou apneia; letargia ou baixa aceitação alimentar; alteração da temperatura; prolongamento no tempo de enchimento capilar; taquicardia ou bradicardia; sepse comprometimento hemodinâmico, com falência respiratória, cianose e choque (WALKER; KENNY; GOEL, 2019). Além disso, apesar de a maioria também ser fator desencadeante para a própria sepse, é importante levantar os diagnósticos diferenciais, como: pneumonia, meningite, doenças cardíacas e metabólicas e encefalopatia isquêmica (WALKER; KENNY; GOEL, 2019).

Devido ao difícil diagnóstico e das manifestações não específicas da SNP, estudos apresentam a importância da realização de punção lombar, apresentando resultados positivos para o crescimento bacteriano mesmo quando estes pacientes apresentam hemocultura negativa, especialmente em RN de extremo baixo peso (CAMACHO-GONZALEZ; SPEARMAN; STOLL, 2013).

Pior prognóstico é encontrado no RN com sepse por GBS e EC, pois tem evolução rápida e pode levar a óbito em 24 horas, provavelmente devido à liberação brusca de citocinas inflamatórias (SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017; OKOMO et al., 2019; SOUSA et al., 2019).

2.2.2 Sepse Neonatal Tardia

A SNT é atribuída a organismos adquiridos na internação hospitalar ou comunitária, com pico de incidência entre 10 e 22 dias de vida. Os organismos ligados à SNT são geralmente

adquiridos no periparto, e sua manifestação clínica se dá após 72 horas de vida (DONG; SPEER, 2015).

Nas últimas décadas, houve aumento dos números de incidência de SNT especialmente por maior taxa de sobrevivência de prematuros de extremo baixo peso, em decorrência da melhora nos aparatos tecnológicos, estudos e cuidados pós-natais destes (DONG; SPEER, 2015).

SNT ocorre com maior frequência em RN com acesso venoso central em relação àqueles sem o acesso, geralmente atribuídas a organismos Gram positivos, na maioria dos casos se apresenta como meningite, como uma infecção tardia resultante de disseminação hematogênica via plexo coroide no sistema nervoso central (SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017; GYAWALI; RAMAKRISHNA; DHAMOON, 2019). A SNT predispõe neonatos hospitalizados a um risco aumentado de mortalidade ou morbidade, causado principalmente por *Pseudomonas aeruginosa* e CSP (TSAI et al., 2014).

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é baseado em uma combinação de apresentação clínica e uso de marcadores não específicos (como proteína C-reativa e pró-calcitonina), hemocultura, leucograma e métodos de pesquisa moleculares, incluindo pesquisa de reação em cadeia de polimerase (SIMONSEN et al. 2014).

A proteína C-reativa (PCR) é uma proteína pentamérica que se eleva na fase aguda da infecção. Sua meia-vida de 24 a 48 horas, age mediante estímulo de citocinas, interleucinas e fator de necrose tumoral (TNF-α), no entanto, a PCR apresenta especificidade e sensibilidade bastante variáveis, de aproximadamente 6 a 100% e 29 a 100%, respectivamente (SHARMA et al., 2018; WYNN et al., 2014; SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017).

A pró-calcitonina, outro marcador de fase aguda, com meia-vida de 24 a 30 horas, e pico com seis a oito horas de infecção, se mostra bastante eficiente no diagnóstico precoce de sepse, pois apresenta sensibilidade de 60 a 100% e especificidade de 79 a 100%. Contudo, devido à baixa meia-vida, seus resultados ótimos encontram-se por volta de 12 horas após o início da infecção (OMAR et al., 2019; SHARMA et al., 2018).

O leucograma é outro exame relevante no auxílio do diagnóstico de sepse, apesar de se alterar em diversas situações como idade gestacional, sexo, depressão medular e outros. A presença de alterações extremas no leucograma como leucocitose, neutrofilia e desvio à

esquerda têm relação modesta com início precoce de sepse (PUOPOLO; BENITZ; ZAOUTIS, 2018).

A hemocultura, “padrão-ouro” no diagnóstico de SN, não se mostrou eficiente, visto que uma amostra positiva está presente em apenas aproximadamente 8,9% das amostras, porém serve de auxílio diagnóstico associado aos fatores já previamente citados (WYNN et al., 2014).

Por fim, e não menos importantes, as radiografias de tórax e abdômen tornam-se indispensáveis, pois constituem um método útil nos casos de quadro clínico de desconforto respiratório, gastrointestinal, e para as avaliações de posicionamento de cateteres e sondas, além se serem importantes para diagnósticos diferenciais e direcionamento de condutas na assistência (TEIXEIRA; NAVES, 2019).

2.4 TRATAMENTO

Por se caracterizar como uma doença de evolução aguda e necessidade de tratamento com urgência, os protocolos de tratamento de SN incluem início de antibioticoterapia precoce e empírico, de acordo com a etiologia. No entanto, na SNP, relacionada com período antes e após o nascimento, a etiologia tem origem materna, principalmente relacionada a infecções do sistema urinário e mais de 60 % dos agentes são bactérias gram. positivas, e nesses casos o tratamento empírico é realizado através do uso de ampicilina ou penicilina G. cristalina e gentamicina, ajustado de acordo com hemocultura e antibiograma (PROCIANOY, SILVEIRA, 2020; SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017).

Na SNT exige-se o conhecimento dos padrões locais dos agentes etiológicos e suas resistências bacterianas para determinação do tratamento mais adequado. Cabe lembrar que os agentes mais frequentes são os gram. negativos, anaeróbios, e que fungos e vírus também estão envolvidos. O tratamento empírico deve ser instituído com oxacilina e amicacina e após identificação do microrganismo, o ajuste do tratamento deve ser reavaliado. Nos casos de meningite, as doses e o antibiótico devem ser direcionados para cobertura adequada do quadro, bem como na enterocolite deve acrescentar cobertura para anaeróbios (ROMANELLI et al., 2016; PROCIANOY, SILVEIRA, 2020).

2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEPSE NEONATAL

Os cuidados maternos realizados na APS são essenciais para a prevenção de riscos na gestação, à redução de complicações perinatais, além de proporcionar melhores condições de saúde para o concepto, e consequentemente, uma menor incidência de baixo peso ao nascer, e a redução nos índices de mortalidade materno-infantil (LEAL; BITTENCOURT; TORRES, 2017; SEGREGUR; SEGREGUR, 2016). Para isso é necessário haver um acompanhamento inclusivo e humanizado, com ações de promoção e prevenção da saúde, usando as ferramentas de diagnósticos e tratamentos para prevenir e corrigir as complicações durante a gestação (LASKY et al., 2014; CAMARGO et al., 2020).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a persistente mortalidade infantil precoce, principalmente nos países em desenvolvimento, aponta para a necessidade de novos esforços a fim de implementar ações para prover uma assistência de pré-natal de qualidade, equipe multiprofissional capacitada e adequada assistência no parto e pós-natal aos RN e às mães (UNITED, 2014).

Nesse contexto, o primeiro ponto a ser considerado é se a gestante tem acesso ao número mínimo de consultas de pré-natal necessárias para garantir um adequado acompanhamento (REIS; ABI RACHED, 2017). O Ministério da Saúde (MS) do Brasil estabelece o quantitativo mínimo de seis consultas pré-natal, devendo ser realizada uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação, pois o início das consultas é um dos fatores decisivos para o adequado cuidado, devendo ser iniciado até 16 semanas de gestação (BRASIL, 2013; REIS; ABI RACHED, 2017).

Além do benefício físico, o acompanhamento pré-natal também tem um papel fundamental no desenvolvimento da segurança emocional das usuárias (VIELLAS et al., 2014). É importante ressaltar que o acolhimento da mulher durante a gestação, na maioria das vezes, é o primeiro contato com o serviço de saúde, devendo assim ser embasado em todo o conhecimento científico disponível, mas também considerando o fator emotivo envolvido na relação que se inicia neste momento (ANDRADE, 2015).

No âmbito da APS, todos os profissionais da equipe de saúde da família têm um papel importantíssimo para que o cuidado com a gestante seja integral. Compete ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), realizar o acolhimento e acompanhamento da gestante por meio de suas visitas domiciliares, auxiliar na localização, o mais precoce possível, das gestantes em sua área de abrangência, incentivando-a a realizar o acompanhamento junto à APS e orientando-a sobre os cuidados com o RN e planejamento familiar após o parto (TOMAZETTI et al., 2018).

O enfermeiro tem papel fundamental para o início do processo de acolhimento, nas orientações em saúde, e na promoção de saúde e prevenção de doenças. Assim, deve acompanhar integralmente a gestante durante todo o seguimento do pré-natal, ouvir, tirar dúvidas e encaminhar para outros serviços e profissionais (SEHNEM et al., 2020; GOMES et al., 2019). Ao médico cabe trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe no diagnóstico e tratamento das infecções, e ao profissional de saúde bucal recai a responsabilidade sobre os cuidados com os dentes e tecido periodontal objetivando prevenir e tratar condições bucais associadas ao parto prematuro e ao baixo peso ao nascer (PEDROZA et al., 2019; PEREIRA et al., 2019).

Assim, em se tratando de SN, algumas ações específicas da APS podem ser tomadas durante o pré-natal para evitar sua ocorrência, como a detecção precoce e tratamento adequado de infecções maternas, como infecção trato urinário (ITU), corioamnionite, pielonefrite, e pesquisa de colonização por GBS (DE OLIVEIRA et al., 2016; SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017; PROCIANOY, SILVEIRA, 2020).

Desse modo, nas consultas durante a gestação é possível rastrear a ocorrência dessas infecções utilizando os recursos disponíveis da APS, como recursos humanos, laboratoriais e tecnológicos, para executar o exame físico e os exames laboratoriais recomendados durante o pré-natal e os complementares quando necessário (BRASIL, 2011b; BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

Com vistas à detecção precoce de infecções é recomendado que os exames laboratoriais sejam solicitados já na primeira consulta do pré-natal, para que sejam realizados no decorrer do primeiro trimestre da gestação e possam ser repetidos no terceiro trimestre (BALSSELS et al, 2018). No primeiro e terceiro trimestre deve ser realizada a avaliação com o *Veneral Diseases Research Laboratory* (VDRL) para diagnóstico da sífilis, a testagem para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pesquisa de anticorpos para toxoplasmose e a pesquisa do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) (MENEZES et al., 2017).

Além desses exames, é essencial a investigação da presença do *Streptococcus* do Grupo B ou *Streptococcus agalactiae*, por meio cultura da secreção reto-vaginal com *swab* sem uso de espéculo, entre 35ª e 37ª semanas de gestação e o tratamento imediato para evitar a contaminação do RN no canal vaginal durante o parto (FREITAS et al., 2018; MARTINS et al., 2017).

Ainda sobre as infecções, é importante e recomendado investigar também a ocorrência de ITU, com pelo menos dois exames de urina durante a gestação, considerando que a maioria das bacteriúrias é assintomática neste período e que este tipo de infecção aumenta o risco de

desenvolvimento de trabalho de parto prematuro, além de causar complicações perinatais como baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino e a própria ocorrência da SNP (DOS SANTOS; DA SILVA; PRADO, 2017; RAMOS et al., 2019).

Nesse contexto, as ações dos profissionais da APS, durante o pré-natal, além de proporcionarem a detecção precoce de infecções que podem levar a morbimortalidade do RN, são de suma importância para a adoção de medidas terapêuticas apropriadas (LOPES; DE ASSIS; DE LIRA, 2019). Além disso, a educação em saúde, por meio de orientações, por exemplo, quanto à importância da ingestão de líquidos e de práticas de micção saudáveis é eficaz na diminuição dos agravos resultantes das ITU, evitando o comprometimento do prognóstico materno, gestacional e neonatal (DOS SANTOS; DA SILVA; PRADO, 2017; LOPES; DE ASSIS; DE LIRA, 2019; RAMOS et al., 2019).

Por isso, faz-se de suma importância que os profissionais da APS desenvolvam estratégias em prol da melhoria das ações do pré-natal, principalmente as relacionadas ao início do acompanhamento, ao número de consultas e a realização dos exames laboratoriais (BALSSELS et al., 2018; LACERDA et al., 2018). Contudo, nem sempre esta é uma realidade no âmbito da APS, pois, por vezes os profissionais dessa área enfrentam dificuldades em cumprir o que é preconizado para acompanhamento do pré-natal, seja por deficiência em recursos humanos, ou infraestrutura, ou tempo, ou recursos materiais ou até mesmo pela falta de conhecimentos específicos (SILVEIRA et al., 2012; LUCENA et al., 2018).

Para tanto, é necessária a capacitação desses profissionais, com vista a aproveitarem as oportunidades de contato com as gestantes, durante as consultas, como um espaço privilegiado para o desenvolvimento e intervenções oportunas e ações educativas, considerando que por meio da assistência prestada é possível identificar intercorrências precocemente e monitorar as gestantes em situações de risco (DIAS et al., 2018; SEHNEM et al., 2020).

3 MATERIAL E MÉTODO

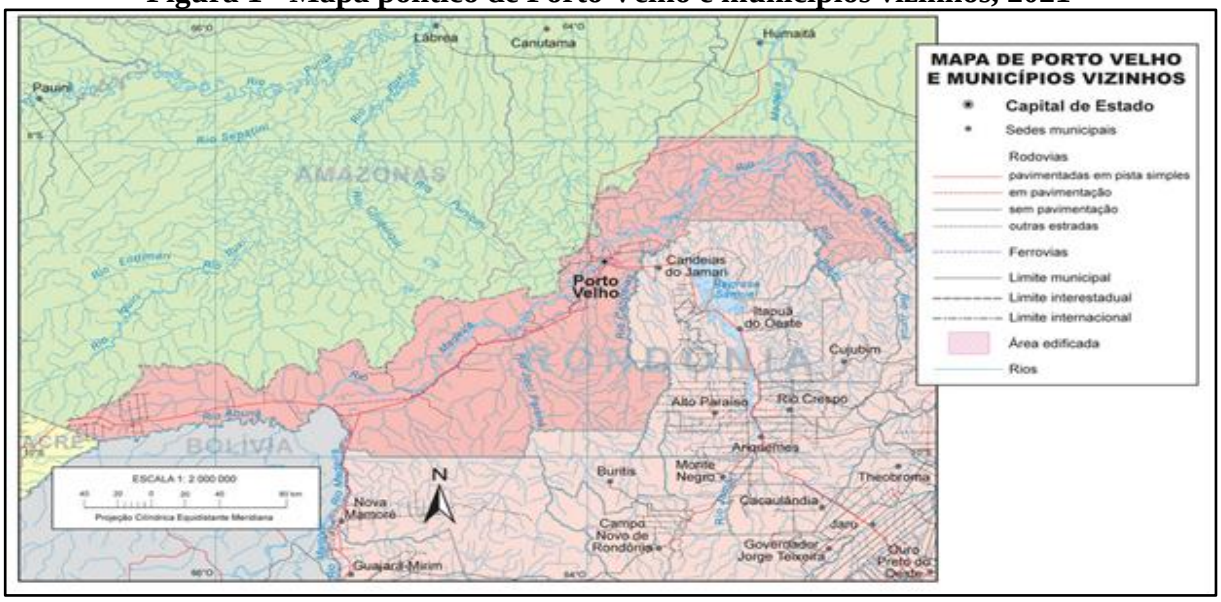
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido em Porto Velho, capital do estado de Rondônia, localizada à margem direita do rio Madeira. O Estado limita-se com o estado do Amazonas ao norte, com os municípios de Nova Mamoré e Buritis ao sul, a leste com os municípios de Candeias do Jamari e Alto Paraíso e, a oeste, com o município de Nova Mamoré, o estado do Acre e a República da Bolívia, conforme mapa político administrativo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Figura 1) (IBGE, 2021).

Figura 1 - Mapa político de Porto Velho e municípios vizinhos, 2021



Fonte: IBGE (2021).

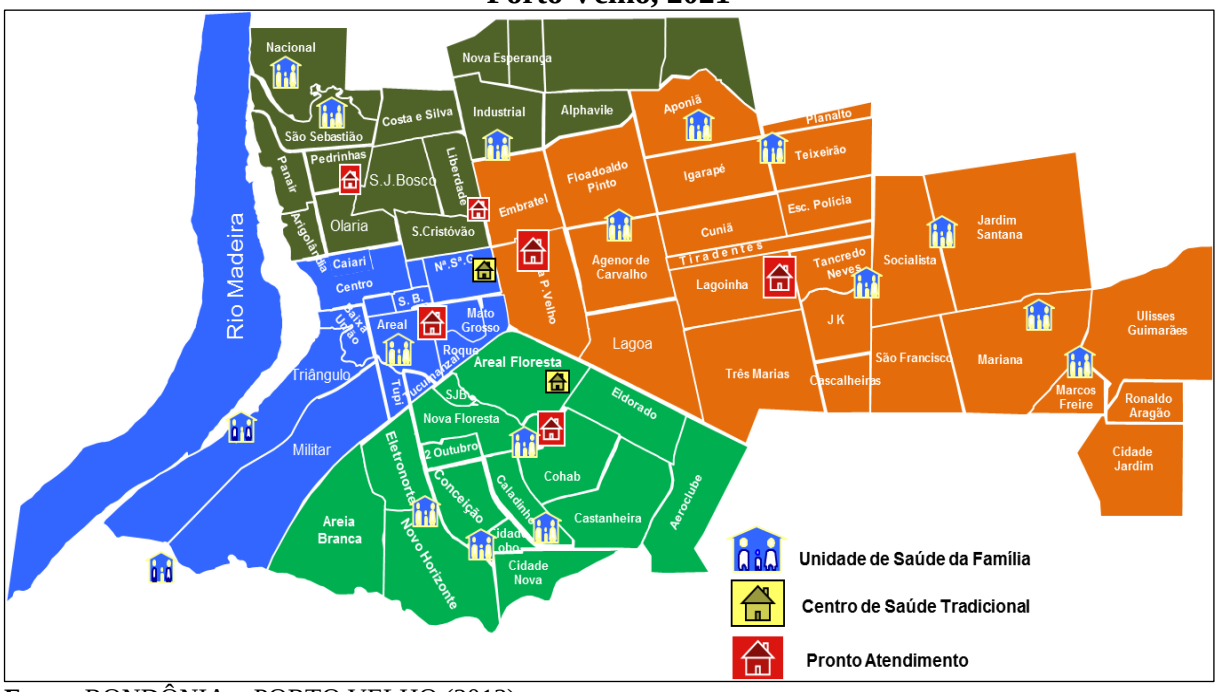
Porto Velho é a capital brasileira com maior extensão territorial, de 34.090,952 quilômetros quadrados, com a população estimada em 2020 em 539.354 habitantes, densidade demográfica 15,82 habitantes por quilômetros quadrados e o Produto Interno Bruto de 7,5 bilhões, sendo 32.042,66 mil reais (IBGE, 2021).

O perímetro urbano é dividido em 66 bairros, e estes agrupados em cinco zonas territoriais, sendo: Zona 1 (central – localizada a oeste), Zona 2 (norte), Zona 3 (sul), Zona 4

(leste) e Zona 5 (nas extremidades da cidade, ao norte a leste). Além disso, a área rural do município é subdividida em ribeirinha, como aquela ao longo do rio Madeira constituída de quatro distritos (São Carlos, Nazaré, Calama e Demarcação), e terrestre, constituída por oito (08) distritos (Jacy-Paraná, Nova Mutum Paraná, Abunã, Fortaleza do Abunã, Vista Alegre do Abunã, União Bandeirantes, Nova Califórnia e Extrema) (PORTO VELHO, 1999; PORTO VELHO, 2017).

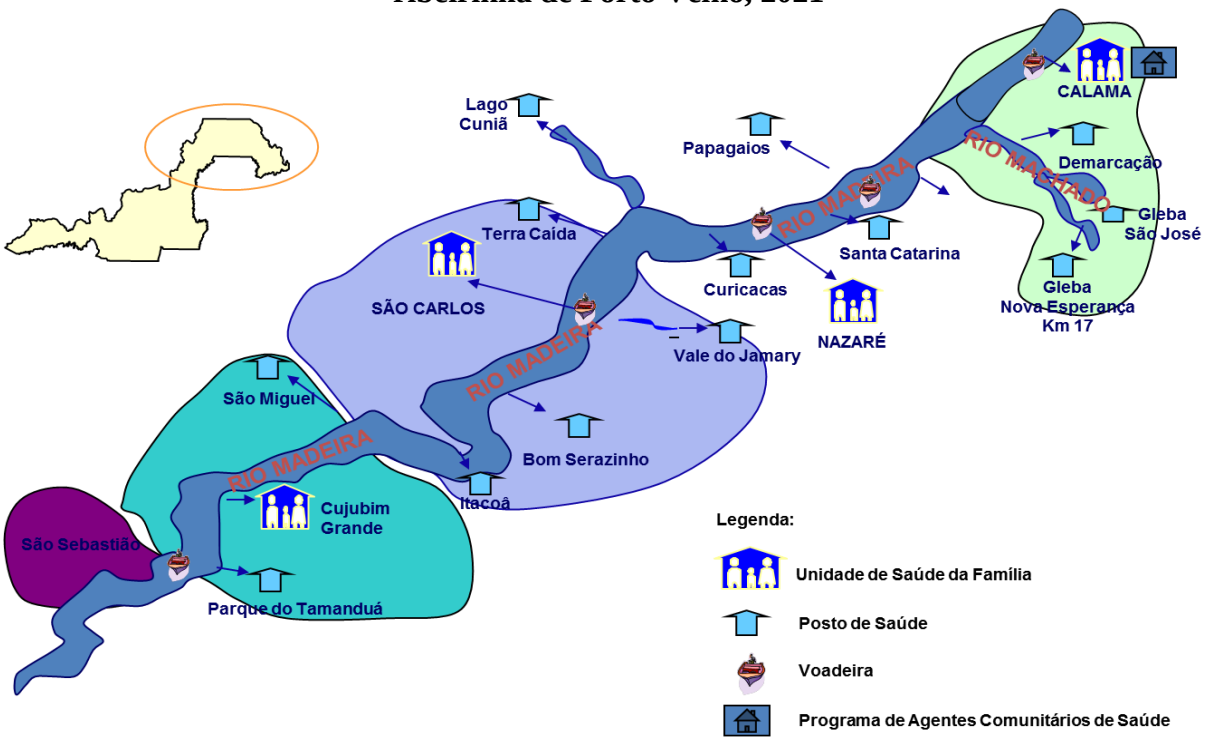
A APS do município era estruturada com 76 equipes de saúde da família (BRASIL, 2017), distribuídas em 36 USF, estando 17 USF localizadas na área urbana (Figura 2) e 19 na zona rural, quatro na área rural ribeirinha (Figura 3) e 15 na área rural terrestre (Figura 4) (PORTO VELHO, 2017).

Figura 2 - Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho, 2021



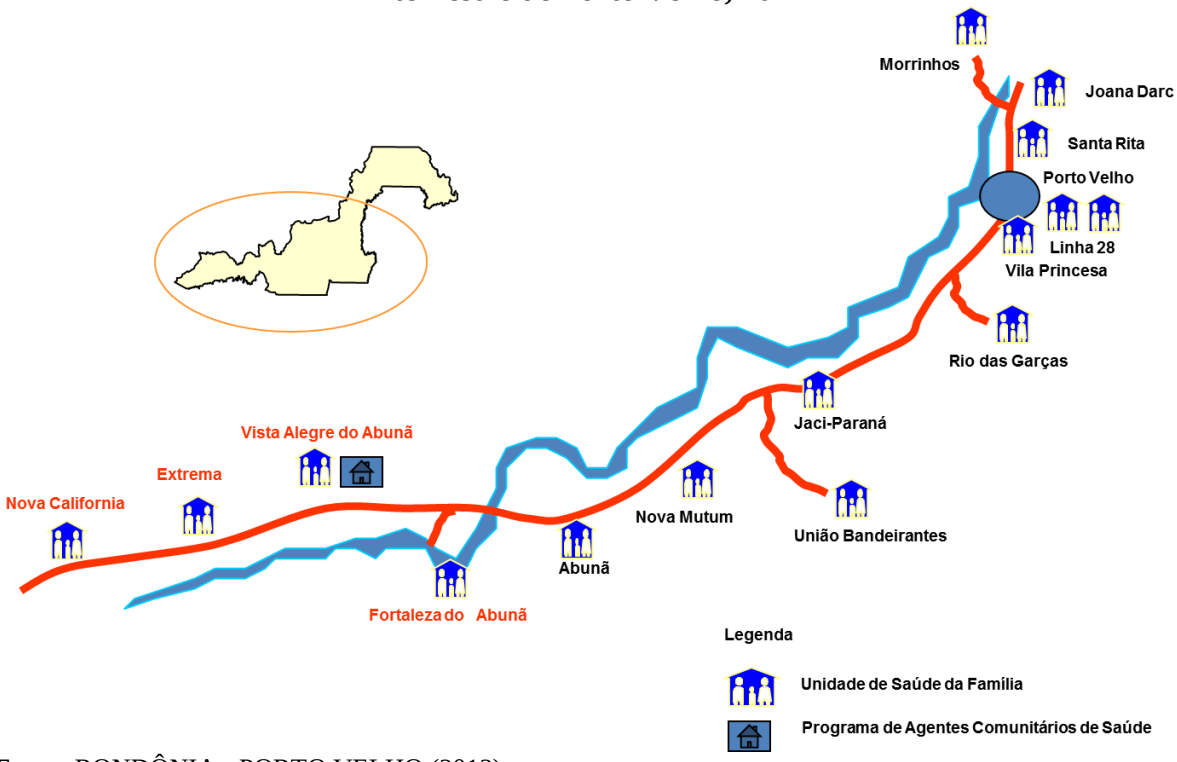
Fonte: RONDÔNIA – PORTO VELHO (2012).

Figura 3 - Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da Família na área rural ribeirinha de Porto Velho, 2021



Fonte: RONDÕNIA- PORTO VELHO (2012).

Figura 4 - Distribuição geográfica das Unidades de Saúde da Família na área rural terrestre de Porto Velho, 2021



Fonte: RONDÔNIA - PORTO VELHO (2012).

A maternidade onde o estudo foi conduzido atende gestantes com risco habitual, ou seja, após avaliação das condições individuais da gestante como idade, estatura, peso, condições econômicas e sociais, emprego e renda, escolaridade, doenças pré-existentes e atuais, situações de vulnerabilidade, gestações anteriores, condições reprodutivas não apresentaram maiores riscos ao feto e mãe (BRASIL, 2013). A unidade onde o estudo foi conduzido possui 40 leitos de alojamento conjunto, 11 leitos de ginecologia e seis leitos de cuidados intermediários. A maternidade realiza em média 308 partos ao mês, aproximadamente 71% partos vaginais e 29% partos cirúrgicos (MMME, 2019).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por RN vivos e suas mães com idade superior a 12 anos, moradoras da zona urbana e rural de Porto Velho e que permaneceram internadas no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Neste estudo o objetivo era avaliar o risco para SNP com foco nas ações da atenção primária à saúde. Para isso a variável número de consultas foi considerada como a variável de exposição principal (GOURLART et al., 2016). Foi realizado um estudo piloto com 100 puérperas e seus RN e neste encontrou-se uma frequência do desfecho no grupo não exposto de 45% (com menos de seis consultas). Considerando o nível de confiança em 95%, poder do estudo de 80%, proporção de 1 exposto para 1 não exposto e um risco relativo de 1,31 era necessária uma amostra de 382 puérperas, acrescido de 10% motivo de perdas, uma amostra final de 420 participantes.

Foram incluídas as puérperas e seus recém-nascidos do período da pesquisa. Foram excluídas as puérperas com partos por vácuo extrator, fórceps, RN gemelares ou com malformações congênitas.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos registros disponíveis no prontuário físico da participante, incluindo anotações da equipe multiprofissional, resultados de exames laboratoriais e da declaração de nascido vivo e demais documentos. As informações coletadas eram referentes aos aspectos sociodemográficos, história do pré-natal, parto e características do RN. O instrumento de coleta após teste por meio de piloto e as devidas adequações, foram coletados em planilha com todas as variáveis.

A variável dependente é a SNP e foi definida pelo médico responsável pelo acompanhamento do RN conforme os critérios da maternidade onde o estudo foi sendo conduzido (Anexo 2). A sintomatologia é inespecífica e sistêmica, sendo muitas vezes necessárias repetidas avaliações por parte da equipe neonatal. De modo geral, frente à presença de distúrbios respiratórios, instabilidade hemodinâmica, mal estado geral, intolerância alimentar e sinais vitais alterados, a SNP era considerada. Os exames laboratoriais como hemograma, hemocultura, PCR e pesquisa no líquor cefalorraquidiano eram realizados para definição do diagnóstico.

As variáveis independentes foram organizadas da seguinte forma:

- Características sociodemográficas: idade (< 20 anos, 20 a 35 anos e >35 anos); Raça/cor materna (branca e outras); escolaridade materna (> 9 anos de estudos e ≤ 9 anos de estudo); vínculo conjugal (com companheiro e sem companheiro); local de moradia (capital zona urbana, capital zona rural e outras); ocupação (remunerado e sem remuneração).
- Histórico gestacional: primípara (sim e não); quantidade de consultas pré-natal (< 6 consultas e ≥ 6 consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013); algum episódio de ITU (sim e não); presença de doenças infecciosas atual como tuberculose, toxoplasmose, hepatites virais, citomegalovírus, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, herpes, sífilis, rubéola e infecção pelo vírus da Zika (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020) (sim e não); uso de antibiótico no pré-natal (sim e não).
- Informações sobre o parto: prematuridade (idade gestacional inferior a 37 semanas sim e não (SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017); Tipo de parto (vaginal e cesárea); Sinais de corioamnionite - pelo menos um sinal de líquido fétido, febre intraparto, dor no colo, e útero amolecido, alteração hematológica (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020) (sim e não); Bolsa rota (sim e não); tempo de bolsa rota (< 18 horas e ≥ 18 horas (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020)); usou antibióticos na maternidade (sim e não).
- Informações sobre o RN: sexo (feminino e masculino); baixo peso ao nascer (> 2500 sim ou não (PUOPOLO; BENITZ; ZAOUTIS, 2018); boa vitalidade ao nascer segundo o escore de APGAR (escore ≥ 7) sim ou não (SHANE; SÁNCHEZ; STOLL, 2017).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva por meio das frequências absolutas e relativas e as medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão e quartis) para variáveis contínuas. Na análise bivariada foram realizados os testes qui-quadrado de Pearson (x^2) e teste exato de Fisher para as variáveis categóricas.

Após a análise bivariada, as covariáveis foram testadas quanto à possível presença de multicolinearidade que foi representada por correlações superiores a 0,80 (HAMILTON, 2006). Todas as variáveis com o teste de significância menor que 0,20 ($p<0,20$) no teste bivariado ou com relevância epidemiológica foram consideradas como variáveis de ajuste e submetidas à análise múltipla (PAES, 2010). A análise múltipla realizada foi a Regressão por Poisson para conhecer seus respectivos riscos relativos (RR) com seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) utilizando-se a estratégia *stepwise forward selection*. No modelo múltiplo, foram mantidas as variáveis que apresentassem $p<0,05$ ou que ajustarem a medida de associação em pelo menos 10% ou que forem reconhecidamente importantes para o desfecho em questão ou que melhorem a qualidade do modelo final. O teste estatístico de Hosmer Lemeshow foi aplicado para verificar a qualidade de ajuste do modelo final. A análise estatística foi realizada com auxílio do programa estatístico Stata® versão 16.0 (College Station, Texas, USA).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é um subprojeto de uma pesquisa guarda-chuva intitulado “Boas práticas na assistência ao paciente, no controle da infecção e no processamento de produtos para a saúde no estado de Rondônia” aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Rondônia sob o parecer de número 3.771.377 (ANEXO 1). Os dados coletados não serão repassados para outras pessoas a não ser os pesquisadores envolvidos na pesquisa. Bem como a equipe se compromete com a guarda, cuidando e utilizando das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 411 puérperas com seus RNs, a incidência de sepse neonatal foi 75,42 por 1.000 nascidos vivos (IC95%: 51,82 – 105,35). A média de idade das mães foi 25,19 anos (DP 5,78; mínima de 13 e máxima de 42 anos) e 76,64% tinham entre 20 e 35 anos (Tabela 1). A maioria das participantes morava na zona urbana da capital (88,32%), tinha mais de oito anos de estudo (68,86%), pouco mais da metade não trabalhava de forma remunerada 69,34% e 8,02% se autodeclaravam como brancas. Em relação à SN verificou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas apresentou associação estatisticamente significativa.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

Variável	Total N= 411 n (%)	RN sem sepse N= 380 n (%)	RN com sepse N= 31 n (%)	Valor de p
Idade materna				0,19**
20 a 35 anos	315 (76,64)	292 (92,70)	23 (7,30)	
< 20 anos	73 (17,76)	65 (89,04)	8 (10,96)	
> 35 anos	23 (5,60)	23 (100,00)	-	
Raça/Cor materna*				0,44**
Branco	28 (8,02)	25 (89,29)	03 (10,71)	
Outras	321 (91,98)	299 (93,15)	22 (6,85)	
Escolaridade materna				0,58
> 9 anos de estudos	283 (68,86)	263 (92,93)	20 (7,07)	
≤ 9 anos de estudos	128 (31,14)	117 (91,41)	11 (8,59)	
Vínculo conjugal				0,34
Com companheiro	307 (74,70)	286 (93,16)	21 (6,84)	
Sem companheiro	104 (25,30)	94 (90,38)	10 (9,62)	
Local de moradia				0,25**
Capital zona urbana	363 (88,32)	333 (91,74)	30 (8,26)	
Capital zona rural	24 (5,84)	23 (91,74)	01 (4,17)	
Outras	24 (5,84)	24 (100,00)	-	
Ocupação				0,83
Remunerado	126 (30,66)	117 (92,86)	09 (7,14)	
Sem remuneração	285 (69,34)	263 (92,28)	22 (7,72)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Nota: Sinal convencional utilizado:
- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.
Legenda: * Dado Faltoso; ** Utilizado Teste Exato de Fisher.

A maioria das puérperas era multigesta (72,26%), fez acompanhamento de pré-natal com média de 7,28 consultas (DP: 2,49; mínimo 1 e máximo de 14) e 61,82% realizaram mais de seis consultas (Tabela 2). Em relação aos episódios de infecção urinária 66,67% apresentaram pelo menos um episódio durante a gestação, 19,46% tiveram doença infecciosa e

69,23% usaram antibióticos. Em relação à sepse, a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi a presença de doença infecciosa no pré-natal (p<0,01).

Tabela 2 - Histórico gestacional das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

Variável	Total n (%)	RN sem sepse N=380 n (%)	RN com sepse N=31 n (%)	Valor de p
Primípara				0,86
Sim	114 (27,74)	105 (92,11)	09 (7,89)	
Não	297(72,26)	275 (92,59)	22 (7,41)	
Quantidade de consultas pré-natal*				0,41
< 6 consultas	155 (38,18)	141 (90,97)	14 (9,03)	
≥ 6 consultas	251 (61,82)	234 (93,23)	17 (6,77)	
Algum episódio de ITU				0,18
Sim	274 (66,67)	250 (91,24)	24 (8,76)	
Não	137 (33,33)	130 (94,89)	07 (5,11)	
Doença Infecciosa				<0,01
Sim	80 (19,46)	68 (85,00)	12 (15,00)	
Não	331 (80,54)	312 (94,26)	19 (5,74)	
Uso de antibiótico no pré-natal*				0,08**
Sim	270 (69,23)	245 (90,74)	25 (9,26)	
Não	120 (30,77)	115 (95,83)	05 (4,17)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Legenda: * Dado Faltoso; ** Utilizado Teste Exato de Fisher.

Verificou-se que não houve associação de SN com as variáveis relacionadas ao parto e puerpério. No entanto, foi constatado que a maioria das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (59,67%; n=300). A maioria tinha registro de realização de exames pré-natal (98,78%), porém apenas uma usuária tinha registro de realização de colposcopia, 13,86% tinham registro de bacterioscopia de secreção vaginal e 4,38% resultado da coleta para investigação de GBS (50% foi positivo). Estes dados não foram apresentados em tabelas devido ao baixo número de informações obtidas dos registros analisados.

Praticamente todas as crianças eram a termo (98,54%) e a média da idade gestacional foi 39,24 semanas, com mínima de 30 e máxima de 40 semanas (DP: 1,27). A via de parto predominante foi vaginal (61,07%), e 14,11% das parturientes apresentaram algum sinal de corioamnionite. A bolsa amniótica rota ocorreu em 41,6% dos casos, sendo que destas, 12,86% tinham mais de 18 horas. O uso de antibióticos na maternidade, antes do parto, foi registrado em 40,39% das gestantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Informações sobre o Parto das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

Variável	Total N= 411 n (%)	RN sem sepse N= 380 n (%)	RN com sepse N= 31 n (%)	Valor de p
Prematuridade				0,38**
Sim	06 (1,46)	05 (92,1)	01 (16,67)	
Não	405 (98,54)	375 (92,59)	30 (7,41)	
Tipo de parto				0,11
Vaginal	251 (61,07)	228 (90,84)	23 (9,16)	
Cesária	160 (38,93)	152 (95,00)	08 (5,00)	
Sinais de corioamnionite				0,25
Não	353 (85,89)	331 (93,77)	22 (6,23)	
Sim	58 (14,11)	49 (84,48)	09 (15,52)	
Bolsa rota				0,11
Não	240 (58,40)	226 (94,17)	14 (5,83)	
Sim	171 (41,60)	154 (90,06)	17 (9,94)	
Tempo de bolsa rota n= 171				0,52**
< 18 horas	149 (87,13)	135 (90,60)	14 (9,40)	
≥ 18 horas	22 (12,86)	19 (86,36)	03 (13,64)	
Usou antibióticos na maternidade				0,57
Não	245 (59,61)	228 (93,06)	17 (6,94)	
Sim	166 (40,39)	152 (91,57)	14 (8,43)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Legenda: ** Utilizado Teste Exato de Fisher.

Praticamente metade dos RNs do estudo era do sexo masculino (50,85%). A maioria tinha adequado peso ao nascer (97,92%; média: 3.339 gramas; DP: 482,15; mínimo 485 e máximo 4.660) e APGAR no primeiro minuto acima de sete, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Informações sobre o recém-nascido das puérperas internadas na maternidade, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

Variável	Total N= 411 n (%)	RN sem sepse N= 380 n (%)	RN com sepse N= 31 n (%)	Valor de p
Sexo				0,64
Feminino	202 (49,15)	188 (93,07)	14 (6,93)	
Masculino	209 (50,85)	192 (91,87)	17 (8,13)	
Baixo peso ao nascer (> 2.500 gramas)				0,17**
Não	400 (97,32)	371 (92,75)	29 (7,25)	
Sim	11 (2,68)	09 (81,82)	02 (18,18)	
Boa vitalidade ao nascer (APGAR score ≥ 7)*				0,13**
Sim	398 (97,55)	369 (92,71)	29 (7,29)	
Não	10 (2,45)	08 (80,00)	02 (20,00)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Legenda: * Dado Faltoso; ** Utilizado Teste Exato de Fisher.

Na análise bruta, a presença de doença infecciosa na mulher durante a gestação aumentou o risco de SN em 2,61 vezes (IC 95%: 1,34 – 5,09), não sendo identificada associação estatisticamente significativa de SNP com as demais variáveis (Tabela 5).

Tabela 5 - Risco relativo bruto em relação à sepse neonatal, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

(Continua)

Variável	RR (IC95%)	Valor p
Características sociodemográficas		
Idade materna		
< 20 e >35 anos	1,61 (0,76 - 3,41)	0,21
Raça/cor pele materna		
Outras	0,64 (0,21 - 1,96)	0,43
Escolaridade materna		
≤ 9 anos de estudos	1,21 (0,61 - 2,43)	0,58
Local de moradia		
Interior ou outro estado	0,25 (0,36 - 1,74)	0,16
Estado civil		
Sem companheiro	1,41 (0,69 - 2,85)	0,34
Ocupação		
Sem remuneração	1,08 (0,52 - 2,25)	0,83
História gestacional		
Primíparas		
Sim	0,94 (0,45 - 1,95)	0,86
Quantidade consulta pré-natal		
< 6 consultas	1,32 (0,68 - 2,57)	0,41
ITU		
Sim	1,71 (0,77 - 3,82)	0,19
Doenças infecciosas		
Sim	2,61 (1,34 - 5,09)	< 0,01
Uso de antibióticos		
Sim	2,22 (0,89 - 5,56)	0,09
Informações sobre o parto		
Prematuridade		
Sim	2,25 (0,38 - 13,44)	0,37
Tipo de parto		
Cesárea	0,55 (0,25 - 1,17)	0,12
Sinais de corioamnionite		
Sim	1,48 (0,75 - 2,87)	0,25
Bolsa rota		
Sim	1,70 (0,87 - 3,32)	0,12
Tempo de bolsa rota		
≥ 18 horas	1,45 (0,46 - 4,58)	0,52
Antibiótico no parto		
Não	1,21 (0,62 - 2,37)	0,56

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Legenda: (RR) risco relativo; (IC95%) Intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5 - Risco relativo bruto em relação à sepse neonatal, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

(Continuação)

Variável	RR (IC95%)	Valor p
Informações sobre o recém-nascido		
Sexo		
Masculino	1,17 (0,60 - 2,29)	0,64
Peso ao nascer em gramas		
≤ 2.500	2,51 (0,70 - 8,99)	0,16
APGAR no primeiro minuto		
escore < 7	2,74 (0,78 - 9,70)	0,12

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Legenda: (RR) risco relativo; (IC95%) Intervalo de confiança de 95%.

Na análise ajustada, a presença de doenças infecciosas durante a gestação permaneceu como fator de risco para SNP (RR: 2,40; IC 95%:1,21 – 4,76), o baixo peso ao nascer apresentou risco de 5,60 vezes de nascer com SN (IC 95%: 1,69 – 18,50) e a presença do boletim de APGAR menor que sete pontos ao final do primeiro minuto aumentou o risco de 2,96 vezes de o RN desenvolver SN (IC95%: 1,17 – 7,47; Tabela 6). O parto cesáreo apresentou-se como fator de proteção (RR: 0,44; IC95%: 0,21 – 0,92) para o desfecho.

Tabela 6 - Risco relativo ajustado em relação a sepse neonatal, Porto Velho, Rondônia, 2020 (n = 411)

Variável	RR (IC95%)	Valor p
Moradia		
Interior ou outro estado	0,29 (0,04 - 2,08)	0,22
ITU na gestação		
Sim	1,18 (0,44 - 3,19)	0,74
Doenças infecciosa na gestação		
Sim	2,40 (1,21 - 4,76)	0,01
Uso de antibiótico na gestação		
Sim	1,93 (0,63 - 5,91)	0,25
Sinais de corioamnionite		
Sim	1,31 (0,69 - 2,50)	0,40
Bolsa rota		
Sim	1,33 (0,68 - 2,59)	0,41
Tipo de parto		
Cesárea	0,44 (0,21 - 0,93)	0,03
Sexo		
Masculino	1,20 (0,64 - 2,27)	0,57
Baixo peso ao nascer (≤ 2.500 gramas)		
Sim	5,60 (1,69 - 18,50)	< 0,01
Boa vitalidade ao nascer (APGAR ≥ 7)		
Não	2,96 (1,17 - 7,47)	0,02

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).
Legenda: (RR) risco relativo; (IC95%) Intervalo de confiança de 95%.

O teste estatístico de Hosmer Lemeshow foi aplicado para verificar a qualidade de ajuste do modelo final. O valor de p foi 0,52 e a hipótese nula foi rejeitada, indicando boa qualidade do modelo.

5 DISCUSSÕES

No estudo a incidência de SNP foi 75,42 por 1.000 NV e os fatores de risco para a sepse foi a presença de doenças infecciosas durante a gestação, baixo peso ao nascer e apresentar boletim de APGAR menor que sete pontos ao final do primeiro minuto. O parto cesáreo apresentou-se como fator de proteção para o desfecho.

A incidência de SNP na maternidade de Porto Velho foi superior à incidência de 53 casos por 1.000 NV, encontrada em um estudo, publicado em 2007, com 302 puérperas e seus RN em uma maternidade pública de alto risco no estado do Amazonas (PINHEIRO et al., 2007). Porém, a incidência foi inferior ao encontrado em um estudo conduzido na região sul, no de 2014 a 2016, com 520 participantes, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), cuja incidência foi de 140,38 casos por 1.000 NV (DE SOUZA, 2018). No entanto, é importante ressaltar que o estudo conduzido no sul do país foi realizado em um hospital de referência para gestantes de alto risco, que, portanto, apresentavam fatores sabidamente associados à SNP (DE SOUZA, 2018).

Nesse contexto, sabe-se que a ocorrência da SNP está relacionada a fatores intrínsecos como hábitos de vida e condições nutricionais, bem como a fatores extrínsecos como acesso aos serviços de saúde de qualidade no pré-natal (AIRES et al., 2017; LUCENA et al., 2018). Portanto, ao ser analisada a ocorrência de SN entre os países, considerando o desenvolvimento socioeconômico, são encontradas frequências elevadas naqueles com baixas condições socioeconômicas como a Etiópia, onde até 53,3% dos 36.016 RN analisados entre 2014 e 2019 apresentaram SN (BAYIH et al., 2021). Em contraste com essa realidade, foram encontradas incidências menores, como a de 6,1 por 1000 NV nos nascimentos com risco habitual e 48,8 por 1000 NV em unidade terapia intensiva neonatal (UTIN), em um estudo realizado em 30 unidades neonatais, com 1.922 RN entre 2005 a 2014, no Reino Unido (CAILES et al., 2018).

Sobre os achados deste estudo, conduzido em Porto Velho, os resultados mostraram que a maioria das mães eram pardas (87,97%), tinham idade média de 25,19 anos, e que pouco mais da metade (68,86%) possuía mais de nove anos de estudo, achados semelhantes ao identificado em estudos realizados com gestantes sobre a qualidade do pré-natal oferecido na APS, nas Unidades Básicas de Saúde de todo o Brasil (TOMASI et al., 2017).

As características sociodemográficas não apresentaram significância estatística para o desenvolvimento de SNP, semelhante aos achados de um estudo sobre qualidade de pré-natal, realizado com 768 participantes de 11 maternidades (públicas, privadas e mistas) de Sergipe, entre junho de 2015 e abril 2016 (MENDES et al., 2020). No entanto, embora não tenha sido

identificada associação de risco entre as variáveis sociodemográficas e a SNP, a revisão de literatura indica que raça/cor, escolaridade e renda são fatores marcantes nas diferenças sociais da população e interferem na utilização dos serviços de saúde, no perfil de morbidade e mortalidade infantil (KROPIWIEC; FRANCO; DO AMARAL, 2017; BATISTA; BARROS, 2017; SANDERS et al., 2017; PACHECO et al., 2018; SANTILONI, 2020).

A esse respeito, é importante considerar que há plausibilidade para a relação entre as características sociodemográficas e a SNP. Em nosso estudo, embora tenha sido realizado o cálculo amostral, pode ser que o tamanho da amostra não tenha sido suficiente para identificar a associação ou mesmo se a ausência de associação deva-se à causalidade. Portanto, as características sociodemográficas das gestantes sempre devem ser consideradas no planejamento e execução das ações de saúde no pré-natal, pois influenciam, mesmo que distante, no acesso aos serviços, no tratamento e nos desfechos em saúde (PACHECO et al., 2018; CARVALHO; DE PAULA; DE FREITAS, 2018).

No histórico gestacional, foi observada a associação do desenvolvimento de SNP com o histórico de doenças infecciosas como toxoplasmose, hepatites virais, citomegalovírus, HIV, herpes e sífilis. Além da SNP, essas doenças podem levar a outros desfechos desfavoráveis como retinopatias, lesões neurológicas, lesões hepáticas, e encefalopatias com atraso no desenvolvimento neurológico (FELICE, 2019; FOLHA, 2019).

Nesse contexto, destaca-se a Sífilis Congênita (SC) como uma das doenças infecciosas mais relacionadas aos desfechos negativos para o recém-nascido (DE OLIVEIRA et al., 2020). No Brasil, houve um aumento de 33% das infecções por sífilis entre gestantes nos anos de 2016 e 2017 (BRASIL, 2018). Esse aumento está relacionado a não adesão das gestantes ao pré-natal ou a baixa qualidade na assistência prestada (DA COSTA et al., 2017; FAVERO et al., 2019; ALVES et al., 2020). Além disso, recém-nascidos com SC que apresentam também SNP tendem a evoluir com prognósticos pouco favoráveis (LIU et al., 2019). Além da sífilis, a presença do HIV, hepatite B e a toxoplasmose contribuem para o aumento do risco de SNP. Um estudo realizado em Portugal, com 1.262 crianças que tiveram TORCHSZ (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, HIV, Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e Zica vírus), descreveu a associação entre estas doenças e o baixo peso ao nascer, a deficiência neurológica podendo inclusive levar a encefalopatia e paralisia cerebral (FOLHA et al., 2019; LIU et al., 2019).

Ainda sobre a associação de SNP e as doenças infecciosas, embora 66,67% das gestantes acompanhadas neste estudo tenham tido algum episódio de ITU na gestação, não houve associação com o desfecho analisado. A possível explicação para a ausência de associação pode ser devido ao fato de que aproximadamente 70% das gestantes terem feito uso

de antibióticos durante a gestação. Todavia, tais dados são extremamente significativos, pois cerca de 20% das gestações complicadas por ITU podem ser evitadas por meio de ações educativas sobre medidas profiláticas, diagnóstico e tratamento precoce ((POMPERMAIER; ZMIESKI; PALUDO, 2020; DE SOUZA JUNIOR et al., 2020).

Em se tratando de assistência pré-natal, destaca-se o fato de a média de início do acompanhamento na APS ter ocorrido apenas por volta da décima segunda semana gestacional, apesar de ter sido observado que pouco mais da metade das gestantes (61,82%) mostrou adequação em relação ao número de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, o que provavelmente pode ter se dado devido à realização de um maior número de consultas no último trimestre da gestação, muitas vezes em virtude da busca tardia pelos serviços da APS (SANTOS et al., 2018; MENDES et al., 2020; BRASIL, 2000).

Nesse contexto, sabe-se que o número de consultas pré-natal interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, pois oportuniza a avaliação de uma maior quantidade de parâmetros clínicos (SILVEIRA et al., 2020). Todavia, para definição de qualidade, outros aspectos também devem ser considerados, pois estudos evidenciam baixos percentuais de adequação das ações clínicas empregadas durante o pré-natal, cujas consequências mais comuns estão a ocorrência de ITU recorrentes, a prematuridade e o baixo peso (BP) ao nascer (MOREIRA et al., 2017; TOMASI et al., 2017; GUIMARÃES et al., 2018; LEAL et al., 2020; CAMPANATI et al., 2020). Além disso, um acompanhamento pré-natal ineficaz aumenta cerca de 10 vezes as chances de ocorrência de SNP (ALVES et al., 2018).

Sobre a assistência pré-natal prestada, cabe ainda considerar que é fundamental a anotação de todas as informações referentes ao seguimento da gestação no cartão de pré-natal, bem como os exames realizados (sorologias, tipagem sanguínea, urina, coprocultura, pesquisa GBS, ultrassonografia), os sinais vitais, o ganho de peso, a estatura, a avaliação obstétrica, e as medicações prescritas (REIS; ABI RACHED, 2017; CAMARGOS et al., 2020). A esse respeito, um estudo realizado com 394 gestantes em Belo Horizonte, constatou após análise dos cartões de pré-natal, que apenas um apresentava o registro de todas as informações do cartão, e que mais de 50% dos cartões analisados não possuíam o registro dos exames do último trimestre, concluindo a incompletude de informações tão necessárias para o atendimento das gestantes durante o parto (CAMARGOS et al., 2020).

Referente às variáveis relacionadas ao parto não houve associação com o desenvolvimento de SNP. Além disso, contrariamente ao esperado, o parto cesáreo mostrou-se fator de proteção para o RN, semelhante a outro estudo sobre mortalidade neonatal (SANDERS et al., 2017), e embora a prevalência encontrada (38,93%) esteja muito acima dos 10 a 15%

recomendados pela OMS (OMS, 2015), no Brasil entre os anos de 2000 a 2018 as taxas de cesárea estiveram em torno de quase 50% (GUIMARÃES et al., 2021), evidenciando uma realidade não exclusiva do Estado.

Contudo, cabe considerar que estudos evidenciam a prevalência dessa via de parto entre gestantes com extremos de idade (abaixo de 20 ou acima de 35 anos), solteiras, com alto grau de escolaridade, multíparas e primigestas (GUIMARÃES et al., 2017), e sua relação com o maior número de consultas pré-natal (ARMADA E SILVA et al., 2020), o que poderia explicar os achados deste estudo. Todavia, a correlação entre essas variáveis com a via de parto não foi analisada no presente no estudo.

Quanto às características do recém-nascido, não houve associação entre a variável sexo e o desenvolvimento de SNP. No entanto, diversos estudos aponta um maior risco de SN entre recém-nascidos do sexo masculino, porém estes estudos foram conduzidos em unidades de terapia intensiva (SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017; PORTILLO et al., 2017; DORTAS et al., 2019; MELO et al., 2019; MONTOYA et al., 2020). Encontrou-se associação entre SNP e o baixo peso ao nascer e boletim de APGAR menor que sete no primeiro minuto de vida, corroborando com os achados de outros estudos sobre fatores associados ao desenvolvimento de SNP (MOREIRA et al., 2014; MOREIRA et al., 2017; SHANE; SANCHEZ; STOLL, 2017; GMACH, 2018; RAMIREZ, 2018; MONTOYA et al., 2020).

O baixo peso ao nascimento é um dos principais fatores de risco para sobrevivência do RN, essa característica aumenta os riscos de mortalidade e a propensão para o desenvolvimento de SNP (ALVES et al., 2020; ALVES et al., 2018; DINIZ, 2017). Entre as causas para a ocorrência do BPN está o baixo número de consultas de pré-natal, sendo que menos de seis consultas de pré-natal aumentam o risco em 2,94 vezes de um nascimento baixo peso (CARVALHO et al., 2016). O estado nutricional das gestantes e o ganho de peso durante a gestação também são fatores associados à SNP (KOMINIAREK et al., 2018).

Em relação ao estado de vitalidade do RN ao nascer e a SNP, os achados corroboram com os resultados encontrados em um estudo desenvolvido na cidade de Londrina, entre 2000 a 2013, que encontrou associação significante entre SNP e a ocorrência de hipóxia, asfixia e histórico de reanimação (ALVES et al., 2018).

A linha de cuidados materno-infantil é um dos principais serviços de saúde preventiva realizada pelas equipes de saúde na APS (GENOVESI et al., 2020). No entanto, tem-se registrado baixa adequação da assistência prestada face ao recomendado pela política de atenção à gestante (TOMASI et al., 2017; GENOVESI et al., 2020; LEAL et al., 2020). Além da avaliação clínica incompleta, a falta de uma abordagem interprofissional e a ausência de uma

abordagem educacional para o autocuidado apoiado tornam o cuidado fragmentado e falho (SILVA et al., 2019; LEAL et al., 2020). Por isso, visando adequar a assistência prestada às gestantes, os achados deste estudo apontam três aspectos a serem melhorados no cuidado à gestante na APS no município de Porto Velho: 1) diagnóstico e tratamento precoce de doenças infeciosas; 2) realização da investigação de GBS de rotina; 3) ações que promovam um adequado crescimento intrauterino do feto.

Entre as fragilidades deste estudo, registra-se que por se tratar de um estudo retrospectivo, verifica-se como limitação a dependência do adequado registro realizado pela equipe multiprofissional no prontuário e demais documentos da puérpera e seu recém-nascido. Além disso, apesar da coleta de informações em prontuários ou por meio da declaração de nascido vivo ser considerada como boa fonte de informação verificou-se a ausência de informações importantes em alguns prontuários como, por exemplo, a realização de exames de pré-natal, bem como os seus resultados e o registro do início do acompanhamento no pré-natal. Contudo, para minimizar vieses na coleta utilizou-se a dupla checagem, ou seja, os dados coletados foram conferidos por mais de um coletador.

Por fim, verifica-se a necessidade da cautelosa avaliação dos resultados encontrados, haja vista o estudo ter sido realizado em apenas uma instituição, está de risco habitual, embora tenha-se tomado o cuidado necessário para obtenção de uma amostra apropriada visando analisar os fatores de risco para SN advindos do cuidado à gestante na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência da SNP na maternidade estudada foi 75 por 1.000 nascidos vivos. A presença de doenças infecciosas durante a gestação, baixo peso ao nascer e boletim de APGAR menor do que sete pontos ao final do primeiro minuto foram fator de risco para a SNP. Já o tipo de parto cesáreo apresentou-se como fator de proteção.

A incidência de SNP foi maior do que a encontrada em outro serviço similar na região. A associação entre o desfecho e a presença de doenças infecciosas na gestação e o baixo peso ao nascer indicam a necessidade de avaliar as ações realizadas no pré-natal em Porto Velho focando no diagnóstico e tratamento precoce de doenças infecciosas e adequado crescimento intrauterino do feto.

As doenças infecciosas poderiam ter sido diagnosticadas e tratadas precocemente evitando a sepse nos RNs. Simultaneamente a isto, o parto do tipo cesárea, foi fator de proteção à sepse, mesmo sendo um parto que há vários efeitos adversos para a mãe e o recém-nascido. Este fato pode estar relacionado à presença de colonização ou infecção não tratada ITU, no canal vaginal, leucorreias e GBS. Situação está que também poderia ter sido evitada se as ações de rastreio, diagnóstico e tratamento precoce foram eficientes.

A presença do baixo peso ao nascer sem histórico registrado de restrição de crescimento intrauterino ou prematuridade aponta para a ocorrência de situações que interferiram no crescimento do recém-nascido na vida intrauterina. Situações do âmbito físico, social e emocional que poderiam ter sido observadas e corrigidas pelas ações na atenção primária à saúde. Porém, em uma lógica de atendimento focada apenas no modelo biomédico e centrada no profissional médico não possibilita o cuidado integral.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de reflexões de gestores e profissionais da assistência ao pré-natal em Porto Velho, no sentido de melhorar o acolhimento à usuária e sua família, escuta qualificada e o diagnóstico e tratamento das doenças. O reconhecimento dos fatores de risco à SNP advindo das práticas de saúde na APS encontrados nesta pesquisa permite no âmbito do município de Porto Velho reconhecer suas fragilidades e reorganizar suas práticas na APS. As reflexões aqui levantadas podem subsidiar a reformulação das estratégias e ações que poderão contribuir significativamente para a continuidade das melhorias, reduzindo a alta incidência de SNP e aprimorar o acolhimento das mulheres para que tenham incursões a um atendimento completo para o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério satisfatório, além da proteção de uma recepção mais humanizado na atenção primária à saúde.

Para futuros estudos sugere-se a investigação no âmbito da APS e MMME de como se dá a qualificação dos profissionais que atuam na linha de cuidados à gestante e sua família. Também é importante investigar como a estrutura disponível e o processo de trabalho vivenciado pelos profissionais em Porto Velho tem influenciado a qualidade do pré-natal prestado às usuárias e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_diagnosticos_infeccoes_assistencia_saude.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

AIRES, Luana Cláudia dos Passos et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2021.

ALVES, Jakeline Barbara et al. Sepse Neonatal: Mortalidade em Município do Sul do Brasil, 2000 a 2013. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 132-140, jun., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000200132&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2021.

ALVES, Marina Maria Santos; CARDOSO, Juliana Maria dos Santos; LOPES, Izailza Matos Dantas; BISPO, Ana Jovina Barreto; DE CARVALHO, Israel Azevedo Siqueira. Sífilis congênita e seu impacto na saúde dos recém-nascidos. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 154-161, 2020. Disponível em: <https://www.editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/7948>. Aceso em: 22 fev. 2021.

ANDRADE, Raquel Dully et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100181&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 dez. 2020.

ARMADA, Halene Cristina Dias et al. Análise da mortalidade materna como indicador de gestão do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 53, p. 2460-2469, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/591>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paul. Enferm.,** São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-254. jun., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300247&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BASSO, Chariani Gugelmim; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, jun., 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2020.

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. Suppl 1., mai., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BAYIH, Wubet Alebachew et al. The burden of neonatal sepsis and its association with antenatal urinary tract infection and intra-partum fever among admitted neonates in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. **Heliyon**, v. 7, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844021002267>. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Intervenções Comuns, Icterícia e Infecções. In: **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Urgência e Emergência Materna:** Guia Para Diagnóstico e Conduta em Situações de Risco de Morte Materna. Brasília: Ministério da Saúde 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** Método Canguru. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Relatório por Tipo de Estabelecimento.** 2017. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=11&VMun=110020&VSubUni=&VComp=00>. Acesso em: 25 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Coordenação Estadual de IST/Aids. **Boletim Epidemiológico de Sífilis.** 2018. Disponível em:<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/boletim-epidemiologicosifilis-2018.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informação de Saúde. **Nascidos vivos em Rondônia**. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvRO>.def. Acesso em: 28 abr. 2019.

CAILES, B. et al. **Epidemiologia de infecções neonatais no Reino Unido:** a rede de vigilância de infecções neonIN. Arquivos de doenças na infância - edição fetal e neonatal 103.6: F547-F553. 2018.

CAMACHO-GONZALEZ, Andres; SPEARMAN, Paul. W.; STOLL, Barbara J. *Neonatal infectious diseases: evaluation of neonatal sepsis*. **Pediatric Clinics of North America**. v. 60. n. 2. p. 367, abr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405627/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CAMARGOS, Letícia Ferreira de; LEMOS, Patrícia Lage; MARTINS, Eunice Francisca; FELISBINO-MENDES, Mariana Santos. Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 1, out., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452021000100220&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 fev. 2021.

CAMPANATI, Layra da Silva Passareli; FERNANDES, Paula Fazolato; NOGUEIRA, Luisa Gaede; OLIVEIRA Marcela de. Avaliação dos Registros de Pré-natal de Baixo de Risco na Atenção Básica de um Município do Rio de Janeiro. **Revista Saber Digital**, v. 13, n. 2, p. 15-31 dez. 2020. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/895>. Acesso em: 08 mar. 2021.

CARVALHO, Angelita Alves; DE PAULA, Daniela Polessa; DE FREITAS, Gabriella Vieira. Raça/Cor E Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva: Identificando Possíveis Diferenças de Comportamento das Mulheres no Brasil em 2006. **Revista Faz Ciência**, v. 22, n. 36, p. 742020. Disponível em: <http://saber.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/25037>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CARVALHO, Silas Santos; COELHO, Julita Maria Freitas; BACELAR, Denise Ângela; MARIOLA, Elaynel. Fatores Maternos Para o Nascimento de Recém-Nascidos com Baixo Peso e Prematuros: Estudo Caso-Controle. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 2, p. 76-82, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/21947>. Acesso em: 19 nov. 2019

COSTA, Mannasses Araujo; DE BRITTO E ALVES, Maria Teresa Seabra Soares; BRANCO, Rosana Maria Paixão Castello; CASTRO, Wilka Emanoely Cunha; RAMOS, Cauby Arthur Moreno. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface,** v. 24, Supl. 1, out. 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24s1/1807-5762-icse-24-s1-e190628.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

DA COSTA, Carolina Vaz; DOS SANTOS, Isabela Arcipretti Brait; DA SILVA, Joyce Matias; BARCELOS, Thiago Fernandes; GUERRA, Heloísa Silva. Sífilis Congênita: Repercussões e Desafios. ACM **Arq. Catarin. Med**, v. 46, n. 3, p. 194-202, set., 2017. Disponível em: <https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/09%20S%c3%8dFILIS%20Artigo%20publicado%20agosto%202017.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

DE ARAÚJO FILHO, Augusto Cezar Antunes; SALES, Isabela Maria Magalhães DE ARAÚJO, Anna Karolina Lages; ALMEIDA, Priscilla Dantas; DA ROCHA, Silvana Santiago. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1767-1776, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359552589006.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DE CASTRO, Renata Sayuri Ansai Pereira. **Análise da sepse neonatal tardia em prematuros de muito baixo peso após a implantação do protocolo de sepse na unidade.** Repositório Institucional UNESP. 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150183>. Acesso em: 15 jan. 2021.

DE FREITAS, Caroline Bianca Souza de; TEIXEIRA, Graciana Maria; LANA, Priscilla de Pinho; ZOPELARO, Raiane Barbara Andrade; PINTO, Elisangela Saraiva Oliveira. Sepse neonatal: fatores de risco associados. **ANAIS SIMPAC**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/752>. Acesso em: 20 dez. 2020.

DE OLIVEIRA, Cecília Olívia Paraguai et al. Fatores de risco para sepse neonatal em unidade de terapia: estudo de evidência. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42845>. Acesso em: 11 jan. 2021.

DE OLIVEIRA, Suzanna Marielle Silva et al. Frequência de Doenças Infecciosas em Gestantes de Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 2, p. 888-900, jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ifal.edu.br/diversitas_journal/article/view/1052>. Acesso em: 14 fev. 2021

DE SOUZA JÚNIOR, Hélio; DA SILVA, Kélvia Donato; DA SILVA NETO, Fernando Agostinho; RODRIGUES, Anna Clara de Aguiar. A educação em saúde como estratégia de prevenção, diagnóstico e tratamento das infecções do trato urinário, na comunidade interna do Câmpus Águas Lindas do instituto Federal de Goiás. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 43724-43737, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12729>. Acesso em: 11 jan. 2021.

DE SOUZA, Rosana Menezes. **Prevalência e etiologia de sepse neonatal e perfil de suscetibilidade antimicrobiana dos patógenos:** estudo numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Curitiba, BR. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Clínica). Universidade Fernando Pessoa, Portugal, 2018. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/7053>. Acesso em: 20 dez. 2020.

DA SILVA, Elisângela Xavier; CARDOSO, Sirlene Gonçalves. **Pré-natal e puerpério em mulheres privadas de liberdade:** assistência de enfermagem prestada. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1341>. Acesso em: 20 jan. 2021.

DIAS, Ernandes Gonçalves; DOS ANJOS, Gisele Brito; ALVES, Luciene; PEREIRA, Sayonara Nayranne; CAMPOS, Lyliane Martins. Ações do Enfermeiro no Pré-natal e a Importância Atribuída pelas Gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, jul., 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>. Acesso em: 06 mar. 2021.

DORTAS, Ana Rosa Felizola et al. Fatores de Risco Associados a Sepse Neonatal: Artigo de Revisão. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 7, p. e1861-e1861, dez., 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/1861>. Acesso em: 02 fev. 2021.

DOS SANTOS, Joyce Nascimento; DA SILVA, Raquel Prado; PRADO, Lourivânia Oliveira Melo. Infecção do Trato Urinário na Gravidez: Complicações e Intervenções de Enfermagem. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5720/2297 >. Acesso em: 06 mar. 2021.

DONG, Ying; SPEER, Christian P. Late-onset neonatal sepsis: recent developments. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 100, n. 3, p. F257-F263, abr., 2015. Disponível em; <https://fn.bmj.com/content/100/3/F257>. Acesso em: 20 nov. 2020.

DHUDASIA, Miren B.; MUKHOPADHYAY, Sagori; PUOPOLO, Karen M. Implementation of the sepsis risk calculator at an academic birth hospital. **Hospital pediatrics**, v. 8, n. 5, p. 243-250, 2018. Disponível em: <https://hosppeds.aappublications.org/content/8/5/243>. Acesso em: 02 fev. 2021.

FAVERO, Marina Luiza Dalla Costa; RIBAS, Kristoffer Andreas Wendel; COSTA, Marcia Cristina Dalla; BONAFE, Simone Martins. Sífilis Congênita e Gestacional: Notificação e Assistência Pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 2-8, jul. 2019. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137>. Acesso em: 09 mar. 2021.

FELICE, Thamires Máximo Neves; SANTOS, Jair Licio Ferreira; PFEIFER, Luzia Iara. Estudo retrospectivo de fatores de risco materno, pré e perinatal para paralisia cerebral na rede pública de saúde. **Medicina**, v. 52, n. 3, p. 179-191, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/152334>. Acesso em: 15 dez. 2020.

FLEISCHMANN-STRUZEK, Carolin. et al. The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 6, n. 3, p. 223-230, mar. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213260018300638>. Acesso em: 10 out. 2020.

FOLHA, Teresa et al. Associação de anomalia congénita encefálica com infeção TORCHS: a importância do Diagnóstico Pré-natal na perspetiva na paralisia cerebral. **Reunião Científica da Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal (APDPN 2019), 4-5 outubro 2019**, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/323276259.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

FREITAS, Brunnella Alcantara Chagas de et al . Sepse tardia em pré-termos de uma unidade de terapia intensiva neonatal: análise de três anos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 24, n. 1, p. 79-85, mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2021.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 247-253, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5794>. Acesso em: 17 jun. 2020.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; PALMEIRA, Ellen Whate Morais; MUFATO, Leandro Felipe. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, ago., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400216&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2021.

GENOVESI, Flávia Françoso et al . Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 4, jul., 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600154&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2020.

GMACH, Juliane Carla. Prevalência bacteriana e perfil de sensibilidade a antimicrobianos em culturas de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Medicina-Tubarão**, 2018. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/5746>. Acesso em: 11 jan. 2021.

GOMES, Celma Barros de Araújo et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170544.pdf>. Acesso em 03 mar. 2021.

GOULART, Ana Paula; VALLE, Caroline Fraga; DAL-PIZZOL, Felipe; CANCELIER, Ana Carolina Labor. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em hospital da rede pública do Brasil. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 18, n. 2, p. 148-153, jun., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GUIMARÃES, Nara Moraes. et al. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das partutientes**. Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 11942-11958, fev., 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24110/19302>. Acesso em: 06 mar. 2021.

GUIMARAES, Raphael Mendonça et al . Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 17, n. 3, p. 571-580, jul., 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000300571&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2021.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; GUIMARÃES, Thayanne Louzada Ferreira; GARNELO, Luiza. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, mai., 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n5/e00110417/pt/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

GÜL, Fethi et al. Changing definitions of sepsis. **Turkish journal of anaesthesiology and reanimation**, v. 45, n. 3, p. 129, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5512390/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GYAWALI, Bishal; RAMAKRISHNA, Karan; DHAMOON, Amit S. Sepsis: The evolution in definition, pathophysiology, and management. **SAGE Open Medicine**, v. 7, p. 050312119835043, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050312119835043>. Acesso em: 20 fev. 2021.

HAMILTON, L. C. Statistics with STATA: **updated for version 9**. Canada: Thomson Books, 2006

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil/Rondônia/Porto Velho**. 2021. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama. Acesso em: 06 mar. 2021.

KOMINIAREK, Michelle A. et al. Association between gestational weight gain and perinatal outcomes. **Obstetrics and gynecology**, v. 132, n. 4, p. 875, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6153045/>. Acesso em: 11 fev. 2021.

KROPIWIEC, Maria Volpato; FRANCO; Selma Cristina; DO AMARAL; Augusto Randüz. Fatores Associados à Mortalidade Infantil em Município com Índice de Desenvolvimento Humano Elevado. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 35, n. 4, p. 391-398, dez., 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400391&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2021.

LACERDA, E. D.; EUGÊNIO, A.P; FREITAS, F.B.D; SANTOS, W.P; LIMA, G.M.B. Importância da Assistência Qualificada para Detecção das Infecções do Trato Urinário em Gestantes. **International Journal of Sex Research**, v. 1, 2018. Disponível em: <https://aepub.com/ijsr-2018-0104/>. Acesso em: 06 mar. 2021

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 30, n. Suppl 1, p. S192-S207, ago., 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt/>. Acesso em: 11 fev. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; TORRES, Raquel Maria Cardoso; NIQUINI, Roberta Pereira; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 51, n. 0, mar., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391>. Acesso em: 20 jan. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 08, jan., 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LEITE, Sarah Diniz et al. Eficiência técnica dos serviços de saúde na Região Norte do Brasil. **Locus Repositório Institucional da UFV**. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada). Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <https://locus.ufv.br//handle/123456789/75269>. Acesso em: 03 mar. 2021.

LIMA, Suzanne Santos; BRAGA, Maria Cynthia; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; LUNA, Carlos Feitosa; FRIAS, Paulo Germano. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, fev., 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n2/e00039719/pt/#>. Acesso em: 11 jan. 2021.

LIU, Yang et al. Differences between congenital-syphilis presenting as sepsis and neonatal sepsis: A case-control study. **Medicine**, v. 98, n. 44, nov., 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6946349/>. Acesso em: 27 mar. 2020.

LOPES, Luana Nogueira; DE ASSIS, Alessandra Emilly Pinto; DE LIRA, Rafaelle Cavalcante. Os Impactos da Infecção do Trato Urinário na Saúde da Gestante. **Caderno Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, v. 9, n. 3, 2019. Disponível em: <https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/CVADS/article/view/6807>. Acesso em: 06 mar. 2021.

LUCENA, Daniele Beltrão de Araújo et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39. e2017-0068, ago., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100425&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MACHADO, Juliana Reis et al . Influência das intercorrências maternas e fetais nos diferentes graus de corioamnionite. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 4, p. 153-157, abr., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MARTINS, Bruna Letícia; SCATIMBURGO, Marina Roveri; OLIVEIRA, Thaiana Jacob Carvalho de; QUEIROZ-FERNANDES, Geisiany Maria de. Prevalência de Streptococcus agalactiae em secreção vaginal de gestantes atendidas em um laboratório de análises clínicas do interior do estado de são Paulo. **Rev. Salusvita**, vol. 36, n. 3, p. 695-707, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1021583?src=similardocs>. Acesso em: 06 mar. 2021.

MELO, Lorenna Rodrigues; RIBEIRO, Natália Fonseca; BALEEIRO, Josiane Ferreira; ARAÚJO E FERREIRA, Fernanda; DE PRINCE, Karina Andrade. Morbimortalidade por Sepse Neonatal em Minas Gerais. In: **Anais do I Simpósio de Otorrinopediatria do Norte de Minas e III Congresso Norte Mineiro de Saúde da Criança**. p. 46, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/3092/1836#page=46>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MENDES, Rosemar Barbosa et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n3/793-804/#>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MENEZES, Renata Ramos; SANTOS, José Marcos de Jesus; LIMA, Kaio Oliveira; LIMA, Karina Maria Santos; MENDES, Rosemar Barbosa. Avaliação dos exames realizados durante o pré-natal no primeiro e terceiro trimestres da gravidez. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. mai, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/download/6039/2086>. Acesso em: 06 mar. 2021.

MIGOTO, Michelle Thais; OLIVEIRA, Rafael Pallisser de; SILVA, Ana Maria Rigo and FREIRE, Márcia Helena de Souza. *Mortalidad neonatal precoz y factores de riesgo: estudio caso-control en Paraná.* ***Rev. Bras. Enferm.,*** v. 71, n. 5, p.2527-2534, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MMME, Maternidade Municipal Mãe Esperança. **Dados de Autorização de Internação Hospitalar AIHs-referente a 2018**. Porto Velho, mar. 2019.

MONTOYA, Rafael Ferrer; AGUILERA, Alexis Montero; DAJARUCH, María de los Ángeles Pérez; RUTAN, Marisel Green; ESCALONA, Tatiana Cedeño. Factores de riesgo materno y neonatal en la infección probada de início precoz en pretérminos. **Multimed, Granma,** v. 24, n. 5, p. 1163-1182, out., 2020. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000501163&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves et al. Mortalidade infantil nos últimos quinquênios em Porto Velho, Rondônia–Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 1, p. 86-92, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/jhgd/article/download/76123/79881>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves et al. Perfil e evitabilidade de óbito neonatal em um município da Amazônia Legal. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48950>. Acesso em: 11 fev. 2021.

OKOMO, Uduak et al. Aetiology of invasive bacterial infection and antimicrobial resistance in neonates in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis in line with the STROBE-NI reporting guidelines. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 19, n. 11, p. 1219-1234, nov., 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309919304141?casa_token=W-VW8KDl_uEAAAAA:JWuAzQd7y-PTCewbl_9dBn34gwCQMnVWC60ETswdfhWLSo9P0UfIAtgNIx9sbVAaLNBNhfUNS2U. Acesso em: 17 nov. 2020.

OMAR, JULIA et al. Procalcitonin as an Early Laboratory Marker of Sepsis in Neonates: Variation in Diagnostic Performance and Discrimination Value. **The Malaysian journal of medical sciences: MJMS**, v. 26, n. 4, p. 61, ago., 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6719890/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

OMS. World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Geneva: WHO, 2015.

PACHECO, Vanessa Cardoso; SILVA, Jean Carl; MARIUSSI, Ana Paula; LIMA, Monica Roeder; RIBEIRO E SILVA, Thiago. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate,** v. 42, n. 116, p. 125-137, mar., 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/125-137/pt/#>. Acesso em: 11 jan. 2021.

PAES, Ângela Tavares. Por Dentro da Estatística. Análise univariada e multivariada. **Einstein: Educ. Contin. Saúde**, v. 8, n. 1, p. 1-2, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1595-EC_v8n1p1-2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

PAIVA, Cecília Virgínia Araújo et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 924-939, 2013.

PAIZ, Janini Cristina; BIGOLIN, Marcio; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. Mortalidade infantil e serviços de atenção primária à saúde em Porto Alegre (RS), Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e** comunidade, v. 13, n. 40, p. 1-13, dez. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/182861>. Acesso em: 11 jan. 2021.

PEREIRA, Rejane Marques; FERREIRA, Suélem Maria Santana Pinheiro; SILVA, Rogério Vieira; DA SILVA, Jinária Fernandes; DOS SANTOS, Isis Cardoso Benício. Saberes e práticas de médicos e enfermeiros relativos ao pré-natal odontológico. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 10, p. 18 set., 2019. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/564>. Acesso em: 22 fev. 2021.

PINHEIRO, Rossiclei de Souza et al . Estudo dos fatores de risco maternos associados à sepse neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia brasileira. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 8, p. 387-395, ago., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2020.

POMPERMAIER, Charlene; ZANELLA, Gabriela Zmieski; PALUDO, Edineia. Importância do Pré-natal para Prevenção de Patologias Decorrentes de Infecção do Trato

Urinário. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, p. e24182-e24182, mai., 2020.

PORTILLO, Ivania Lourdes Hernández; O HARA, Luis Gerardo; RIVERA, Iliana Beatriz Arita; CASTRO, Amilcar Jahir Nuñez; DE NÚNEZ, Elizabeth Casco Fúnez. Factores asociados a sepsis neonatal temprana en recién nacidos del Hospital San Marcos, Ocotepeque. **Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud**, v. 4, n. 2, p. 37-43, jan., 2017. Disponível em: <https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/7111>. Acesso em: 20 out. 2020.

RONDÔNIA. **Lei nº. 097, de 29 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre o parcelamento, uso e ocupação do solo do município de Porto Velho. Diário Oficial Municipal, Porto Velho, 29 de dezembro de 1999. Porto Velho, 1999. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=316888>. Acesso em: 25 set. 2020.

RONDÔNIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Porto Velho: [s.ed.], 2012.

RONDÔNIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Porto Velho: [s.ed.], 2017.

PROCIANOY, Renato Soibelmann; SILVEIRA, Rita de Cássia. Os desafios no manejo da sepse neonatal. **J. Pediatr.**, v. 96, supl. 1, p. 80-86, mar., 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000700080&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2021.

PUOPOLO, K. M.; BENITZ, W. E.; ZAOUTIS, T. E. Committee on fetus and newborn; committee on infectious diseases**. Management of neonates born at 34 6/7 weeks' gestation with suspected or proven early-onset bacterial sepsis**. Pediatrics, v. 142, n. 6, e. 20182896, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30455344/>. Acesso em: 20 out. 2020.

RAMÍREZ, Julca; MERCEDES, Elizabeth. **Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana en el hospital nacional PNP Luis N. Sáenz en el periodo de enero del 2016 a setiembre del 2017.** Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Cirurgia Geral). Universidade Ricardo Palma, Peru, 2018. Disponível em: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1163>. Acesso em: 02 fev. 2021.

RAMOS, Thainá Carvalho et al. Importância da educação continuada para enfermeiros sobre infecção do trato urinario (ITU) em gestantes no pré-natal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3328-3332, 2019. Disponível em:

<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2272>. Acesso em: 06 mar. 2021.

REIS, Rachel Sarmento; ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, 2017.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro et al. *Empirical antimicrobial therapy for late-onset sepsis in a neonatal unit with high prevalence of coagulase-negative Staphylococcus.* **Jornal de Pediatria,** v. 92, n. 5, p. 472-478, out., 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553616300362>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SANDERS, Lídia Samara de Castro et al . Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cad. saúde colet.**, v. 25, n. 1, p. 83-89, mar., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2020.

SANTILONI, Aline Fernanda Palombarini. **Morbidade referida e utilização de serviços de saúde públicos e privados no primeiro ano de vida:** estudo de coorte**.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/194215>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SANTOS, Anabele Pires et al. Estado nutricional e condições ambientais e de saúde de crianças Pataxó, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, jun., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00165817>. Acesso em: 20 out. 2020.

SEGREGUR, Jadranko; SEGREGUR, Domagoj. Antenatal characteristics of Roma female population in Virovitica-Podravina County, Croatia: Antenatalne Značilnosti Populacije Romskih Žensk V Regiji Virovitica-Podravje Na Hrvaškem. **Slovenian Journal of Public Health,** v. 56, n. 1, p. 47-54, nov., 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329785/pdf/sjph-2017-0007.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SHANE, Andi L.; SÁNCHEZ, Pablo J.; STOLL, Barbara J. Neonatal sepsis. **The lancet**, v. 390, n. 10104, p. 1770-1780, out., 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617310024?casa_token=01HMAcRPihkAAAAA:E5lVL2CQuvLHoNbLbo9wmLT-1yCgF52nE4UyiPM41nfTEB4fnjtvlHPQAGgWChPOaPafEmq7lyc>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SHARMA, Deepak et al. Biomarkers for diagnosis of neonatal sepsis: a literature review. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 31, n. 12, p. 1646-1659, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2017.1322060>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SEHNEM, Graciela Dutra; DE SALDANHA, Laísa Saldanha; ARBOIT, Jaqueline; RIBEIRO, Aline Cammarano; DE PAULA, Francielle Morais. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. e19050-e190050, 2020. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2429537309/fulltextPDF/21932C310ACA46ADPQ/1?accountid=26546>. Acesso em: 06 mar. 2021.

SILVA, Andressa Arraes; JARDIM, Mara Julyete Arraes; RIOS, Claudia Teresa Frias; FONSECA, Lena Maria Barros; COIMBRA, Liberata Campos. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 15, ago., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32336/html>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SILVA, Larissa Mariana; BICALHO, Elizaine Aparecida Guimarães; CAIXETA, Ana Carolina Magalhães. Incidência de óbitos por sepse em neonatos. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 4, n. 3, p. 20-31, dez., 2018. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V4N3A3>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SILVA, Stella Marys Rigatti et al. Sepse neonatal tardia em recém-nascidos pré-termo com peso ao nascer inferior a 1.500 g. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 84-89, dez., 2015. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50892>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SILVEIRA, R.C. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

SILVEIRA, Leonardo Ito; ANDRADE, Fernanda; DEA, Bruna Di; MULLER, Erildo Vicente; SILVA JUNIOR Manoelito Ferreira. Fatores associados ao número de consultas no pré-natal: análise segundo a autopercepção de usuárias da atenção primária no Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 2, p. 29-42, 2020. Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/565>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SILVEIRA, Rita de Cássia; PROCIANOY, Renato Soibelmann. Uma revisão atual sobre sepse neonatal. **Boletim Científico de Pediatria**, v.1, n. 1, p. 29-35, jun., 2012. Disponível em: <https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152124bcped_12_01_06.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

SIMONSEN, Kari A.; ANDERSON-BERRY, Ann L.; DELAIR, Shirley F.; DAVIES, H. Dele. Sepse neonatal precoce. **Revisões de microbiologia clínica**, v. 27, n. 1, p. 21-47, 2014. Disponível em: <https://cmr.asm.org/content/27/1/21.short>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SOUSA, Natanael Aguiar de et al. Sepse neonatal-perfil microbiológico e sensibilidade antimicrobiana em um hospital no Nordeste do Brasil. **Revista Bras. de análises clínicas**, v. 51, n. 1, p. 46-51, jan., 2019. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/07/RBAC-vol-51-no-1-2019-ref-775.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

TEIXEIRA, Sara Reis; NAVES, Aline. Radiografia de tórax em unidade de terapia intensiva neonatal: um exame transecular, mas ainda essencial no manejo clínico dos recém-nascidos. **Radiologia Brasileira**, v. 51, n. 1, p. VII-VIII, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842018000100002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 mar. 2021.

TEIXEIRA, João Alexandre Mendes et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018132, fev., 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2019.v28n1/e2018132/pt/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

TOMAZETTI, Bárbara Maldonado et al. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 41-50, 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/27078>. Acesso em: 06 mar. 2021.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, abr., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>. Acesso em: 20 out. 2020.

TSAI, Ming-Horng et al. Incidence, clinical characteristics and risk factors for adverse outcome in neonates with late-onset sepsis. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 33, n. 1, p. e7-e13, jan., 2014. Disponível em: <https://journals.lww.com/pidj/Abstract/2014/01000/Incidence,_Clinical_Characteristics_and_Risk.8.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2020.

UNICEF et al. Levels and trends in child mortality: report 2019. **Estimates developed by the UN Inter-agency Group for child mortality estimation.** 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>. Acesso em: 20 fev. 2021.

UNITED, Nations. **The Millennium Development Goals Report 2014**. New York: United Nations, 2014. Disponível em:

<https://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. Suppl 1, p. S85-S100, ago., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 20 jan. 2021.

WALKER, Oliver; KENNY, Celyn B .; GOEL, Nitin. Sepse neonatal. **Pediatria e Saúde Infantil** , v. 29, n. 6, p. 263-268, jun., 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175172221930071X?casa_token=AjxLUGfd1v4AAAAA:oDsj4LEPxbzgafZk9nCuUdBhtSJnzudKNE0qScRy1bQ4a8wXo4RoL7ad3KjvrHLZxXuYH_TBzDY>. Acesso em: 20 jan. 2021.

WANG, Haidong et al. Erratum: Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet,** v. 388, n. 10053, p. 1725-1774, 2016. Disponível em: <http://repositorio.uautonoma.cl/handle/20.500.12728/6627>. Acesso em: 20 jan. 2021.

WHO. World Health Organization. **Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Infantil (UN IGME), Relatório 2020.** Geneva: WHO, 2020.

WYNN, James L. et al. Time for a neonatal–specific consensus definition for sepsis. **Pediatric critical care medicine:** a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies, v. 15, n. 6, p. 523, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4087075/>. Acesso em: 02 fev. 2021.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data ☐☐☐☐☐☐ FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Identificação e características da mãe

Prontuário:

Nome: ☐

Idade: ☐☐

Cor da pele/Raça mãe: Branca ☐ preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ indígena ☐

Escolaridade : mais de oito anos de estudo ☐ menos de 8 anos de estudo Ocupação ☐

Situação Conjugal: com companheiro ☐ sem companheiro ☐

CID-10: da mãe na internação: ☐ outrso CID-10 ☐

Cidade de moradia: Capital (zona urbana) ☐ Capital zona rural ☐ Outros municípios ☐

outro Estado ☐

Ocupação/trabalho: trabalho remunerado ☐ trabalho não remunerado ☐

História Gestacional (prontuário)

Infecção do trato urinário (ITU): Não ☐ Sim ☐

Doenças hipertensiva gestacional/hipertensão: Não ☐ Sim ☐

Diabetes (tipo 1, 2 e DMG): Não ☐ Sim ☐

Doenças Infecciosas/outras: (toxoplasmose, rubéola, cintomegalovirus, HIV, hep B, hep C, herpes, sífilis, zica vírus. Sim ☐ Não ☐ outras ☐

Histórico pré-natal

Realizou pré-natal: Sim ☐ Não ☐

Quantidade de consultas de pré-natal: N° de ☐☐☐

Início de pré-natal em semanas: semanas ☐☐ dias ☐☐

Classificado como Gestação alto risco: Não ☐ Sim ☐

Realizou exames durante o pré-natal: Sim ☐ Não ☐

Tipagem sanguínea ABO/RH: Sim ☐ Não ☐

Sífilis (VDRL): Sim ☐ Não ☐

VDRL alterada: ☐☐ NI ☐

Sumário de urina (EAS): Sim ☐ Não ☐

Sumário de urina (EAS) alterado: Não ☐ Sim ☐

Glicemia de jejum: Sim ☐ Não ☐

Glicemia de jejum alterado: Não ☐ Sim ☐

Hemograma completo: Sim ☐ Não ☐

Hemograma alterado: Sim ☐ Não ☐

Anti-HIV 1 e 2 : Sim ☐ Não ☐

Anti-HIV 1 e 2 alterado: Sim ☐ Não ☐

Hepatite B: Sim ☐ Não ☐

Hepatite B alterado: Não ☐ Sim ☐

Hepatite C: Sim ☐ Não ☐

Hepatite C alterado: Não ☐ Sim ☐

Toxoplasmose: Sim ☐ Não ☐

Toxoplasmose alterada: Não ☐ Sim ☐

Colposcopia: Sim ☐ Não ☐

Colposcopia alterado: Não ☐ Sim ☐

Exame parasitológico de fezes: Sim ☐ Não ☐

Exame parasitológico de fezes alterado: Não ☐ Sim ☐

Ultrassonografia: Sim ☐ Não ☐

Ultrassonografia alterado: Não ☐ Sim ☐

Bacterioscopia de secreção vaginal: Sim ☐ Não ☐

Bacterioscopia de secreção vaginal alterado: Não ☐ Sim ☐

Exames não obrigatórios

Rubéola: Sim ☐ Não ☐

Rubéola alterado: Não ☐ Sim ☐

Coleta de streptococcus GBS: Sim ☐ Não ☐

Streptococcus (GBS) positivo: Não ☐ Sim ☐

Urocultura**:** Sim ☐ Não ☐

Urocultura positiva**:** Não ☐ Sim ☐

Citomegalovírus : Sim ☐ Não ☐

Citomegalovírus alterado : Não ☐ Sim ☐

Utilizou antibiótico durante a gestação : Não ☐ Sim ☐

Histórico do parto

Primípara: Sim ☐ Não ☐

Idade gestacional no parto: Não ☐ Sim ☐

Febre acima de (37,8): Não ☐ Sim ☐

Sinais de corioamnionite (protocolo serviço): Não ☐ Sim ☐

Taquipénia/bradpnéia: Não ☐ Sim ☐

Taquicardia/bradicardia: Não ☐ Sim ☐

Colo dolorido: Não ☐ Sim ☐

Odor fétido: Não ☐ Sim ☐

Bolsa rota/ruptura prolongada da membrans: Não ☐ Sim ☐

Bolsa rota/ruptura prolongada da membrans: Não ☐ Sim ☐

Tempo de bolsa rota/ruptura prolongada da membrans: menos de 18 horas ☐ mais de 18 horas ☐

Utilizou antibiótico no momento do parto: Não ☐ Sim ☐

Exames colhidos na maternidade

Sífilis (VDRL): Sim ☐ Não ☐

Sífilis (VDRL) alterada: Não ☐ Sim ☐

HIV : Sim ☐ Não ☐

HIV alterado: Não ☐ Sim ☐

Hepatite B: Sim ☐ Não ☐

Hepatite B alterado : Não ☐ Sim ☐

Hepatite C: Sim ☐ Não ☐

Hepatite C alterado : Não ☐ Sim ☐

Sumário de urina: Sim ☐ Não ☐

Sumário de urina alterado: Não ☐ Sim ☐

Hemograma completo: Sim ☐ Não ☐

Leucocitose/leucopenia: Sim ☐ Não ☐

Proteina C reativa : Sim ☐ Não ☐

Proteina C reativa alterado : Sim ☐ Não ☐

Histórico do RN

Data de Nascimento: ☐☐☐☐☐☐

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade Gestacional ☐☐sem ☐☐dias

Tipo do Parto: Vaginal ☐ Cesárea ☐ outros ☐

Capurro ☐☐sem ☐☐dias

Cor da pele: branca ☐ preta ☐ amarela ☐ parda ☐ indígena ☐

Boletin de APGAR: 1' ☐ 5' ☐ 10' ☐

Peso ao nascer (gr): ☐☐☐☐

Altura (cm): ☐☐☐

Circunf. cefálica (cm): ☐☐☐

Anomalia congênita: Não ☐ Sim ☐ Qual?

Gemelar: Não ☐ Sim ☐

Procedimento invasivo: Não ☐ Sim ☐ (acesso venoso, sondagens, ventilação)

CID-10 RN: ☐☐☐☐, CID-10 RN: ☐☐☐☐, CID-10 RN: ☐☐☐☐,

CID-10 RN: ☐☐☐☐, CID-10 RN: ☐☐☐☐, CID-10 RN: ☐☐☐☐,

Diagnostico de sepse: Não ☐, Sim ☐ (critérios da maternidade)

Diagnostico de sepse: sepse presumida ☐, sepse clínica ☐ confirmada hemocultura ☐

Classificação sepse: sepse precoce ☐, sepse tardia ☐

Desfecho final: alta hospitalar ☐, transferência para outra unidade ☐ óbito ☐

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE, NO CONTROLE DA INFECÇÃO E NO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE NO ESTADO DE

Pesquisador: Priscilla Perez da Silva Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20070719.5.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.771.377

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa apresentado por Priscilla Perez da Silva Pereira, intitulado "Boas práticas na assistência ao paciente, no controle da infecção e no processamento de produtos para a saúde no estado de Rondônia". É um projeto matriz tem como objetivo estudar os sistemas de informação, as práticas profissionais e os processos educativos relacionados à segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde no âmbito da atenção hospitalar e rede pré-hospitalar em unidades do município de Porto Velho. O método envolve subprojetos com delineamentos do tipo descritivos e explicativos, observacionais ou de intervenção, com abordagem quantitativa e qualitativa. A população envolverá dados secundários, produtos para a saúde, usuários, profissionais e acadêmicos envolvidos na assistência e gestão do cuidado no âmbito do SUS nos ambientes hospitalares e pré-hospitalares. A coleta de dados será realizada por meio de perguntas disparadoras, questionários padronizados e observação in loco. Os pesquisadores envolvidos serão docentes da Universidade Federal de Rondônia, profissionais vinculados aos grupos de pesquisa da universidade e alunos de graduação e pós-graduação dos cursos da universidade envolvidos em projetos de ensino, pesquisa ou extensão. As análises de dados serão realizadas de acordo com o delineamento do estudo, iniciando pela descrição da população e posteriormente a análise do desfecho principal estudado.

"(As informações elencadas aqui foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e/ou

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

do Projeto Detalhado)".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar os sistemas de informação, as práticas profissionais e processos educativos relacionados à segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde no âmbito da atenção hospitalar e rede pré-hospitalar em unidades do Estado de Rondônia.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico, comportamental, cultural e de saúde de usuários, acadêmicos e profissionais envolvidos em programas de segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde;2. Descrever situações de saúde/doença relacionadas à segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde na rede hospitalar e pré-hospitalar;3. Avaliar a estrutura, processo e resultados das ações relacionadas à segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde no âmbito da atenção hospitalar e pré-hospitalar;4. Analisar o nível de conhecimento sobre segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde no âmbito da atenção hospitalar e pré-hospitalar;5. Realizar ações de intervenção visando o ensino, pesquisa e extensão com usuários, acadêmicos e profissionais no que se refere à segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde nos diferentes ambientes de saúde da rede atenção à saúde;6. Elaborar, validar e avaliar materiais para ensino, pesquisa e extensão nas diversas fases dos processos educativos e de formação profissional;7. Realizar estudos de avaliação econômica e avaliação de tecnologias em saúde na temática de segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde.

Os objetivos apresentados são:

a. claros e bem definidos;

b. coerentes com a propositura geral do projeto;

c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a) Os riscos de execução do projeto estão claros e bem avaliados pela pesquisadora, sendo assim apresentados:

Riscos:

Prevê riscos mínimos, apenas desconfortos referentes a falar sobre suas percepções sobre a temática ou como se dá o processo de trabalho em sua unidade. Assim, os pesquisadores se comprometem que não haverá danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social,
cultural ou espiritual dos participantes, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente, ou mesmo dano associado ou decorrente deste estudo científico e que cumprirá as exigências da resolução/CNS/466/12.

Benefícios:

Esse estudo se justifica pela necessidade de conhecer a situação das instituições de saúde quanto à segurança do paciente, controle de infecção e processamento de produtos para a saúde (limpeza, desinfecção e esterilização de materiais de uso médico e odontológico). Além desse diagnóstico da situação pretende-se contribuir para o desenvolvimento de ações para melhoria da qualidade dos serviços, conhecer o que os participantes pensam sobre às boas práticas nos cuidados à saúde, bem como definir os fatores de risco

(As informações elencadas aqui foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e/ou do Projeto Detalhado).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto e está atualizada.

b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe.

c. Cronograma de execução da pesquisa – está coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Trata-se de uma pesquisa a ser desenvolvida em 5 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios ao projeto:

a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado.

b. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica.

c. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presente e adequado.

d. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado. Encontra-se assinado com

carimbo institucional da responsável pelo Núcleo Gestor de Educação Permanente e pelo Secretário Municipal de Saúde de Porto Velho, compreendendo todas as instituições onde a pesquisa ocorrerá.
e. Folha de rosto – presente e adequada (Está assinada com carimbo ou portaria pelo diretor do Núcleo de Saúde da UNIR)
f. Projeto de pesquisa completo e detalhado – presente e adequado.

Recomendações:
Nos anos futuros, se houver, novas ferramentas de trabalho, assim como novos instrumentos, os mesmos deverão ser anexados e notificados na plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Em tendo atendido as pendências anteriores este projeto encontra-se pleno de :
"Recomendação de aprovação do projeto."

Lembretes:
a. Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 466/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.
b.O trabalho do pesquisador com os participantes da pesquisa, em hipótese alguma, pode ser iniciado antes da aprovação integral do projeto pelo CEP/NUSAU/UNIR, sob pena de responsabilização civil nos termos da legislação vigente.

Considerações Finais a critério do CEP:
PROTOCOLO APROVADO
1.De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.
2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 466/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1425439.pdf	04/11/2019 22:04:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompleto.pdf	04/11/2019 22:03:20	Priscilla Perez da Silva Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	tcdupriscilla.pdf	30/09/2019 16:43:10	Priscilla Perez da Silva Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizainstituicao.pdf	02/09/2019 11:25:52	Priscilla Perez da Silva Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	02/09/2019 11:25:03	Priscilla Perez da Silva Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	02/09/2019 10:44:04	Priscilla Perez da Silva Pereira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO VELHO, 13 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Elen Petean Parmejiani
(Coordenador(a))

ANEXO B - PROTOCOLO DE SEPSE DA MMME

MATERNIDADE MUNICIPAL **Mãe Esperança**	PROTOCOLO Sepse Neonatal – Infecção Primaria da Corrente Sanguínea (IPCS)	Nº Doc. Prot 01 - 006	VERSÃO 1ª
RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	Gerência de Neonatologia	VERSÃO N. 01 Em: Dezembro de 2015	Pág.
RESPONSÁVEL PELA APROVAÇÃO	Direção	REVISÃO Em Dezembro de 2017	1/10

1. FINALIDADE

Padronizar critérios para o diagnóstico precoce de sepse e o uso racional de antibióticos em RNS internados na MMME.

2. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICO

2.1 GERAL

Este documento tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por sepse neonatal na MMME.

2.2 ESPECÍFICO

- Estabelecer critérios para diagnóstico de sepse precoce e tardia.
- Orientar avaliação diagnóstica e conduta terapêutica diante de suspeita de sepse
- Definir esquemas terapêuticos.
- Administrar antibiótico dentro da 1ªh após o diagnóstico e suspender precocemente (72h) no caso em que a suspeita não for confirmada.

3. INTRODUÇÃO

A Sepse Neonatal (renomeada pela ANVISA como Infecção Primária da Corrente Sanguínea – IPCS) é uma síndrome clínica caracterizada por sinais sistêmicos de infecção e acompanhada por bacteremia, no primeiro mês de vida, podendo ou não apresentar hemocultura positiva, sendo a principal causa de morbimortalidade neste período.

É classificada de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde em:

-**SEPSE PRECOCE** :

Evidência diagnóstica nas primeiras 48 horas de vida com fator de risco materno para infecção(transplacentária). Em geral, associada ao Streptococcus do grupo b (SGB) e bacilos gram. negativos.

Fatores de risco para sepse precoce:

- Trabalho de parto em gestação menor que 35 semanas
- Bolsa rota ≥ 18 horas
- ITU materna sem tratamento ou em tratamento há menos de 72 horas
- Febre materna nas últimas 48 horas
- Corioamnionite (caracterizada por febre materna >37,8, na ausência de outro foco infeccioso, e de dois ou mais dos seguintes parâmetros:-Taquicardia materna(>100bpm), taquicardia fetal persistente(>160bpm), sensibilidade uterina aumentada, líquido amniótico purulento ou com odor fétido, leucocitose(>15.000 leucócitos).

- Colonização pelo estreptococo B em gestante sem profilaxia intraparto quando indicada.(CDC 2010)
- Infecção do trato genital (Leucorreia , herpes, papiloma vírus)
- Pré-natal inadequado(< de 6 consultas ou sem exames último trimestre)
- Cerclagem;

- SEPSE TARDIA

Evidência diagnóstica após 48 horas de vida e pode ser causada por germes do trato genital materno, de origem hospitalar e outros fatores de risco ambientais.

Fatores de risco para sepse tardia

- Prematuridade
- Tempo de internação prolongada (> 48h)
- Cirurgias
- Uso de nutrição parenteral total
- Entubação traqueal e ventilação mecânica
- Uso cateter venoso central
- Violação das normas de prevenção e controle de infecção hospitalar, como higienização das mãos e desinfecções dos ambientes inadequadas, superlotação da unidade, etc.
- Muito baixo peso

Nos casos em que o RN que teve alta hospitalar e retornar até sete dias com sepse, a infecção deve ser considerada de origem hospitalar.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os neonatos que apresentem, em algum momento da internação hospitalar , quadro compatível com Sepse.

5. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

O diagnóstico clínico de infecção neonatal é difícil, uma vez que a maioria dos sinais e sintomas são inespecíficos e muitas vezes subjetivos, requerendo rigorosas e repetidas avaliações por parte da equipe neonatal. Neste período da vida, a apresentação focal é rara sendo o acometimento multissistêmico, às vezes fulminante, a forma mais comum de apresentação.

A avaliação clínica e revisão da história perinatal são usadas para determinar qual RN vai iniciar antibiótico e qual RN continua em observação e monitorização com exames laboratoriais.

Os Sinais e Sintomas são inespecífico:

• Distúrbios respiratório(dispneia, apnéia, taquipnéia)
• Instabilidade hemodinâmica(alteração da FC,hipotensão e alteração de enchimento capilar)
• Hipoatividade ou letargia, hipotonia, sucção débil
• Intolerância alimentar (vômitos, distensão abdominal, resíduo alimentar, regurgitação)
• Instabilidade térmica
• Icterícia colestática
• Hepatomegalia
• intolerância à glicose
• Acidose metabólica
• Convulsões

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS:

A. Hemocultura

- Considerado como “padrão ouro” no diagnóstico da sepse

- Em função das características do neonato, risco de espoliação importante, colher apenas uma amostra.
- Colher o sangue imediatamente após a suspeita de sepse, antes do início da antibioticoterapia, e antes da troca do esquema anteriormente iniciado.

B. Hemograma

Escore Hematológico de RODWELL considera 1 ponto para cada uma das seguintes características:

Escore com pontuação > 3 grande probabilidade de sepse neonatal.

- Leucocitose : >25.000 ao nascimento ou
- > 30.000 entre 12 e 24 horas ou
- acima de 21.000 após 48 horas.
- Leucopenia (≤ 5.000)
- Neutrofilia ou neutropenia (tabela 1)
- Elevação de neutrófilos imaturos (tabela 1)
- Índice neutrofílico aumentado(>0,16 ao nascimento e >0,2 até 30dv
- Razão dos neutrófilos imaturos sobre os segmentados ≥ a 0,3
- Alterações degenerativas nos neutrófilos com vacuolização e granulação tóxica;
- Plaquetopenia (<150.000).
- Um escore de 0, 1 ou 2 fornece valor preditivo negativo de 99%.

Tabela 1 - Valores de Neutrófilos (/mm³) em Recém-nascidos

	Neutropenia		Neutrofilia		↑ Neutrófilos	↑ Imaturos/
	PN <1,5kg*	PN>1,5kg#	PN <1,5kg*	PN >1,5kg#	Imaturos#*	Totais#*
Nascimento	<500	<1.800	>6.300	>5.400	>1.100	>0,16
12 horas	<1.800	<7.800	>12.400	>14.500	>1.500	>0,16
24 horas	<2.200	<7.000	>14.000	>12.600	>1.280	>0,16
36 horas	<1.800	<5.400	>11.600	>10.600	>1.100	>0,15
48 horas	<1.100	<3.600	>9.000	>8.500	>850	>0,13
60 horas	<1.100	<3.000	>6.000	>7.200	>600	>0,13
72 horas	<1.100	<1.800	>6.000	>7.000	>550	>0,13
120 horas	<1.100	<1.800	>6.000	>5.400	>500	>0,12
4º ao 28º dia	<1.100	<1.800	>6.000	>5.400	>500	>0,12

Fonte: Manroe et al., 1979

A relação imaturos/totais (I/T) maior que os valores indicados na tabela 1 sinaliza processo infeccioso em curso.

C. Proteína C Reativa (PCR)

- Trata-se de um teste de boa especificidade para detecção de processos inflamatórios, incluindo infecção.
- Pode ser usada como mais um dado diagnóstico, se for feita de forma seriada, ou para avaliação terapêutica.
- Considerar que as causas não infecciosas podem elevar a PCR: síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular, síndrome da aspiração do mecônio e outros processos inflamatórios

D. Líquor (citologia, bioquímica e cultura)

- Na sepse tardia, a coleta de líquor é obrigatória antes do início ou troca dos ATB's.
- Na sepse precoce em RN com sintomas de meningite.

- Contra-indicação (plaquetas abaixo de 50.000 ou distúrbio de coagulação)

Parâmetros do LCR	PRÉ-TERMO	TERMO
LEUCOCITOS(/mm3) ± DP	9 ± 8	8 ± 7
Limite de variação normal	0 - 29	0 - 32
PROTEÍNA (mg/dL)	115	90
Limite de variação normal	65 - 150	20 - 170
GLICOSE	> 30	> 30

Valores Normais de LCR em RN

E. UROCULTURA
- Obrigatório na sepse tardia
- Coletar por cateterismo vesical ou punção supra-púbica.

F. Outros:
- Rx tórax , glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina
- Bilirrubinas direta > 2 mg/dL considerar possibilidade de sepse
- Gasometria - acidose metabólica é um forte marcador de sepse
- Lactato arterial (VN= 0.4-2.2)
- TAP (tempo de protrombina) e TTPA(tempo de tromboplastina ativado) se sinais de sangramento
- Outras culturas se necessário, como aspirado traqueal, ponta de cateter, coprocultura

7. TRATAMENTO INDICADO:

7.1 Sepse Neonatal Precoce
- Penicilina cristalina/Ampicilina + Gentamicina

A duração do tratamento deve ser de 7 a 10 dias, quando não há foco definido. Em caso de sepse precoce com foco, recomenda-se:
- Pneumonia: 10 a 14 dias;
- Pele: 7 a 10 dias;
- Meningite: 14 a 21 dias;
- Enterocolite necrosante: 10 a 14 dias;
- Infecção urinária: 7 a 10 dias.
- Onfalite: 7dias.

Agentes infecciosos mais prováveis: Streptococcus agalactiae, Listeria monocitogenes, Escherichia coli.

7.2 Sepse Neonatal Tardia
- 1º esquema: Oxacilina + Amicacina
- 2º esquema empírico: Piperacilina-Tazobactan, associado ou não a Vancomicina.
- Metronidazol - nos casos de enterocolite.
- Fluconazol - para infecções fúngicas confirmadas.
- Bactérias gram. negativas ESBL positivas - tratamento de escolha carbapenêmicos (meropen/imipenem)
- Cefepime ou cefotaxima – reservar para meningite
- Agentes infecciosos: Bactérias Gram-negativas (E coli, Enterobacter, Klebsiella, Pseudomonas), Staphylococcus aureus, Estafilococo coagulase negativa,

Fungos.

8. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO:

Após 72h do início do tratamento avaliar resultado da HMC e evolução clínica, repetir HC e PCR:

- Se HMC negativa, exames normais e evolução clínica favorável- Suspender ATB
- SE HMC positiva, adequar ATB, se necessário e manter 7-10dias.

9. PLANO TERAPÊUTICO:

9.1 RN Sintomático :

- Coletar HMC
- Iniciar antibioticoterapia
- HC e PCR com 24h
- Reavaliar com 72h

9.2 RN Assintomático na presença de pelo menos um fator de risco materno:

A 1. Idade gestacional < **35 semanas**

- Coletar HMC
- Início de antibioticoterapia
- Solicitar HC e PCR com 24h

B 2. Idade gestacional **≥ 35 semanas**

- Mãe iniciou profilaxia até 4h antes do parto:

- Observação hospitalar no mínimo por 48 horas;
- Se possível alta
- Não rastrear
- Mãe sem profilaxia ou iniciou num período inferior a 4 horas antes do parto:
- Ver fluxograma

Os RN assintomáticos, mas de alto risco para sepse, como o de mãe com corioamnionite devem ser manuseados com o protocolo de RN sintomático.

O pediatra pode mudar a denominação do RN para "assintomático" se sinais e sintomas resolvem em 12/24 horas ou se são consistentes com um diagnóstico firme de condição não infecciosa, como TTRN ou cardiopatia.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

De acordo com o resultado da hemocultura e antibiograma, e sempre que possível optar por monoterapia e por droga de menor toxicidade.

11. CUIDADOS ESPECIAIS

- Manter aporte hídrico adequado
- Manter aporte calórico (NPT)
- Suporte vasoativo se necessário
- Sedação/analgesia
- Hemoderivados (plasma, conc. hemácias)
- Suporte respiratório (VM, CPAP, oxigênio)
- Correção da acidose
- Atenção aos sangramentos (vit k, inibidor H2).

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ARLINDO GONZAGA BRANCO JUNIOR

PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA OS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA

PORTO VELHO - RO
2021

ARLINDO GONZAGA BRANCO JUNIOR

PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA OS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA

Dissertação apresentada à Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, em cumprimento dos requisitos necessários para defesa e obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

PORTO VELHO - RO
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

B816p

Branco Junior, Arlindo Gonzaga .

Práticas colaborativas para os preceptores médicos e enfermeiros da atenção primária em Porto Velho, Rondônia / Arlindo Gonzaga Branco Junior. -

- Porto Velho, RO, 2021.

68 f.

Orientador(a): Prof.ª Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Práticas colaborativas. 2.Preceptoria. 3.Atenção primária à Saúde. I. Moreira, Katia Fernanda Alves. II. Título.

CDU 614.2(811.1)

Bibliotecário(a) Luã Silva MendonçaCRB 11/905

ATA BANCA DE DEFESA

Mestrando/a: Arlindo Gonzaga Branco Junior

Orientador/a: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Título do trabalho: PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA OS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA

DATA: 24/02/2021 HORA INÍCIO: 15h HORA TÉRMINO: 17:15

Local: Google Meet

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

_____

Prof. Dr. Antônio de Paula Pithon Cyrino

_____

Prof. Dr. Edson dos Santos Farias

_____

Profa. Dra. Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

_____

Arlindo Gonzaga Branco Junior

DEDICATÓRIA

Primeiramente a DEUS, que me deu forças e graças para prosseguir, mesmo frente a muitos obstáculos e forças alheias.

Dedico com muito amor a minha Mãe, que durante toda sua vida lutou dignamente para que todos filhos tivessem uma vida de honestidade e amor ao próximo, muito obrigado.

Aos meus irmãos por todo apoio dado até o momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha Orientadora Professora Doutora Katia Fernanda Alves Moreira, pelas orientações incentivo e apoio e viver intensamente meu trabalho.

Obrigado pela dedicação e pelo papel importante que teve nesta caminhada.

A minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência durante nossa formação.

A minha mãe Maria da Conceição e meus irmãos Adislei Gonzaga e Advaldo Gonzaga que tanto me apoiaram nessa jornada.

Aos funcionários e usuários da Unidade de Saúde da Família Osvaldo. O auxílio de todos foi de um valor inestimável, obrigado por tudo.

BRANCO JUNIOR, A. G. PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA OS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

Educação Interprofissional e a Prática Interprofissional Colaborativa são temas emergentes constituindo-se componentes fundamentais de formação profissional e de atenção à saúde, particularmente no atendimento às diversas morbidades para uma boa assistência ao usuário. É neste cenário que a educação interprofissional e a prática colaborativa preenchem uma lacuna significativa com experiências bem-sucedidas nos países que as adotaram e se apresentam como ferramentas importantes na consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O objetivo foi analisar as características de prontidão para o trabalho interprofissional bem como o uso da prática colaborativa dos preceptores do internato médico de Porto Velho, Rondônia. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com instrumento com perguntas tipo lickert validado para o Brasil em 2015. A amostra ocorreu de forma intencional com 30 profissionais de saúde. O presente estudo foi aprovado sob o parecer 3.605.943. Para a análise da tendência atitudinal dos profissionais as médias obtidas foram interpretadas por intervalos lineares (IM): de 1,00 a 2,33, de 2,34 a 3,67 e de 3,68 a 5,00. Resultados: Faixa etária foi de 34,7± 0,612, sendo predominantemente profissionais do sexo feminino (76,7%), em sua primeira experiência como preceptores na atenção primária à saúde (66,7%). Na análise dos resultados do questionário The Readiness for Interprofessional Learning Scale respondida pelos preceptores em Porto Velho observa-se que, a média dos domínios dos médicos e enfermeiros encontra-se na zona de conforto para Trabalho em Equipe e Colaboração 4,5340±0,69216 para médicos e 4,4921±0,76755 para enfermeiros e Atenção Centrada na pessoa 4,6762±0,48222 para médicos e 4,7556±0,40556 para enfermeiros. Já no domínio de identidade profissional ambos profissionais avaliados estão na zona de alerta e zona de perigo 3,7483±0,96896 para médicos e 3,5873±1,09561 para enfermeiros. Baseado nessa observação de dados optou-se por realizar uma intervenção utilizando método quase experimental, utilizando pré e pós teste de intervenção. Durante a intervenção observou-se melhora das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional através da resolução de um caso complexo da APS. Conclui-se com estudo a necessidade de reflexões e intervenções voltadas para toda a equipe, com destaque na governança e visão e objetivos compartilhados para que ocorra uma diminuição nos obstáculos que dificultam a relação interpessoal e por consequência as praticas colaborativas.

a intervenção de curta duração não apresentou impactos significativos no clima do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Práticas colaborativas. Preceptoria. Atenção primária à Saúde

BRANCO JUNIOR, A. G. COLLABORATIVE PRACTICES FOR MEDICAL AND NURSE PRECEPTORS IN PRIMARY CARE IN PORTO VELHO, RONDÔNIA. 2021. Dissertation (Master in Family Health). Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

ABSTRACT

Interprofessional Education and Collaborative Interprofessional Practice are emerging themes, that ones are fundamental components of professional training and health care, particularly in addressing various morbidities for a good assistance to the user. It's in this scenario that interprofessional education and collaborative practice fill a significant gap with successful experiences in the countries that have adopted them and present themselves as important tools in consolidation and strengthening of the Unified Health System. Analyze the characteristics of readiness for the interprofessional work as well as the use of the collaborative practice of the preceptors of the medical internship in Porto Velho, Rondônia. Method: This is a cross-sectional, descriptive study, carried out with an instrument with lickert-type questions validated for Brazil in 2015. The sample occurred intentionally with 30 health professionals. This study was approved by the ethics and research committee under the number 3,605,943. For the analysis of the attitudinal tendency of the professionals, the averages obtained were interpreted by linear intervals (IM): from 1.00 to 2.33, from 2.34 to 3.67 and from 3.68 to 5.00. Age group was 34.7 years (SD: 10.612), being predominantly female professionals (76.7%), in their first experience as preceptors in primary health care (66.7%). In the analysis of the results of the questionnaire The Readiness for Interprofessional Learning Scale answered by the preceptors in Porto Velho, it is observed that the average of the domains of doctors and nurses is in the comfort zone for Team Work and Collaboration 4,5340±0,69216 for doctors and 4,4921±0,76755 for nurses and Person-Centered Care 4,6762±0,48222 for doctors and 4,7556±0,40556 for nurses. In the professional identity domain, both evaluated professionals are in the warning zone and danger zone 3,7483±0,96896 for doctors and 3,5873±1,09561 for nurses. There is a need to invest in the qualification of professionals in team and collaborative work.

Keywords: Interprofessional Education. Preceptorship. Primary health care

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1.	Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS	26
Tabela 1.	Perfil dos preceptores entrevistados (medicina e enfermagem) em Porto Velho, Rondônia, 2020.	28
Tabela 2.	Escore médio e desvio padrão por fatores de risco divididos em medicina e enfermagem dos entrevistados em Porto Velho, Rondônia, 2020.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DP	Desvio padrão
DNC	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Sáude da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial de Saúde
M	Média
PET-Saúde	Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde
PIC	Prática Interprofissional e Colaborativa
PNAB	Politica Nacional de Atenção Básica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da família
RIPLS	Readiness for Interprofessional Learning Scale
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO *11*
1. 2 OBJETIVOS **13**
1. 3 JUSTIFICATIVA **13**
2 REVISÃO DE LITERATURA *17*
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA **17**
2.2 INTERPROFISSIONALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, MULTIPROFISSIONALIDADE E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS **18**
2.3 PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA **21**
3 MÉTODO *23*
3.1 Delineamento do estudo **24**
3.2 Local de realização da pesquisa **24**
3.3 População e amostra do estudo ..... Error! Bookmark not defined.
3.4 Procedimentos de Coleta de dados **25**
3.5 Análise Dos Dados ..... Error! Bookmark not defined.
3.6 Aspectos Éticos ..... Error! Bookmark not defined.
3.7 Riscos ..... Error! Bookmark not defined.
3.8 Benefícios ..... Error! Bookmark not defined.
4 RESULTADOS *28*
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO **31**
4. 2. DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL **32**
5 DISCUSSÃO *35*
6. INTERVENÇÃO *40*
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS *41*
REFERÊNCIAS *53*
APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO *59*
APÊNDICE 2 - QUESTIONARIO UTILIZADO NA PESQUISA *62*
ANEXO 01 -Aprovação comitê de Etica - UNIR *67*

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde apresentam um grande avanço para a reorientação da formação dos profissionais de saúde, por enfatizar a necessidade de formar um profissional com perfil humanista, com competências não apenas técnica, mas também, ética e política; críticos, reflexivos, capazes de identificar as necessidades de saúde e realizar um cuidado a partir da integralidade, dando centralidade às necessidade do usuários e da comunidade e aptos para assumir a responsabilidade frente a consolidação do SUS (ROSSONI & LAMPERT, 2004; PEREIRA & LAGES, 2013; COSTA, 2014).

Essas diretrizes também trouxeram, em sua proposição, a importância do trabalho em equipe, tomando como referência o princípio da integralidade na atenção à saúde (COSTA, 2014) bem como o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde, a consequente exigência interna de um olhar plural, que busque soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições e reconheça a importância do interprofissionalismo no cuidado em saúde.

É no contexto da Educação Interprofissional (EIP) e da Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), temas emergentes do campo da saúde em nível global, que a equipe se torna um componente fundamental de reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde, particularmente no atendimento às diversas morbidades para uma boa assistência ao usuário. Destarte, a EIP e a PIC preenchem uma lacuna significativa com experiências bem-sucedidas nos países que as adotaram e se apresentam como ferramentas importantes na consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (OMS, 2010) e na melhoria na qualidade do cuidado (CARTER, BOSWORTH, GREEN, 2012) e do ensino em saúde.

Apesar de se reconhecer a importância da EIP e da prática colaborativa, o que ainda predomina é a formação de profissionais focados em seus cursos, sem oportunidade, na graduação, de se aproximar das demais profissões da área da saúde. A Educação Interprofissional (EIP) propõe uma formação compartilhada entre as profissões, contribuindo com a formação de profissionais de diferentes áreas da saúde, estimulados a aprender juntos, com e sobre as outras profissões da saúde. Os princípios da EIP se aplicam tanto para graduação, quanto para educação permanente de profissionais (DUARTE et al., 2012).

A EIP e a prática colaborativa (PIC) são temáticas importantes no cenário de formação em saúde quando se tem como direcionadores o preparo de profissionais para atender aos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Na perspectiva da EIP, as profissões aprendem conjuntamente sobre o trabalho coletivo e sobre as especificidades de cada área profissional, orientadas para o trabalho colaborativo em equipe interprofissional (OMS, 2010).

A EIP tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade na saúde ao favorecer e desenvolver competências para prática de tarefas coletivas (REEVES, 2016). Assim, profissionais de diferentes formações em saúde articulam seu saber entre si, na organização do trabalho, compartilhando ações e delegando atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa, quer dizer transitam entre os núcleos das profissões que são saberes e práticas profissionais e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

A história da EIP mostra seu surgimento como uma estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção em saúde, mediante o trabalho em equipe e a prática colaborativa, estabelecendo vínculos profissionais e subsídios para a ampliação da saúde (COSTA, 2016).

A integração em equipes apresenta-se neste cenário como elemento que direciona a colaboração e não somente a junção de diferentes profissionais. A implementação dessas diretrizes, nos cursos da área da saúde, variou em decorrência das diferentes visões de mundo e das bases ideológicas que fundamentaram a formulação das DCN, porém, estas diretrizes se configuram como uma ferramenta importante na superação de um dos problemas para a consolidação do SUS que é a formação de seus profissionais (ROSSONI & LAMPERT, 2004; PEREIRA & LAGES, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e têm dificuldades em atender às necessidades de saúde não atendidas, como é o Brasil. A força de trabalho atual e futura da saúde enfrenta o desafio de questões de saúde cada vez mais complexas. Evidências mostram que a oportunidade desses profissionais de saúde poderem percorrer um sistema com oportunidades para adquirirem experiência interprofissional os ajuda a conquistar habilidades necessárias para serem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para tal prática (OMS, 2010).

Nesta perspectiva, questionamos: Qual a visão dos preceptores que atuam em no internato nas unidades básicas de saúde de Porto Velho-RO sobre as práticas colaborativas.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional entre os preceptores que atuam na atenção primária à saúde a partir da escala RIPLS.

Objetivo específico

Caracterizar o perfil dos preceptores incluindo a formação técnica e capacitação pedagógica para docência e preceptoria do município de Porto Velho;

Avaliar o nível de Colaboração Interprofissional dos preceptores do internato de Medicina na Atenção Primária em Porto Velho;

Avaliar os processos interativos no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, dos preceptores do internato e suas equipes, a partir de uma intervenção educativa.

1.3 JUSTIFICATIVA

A EIP e PC em uma unidade de saúde da família podem ser primordiais na resolução de problemas, por auxiliarem na assistência e nos resultados de saúde para os usuários, serem decorrentes de interações entre membros de equipes ou alunos de duas ou mais profissões e ajudar no desenvolvimento de relacionamentos, comunicação assertiva, objetivos comuns (BARR et al, 2005; CARNEY et al., 2020) visando alcançar a integralidade do cuidado.

A atuação como preceptor do internato médico de saúde da família do Centro Universitário São Lucas – UniSL e como docente do departamento de Educação e Medicina Social da Universidade Federal de Rondônia – UNIR, permite reflexões, principalmente quando se fala da equipe multiprofissional, pois ainda é comum, nas unidades de Porto Velho, professores e preceptores utilizarem o modelo biomédico para “resolver o problema” do usuário.

Um exemplo prático. Uma mãe que foi ao consultório médico com queixa de “dificuldade na amamentação”, em seguida é encaminhada para a fonoaudióloga da unidade que discute e resolve o “problema” da usuária com seus internos. Ao receber “alta da fonoaudiologia” é encaminhada à nutrição para iniciar a suplementação alimentar. Assim, a

usuária caminha pela unidade, de consultório em consultório, com vários profissionais que não se comunicam e nem debatem o caso dela.

Observa-se que as condutas não se complementam, apesar de “algo em comum”. Isso, consequentemente, traz uma sobrecarga de idas do usuário a unidade, de marcações de consultas que pode ser um fardo significativo em termos de tempo de viagem, custo e distância da unidade, constituindo-se em barreira de acesso. Essa atmosfera cria um ambiente que impede a discussão e a comunicação necessárias para o aprendizado colaborativo e busca coletiva para a solução adequada que o caso requer

Essas reflexões tornaram-se inquietações quando foi iniciado a discussão com a orientadora acerca do tema no Mestrado Profissional em Saúde da Família. Como pode ocorrer, no âmbito acadêmico e ainda mais na prática da saúde coletiva, tais acontecimentos?

Esse fato interfere na formação dos alunos que estão nos estágios, que só enxergam a doença ou o problema da pessoa que precisa ser tratada. Os profissionais atuam e ensinam predominantemente no modelo biomédico, quer dizer, com consultas individuais e isoladas, em um estágio rico de informações, que não são compartilhadas. Com isso, ainda estão formando profissionais vendo a doença do usuário e o colega de trabalho como um auxiliar para tratamento, dificultando as possibilidades de para a EIP/PIC.

Apesar de o discurso atual remeter à reestruturação de um modelo com vistas à integralidade, o modelo biomédico ainda está fortemente arraigado às estruturas nos diversos níveis de atenção e dita posturas, relações e condutas vinculam o processo de formação à ação tradicional, puramente técnica e curativa.

A transformação de uma prática secular de dominação do conhecimento e de relação de poder inquestionável no processo ensino-aprendizagem, para um formato de educação inteprofissional e de práticas colaborativas trás uma perspectiva de construir o conhecimento de forma criativa e reflexiva, o que vem se ocorrendo, tímida e paulatinamente e, neste contexto, as residências multiprofissional em saúde da família e medicina de família e comunidade se colocam como um ambiente extremamente propício à mudança dessa realidade.

Este estudo se justifica por possibilitar um diagnóstico das práticas dos preceptores no cotidiano das UBS e, consequentemente, um aprofundamento no processo de formação em serviço dos futuros profissionais de saúde, o que trás benefícios ao ensino e ao serviço, a partir do momento em que se discute questões que podem subsidiar a reorientação dos processos de formação das diversas profissões de saúde nas redes de atenção à saúde,

especialmente na Estratégia de Saúde da Família, bem como o processo de trabalho mediante a *práxis* de trabalhadores que atuem neste cenário em particular. Por isso é necessário o entendimento, tanto dos profissionais de saúde quanto dos docentes sobre a interprofissionalidade e a prática colaborativa na Estratégia Saúde da Família.

A relevância deste estudo fundamenta-se na exploração de temas pouco pesquisados em nosso país no âmbito da saúde da família. E, por ter escolas de saúde com poucos anos de existência em Rondônia, torna-se assim um grande laboratório sobre essa temática para a academia e para o serviço.

Espera-se que com esse projeto, inicialmente em duas profissões de equipe de saúde da família que atuam no internato, possa se expandir e servir de base para outras escolas em ciências da saúde e claro outras equipes do município, garantindo assim uma assistência de qualidade aos usuários valorizando o trabalho em equipe e colaborativo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 **Atenção Primária**

A Constituição brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Também estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011).

As Leis 8.080 e 8142/90 definiram como diretrizes do SUS a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. Apesar destes princípios ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos na última década no processo de consolidação do SUS (BRASIL, 1990).

> O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações interssetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011, p.21).

É importante destacar que a AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017)

O SUS representa a concretização de um novo conceito sobre saúde, composto por princípios que apontam para a democratização das ações e serviços de saúde. Para fortalecer a fusão, no campo da metodologia e do ensino, mudanças na educação em saúde foram colocadas na agenda da política nacional, que apresenta propostas para reformar a estrutura curricular e estreitar os vínculos com os serviços de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na

reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas (PAIM et al., 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017, p. 12) a unidade básica de saúde é a porta de entrada preferencial no SUS, com equipe de saúde da família (eSF) composta no mínimo por médico, enfermeiro, pessoal de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Além desses componentes das eSF básicas, podem participar, ainda, o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal,

> As atividades da equipe seriam: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contrarreferência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações interssetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p.458).

Verifica-se, assim, que os modelos conceituais de atenção primária são construídos a partir do trabalho seminal de Barbara Starfield (2004), que afirma quatro atributos essenciais da atenção primária: primeiro contato (ou acessibilidade), longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além dos atributos derivados centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural.

Esses atributos da APS, juntamente com a abordagem centrada na pessoa (ACP), que deve incluir todos os profissionais e, fundamentalmente, o usuário e sua família, possibilitam a organização dos processos de trabalho e qualificam as pactuações realizadas nos planos de cuidado.

A atenção primária, tem como elementos centrais o trabalho com adstrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e o trabalho em equipe (BRASIL, 2017) os quais aliados aos atributos da APS e a ACP (PHILLIPS et al., 2014) são indispensáveis para a realização das práticas colaborativas interprofissionais.

2.2 **Interprofissionalidade, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e Diretrizes Curriculares Nacionais**

Em 2001 foram fixadas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina, enfermagem e nutrição e, até 2004, para as outras áreas da saúde. Alguns princípios dessas diretrizes são a consolidação da prática com a teoria, valorizar a pesquisa, estágios e atividades de extensão (LIMA; ROZENDO, 2015).

Nas instituições de ensino devido à institucionalização das diretrizes curriculares nacionais e, em virtude de políticas indutoras pelo Ministério da Saúde para mudanças na formação em Saúde, como por exemplo o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), foram possíveis transformações no ensino (LIMA; ROZENDO, 2015), visando consolidar o modelo da integralidade do cuidado.

Neste contexto a importância da integração ensino-serviço é crucial e permeada por processos de aprendizagem com intuito de formar profissionais com autonomia e capazes de proporcionar atendimento integral e de qualidade à população (BREHMER; RAMOS, 2014).

É importante destacar que as DCN incentivam novas formas de organização curricular, articulação entre ensino e serviços, e indicam a necessidade de repensar o processo educativo e práticas de saúde até então vivenciadas pelos profissionais (BAGNATO et al., 2007), visto que o desenvolvimento da capacidade para o trabalho em equipe ainda é um dos aspectos nevrálgicos no processo de formação em saúde, porque as universidades ainda organizam em núcleos o processo de formação de profissionais que necessitam trabalhar em equipe (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Para discutir a interprofissionalidade, faz-se necessário problematizar em torno da interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade, uma vez que esses termos não são sinônimos.

A interdisciplinaridade, se refere aos conhecimentos, ao modo de pensar (MORIN, 2005), ou seja, na interação de duas ou mais disciplinas em relação às suas ideias, tarefas, campos conceituais (ANASTASIOU, 2005). A multiprofissionalidade se refere a campos, áreas de conhecimento; práticas ou núcleos profissionais (D´AMOUR, 2005; COSTA, 2017; CECCIM, 2018).

A multiprofissionalidade, apesar de se referir à prática profissional, ocorre “quando duas ou mais profissões aprendem lado a lado por qualquer motivo” (BARR, 2005, p. 6), sem necessariamente, haver interação ou um propósito claro, o que indica ação fragmentada, na

medida em que trata de profissionais que caminham em paralelo, com pouca ou inexistente interação entre eles.

Em contrapartida, a educação interprofissional são “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem uns com os outros para melhorar a colaboração e qualidade dos cuidados” (BARR, 2005, p. 6), quer dizer, a interprofissionalidade implica na interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum (OMS, 2010), o que expressa forte interação e articulação entre as áreas de conhecimento e profissionais.

Aguiar (2018) destaca que a interdisciplinaridade não está sustentada na mera troca de informações entre as áreas, ou incorporação de conceitos e teorias entre si, mas sim na real comunicação entre elas, firmada no diálogo.

A interdisciplinaridade não necessariamente estimula a colaboração entre diferentes profissões, mas sim entre áreas do conhecimento que podem ser até mesmo de uma mesma categoria profissional (THIESEN, 2008). A interdisciplinaridade pode ser um instrumento para a educação interprofissional, mas não sinônimo (BARR; LOW, 2013).

A educação interprofissional em saúde ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar dos usuários (REEVES et al., 2013).

A profissionalidade ou lógica profissional é marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional. Os saberes específicos apreendidos nos bancos universitários e posteriormente por meio da vinculação a associações, conselhos de classe e código de ética, um indivíduo passará a compor um grupo exclusivo de profissionais, podendo aplicar os conhecimentos específicos aprendidos por meio de sua formação, a casos sempre particulares com os quais irá se defrontar no cotidiano dos serviços de saúde (MACHADO, 1995). Posteriormente o individuo terá uma identidade profissional.

Como diz Almeida Filho (1997) para que ocorra relações interprofissionais nas equipes e entre equipes dos serviços de saúde é imprescindível que as diferentes profissões exercitem no cotidiano das práticas as diferentes possibilidades de interações e colaboração.

Uma das competências da prática colaborativa é a clarificação de papeis dos membros da equipe, pois os profissionais de saúde tendem a ter uma visão muito limitada e até mesmo estereotipada das demais áreas profissionais e os estereótipos são calcados em uma visão preconceituosa e desqualificadora do outro (COSTA, 2017). Outra competência importante é a resolução de conflitos interprofissionais que faz parte das práticas e é importante reconhecê-

lo e aprender a lidar com ele de forma compartilhada com os demais profissionais da equipe, do serviço e da rede de atenção à saúde (PEDUZZI, 2017).

A colaboração interprofissional não é fácil, pois exige o trabalho em equipe, quer dizer, todos os profissionais de saúde almejando os mesmos objetivos (FURTADO, 2009), na produção do cuidado ao usuário, família e coletividade.

O compartilhamento dos saberes uns dos outros propicia o trabalho em equipe, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta. Quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber individualmente dos saberes dos outros e maior o risco de erro ou prática insegura (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A interprofissionalidade consiste na interação entre diferentes núcleos profissionais no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde (FREIRE FILHO; SILVA, 2017), com vistas a alcançar o preceito da integralidade que está intimamente associado à interdisciplinaridade.

Trabalhar e estudar de maneira interprofissional é o mínimo de coerência em nome da segurança do paciente, da qualificação da atenção, da resolutividade das práticas e do respeito à multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (CECCIM, 2018).

No trabalho em equipe, a integração do trabalho dos diferentes profissionais da saúde, depende em parte da identificação dos nexos presentes entre as ações. “A Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e integral é reconhecida como melhor estratégia para organização dos sistemas de saúde e tem sido o l*ocus* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e prática colaborativa” (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

2.3 PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Para implementar novas políticas de educação em saúde, é necessária a integração estreita entre os serviços de saúde e a academia, considerando, inclusive, que o Artigo nº 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988 estabelece que a formação de recursos humanos para a saúde é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rodrigues (2012) descreve os Preceptores são profissionais vinculados aos serviços do SUS que recebem os estudantes de graduação. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2014) destaca que os profissionais preceptores profissionais são responsáveis por acompanhar a orientação desses estudantes no seu período de estágio. Tal processo técnico/pedagógico é desenvolvido na perspectiva da interação permanente entre as realidades

vivenciadas e a sua problematização, tendo como meta a conquista de competências profissionais para atuar em equipe, principalmente a APS.

Com o SUS, a prática da integralidade no trabalho em saúde é o que se almeja atualmente, e o preceptor deve ser partícipe funcional, permitindo o acesso do estagiário nos espaços de prática exigidos pelas DCN, desde a construção do projeto ou proposta de curso, compreendendo cada etapa do que se quer e do que está sendo realizado. Neste sentido, o comportamento do preceptor pode afetar diretamente a atuação do discente no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe. Deve estimulá-lo a articular os conhecimentos teóricos apreendidos com a prática vivenciada no serviço. Entretanto, pode dificultar a vida do estudante em sua prática profissional, a depender de suas representações acerca do papel do preceptor e de suas competências pedagógicas (SILVA et al., 2013; HENDERSON; EATON, 2013).

De acordo com Silva; Casotti; Chaves (2013), o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária. Para isso, faz-se necessário a capacitação de profissionais que ensinem a educação interprofissional na área de saúde da família.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou sua construção (FREIRE, 2011) e com a nova configuração do mundo do trabalho, em especial no campo da saúde, isso vem exigindo um novo perfil profissional mais sintonizado com competências que ultrapassam a excelência técnica (sem dúvida fundamental) e incluem as dimensões socioeconômicas e culturais para enfrentar os problemas de saúde da população, nas esferas individual e coletiva, e não apenas na hospitalar (BRANT, 2005). O mesmo autor conta que o grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva.

A formação de profissionais de saúde, principalmente por meio de modelos baseados na formação em serviço, é questão chave para a qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (KNUPP, 2018) e podemos explicar a urgência de formação de médicos na área de Medicina de Família e Comunidade.

Em relação às atividades de preceptoria nos cenários vivos da prática, Ribeiro (2011) ratifica a exigência do "acréscimo de uma formação/aculturação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas". Ao considerar que os serviços SUS são compreendidos como campos de prática para o ensino e a pesquisa em saúde, faz-se necessária e importante a instrumentalização do trabalhador da saúde para um olhar com foco nas ações de ensino na saúde, para além de funções técnicas/assistenciais que lhes são de competência.

Quanto às concepções do vocábulo preceptoria, refere-se que esse é, pela primeira vez, utilizado na publicação das novas DCN para o curso da medicina, no ano de 2014. E com referência aos estágios, essa diretriz descreve que "a preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES)" (BRASIL, 2014, p.11). Entende-se por função da supervisão (IES) verificar/acompanhar como os processos de ensino-aprendizagem se efetivam nos contextos reais de modo a fomentar a integração ensino-serviço e qualificar as atividades formativas.

Muitas das formações universitárias independentemente (pré e/ou pós a instituição das DCN) preparam o estudante/acadêmico para a atividade profissional pretendida sem detalhar sobre questões pedagógicas, de ensino. Para tanto, o que se encontra são profissionais de saúde atuantes como preceptores nos serviços SUS, sem formação pedagógica para tal (OLIVEIRA, DAHER, 2016).

Rocha (2012) infere que deve ser um compromisso das instituições de ensino, assumir a responsabilidade da capacitação. Acredita-se que esse compromisso com a formação se estende a todos os preceptores de nível superior que acompanham os alunos em cenários de prática SUS.

No contexto da inserção da academia nos cenários de prática, enfatiza-se que a presença das escolas formadoras nesses campos, por vezes, propicia dinamismo, movimentos, processos de mudança nas próprias equipes de saúde. Nessa perspectiva, ações de educação permanente em saúde podem ser fortalecidas, de modo a gerar reflexões sobre o processo de trabalho e no objetivo da construção conjunta de melhores soluções para as fragilidades encontradas nesse meio. Entende-se que nesse processo as Instituições de Ensino Superior (IES) podem ser coparticipantes, colaborativas e propiciar o trabalho em equipe e a prática do cuidado interprofissional.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa que realizou um estudo transversal de caráter exploratório, descritivo e que utilizou como procedimento para coleta de dados um questionário com questões fechadas.

3.2 Local de realização da pesquisa

O projeto foi realizado no Município de Porto Velho, Capital do Estado de Rondônia, criado em 02 de outubro de 1914, possui IDH 0,736 (alto) com população de 494.013, 11 distritos, entre eles fluviais e terrestres e 88 bairros no distrito-sede. A Estratégia de Saúde da Família iniciou na cidade em 2006 nas UBS Ernandes Índio e UBS José Adelino e atualmente o município possui 80 equipes de saúde da família, 1 NASF e 1 equipe de Consultório na Rua (IBGE, 2017).

A Atenção Básica de Saúde/Unidade Básica de Porto Velho, conta atualmente com 38 Unidades de Saúde, sendo deste 19 na zona Urbana e 19 na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas Geográficas Sanitárias: Zona Central, Zona Sul, Zona Leste e Zona Norte Zona Rural (Fluvial e Terrestre). Além desta estrutura temos 01 Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio as ações de promoção e prevenção à saúde na área ribeirinha (SEMUSA, 2017) conforme figura 1.

Segundo Conselho Regional de Medicina de Rondônia (2020) em Porto Velho estão ativas 3 escolas médicas, sendo 1 universidade pública e 2 privadas, todas realizam estágio nas unidades básicas de saúde do município.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA, 2017), no plano municipal de saúde para 2018-2021 relata que a estratégia prioritária é o fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária.

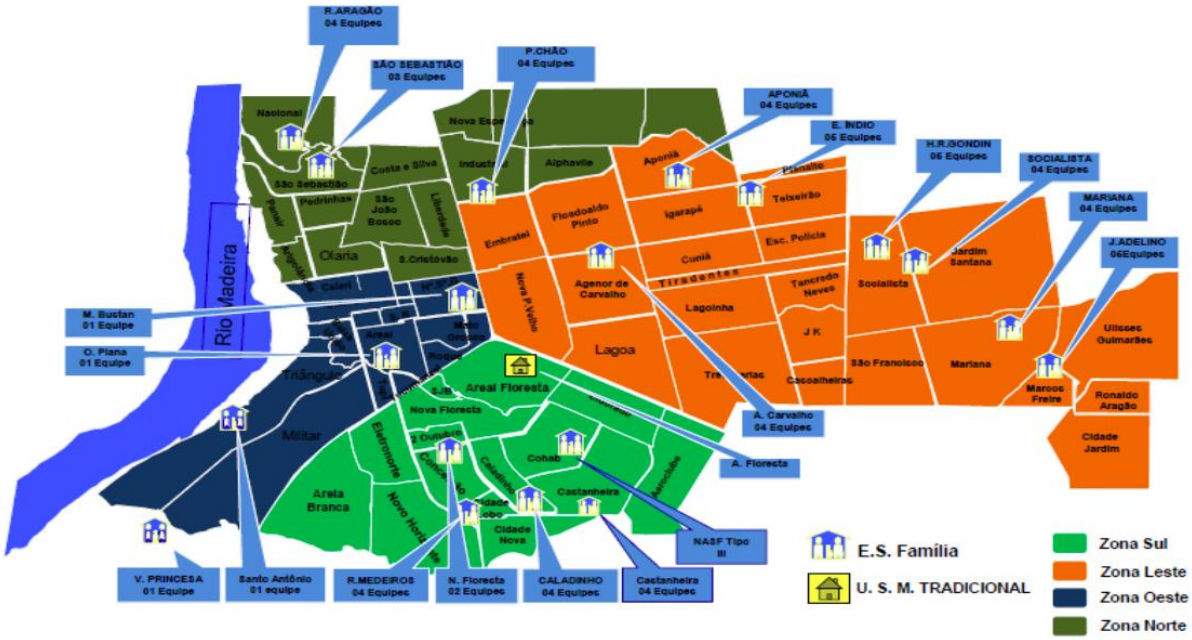


Figura 1. Distribuição das unidades básicas de saúde e das Equipes de Saúde da Família da área urbana de Porto Velho, 2016. Fonte: DAB – SEMUSA – PVH (2017)

3.3 População e amostra do estudo

A composição da amostra foi baseada na escolha das Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde que atuam como preceptores do internato médico dos cursos de graduação de Medicina ocorrendo de forma não probabilística por conveniência. Um problema que tivemos ao querer saber o total de preceptores do internato de medicina, por categoria profissional, nas Instituições de Ensino Superior (IES), foi a falta de informação sobre essa questão pelos respectivos coordenadores. Tentamos via Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA), buscar essa informação junto ao Núcleo de Educação Permanente (NUGEP), também sem sucesso.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

1) Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos.

2) Médicos e enfermeiros que atuem na ESF em equipes completas de acordo com o preconizado pelo PNAB/MS (BRASIL, 2017), isto é, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias.

Equipes completas, porém, sem equipe de saúde bucal também integram o critério de inclusão.

3) Enfermeiros e Médicos que atuam nas equipes pelo menos há seis meses.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que estavam de licença prêmio, atestado médico e os que não completaram a entrevista ou que se recusaram a responder alguma das questões propostas.

As informações foram cedidas por meio de contato telefônico e e-mails com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho-RO e/ou com os gerentes de unidades que informem quais profissionais atuam como preceptores nas respectivas UBS.

É um estudo do tipo não probabilístico, que depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador em campo (VERGARA, 2002), sendo definido por acessibilidade dos sujeitos, em que todos os indivíduos devem aceitar participar da pesquisa, preencher os critérios de inclusão e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

3.4 Procedimentos de Coleta de dados

Para caracterização dos profissionais de saúde foram coletadas em formulário estruturado, as seguintes informações de caracterização: idade, sexo, formação, curso de especialização ou aprimoramento em atenção primária, tempo na equipe (Apêndice 1). Também foram realizadas perguntas sobre a preceptoria na APS (figura 2.)

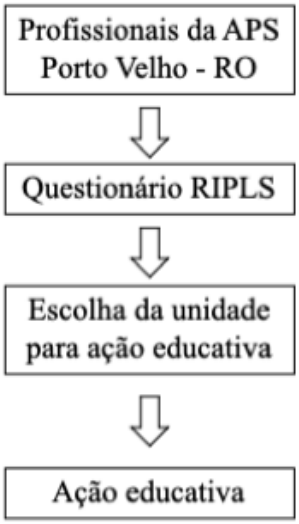


Figura 2. Fluxograma da metodologia e procedimento de coleta de dados, 2021. Fonte: Arquivo Pessoal

Os preceptores também responderam a um questionário de avaliação da disponibilidade para a educação interdisciplinar e prática colaborativa, cujo questionário escolhido foi o "*Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)" ou Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (Anexo 1), uma vez que este é um questionário já traduzido e validado na língua portuguesa (PEDUZZI et al., 2015), e já aplicado no contexto da APS. Ressalta-se que sua abordagem inicial havia sido desenvolvido somente para alunos de graduação (PARSELL, BLIGH, 1999).

A primeira versão do RIPLS continha 19 itens, distribuídos em três fatores: Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; e papeis e responsabilidades. Entretanto, posteriormente, os autores do instrumento introduziram mais 10 itens, o qual resultou numa estrutura subjacente de 29 itens e quatro fatores (Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; papeis e responsabilidades; e Atenção à saúde centrada no paciente) (REID et al., 2006; PEDUZZI et al., 2015).

Após a validação do RIPLS para contexto brasileiro, a escala contou com 27 itens, distribuídos em três fatores, com opção de resposta tipo Likert de cinco pontos: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Nem concordo e nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente.

O Trabalho em equipe e colaboração (fator 1) reúne quatorze itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15 e 16). Nele, explora-se as atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito entre pares.

O segundo fator, Identidade profissional (fator 2), agrupa oito itens (10, 11, 17, 19, 21, 22, 23 e 24). Entre eles, cinco itens (10, 11, 17, 19 e 21) remetem a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional e os outros três itens (22, 23 e 24) referem-se à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão. Este fator expressa atitudes em relação à identidade profissional, embora com componente competitivo. Por sua vez, a Atenção centrada no paciente (fator 3), possui cinco itens (25, 26, 27, 28 e 29), e remete à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação (PEDUZZI et al., 2015). As dimensões estudas nesse questionário são compostas por assertivas em escala Likert.

A escala *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com

uma afirmação. Esta escala tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert (1932).

A versão adaptada e validada ao português da RIPLS constitui-se em uma boa ferramenta tanto para a avaliação de experiências de EIP como para o desenvolvimento de estudos comparativos entre o cenário nacional e internacional. Tais investigações contribuirão para o adensamento da EIP e do trabalho em equipe, reconhecidos no cenário global como componentes da qualidade da formação profissional e da atenção à saúde. Para interpretação dos resultados do questionário RIPLS, as médias das pontuações obtidas para cada item serão interpretadas conforme o que foi descrito previamente na literatura (RODRIGUES, 2018).

Os resultados dos fatores “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”, com exceção da pergunta 11 do fator 1 (Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso), serão interpretados da seguinte forma: Zona de conforto (escores médios das respostas dos itens de 3,67 até 5,00), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). Por outro lado, os resultados do fator “Identidade profissional” e a pergunta 11 do fator 1 serão interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00) (RODIGUES, 2018).

Os itens classificados como zona de perigo requerem mudanças urgentes, enquanto a zona de perigo representa uma situação que necessita de aprimoramento e a zona de conforto implica em manutenção das atitudes conforme quadro 1.

3.5 Análise Dos Dados

Os dados coletados nos questionários foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas Excel versão 2007, e submetidos a tratamento com estatística descritiva e com correlações estatísticas através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e interpretados conforme quadro 1.

Quadro 1 - Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS, segundo Rodrigues (2018).

Fatores do questionário RIPLS	**Intervalo Linear Das médias**	**Atitudes frente As Assertivas**	**Classificação**
Fator 1 com exceção da pergunta 11 e fator 3	1,00 a 2,33	Negativa	Zona de Perigo (para parar/ corrigir urgente)
	2,34 a 3,66	Preocupante	Zona de alerta (para ter precaução/ requer aprimoramento)
	3,67 a 5,00	Positiva	Zona de conforto (para seguir/ manutenção das atitudes)
Fator 2 e pergunta número 11	1,00 a 2,33	Positiva	Zona de conforto (para seguir/ manutenção das atitudes)
	2,34 a 3,66	Preocupante	Zona de alerta (para ter precaução/ requer aprimoramento)
	3,67 a 5,00	Negativa	Zona de Perigo (para parar/ corrigir urgente)

Fonte: RODRIGUES (2018). Elaborado pelo autor (2021)

3.6 Aspectos Éticos

O presente plano de trabalho está vinculado ao subprojeto "Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia." aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943. O Projeto matriz foi aprovado e financiado na CHAMADA 001/2018 - PPSUS - 2015/Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

3.7 Riscos

Considerando que a pesquisa poderia gerar dúvidas e desconfortos mínimos, o pesquisador ficou à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicou a importância da participação nas etapas da intervenção, e garantiu o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade.

3.8 Benefícios

O estudo poderá contribuirá para o direcionamento do trabalho em equipe e interdisciplinar, acolhendo os usuários em suas necessidades e com resolutividade, obtendo melhorias a curto, médio e longo prazos em relação formação do profissional de saúde e melhoria na comunicação dos profissionais que estão inseridos na unidade.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil dos preceptores

Foram incluídos na presente pesquisa 30 preceptores do Internato Médico que atuam na atenção básica de Porto Velho com idade média de 34,7±10,612, sendo a idade mínima 23 anos e a máxima de 67 anos. Desses profissionais, 23,3% são do sexo masculino e 76,7% do sexo feminino.

Quando falamos de tempo de formação dos entrevistados observamos que 16,7% formaram no ano de 2018 (5 profissionais) seguido de 2009 com 10% e 2010 com 10% (3 profissionais em cada ano). Podemos observar outras características na tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos preceptores entrevistados (medicina e enfermagem) em Porto Velho, Rondônia, 2020

	N	%
Formação		
Publica	3	10,0
Privada	27	90,0
Total	30	100,0
Tempo de serviço		
< 1 ano	11	36,7
Entre 1 – 4 anos	8	26,7
Entre 5 – 9 anos	5	16,7
Entre 10 – 15 anos	4	13,3
> 16 anos	2	6,6
Total	30	100,0
Quanto tempo é preceptor		
< 1 ano	20	66,7
Entre 1 – 4 anos	6	20,0
Entre 5 – 9 anos	3	10,0
> 10 anos	1	3,30
Total	30	100,0
Curso de capacitação para preceptoria		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Total	30	100,0
Sente necessidade de curso para preceptoria		
Sim	29	96,7
Não	1	3,3
Total	30	100,0
Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina		
Presencial	3	10,0
EAD	7	23,3
presencial + EAD	20	66,7
Total	30	100,0

Legenda: EAD = Educação a distância:
Fonte: Os Autores (2020)

Além das características da Tabela 1, os preceptores desse estudo informam que 50% das atividades de preceptoria está incluída na carga horária semanal de trabalho e outros 50% afirmam receber gratificação ou bolsa incentivo para realizar o trabalho. Do total de preceptores, 90% dizem estar satisfeitos com o desempenho da Preceptoria junto aos internos, 56,7% afirmam que em sua graduação foram trabalhadas questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos e 60% relatam estar suficientemente preparados (com conhecimentos pertinentes a sua área de atuação na APS) para fins de desempenhar suas atribuições.

Quando perguntados se eles têm conhecimentos sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex: avaliação por competência), 76,7% disseram sim e 80% dos preceptores referem ter conhecimentos sobre técnicas de ensino no contexto da prática.

Além disto, 83,3% alegam que conseguem realizar juntos ao interno a problematização dos conhecimentos científicos na prática. Ressalta-se, ainda, que 56,7% dos entrevistados relatam conhecer o projeto Pedagógico do curso, no qual o acadêmico está vinculado.

Dos participantes, 100% comentam que tem uma boa relação com os acadêmicos de graduação, 93,3% relatam que tem conhecimento sobre metodologia da pesquisa e 73,3% informam se sentir seguros para desempenhar suas atribuições de preceptoria. Por fim, 90% dos entrevistados destacam que conhecem as responsabilidades/atribuições que tem como preceptor.

4. 2. **Disponibilidade para aprendizagem interprofissional**

As respostas, expostas na tabela 2, foram em duas categorias: Medicina e enfermagem cujos resultados, após análise estatística, estão dispostos abaixo contendo média e desvio padrão.

Ao se analisar o componente da Escala RIPLS, referente ao trabalho em equipe, para os preceptores médicos e enfermeiros entrevistados, a resposta “A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação” teve um escore médio de 4,7143±0,46291 para medicina e 4,3333±1,32288 para enfermagem, respectivamente.

A afirmativa “Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros” obteve um escore médio entre médicos de 4,9048±0,30079 e entre enfermeiros de 4,8889± 0,33333

Tabela 2. Escore médio e desvio padrão por fatores de risco divididos em medicina e enfermagem dos entrevistados em Porto Velho, Rondônia, 2020 (parte 1)

		MEDICINAA		ENFERMAGEM	
	Fator 1	M	DP	M	DP
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	4,8095	0,67964	4,2222	1,64148
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	4,7619	0,70034	4,8889	0,33333
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	4,6190	0,74001	4,7778	0,44096
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	4,7143	0,46291	4,3333	1,32288
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	4,6190	0,58959	4,4444	0,52705
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	4,5714	0,50709	4,5556	0,72648
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	4,9048	0,30079	4,8889	0,33333
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	4,5714	0,81064	4,6667	0,50000
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	4,5238	0,81358	4,4444	0,72648
11*	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	4,0952	0,99523	4,2222	0,97183
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	4,2857*	0,78376	4,5556*	0,72648
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	4,3333	0,65828	4,2222	0,66667
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	4,2857	0,78376	4,4444	0,52705
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	4,3810	0,86465	4,2222	1,30171
	Média geral	4,5340	0,69216	4,4921	0,76755

Continua

	Continuação				
	Fator 2				
10*	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	4,4286*	0,59761	4,6667	0,50000
16*	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	4,2857*	0,64365	3,7778	1,39443
17*	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	3,7143*	0,95618	3,5556*	1,13039
18*	Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	3,6667*	1,19722	4,0000	0,86603
19*	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	3,0000*	1,22474	2,8889	1,16667
20*	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	3,7143	0,95618	3,4444	1,13039
21*	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	3,4286	1,20712	2,7778	1,48137
	Média	3,7483	0,96896	3,5873	1,09561
	Fator 3				
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	4,5238	0,51177	4,5556	0,52705
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	4,7619	0,43644	5,0000	0,00000
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	4,5714	0,59761	4,5556	0,72648
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	4,8095	0,40237	4,8889	0,33333
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	4,7143	0,46291	4,7778	0,44096
	Média	4,6762	0,48222	4,7556	0,40556

* O Fator 1 com exceção da pergunta 11 e fator 2 foram interpretados da seguinte forma: Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). A pergunta 11 do fator 1 e as perguntas do fator 2 foram interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00) (RODRIGUES, 2018)

Legenda: M = Média das respostas; DP: Desvio Padrão.

Fonte: Os autores (2020)

A assertiva 12 do fator 1 “A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais” tive o escore médio 4,2222±0,97183 para medicina e 4,5556±0,72648 para enfermagem, estando na Zona de conforto. Nesse mesmo fator, a assertiva 13 “Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde” teve um escore médio de 4,3333±0,65828 para medicina e de 4,2222±0,66667 para enfermagem, mantendo a zona de conforto.

Em relação ao fator 2, que se refere à identidade profissional, observamos que médicos e enfermeiros estão na zona de alerta e zona de perigo. Foi evidenciado na afirmativa 10 “Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde” dispôs de escore médio de 4,4286± de 0,59761 para medicina e 4,6667±0,50000 para enfermagem, podendo ser passível de intervenção ou ação educativa na amostra em questão. A resposta da assertiva 17 “Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde” contou com escore médio de 3,7143±1,20712 para medicina e 3,5556±1,48137 enfermagem estando na zona de perigo e alarme, respectivamente.

A afirmativa 20 do fator 2 “Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional” obteve escore médio de 3,7143±0,95618 para medicina e de 3,4444±1,13039 evidenciando um pensamento biomédico ainda muito forte na amostra estudada observada também na resposta “Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente” desfrutou de um escore médio de 3,4286±0,95618 medicina e 2,7778±1,48137 enfermagem, ambos na zona de alerta.

Quando se analisa o fator 3, quer dizer, Atenção Centrada na Pessoa, a assertiva 22 “Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente” teve escore médio de 4,5238±0,51177 para medicina e de 4,5556±0,52705 para enfermagem, mantendo-se assim na zona de conforto.

Outro destaque que está na zona de conforto é quando analisamos a afirmativa 26 “Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes” gozou de um escore médio de 4,7143±0,46291 para medicina e 4,7778±0,44096 para enfermagem.

5 DISCUSSÃO

A Idade média dos participantes desta pesquisa foi de 34,7 anos (variando entre 23-67 anos), o que difere em 10 anos quando comparado a Aguiar (2018) que tem a média de idade de 43,71 na pesquisa realizada em uma residência multiprofissional.

No que se refere ao gênero na presente pesquisa há predominância de mulheres, o que vem ao encontro dos achados de Amado (2016), em que foi constatado que 67,4% eram do sexo feminino na pesquisa realizada em terapia intensiva e Aguiar (2018) que tinha um público feminino de 94,1% em seu trabalho.

Em relação ao tempo de atuação na preceptoria, quando comparado a Aguiar (2018) não há discrepância entre os trabalhos. Na presente pesquisa 64,4% dos entrevistados atuam no local por quatro anos e em Aguiar a média do tempo médio foi de 3,06 ± 0,92 anos, não havendo nenhum profissional com mais de cinco anos de experiência. Demostrando, que os participantes deste estudo não possuem muito tempo de experiência na preceptoria.

A preceptoria é uma atividade docente, que acontece em cenário de prática e exige capacitação relativa aos princípios que norteiam o processo ensino aprendizagem. Um bom desempenho profissional por parte do preceptor não garante um bom desempenho docente, ou seja, o fato de ter habilidades práticas, não garante que um profissional tenha a habilidade necessária para ensinar outros profissionais sobre como desempenhar a mesma prática. Saber ensinar exige que se saiba o que, como e a quem ensinar (TEMPSKI; MARTINS, 2017).

Arruda et al (2019) descreve que os preceptores da sua pesquisa assumiam a liderança da equipe e dos residentes em determinados momentos, mas, via de regra, eles assumiram mais uma postura de supervisão normativa. O mesmo autor destaca que se faz necessário aperfeiçoar o papel de liderança do preceptor, podendo este ser um objetivo de educação permanente.

Para Peduzzi et al., (2020) o trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede e voltado nesta fala, ao analisarmos o eixo ‘’Trabalho em Equipe’’ na escala respondida pelos preceptores em Porto

Velho observa-se que, a média dos domínios dos médicos e enfermeiros encontra-se na zona de conforto podendo então aprimorar cada vez mais as atitudes desse eixo.

Segundo Oliveira, Guizard e Dutra (2020) a identidade profissional é a base de atuação do futuro profissional, dificultando bastante a colaboração no trabalho em saúde. Baseado nessa premissa e pensando na manutenção do eixo Trabalho em Equipe, destaca-se a importância de formação continuada com foco na interprofissionalidade e praticas colaborativas do profissional e discente inserido na APS.

Sendo assim, o relatório da OMS aponta os níveis de incentivo para promover o trabalho interprofissional nos contextos locais em duas dimensões: a primeira, na Educação Interprofissional, com os mecanismos do educador e curriculares; e a segunda, na Prática Colaborativa, a partir de mecanismos de apoio institucional, de cultura de trabalho e ambientais (OMS, 2010).

O sistema educacional apresenta um papel fundamental à prática cotidiana do trabalho em equipe, mas que sozinho não garante a colaboração. A chamada Educação Interprofissional reconhece que o processo formativo deve acontecer de maneira a estimular a interação profissional, com diálogo e cooperação entre as áreas de conhecimento (PEDUZZI et al, 2016).

Já o domínio atenção centrada na pessoa, os preceptores entrevistados se encontram na zona de conforto. Peduzzi et al., (2020) ao enfatizar a atenção centrada no usuário, reiteram e destacam a necessidade de mediações reflexivas e dialógicas dos profissionais das equipes com usuários, famílias e comunidade, na construção de espaços de entendimento que precisam ser fortalecidos e ampliados – do âmbito da definição de planos de cuidados à esfera pública pautados no reconhecimento da saúde como valor e direito.

Nesta lógica, Agrelli, Peduzzi e Silva (2016) destacam que à medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a ACP na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas.

Costa et al., (2018) destacam que no cenário atual convivemos com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, o retorno de doenças antes controladas e uma conjuntura social e econômica com grandes implicações no aumento das desigualdades sociais, além da crescente complexidade das necessidades e dos problemas de saúde das

pessoas. Nesse sentido, as mudanças das demandas do sistema de saúde implicam em transformações necessárias na formação de trabalhadores para o SUS. Portanto, deve-se aprimorar essas atitudes dos profissionais, por meio de educação permanente para permanecerem na zona de conforto e aprimorar as práticas colaborativas frente ao usuário.

Já no domínio de identidade profissional ambos os profissionais avaliados estão na zona de alerta e zona de perigo o que difere do trabalho de Aguiar (2018) em que os profissionais estão na zona de conforto neste domínio.

Para Peduzzi et al, (2016) a Educação Interprofissional reconhece que o processo formativo deve acontecer de maneira a estimular a interação profissional, com diálogo e cooperação entre as áreas de conhecimento.

Neste sentido, os preceptores desse estudo necessitam de reflexões e aprimoramento neste domínio. Para Gondin et al (2010) a identidade profissional é reorganizada a cada momento de trabalho como consequência da existência de duas dimensões: uma sendo referente a graduação e outra constituída no contexto de trabalho, reforçando assim a necessidade uma ação educativa dos preceptores em questão, por meio de mecanismos incentivem a pratica colaborativa voltada ao trabalho na APS.

A partir do supracitado em conjunto com a análise das assertivas 16 e 17 do fator 2 do questionário RIPLS, o mestrando observa que se faz necessário ação educativa desses preceptores que atuam no ensino dos novos médicos de Porto Velho podendo esta ação educativa ocorrer com um estudo de caso ou problematização pois, segundo Lima et al (2018) o processamento de problemas da prática profissional, simulados ou reais, através de metodologias ativas e por grupos multiprofissionais, tendem a favorecer as abordagens interdisciplinares e interprofissionais por meio da interação entre coletivos de pensamentos e do diálogo entre distintas racionalidades, oportunizando a construção de um estilo de pensamento.

Rodrigues (2018), em um Hospital de Trauma, também detectou que no fator 2 (identidade profissional) todas as profissões encontram-se na zona de alerta para atitudes negativas ao aprendizado interprofissional, o que vai ao encontro dos resultados alcançados nesta pesquisa.

Com relação a identidade profissional, sua construção passa necessariamente pelos mecanismos de socialização das profissões, uma vez que é forte a competição, o conjunto dos valores e cultura das categorias profissionais. Nossos resultados demonstraram que as maiores fragilidades estão localizadas nas categorias de médicos. A partir da postura majoritariamente

discordante dos sujeitos, diante das assertivas que abordam a dimensão IP, depreende-se que os preceptores do internato na APS desconhecem a importância da EIP/PIC na formação do grupo para o trabalho em equipe. Isto significa que os profissionais apresentam atitudes preocupantes e de perigo quanto às afirmações desta dimensão e necessitam de reflexões e aprimoramento da equipe através de ações gerenciais e proposta de intervenção mais efetiva que abordem a importância do trabalho interprofissional e colaborativo com vista à atenção integral ao usuário.

À medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados. A colaboração interprofissional é, essencialmente, colaboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2009).

Neste sentido, a dimensão atenção centrada na pessoa (ACP) foi a que apresentou melhores escores para a enfermagem e medicina em que ambas as profissões se encontram na zona de conforto. Nesta perspectiva, a equipe tende a trabalhar com foco nas necessidades do usuário, favorecendo o trabalho em equipe, o que é muito positivo

Um dos domínios essenciais para a prática colaborativa interprofissional é a ACP, com vasta produção científica demonstrando que esta dimensão é um elemento primordial do trabalho em equipe e da Prática interprofissional colaborativa (PIC). As assertivas dessa dimensão relacionam-se com o protagonismo do usuário no processo saúde-doença-cuidado. Quer dizer, o foco da equipe não é a doença e sim suas necessidades e compreensão no processo do adoecimento.

Agreli, Peduzzi e Silva (2016) em seu trabalho apontam forte relação entre colaboração e atenção centrada no usuário, as quais, juntas, constituem movimento das

equipes em incluir os usuários, suas famílias e comunidade como protagonistas e partícipes do ‘fazer junto’ na equipe interprofissional.

A relação do usuário – profissional de saúde é horizontal e com vínculo, pois sabe-se que na atualidade a maioria das pessoas que vão às UBS são portadoras de condições crônicas cuja terapêutica é a longo prazo. Uma abordagem centrada na doença, o usuário recebe várias orientações, solicitações de exames, encaminhamentos e prescrições de medicamentos e, muitas vezes, não entende os procedimentos e as prescrições a serem seguidos. Muito pouco contribuí para sua autonomia e capacidade para cuidar de si. Destaca-se ainda que o principal conhecimento envolvido neste processo é o da clínica, no sentido mais restrito, como conhecimento técnico-científico.

6. INTERVENÇÃO

Após os resultados e análise da pesquisa foi realizada uma intervenção educativa, desenvolvida por meio de um estudo quase-experimental, não randomizado, com delineamento tempo-série, baseado no antes e depois da intervenção.

Agrelli et al (2019) relatam que os estudos quase-experimentais e de intervenções, quando focados em compreender o impacto da EIP na pratica profissional, acarretam em uma melhoria do trabalho interprofissional e da qualidade na atenção à saúde na população estudada.

A intervenção do tipo quase-experimental com um único grupo é caracterizada como um delineamento tempo-série, em que todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada pré e pós-intervenção, sendo a amostragem não probabilística caracterizada por conveniência. Portanto, não existe um grupo de controle e nem de distribuição aleatória e a comparação dos dados é realizada em um contraste anterior-posterior (pré e pós teste) na medida em que cada sujeito é seu próprio controle em cada uma das operações (POLIT; BECK, 2019).

Salienta-se que a intervenção foi aplicada em uma eSF de forma complementar, de modo a se constituir em mais uma fonte de evidência, para avaliar a implementação de práticas colaborativas na APS.

A decisão pelo desenho da intervenção de natureza quase–experimenta em um único grupo prende-se avaliar os processos interativos que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, a partir de uma intervenção educativa, com um caso complexo.

McNair (2005) destaca que o aprender junto, sobre o trabalho em saúde, implica num fazer junto. Ao adotar uma postura de cooperação/colaboração em detrimento à competição e concorrência, os profissionais se tornam aliados e desenvolvem entre si uma relação de respeito mútuo.

Baseado nessa premissa e nos resultados obtidos na presente dissertação, optou-se por realizar uma intervenção em saúde, com os critérios de elegibilidade da equipe: 1) Equipes lotadas em Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos; 2) Equipe que atuem na ESF de acordo com o preconizado pelo

PNAB/MS (BRASIL, 2017); 3) Médico e enfermeiro atuem como preceptores e que tenham respondido o questionário RIPLS e 4) Residentes inseridos na equipe de eSF

A Unidade Básica de Saúde José Adelino da Silva, localizada na zona leste no município de Porto Velho-RO, foi a eleita para realização da intervenção. Tal unidade é localizada na Zona Leste do município, sendo considerada zona periférica e composta por cinco equipes de eSF, sendo três equipes pelo período matutino e duas no período vespertino. Ao todo, com cobertura da eSF, a unidade tem 25 micro áreas. Ademais, a Unidade básica José Adelino tem 17 áreas sem cobertura por uma eSF.

A equipe participante é composta por oito integrantes, das seguintes categorias profissionais (ACS, Enfermeiro, Médico e Odontólogo), que atuam em conjunto por cinco anos, sendo a ESF a organização do serviço do qual participaram quatro integrantes da equipe (um enfermeiro, dois ACS e um técnico de enfermagem). Junto a equipe participaram ativamente da intervenção dois Residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Rondônia sendo um residente de psicologia e um de enfermagem. Para o planejamento estratégico da intervenção foram desenvolvidos os seguintes passos:

1) Aproximação do campo para o primeiro contato com a equipe e imersão;
2) A capacitação;
3) Busca ativa de caso um complexo;
4) Monitoramento;
5) Avaliação da intervenção;
6) Análise dos dados

Primeiro passo: se deu em dois momentos: aproximação do campo e imersão. O momento da aproximação objetivou a aproximação do pesquisador com o campo em que foram expostos os resultados da pesquisa aos trabalhadores da UBS e a gerência, com a proposição de uma reflexão sobre a interprofissionalidade. Após a sensibilização dos profissionais de saúde que trabalham na unidade foi apresentada a ficha que seria aplicada e realizada uma discussão sobre a atuação da equipe diante de casos complexos e todos os membros puderam expressar seu ponto de vista.

Durante a imersão, momento importante do processo de coleta de dados, o pesquisador (mestrando) acompanhou as atividades desenvolvidas pela eSF estudada na UBS José Adelino por um período total de 2 dias. Nos momentos em que o pesquisador esteve presente na UBS utilizou a observação das atividades realizadas pelos membros da eSF o que

foi muito importante na construção do conhecimento empírico. Foi utilizado o diário de campo para registrar pontos importantes no processo de observação sobre o objeto do estudo.

Neste período de imersão houve reflexões importantes sobre a função dos profissionais das eSF à luz da PNAB 2017 na perspectiva de ações para efetivação de práticas colaborativas diante de casos complexos. Neste ínterim, foi discutido com os atores sobre dias e momentos da capacitação em serviço junto aos a eSF.

Todos os dados desta etapa foram realizados através de uma constante análise do ir e vir acompanhando o movimento da investigação, fundamentado na perspectiva problematizadora, essencial em estudos do tipo intervenção. Buscou-se sempre o conhecimento da realidade vivenciada pelos participantes com o objetivo de refletir e tecer questionamentos, no sentido de avaliar as práticas no campo da APS com vistas a possíveis mudanças. Antes da capacitação foi aplicada a ficha apresentada no primeiro contato com os sujeitos que participaram da intervenção.

As observações foram discutidas pensando nas dimensões e indicadores de D'Amour (2008) com foco valores e objetivos da equipe, orientações centradas no paciente, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informações, centralidade/direcionamento claro, liderança, suporte para a inovação e conectividade entre os envolvidos.

Nessa perspectiva, ao serem indagados sobre quem atuava na liderança da equipe, 100% dos entrevistados relatam que é o profissional enfermeiro e 100% dizem que existe hierarquia entre os membros da equipe. Strapasson e Medeiros (2009) descrevem que uma das principais competências a ser dominada pelos profissionais de enfermagem é a liderança, devido que esses profissionais devem estar capacitados a assumir posições de liderança no trabalho em equipe.

É importante destacar que a equipe tem uma visão de liderança não colaborativa, pensando em um chefe comum que organiza o processo de trabalho. Para fortalecer a EIP e prática colaborativa na equipe podemos refletir à luz de Peduzzi (2016) em que destaca que é preciso estar atento às resistências, entre elas ao risco de reiterar conceitos e modelos tradicionais de auto-regulação e abordagem biomédica estritos, bem como de atuação profissional isolada e independente em um campo da saúde cada vez mais complexo, interprofissional e interdisciplinar.

Pensando ainda sobre a hierarquia no processo de trabalho, Peduzzi et al (2020) descrevem que a divisão social do trabalho transmuta diferenças técnicas em desigual valor

social dos agentes, está presente em um critério que permite diferenciar as equipes integração e agrupamento como por exemplo: especificidades dos trabalhos especializados *versus* flexibilidade da divisão do trabalho.

Muitas vezes, a falta de reconhecimento do potencial colaborativo e a não identificação com o modelo de cuidado que prioriza a escuta, o acolhimento e o vínculo dificultam o processo de comunicação no trabalho. Isto acaba mantendo as relações de poder entre os próprios profissionais de saúde, com o estabelecimento de hierarquias entre as categorias e também dos profissionais para com os usuários e os familiares, que são vistos como meramente recebedores da assistência (OLIVEIRA, GUIZARDI E DUTRA, 2020).

Quanto ao trabalho em equipe, 50% referem que os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe e 66,7% percebem entusiasmo, energia e compromisso no trabalho. Uma grande maioria (83,3%) concorda que fazem parte da equipe (veste a camisa da equipe) e 66,7% relatam que há confiança e cooperação entre os profissionais da equipe. Desse modo, o trabalho em equipe se dá pela confiança, comunicação, *feedbacks*, ética e respeito na relação entre os membros, como também, a participação de todos envolvidos e valorização dos diferentes pontos de vista de cada integrante da equipe (ÁVILA et al., 2013). D'Amour (2008) destaca essa dimensão de colaboração interprofissional, como Internalização no indicador Confiança, sendo então destaque na equipe em questão. É importante destacar que para a realização da Educação Interprofissional, os envolvidos precisam acreditar nesse formato de ensino, compartilhando a visão de que o processo de aprendizado é sobre os outros, com os outros e entre si (OLIVEIRA, GUIZARDI E DUTRA, 2020), tendo então este profissional ou estudante que se sentir inserido na equipe para participar ativamente das atividades do grupo em prol do usuário.

No questionário RIPLS, em especifico na assertiva de numero 18 - e*u me sentiria desconfortável se outros profissionais da área soubessem mais sobre outro tópico que eu* – os preceptores médico e enfermeiros se encontram na zona de perigo em que observamos no grupo da intervenção situações parecidas como por exemplo: 50% dos entrevistados destacam que as tarefas são bem divididas entre os membros da equipe, cada um realizando a parte que lhe foi designado, de forma fragmentada e 66,7% descrevem que compartilham informações, que os objetivos da equipe são em consenso e que há compartilhamento de responsabilidades na equipe.

Este eixo de Formalização, segundo D'Amour (2008), converge para o indicador de Ferramentas de formalização, quer dizer, sistemas de informação que esclarecem e

formalizam responsabilidades de membros da equipe, cabendo aqui uma reflexão pensando no processo de intervenção realizado na equipe pois, segundo Peduzzi et al (2020), o trabalho em equipe interprofissional é uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo.

Peduzzi et al., (2020) descrevem que as reuniões de equipe e outros espaços de troca formais ou informais também podem ser considerados no âmbito da esfera pública, já que visam à construção de acordos interprofissionais que representam a cogestão dos compromissos políticos sociais assumidos no âmbito do processo de trabalho dos serviços de saúde. Baseado nisso, dos sujeitos entrevistados, 83,3% dizem que na equipe existem reuniões técnicas para discussão de casos complexos, 66,7% referem não conhecer os casos complexos por micro área. Nas reuniões técnicas, 66,7% afirmam que os conflitos são gerenciados adequadamente quando surgem e 83,3% expõem que as reuniões são um espaço social democrático e agradável.

Observa-se que a afirmativa supracitada vai ao encontro da resposta do questionário RIPLS em que a parte majoritária dos preceptores entrevistados referem, na questão 13, que ‘Gostariam de ter oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões de saúde’, reforçando assim a importância das práticas colaborativas no âmbito da APS, principalmente nas reuniões de equipe e na elaboração de planos de cuidado de casos complexos, quando existem.

Nesta perspectiva, Peduzzi et al., (2020) demostram a importância do debate em torno da ampliação do escopo de prática das profissões da saúde, de modo que os profissionais de cada área façam tudo que foram formados para fazer e atuem com o conjunto de suas competências.

As equipes que organizam seu processo de trabalho e o cuidado assistencial com base na gestão democrática e no compartilhamento dos saberes entre os diferentes profissionais, população, serviços e setores, conseguem avançar e desenvolver os critérios nas demais dimensões avaliativas de maneira mais fluida (DOLNY et al., 2020).

Cerca de 83,3% descrevem que existe vínculo entre usuário e equipe e 50% relatam que o usuário exerce sua autonomia. Além disto, 66,7% declaram que o interesse e necessidades do usuário são respeitados durante o processo de cuidado. Observa-se que as

afirmativas do grupo amostral da intervenção vai ao encontro com o resultado do primeiro momento da pesquisa em que, no questionário RIPLS nas questões 22 e 23 o profissional gosta de entender o problema na perspectiva do paciente e de estabelecer uma relação de confiança com os pacientes, respectivamente.

Nesta perspectiva, Agreli, Peduzzi e Silva (2016) relatam que na medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas, podendo ocorrer a prática colaborativa.

A etapa da capacitação foi realizada em um dia e por 5 horas, pelo pesquisador, utilizando o tempo da reunião de equipe que, segundo observado por Dolny et al., (2020), foi o momento mais viável para ocorrer as atividades de qualificação de uma equipe, pois em sua amostra já existia o momento de reunião de equipe destinado para esta finalidade, como ocorreu também na presente pesquisa.

Nesta fase foram abordadas definições como: Caso complexo atribuídos a APS; Genograma; Ecomapa; Diagnóstico ciclo vital e Projeto Terapêutico singular. Neste momento a participação dos residentes de psicologia e enfermagem junto a equipe foi de suma importância pois acrescentaram definições e vivencias ocorridas da residência dando mais dinamismo a capacitação.

Posteriormente, foi passado um vídeo da UNA-SUS UFCSPA (2013) – Caso Complexo, Amélia que aborda saúde mental no âmbito da APS. O caso Amélia foi usado como caso disparador para problematização acerca da resolubilidade e governabilidade da APS frente a um caso complexo.

A luz da reflexão acerca do caso apresentado junto com as definições de Casos complexos e ferramentas de saúde da família ocorreram reflexões quanto ao processo de trabalho da equipe.

Uma das reflexões da equipe foi descrita na fala: ‘’*No momento, as reuniões de equipe estão mais espaçadas e alguns combinados estão se perdendo’’* e com isso observa-se a importância de a ação educativa ser voltada para as práticas colaborativas, com foco na educação permanente. Sugere-se, que o processo de educação permanente desta equipe abranja também as nuances interativas e interpessoais que influenciam no trabalho interprofissional.

Após a capacitação, quando perguntado sobre como se da a conduta de casos complexos, 16,7% respondem que o '*médico e enfermeiro fazem o seguimento*', 33,3% afirmam não ter discussão, voltados ainda a um pensamento biomédico e não ao usuário, assim como observamos na assertiva 21 ''Minha principal responsabilidade é tratar meu paciente'' do RIPLS, estando em zona de alerta os preceptores médicos e enfermeiros deste estudo.

Neste momento, os residentes adentraram nas definições do processo saúde e doença e o modelo biomédico de atenção a saúde, para que ocorresse debate sobre a atenção centrada na doença e não no usuário. Lima et al., (2018) destaca que a criação de um estilo de pensamento interprofissional requer, necessariamente, a ampliação da racionalidade biomédica o qual está sendo inserida na equipe, através dos residentes.

Esse entusiasmo dos residentes, ao descrever o modelo biomédico e biopsicossocial vai ao encontro da fala de Peduzzi (2016) que ressalta que construir um grupo de trabalho com entusiasmo pelo desafio de superação do modelo tradicional de educação - uniprofissional e estritamente biomédica, é fundamental, sendo esses um dos destaques da capacitação que demostra interesse no aprendizado de praticas colaborativas.

Em seguida, foi iniciada a discussão sobre os possíveis casos complexos da área de abrangência e da governabilidade quanto a resolução dos casos. Ainda neste momento a equipe pensa em caso complexo como um usuário um número significativo de comorbidades ou em hipermedicalização.

Uma reflexão da equipe foi quanto ao número de casos complexos existentes na área de abrangência, porém quando indagados ao número total dos casos, residentes e profissionais da equipe não souberam quantificar. Neste momento ocorreu uma retomada das discussões e definições de Caso Complexos e governabilidade da APS frente a esses casos e sobre o modelo biomédico coordenado pelos residentes. Ao fim de 10 minutos de discussão, iniciou-se a Etapa 3 – Busca ativa de um caso complexo.

Foi escolhido um caso complexo da área de comum acordo, ocorrendo em equipe o planejamento da abordagem a família escolhida. A equipe solicitou 15 dias ao mestrando para realizarem o planejamento da abordagem do caso escolhido e neste momento sanaram as dúvidas de alguns conceitos descritos na capacitação.

A equipe planejou uma visita domiciliar multiprofissional para avaliação dos familiares. Após a vista domiciliar realizada pela equipe e residentes de saúde da família adentramos na etapa de Monitoramento (etapa 4), em que foi apresentado o genograma e

ecomapa da família, e diagnóstico de ciclo vital, destacando-se neste momento que 100% da equipe refere que as ferramentas foram de suma importância para entender a complexidade do caso.

Nesta etapa ocorreu um encontro do pesquisador com a equipe para a apresentação do genograma e ecomapa da família e diagnóstico de ciclo vital. Nesta, o mestrando observou um melhor entendimento da equipe quanto as definições de caso complexos, sobre a governabilidade da eSF na APS e a importância da atuação da equipe nestes casos.

O Caso exposto pela equipe teve 5 usuários aqui ditos como (Usuário 1; Usuário 2; Usuário 3; Usuário 4 e Usuário 5).

Durante a discussão do caso, todos os participantes opinaram ativamente (equipe e residentes) acarretando em decisões compartilhadas com destaque as ferramentas de Formalização que neste momento estão mais claras na troca de informações entre os profissionais de equipe e na formalização dos papeis dos profissionais frente ao caso.

Peduzzi et al (2020) descrevem que a ‘colaboração’ caracteriza-se como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, clareza de papéis e interdependência das ações, e a necessidade de lidar com situações de atendimento um pouco menos imprevisíveis e com menor urgência e complexidade. Na equipe em que ocorre a intervenção essa colaboração passa a ter maior compartilhamento com objetivos claros e centrado no usuário.

Na reunião a equipe optou-se por iniciar a abordagem por um dos elementos da família, a Usuário A. Esta, foi incluída nos atendimentos de enfermagem para inicio do pré-natal com a enfermeiro residente. Essa opção de atendimento clínico-ambulatorial foi considerada pela equipe a mais efetiva devido ao atual momento de isolamento restritivo em que o estado passa, decorrente da COVID 19 (RONDÔNIA, 2020) em que não é possível a realização de grupos operativos na unidade. Também foi discutido vistas domiciliares dos ACS à residência para avaliação do cartão vacinal dos Usuários D e C, o qual no prontuário de família não constavam atendimento destes.

O usuário E seria incluído no programa de tabagismo, se assim aceitasse, por meio de convite e intervenções da residente de psicologia junto a equipe e após avaliação e busca ativa o inicio do Plano Terapêutico Singular (PTS) de cada membro da família.

Quanto a Etapa 5 - Avaliação da intervenção, observou-se que o conhecimento das ferramentas da abordagem familiar ampliaram a compreensão da equipe e auxiliaram na elaboração de intervenções familiares e planejamento da equipe, acerca dos casos complexos

da sua unidade. Percebeu-se também uma maior participação de todos os membros da equipe no processo e, pensando nas dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008), verificou-se a Dimensão de Formalização nos indicadores Ferramentas de Formalização em que os acordos e regras agora são bem expostos além de oficializar responsabilidades dos membros da equipe. Também foi observado na mesma dimensão, o indicador "Troca de Informação", quer dizer, a reunião da equipe é uma boa ferramenta que permite coleta e troca de informações entre os profissionais da equipe.

Para avaliação e analise dos dados (etapa 6), as 26 perguntas do pré e pós testes foram divididas dentro das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008) em: 4 perguntas envolvendo a dimensão 'Visão e Objetivos compartilhados'; 4 'Internalização'; 12 'Formalização' e 6 'Governança'. Após, foram calculados o número de respostas negativas e positivas dos participantes para cada eixo e por fim expostos no gráfico 1.

Vale salientar que o pós-teste foi realizado via GoogleForms decorrente a reorganização da AB frente a pandemia Covid 19 (RONDONIA, 2020) em que as unidades de saúde iniciaram atendimento para sintomáticos respiratórios agendados pelo Call Center do município de Porto Velho. Diante deste fato, não há mais reuniões de equipe para planejamento e discussões de caso, pelo menos momentaneamente.

No gráfico 1 observa-se um número majoritário quanto as respostas positivas em todos as dimensões de colaboração interprofisional de D'Amour (2008) com destaque as dimensões de internalização com 63% de respostas positivas dando destaque ao indicador de Colaboração e confiança mútua entre os membros da equipe e da formalização, com 61% de afirmativas positivas, dando destaque Troca de informações mais efetiva quando ao caso complexo e Ferramentas de formalização mais claras utilizadas durante a reunião de equipe.

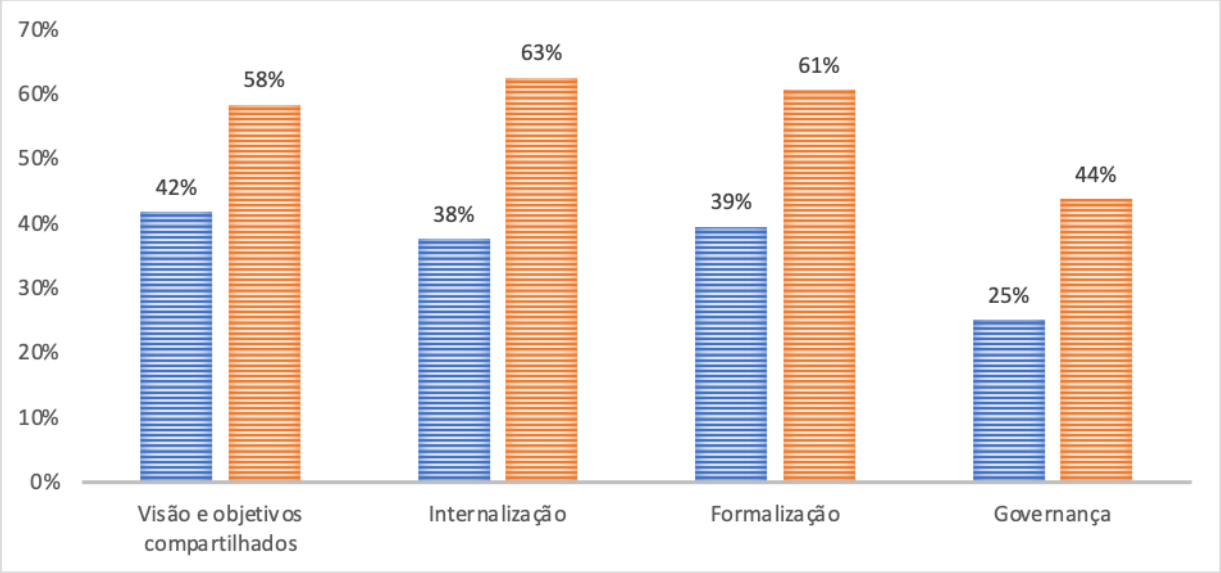


Gráfico 1. Número de respostas positivas (laranja) e negativa (azul) dos entrevistados com dentro das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008) na ação educativa realizada em Porto Velho, Rondônia, 2021

A implementação da intervenção proporcionou uma reflexão da equipe no controle dos casos complexos que estão em suas áreas de abrangência. Ao estimular a autonomia e discussão da equipe, observou-se que a intervenção contribuiu de forma significativa para reflexão do processo de trabalho envolvendo todos os profissionais, em uma perspectiva de possibilidades de se instituir práticas colaborativas no trabalho da equipe de saúde da família.

Uma das limitações foi a participação de todos os membros da equipe e dos residentes inseridos na eSF, como médicos, odontólogos e residentes de farmácia e educação física. Ouve dificuldade em conseguir que todos da equipe participassem uma vez que os profissionais que não participariam da intervenção não demonstraram interesse em preencher o questionário nas etapas pré e pós-teste.

Embora apresente limitações, este trabalho é relevante para compreensão de quais características da PIC são capazes de produzir efeito positivo quando a equipe esta envolvida na resolução de um caso complexo na APS e por consequência na melhoria do trabalho em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permite observar, através das respostas e analises das assertivas do RIPLIS, que a amostra estudada reflete o que literatura descreve quanto a educação interprofissional e práticas colaborativas, permanecendo uma postura de competição e concorrência mais frequentes do que atributos de cooperação/colaboração, relações de confiança, respeito e comunicação eficaz.

Destaca-se no estudo a necessidade de reflexões e intervenções voltadas para toda a equipe, com destaque na governança e visão e objetivos compartilhados para que ocorra uma diminuição nos obstáculos que dificultam a relação interpessoal e por consequência as praticas colaborativas.

Considerando esse contexto, a estratégia educacional utilizando a discussão de Casos Complexos como alternativas para favorecer as práticas colaborativas, mostrou-se eficaz na amostra da intervenção, potencializando assim o trabalho colaborativo e por consequência as dimensões e indicadores da colaboração interprofissional.

Sugere-se, ainda, que sejam pensados e estruturados protocolos para discussão de casos complexos, de forma a garantir a sistematização e a formalização das ações compartilhadas de cuidado e planejamento nas eSF da cidade de Porto Velho pois a partir da amostra estudada observamos que a sistematização e uso de ferramentas como genograma, ecomapa e diagnóstico de ciclo vital foram eficazes em momentos que envolvam de torcas de informação e ferramentas de formalização, potencializando assim a PIC na equipe.

Embasado nessa premissa, faz-se necessário ações de educação permanente que demonstrem a importância do trabalho em equipe e apresente ao grupo estudado, ferramentas que estimulem um trabalho em equipe fazendo com que os profissionais reflitam e iniciam um novo modo de pensar na abordagem do usuário voltadas às necessidades de saúde para a consolidação dos atributos da APS e dos princípios do SUS

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 49, p.313-324, 2014.

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface, Com. Saúde, Educação**, Botucatu, v.20, n.59, p.905-16, 2016.

AGUIAR, R.B.P.M. **Interdisciplinaridade e prática Colaborativa na percepção de preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia.** 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2012

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 1,2, p. 5-20, 1997.

AMADO, E. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva**: perspectiva dos profissionais da saúde. 73 fls, 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2016.

ANASTASIOU, L. G. C. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, Natal, v. 12, n. 2, p.455-465, 2007.

ARRUDA GMMS, BARRETO ICHC, RIBEIRO KG, FROTA AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl.1):1309-23.

AGRELI, Heloíse Fernandes et al . Effect of interprofessional education on teamwork and on knowledge of chronic conditions management. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 27, e3203, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100384&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Oct 28, 2019. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203.

AGRELI HF, PEDUZZI M, SILVA MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

ARRUDA GMMS, BARRETO ICHC, RIBEIRO KG, FROTA AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl.1):1309-23.

BAGNATO, M.H.S.; RODRIGUES, R.M.. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 5, p.507-512, 2007.

BARR, H. Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review. London, UK: Higher education academy, health sciences and practice network, 2005. 47p. Disponível em: http://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf Acesso em: 27 maç. 2020.

BARR, H.; LOW, W. **Introducing interprofessional education**. United Kington: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2013.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina e dá outras providências. Publicação no **Diário Oficial da União** nº117, de 23/06/14. Seção 01, pág. 08/11.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990

BREHMER, L.C. de F.; RAMOS, F.R.S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, p. 119-126, 2014.

BROADBENT, M.; MOXHAM, L.; SANDER, T.; WALKER, S.; DWYER, T. Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment: Perspectives of preceptors. Nurse Educ Pract [Internet]. Elsevier Ltd, v.14, n.4, p.403–9, 2014.

BRUNO, L.F.C. **Gestão da Qualidade**. Apostilas do curso de Engenharia de Produção da Faculdade de Tecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CARTER, B.L.; BOSWORTH, H.B.; GREEN, B.B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. **The Journal of Clinical Hypertension**. v.14, n.1, p.51-65, Nov, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257828/ Acesso em 18 de Março de 2019.

CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação, **Interface, Com. Saúde, Educação**. Botucatu, v.22, n. Supl. 2, p.739-49, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RONDÔNIA. **Escolas Médicas.** 2020. Disponível em: http://www.cremero.org.br/index.php?escolas_medicasNome=&escolas_medicasTipo=&escolas_medicasUF=RO&buscaEfetuada=true&option=com_escolas_medicas&Itemid=49. Acesso em: 30 mar. 2020.

COSTA, M. V. da. **A Educação Interprofissional como abordagem para a Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. 150 fls, 2014.Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Natal – RN, 2014.

COSTA, M.V. da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface** (Botucatu), v.20, n.56, p.197-8, 2016.

COSTA, M.V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R.F.C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? [recurso eletrônico], Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionelle dans les services de santé de première ligne au Québec**. 434 fls, 1997.Tese (Doutorado). Université de Montreal, Canadá, Montreal, 1997.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005.

D'AMOUR D, GOULET L, LABADIE JF, MARTIN-RODRIGUEZ LS, PINEAULT R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res [Internet]. 2008 [citado 30 Out 2014]; 8:188. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188

DONLY, L.L. et al Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF)Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 1, p.15-38 jan./feb. 2020. ISSN 2595-6825

FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G. Educação e prática interprofissional no sus: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, R.F.C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? [recurso eletrônico], Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia** - saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FURTADO, J.P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad Bras Saude Mental**, Florianópolis, v.1, n.1, p.1-11, 2009.

HENDERSON, A.; EATON, E. Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: What 'support' do nurses at the bedside need? Nurse Education

In Practice, [s.l.], v. 13, n. 3, p.197-201, maio 2013. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Canais: Cidades**: Porto Velho. População. 2017 Disponível em https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ro/porto-velho/panorama.
Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2. Ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.
LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Arch Psychol**. n.140, p. 1-55, 1932.
LIMA, P.A. de B.L.; ROZENDO, C.A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl 1, p. 779-791, 2015.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (org.) **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MORIN, E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, A.T.P.; GUIZARDI, F.L.; DUTRA, E.B. DESAFIOS DA COLABORAÇÃO NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE (in)., Guizardi, Francini Lube (org.). Em Mar Aberto: Colaboração e Mediações Tecnológicas na Educação Permanente em Saúde / Organizadores: Francini Lube Guizardi, Evelyn de Britto Dutra e Maria Fabiana Damásio Passos. – 1. ed. -- Porto Alegre : Rede Unida, 2020.

OLIVEIRA, B.M.F.; DAHER, D.V. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação: o ensinar e o cuidar como participantes do mesmo processo. **Rev. Docência Ens. Sup/UFMG**, Belo Horizonte-MG, v.6, n.1, p.113-138, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf. Acesso em: 17 abr 2019.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, London, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em 30 de Março de 2020

PARSELL G, BLIGH J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical education**, v. 33, n. 2, p. 95-100, 1999.

PEDUZZI M, NORMAN I, COSTER S, MEIRELES E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. SPE2, p. 7-15, 2015.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R.F.C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? [recurso eletrônico], Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22. Supl. 2, p.1525-34, 2018.

PEDUZZI, Marina et al . TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. 1, e0024678, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Mar 16, 2020. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

PEREIRA, I.D.F; LAGES I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. Curriculum guidelines for training healthcare professionals: skills or praxis? Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013. professionals ready for IPL? Med. Educ. v.40, n.5, p.415–22, 2006.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education**: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2013.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu), v.20, n.56, p.185-96, 2016.

REID, R; BRUCE, D.; ALLSTAFF, K.; MCLERNON, D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL?. Med. Edu. V.40, n5, p. 412-422, 2006.

RIBEIRO, V.M.B. O porquê e o para quê de um seminário sobre formação pedagógica de preceptores. (Org.). **Formação pedagógica para preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF; 2011.

ROCHA, H.C. **Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica**. 2012. 104f. Dissertação (mestrado) – UFRJ / Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, 2012.

RODRIGUES, C. D. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, 2012. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

RODRIGUES, J. R. S. **Educação interprofissional em um hospital de trauma**: perspectivas dos profissionais do NEP em saúde e seus colaboradores. 2018. 72f. Dissertação (mestrado

profissional em ensino na Saúde – Faculdade de Medicina, Programa de pós-graduação em ensino na Saúde, Universidade federal de Alagoas, Maceió, 2018
ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre, v. 18, n. 1, p 87-98, 2004.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA. Plano Municipal de saúde de Porto Velho 2018-2021. Porto Velho - RO. 2017. 115p

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, P. 221- 32, jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf Acesso em: 24 jun 2017.

SILVA, R.; SCAPIN, L.; BATISTA, N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: revista de avaliação da educação superior**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011.

SOUZA, A**. Formação Profissional em Saúde na Perspectiva do Trabalho em Equipe e da Integralidade no Cuidado**: Percepção do Estudante, São Paulo, 2014. 97f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde). Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014

TEMPSKI, P.Z.; MARTINS, M. de A. Modelos teóricos do processo ensinoaprendizagem aplicados às estratégias educacionais de simulação. In: SCALABRINI NETO, A.; FONSECA, A.; BRANDÃO, C.F. S (Org). Simulação realística e habilidades na saúde. São Paulo: Atheneu, 2017. p.1-10.

THIESEN, J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Plano de Ensino do Estágio Curricular Supervisionado I da Odontologia**. Porto Alegre, 2014.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatório de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: (M)(F)
DATA NASCIMENTO: _____/_____/_____
ENDEREÇO: _____Nº: _____ COMPLEMENTO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____
CEP: _____TELEFONE: DDD (_____) _____

II - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "INTERPROFISSIONALIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DOS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO"

Eu discuti com o a doutora Katia Fernanda Alves Moreira, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo como: Analisar a percepção dos preceptores e alunos sobre a EIP em PIC. Autorizo a publicação científica dos dados coletados. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Porto Velho, _____ de _____ de 2019.

_____ _____
Assinatura por extenso do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Assinatura e carimbo do pesquisador

I - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO VELHO, RONDÔNIA

2. PESQUISADOR: Katia Fernanda Alves Moreira

CARGO/FUNÇÃO: Docente e Pesquisador.

UNIDADE: Universidade Federal de Rondônia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO RISCO MAIOR

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 MESES.

IV - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Objetivos da pesquisa.
Analisar a percepção dos docentes/preceptores e alunos sobre a EIP em um estágio na Unidade de Saúde da família Osvaldo Piana, como estratégia para o desenvolvimento de práticas (competências) colaborativas na área da saúde. **2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.**
Será um estudo descritivo o qual utilizara o preenchimento de um questionario previamente validado no Brasil.

3. Desconfortos e riscos esperados.
Mínimo. Os participantes podem se sentir contrangidos e se negarem a preencher o questionario.

4. **Benefícios que poderão ser obtidos.**
Tem-se a necessidade do fortalecimento de pesquisas que demonstrem a importância do trabalho em equipe na educação interprofissional para a formação dos profissionais em saúde. Ressaltamos que o debate sobre EIP é recente na realidade brasileira, desta forma, este estudo se torna oportuno e valioso, para enfrentar o desafio de formar sujeitos envolvidos com complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde em um contexto da produção do cuidado, que exige o desenvolvimento de práticas e competências para o trabalho colaborativo. Bem como, inserir a discussão desta temática, para aperfeiçoar os esforços atuais, em torno da reorientação da formação profissional em saúde (CAMARA, 2015).

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo. (preencher se houver)
Não se aplica.

V - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. disponibilidade de assistência , por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

VI - INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Katia Fernanda Alves Moreira - Av. Amazonas, 6030, casa 191 – Tiradentes CEP: 76.824-536. Telefone: (69) 8421-4440. Email.: katiaunir@gmail.com

Arlindo Gonzaga Branco Júnior – Rua Antonio Fraga Moreira, 3674, Bairro Tancredo Neves, Porto Velho-RO - Telefone: (69) 9 8150-6623. E-mail: gonzaga.arlindo@gmail.com

VII - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Em caso de dúvida a esse documento, entrar em contato com o Comitê de Ética da Universdade Federal de Rondônia.

APÊNDICE 2 - QUESTIONARIO UTILIZADO NA PESQUISA

Identificação e Dados Gerais

1 Idade: _____

2 Sexo
( ) Masculino ( ) Feminino

3 Ano de Conclusão da Graduação: _____

4 Tipo de Instituição onde formou
( ) Pública
( ) Privada ou Filantrópica
Tem ?
( ) PósGraduação
( ) Especialização Lato Sensu
( ) Residência em Saúde
( ) Mestrado
( ) Doutorado
( ) Pós-Doutorado

6 Ano de Conclusão (da titulação mais recente): _____

7 Se residência, Qual?

8 Nome da Unidade que trabalha: _____

9 Quanto tempo atua neste serviço?
( ) 1 < 1 ano
( ) 2 Entre 1 – 4 anos
( ) 3 Entre 5 – 9 anos
( ) 4 Entre 10 – 15 anos
( ) 5 > 16 anos

10 Você tem alguma carga horária específica para as atividades de preceptoria dentro da carga horária semanal de trabalho?
( ) Sim ( )Não

11 Em caso de resposta afirmativa, quantas horas semanais? (se não, colocar 00)

12 Você recebe alguma bolsa incentivo ou função gratificada devido à função de preceptor?
( ) Sim ( )Não

13 Em caso de resposta afirmativa, qual? (se não, colocar 00)

14 Esta foi sua primeira experiência como preceptor no internato?
( ) Sim ( )Não

14 Se não, marcar em que tipo de ensino exerceu a preceptoria na APS
( ) Sim ( )Não

15 Por quanto tempo você foi ou é preceptor na APS
( ) 1 < 1 ano
( ) 2 Entre 1 – 4 anos

( ) 3 Entre 5 – 9 anos
( ) 4 > 10 anos

16 Você já realizou cursos/capacitações que tiveram como tema a área de ensino (formação pedagógica)?
( ) Sim ( )Não

17 Em caso afirmativo, cite os cursos de capacitações já realizados (se não colocar 00)

18 Você sente necessidade de realizar cursos de formação ou de atualização para preceptores?
( ) Sim ( )Não

19 Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina?
( ) Presencial ( ) EaD ( ) Presencial + EaD

20 Você está satisfeito em desempenhar as atividades de Preceptoria junto aos internos?
( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente satisfeito

21 Durante sua graduação foram trabalhadas questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos?
( ) Sim ( )Não

22 Você se sente suficientemente preparado (com conhecimentos pertinentes a sua área de atuação na APS) para fins de desempenhar suas atribuições?
( ) Sim ( ) Parcialmente preparado ( ) Não

23 Você tem conhecimentos sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex: avaliação por competência)?
( ) Sim ( )Não

24 Você tem conhecimentos sobre técnicas de ensino no contexto da prática?
( ) Sim ( )Não

25 Você consegue realizar juntos ao interno, a problematização dos conhecimentos científicos na prática?
( ) Sim ( )Não

26 Você considera importante para sua atuação, realizar um curso sobre a fundamentação pedagógica voltada para a prática da preceptoria?
( ) Sim ( )Não

27 A concomitância das atividades de assistência e de ensino é um fator de dificuldade para você?
( ) Sim ( )Não

28 Você conhece o PPC do curso no qual o acadêmico ou residente está vinculado?
( ) Sim ( )Não

29 É possível conciliar suas atividades assistências com a preceptoria?
( ) Sim ( )Não

30 Você tem uma boa relação com os acadêmicos de graduação e/ou residentes?
( ) Sim ( )Não

31 Você tem conhecimento sobre metodologia da pesquisa?
( ) Sim ( )Não

32 Você se sente seguro para desempenhar suas atribuições de preceptoria
( ) Sim ( ) Parcialmente seguro ( ) Não

33 Você conhece as responsabilidades/atribuições que tem como preceptor?
( ) Sim ( )

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO RIPLIS
DIMENSÃO 1. TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	5	4	3	2	1
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	5	4	3	2	1
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	5	4	3	2	1
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	5	4	3	2	1
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	5	4	3	2	1
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	5	4	3	2	1
10	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	1	2	3	4	5
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	5	4	3	2	1
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	5	4	3	2	1
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL

Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	1	2	3	4	5
Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	1	2	3	4	5
Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	1	2	3	4	5
Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	1	2	3	4	5
Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 3. ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discord	Discordo	Discordo totalmente
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	5	4	3	2	1
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	5	4	3	2	1
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	5	4	3	2	1
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	5	4	3	2	1
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	5	4	3	2	1

QUESTÕES – INTERVENCAO

1. Caracterização da Equipe e do Serviço
 Nº de componentes da equipe: _____
 Nº de categorias profissionais: _____
 Tempo de atuação conjunta: _____
 Tipo de alunos (internato/residente): _____
 Organização dos serviços onde os alunos estão inseridos (nº de equipes, composição das equipes, divisão de responsabilidade sanitária): _____
_____

2. Colaboração Interprofissional – antes da interação

Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe?
( ) Sim ( ) Não
Percebe entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipe?
( ) Sim ( ) Não
Sente-se parte desta equipe (veste a camisa da equipe)?
( ) Sim ( ) Não
Há confiança e cooperação entre os profissionais?
( ) Sim ( ) Não
Há abertura para se repensar processos de trabalho e inovar?
( ) Sim ( ) Não
As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipe?
( ) Sim ( ) Não
Os membros da equipe compartilham informação e conhecimento?
( ) Sim ( ) Não
Os objetivos da equipe são comuns?
( ) Sim ( ) Não
Na equipe existe compartilhamento de práticas e conhecimentos?
( ) Sim ( ) Não
Na equipe há compartilhamento de responsabilidades?
( ) Sim ( ) Não
Existem reuniões técnicas para discussão de casos complexos?
( ) Sim ( ) Não
Conhecem os casos complexos por microárea?
( ) Sim ( ) Não
Existem reuniões técnicas para programação das atividades semanal?
( ) Sim ( ) Não
Nas reuniões, são gerenciados conflitos quando surgem?
( ) Sim ( ) Não
As reuniões são um espaço social democrático e agradável?
( ) Sim ( ) Não
Sua motivação e de seus colegas para o trabalho na equipe são satisfatórios?
( ) Sim ( ) Não
As normas e protocolos são seguidos por todos?
( ) Sim ( ) Não
Há discussão de casos clínicos, educação permanente?
( ) Sim ( ) Não

O sistema de informação atende a necessidade da equipa de forma eficaz?
( ) Sim ( ) Não
A estrutura, recursos e insumos para o trabalho estão adequados?
( ) Sim ( ) Não
Existe vínculo da equipe com os usuários do território?
( ) Sim ( ) Não
Os usuários exercem sua autonomia, ou seja, tomam decisão quanto ao tratamento proposto?
( ) Sim ( ) Não
Seus interesses e necessidades são respeitados no processo de cuidado?
( ) Sim ( ) Não
A liderança da equipe é geralmente de qual profissional?
( ) Sim ( ) Não
Existe hierarquia entre os membros das equipes e/ou da UBS?
( ) Sim ( ) Não
As relações com os profissionais da UBS são satisfatórias?
( ) Sim ( ) Não
A comunicação é eficaz na equipe?
( ) Sim ( ) Não

Discursivas

O processo de trabalho da equipe facilita ou dificulta o a integração dos profissionais?

_____
_____
_____

Como se dá a conduta dos casos complexos da sua equipe?

_____
_____
_____

Como você acha que pode melhorar o trabalho da equipa de saúde?

_____
_____
_____

ANEXO 01 -Aprovação comitê de Etica - UNIR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia.

Pesquisador: Kátia Fernanda Alves Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20677519.4.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: FUNDACAO RONDONIA DE AMPARO AO DESENVOLVIMENTO DAS ACOES CIENTIFICAS E TECNOLOGICAS E A PESQUISA DO ESTADO DE RONDONIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.605.943

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação Rondônia de Amparo ao Desenvolvimento das Ações Científicas e Tecnológicas e à Pesquisa do Estado de Rondônia - FAPERO, da Profª Drª Kátia Fernanda Alves Moreira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia - UNIR - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESCO, intitulado Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia. A proposta do presente projeto é investigar o uso da educação Interprofissional e a prática colaborativa em equipe de saúde da família. A pesquisa será desenvolvida com profissionais de saúde que participarão do programa de Planificação desenvolvido pela SESAU em Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena. Já em Porto Velho participarão os profissionais das unidades em que a UNIR faz seus estágios. Conforme emenda de justificativa a coleta esta prevista para iniciar em outubro de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o uso da educação Interprofissional e da prática colaborativa entre os profissionais das unidades básicas de saúde em Porto Velho, Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Coloca que os risco são mínimos, talvez ocorra desconforto em alguns entrevistados ao

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

responderem os questionários.

Benefícios:

Os resultados do estudo contribuirão de forma inédita na produção de conhecimento na área temática Ensino e formação em Saúde nesta região, particularmente em Porto Velho. Também se pretende criar um Banco de Dados no Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO –do Departamento de Enfermagem/UNIR as necessidades de formação/qualificação dos profissionais nos municípios. Com isto, pretende-se

contribuir para a formação e capacitação de recursos humanos que trabalham nas IES, na APS, na Gestão dos serviços e sistemas, principalmente no que se refere à capacitação teórico-metodológica do ensino e da formação em saúde. Os alunos de Iniciação Científica (IC/UNIR), de Especialização e Mestrado se integrarão às pesquisas durante a investigação. Objetiva-se, assim, por um lado, despertar o interesse nesta área dos alunos-pesquisadores. Outro resultado almejado é a formação de recursos humanos que possam entender e identificar de forma clara e precisa os

principais fatores e processos envolvidos na EIP e utilização de estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) no sentido de consolidar os pontos fortes e desenvolver os pontos frágeis apontados. Espera-se que esse projeto produza resultados efetivos que corroborem para o crescimento científico dos alunos da graduação (bolsista de iniciação científica), da pós-graduação (mestrado) e do CEPESCO. Que os resultados encontrados venham oferecer respostas as necessidades mais preeminentes para a formação em saúde e o EIP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Permite análise adequada das questões éticas, e está devidamente instruído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos devidamente instruídos de acordo com as resoluções vigentes 466/12 e 510/16 CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a Aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO

1.De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 466/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431542.pdf	13/09/2019 00:21:27		Aceito
Outros	Questionariointerprofissional.pdf	13/09/2019 00:19:29	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Outros	Justificativadeementaalteracaoetapa.pdf	13/09/2019 00:00:22	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431542.pdf	11/09/2019 23:28:05		Aceito
Declaração do Patrocinador	ParecerInterprofissional.pdf	11/09/2019 23:26:17	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoInterprof.pdf	11/09/2019 23:25:42	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Outros	PropostaTrabalhoInterprofissional.pdf	08/09/2019 21:35:09	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaTermoAutorizacaoEducacaoInterprofissional.pdf	08/09/2019 21:33:46	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEINTERPROFISSIONALIDADE.pdf	08/09/2019 21:32:52	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	08/09/2019 21:32:25	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMILA PARDO DALA RIVA

Educação interprofissional:

Práticas Colaborativas e Interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil

Porto Velho

2021

CAMILA PARDO DALA RIVA

Educação Interprofissional:

Práticas Colaborativas e Interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil

Dissertação apresentada à Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, em cumprimento dos requisitos necessários para defesa e obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família
Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Porto Velho
2021

Nome: Camila Pardo Dala Riva
Título: Educação interprofissional: práticas colaborativas e interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

_____
Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

_____
Prof. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Avaliadora Externa

_____
Prof. Dra. Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes
Avaliadora Interna

_____
Prof. Dra. Jeanne Lucia Gadelha de Freitas
Suplente

_____
Camila Pardo Dala Riva

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir. Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo.

(Paulo Freire, apud Cortela, 2015. p.22)

RESUMO

RIVA, Camila Pardo Dala. **Educação interprofissional: Práticas colaborativas e interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil.** Dissertação em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia.

Objetivo: Avaliar as percepções e a disponibilidade para aprendizagem interprofissional dos preceptores em Saúde em um município do Cone Sul do Estado de Rondônia por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo misto com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio de questionário socioprofissional, perguntas do tipo Likert validado para o Brasil em 2015, e aplicação de questionário via *Google forms* com três perguntas abertas. A amostra ocorreu de forma intencional com 13 preceptores em saúde, havendo aprovação pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943. As médias de interpretação da tendência atitudinal foram estabelecidas a partir dos intervalos: (IM): de 1,00 a 2,33, de 2,34 a 3,67 e de 3,68 a 5,00. Os dados qualitativos foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2011), sendo utilizado o software MaxQda 20.3. **Resultados:** A idade média dos preceptores entrevistados foi de 43,71 anos, sendo enfermeiros sete, odontólogos dois e médicos quatro. Em análise as dimensões aplicadas pela escala Likert, preceptores enfermeiros e odontólogos apresentaram atitudes para a prontidão à educação interprofissional em zona de alerta no que tange a dimensão Identidade Profissional, requerendo o aprimoramento das percepções e práticas. Preceptores médicos apresentaram maior prontidão ao trabalho em equipe e colaboração (TEC), tendo como resultado 4,90±0,30, enquanto enfermeiros 4,65±0,53, e odontólogos 4,53±0,50 Na dimensão pertinente a identidade profissional (IP), a média apresentada para médicos foi de 4,29±1,16, para enfermeiros 4,14±1,02, e odontólogos 3,25±0,86. Na dimensão pertinente a atenção centrada ao paciente (ACP), os resultados foram para médicos 4,95±0,22, para enfermeiros 4,60±0,60, e odontólogos 4,60±0,69. No que tange a análise qualitativa emergiram-se cinco categorias: a essência do preceptor, a motivação produzida na preceptoria, competências para o exercício da preceptoria, articulação da teoria com a prática e intervenientes para a atuação da preceptoria. **Conclusão:** A partir dos dados analisados, foi possível concluir que os preceptores apresentaram prontidão ao aprimoramento das práticas colaborativas e da

educação interprofissional, embora evidenciem-se alguns intervenientes vinculados a formação uni profissional desses profissionais e ao exercício da preceptoria nos cenários de práticas, impactando significativamente a construção das competências colaborativas destes profissionais. Desta forma, os resultados fomentam para a crível necessidade da implementação da educação interprofissional na formação em saúde e da educação permanente nestes espaços de ensino e aprendizagem, a fim de promover a continuidade e assegurar a mobilização destes preceptores no envolvimento de forma competente em sistemas de saúde centrados na pessoa e na comunidade.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Formação em Saúde. Preceptoria. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

RIVA, Camila Pardo Dala. **Interprofessional education: Collaborative and interprofessional practices of preceptors of nursing, dentistry and medicine in a municipality in northern Brazil.** Dissertation on Family Health at the Federal University of Rondônia.

Objective: To evaluate perceptions and availability for interprofessional learning by health preceptors in a municipality in the Southern Cone of the State of Rondônia through teamwork, collaboration, professional identity, and person-centered attention in Primary Health Care. **Method**: This is a mixed study with a quantitative and qualitative approach, carried out through a socio-professional questionnaire, Likert type questions validated for Brazil in 2015, and a questionnaire application via Google forms with three open questions. The sample occurred intentionally with 13 health preceptors, with approval by CEP / UNIR under opinion no. 3,605,943. The means of interpreting the attitudinal tendency were established from the intervals: (IM): from 1.00 to 2.33, from 2.34 to 3.67 and from 3.68 to 5.00. Qualitative data were submitted to Thematic Content Analysis, according to Bardin (2011), using the MaxQda 20.3 software. **Results:** The average age of the preceptors interviewed was 43.71 years, with nurses seven, dentists two and doctors four. In analyzing the dimensions applied by the Likert scale, nurses and dentists preceptors showed attitudes towards readiness to interprofessional education in an alert zone regarding the Professional Identity dimension, requiring the improvement of perceptions and practices. Medical preceptors showed greater readiness for teamwork and collaboration (TEC), resulting in 4.90 ± 0.30, while nurses 4.65 ± 0.53, and dentists 4.53 ± 0.50 In the pertinent dimension, identity professional (PI), the average presented for doctors was 4.29 ± 1.16, for nurses 4.14 ± 1.02, and dentist 3.25 ± 0.86. In the pertinent dimension of patient-centered care (PCA), the results were for doctors 4.95 ± 0.22, for nurses 4.60 ± 0.60, and dentists 4.60 ± 0.69. Regarding the qualitative analysis, five categories emerged: the essence of the preceptor, the motivation produced in the preceptorship, skills for the exercise of preceptorship, articulation of theory with practice and actors for the performance of preceptorship. **Conclusion:** From the analyzed data, it was possible to conclude that the preceptors were ready to improve collaborative practices and interprofessional education, although some actors linked to the uni professional training of these professionals and the exercise of preceptorship in practice

scenarios are evidenced, significantly impacting the construction of the collaborative competences of these professionals. In this way, the results foster for the credible need for the implementation of interprofessional education in health training and permanent education in these teaching and learning spaces, in order to promote continuity and ensure the mobilization of these preceptors in competently engaging in education systems. centered on people and the community.

Keywords: Interprofessionality; Health Training; Preceptorship; Primary Health Care.

.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS	**34**
Tabela 1	Perfil dos entrevistados (medicina e enfermagem) em Vilhena, Rondônia, 2020	**37**
Tabela 2	Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020 (parte 1)	**39**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Atenção Centrada na Pessoa
APS	Atenção Primária à Saúde
CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissão de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DP	Desvio padrão
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial de Saúde
M	Média
PET-Saúde	Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde
PC	Práticas Colaborativas
PIC	Prática Interprofissional e Colaborativa
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPSUS	Projeto Pedagógico do Sus
PRMMFC	Programa de Residência Médica Medicina da Família e Comunidade
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da família
RIPLS	Readiness for Interprofessional Learning Scale
RMFC	Residência de Medicina Família e Comunidade
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RO	Rondônia
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.2 Objetivos 15
1.2.1 Objetivo geral 15
1.2.2 Objetivos específicos 15
1.3 Justificativa 15
2 REFERENCIAL TEÓRICO 18
2.1 Residências em Saúde 18
2.2 Preceptoria em Saúde 21
2.3 Educação Interprofissional e Práticas Colaborativas 23
3 MÉTODO 26
3.1 Abordagem e delineamento 26
3.1.1 O Estudo Misto 26
3.2 Local de realização da pesquisa 30
3.3 População e amostra do estudo 30
3.4 Coleta de Dados 30
3.4.1 Fase quantitativa 30
3.4.2 Fase qualitativa 31
3.5 Análise dos dados 33
3.5.1 Fase quantitativa 33
3.5.2 Fase qualitativa 34
3.5.3 Aspectos Éticos 35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 37
4.1 Dados quantitativos 37
4.1.1 Perfil Socioprofissional 37
4.1.2 Escala de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional (RIPLS) 38
4.2 Dados qualitativos 45
4.2.1 A essência do preceptor 46
4.2.2 A motivação para a preceptoria 47
4.2.3 Competências para o Exercício da Preceptoria 48
4.2.4 Articulação da teoria com a prática 50

4.3 Pesquisa em Saúde 52
4.4 Organização das ações no território 52
4.5 Intervenientes para a Atuação da Preceptoria 52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 54
REFERÊNCIAS 55
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO 63
APÊNDICE 2 – IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS 67
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO RIPLIS 71
ANEXO 2 - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA – UNIR 73

1 INTRODUÇÃO

À medida que construímos novos significados de maneira compartilhada e não fragmentada, desenvolvemos habilidades com ênfase em um espaço dialógico e solidário, em que ampliamos saberes e valores em prol de um aprendizado significativo e com poder transformador, norteando padrões e ações educativas de maneira contextualizada e horizontalizada (FREIRE, 2013).

Com intuito de um padrão assistencial integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e garantia do direito à saúde da população, as práticas colaborativas estão conectadas com ações dialógicas em conformidade com o princípio da integralidade, em que a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa. Com intuito de articular as dimensões do cuidado centrado na pessoa, o trabalho em equipe torna-se uma ferramenta potente frente às necessidades de saúde complexas e dinâmicas (OMS, 2010).

A ideia interdisciplinar agrupada pela equipe multiprofissional admite a prestação do cuidado integral, tornando as práticas do acolhimento significativas nas relações afetivas entre os atores (usuários e profissionais) e o fortalecimento do vínculo, por meio de tecnologia de elevada complexidade compartilhada entre os diferentes saberes (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A ampliação da concepção do cuidado resulta em um crescente e necessário aprimoramento na formação no âmbito interprofissional. A educação interprofissional advém quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados e a colaboração (CAIPE, 2002).

A formação de profissionais de saúde, mediante modelos baseados na formação em serviço, é questão chave para a consolidação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (KNUPP, 2018) e podemos explicar a urgência de formação de médicos na área de Medicina de Família e Comunidade.

Destarte, as residências em saúde podem ser espaços profícuos para o desenvolvimento da educação interprofissional (EIP) por trabalharem em uma perspectiva que busca promover a integração entre os diferentes profissionais (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

A EIP oferece oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais da saúde, desenvolvendo atributos e habilidades indispensáveis em um trabalho grupal

(REEVES, 2016), que preconiza que profissionais de diferentes áreas desenvolvam suas atividades e aprendam conjuntamente, de modo interativo, melhorando a colaboração e qualidade da atenção à saúde (OMS, 2010). Assim, a EIP complementa e reforça as ideologias do SUS, subsidiando a construção de um projeto de sociedade que apresente a percepção ampliada de saúde (COSTA et al., 2015).

Nesse contexto, apresenta-se o preceptor, que destaca-se nas instituições assistenciais por proporcionar situações de aprendizagem aos residentes, exercitando intervenções e condutas refletidas, transformadas e apreendidas de modo positivo durante o processo de formação, tornando a preceptoria uma prática educativa (RIBEIRO; PRADO, 2013).

As estratégias governamentais direcionadas para a formação em saúde aproximam as instituições de ensino e os serviços de saúde; sendo o preceptor o ator principal no processo formativo. Considera-se que o preceptor, para promover uma educação embasada em uma visão integral, deveria abarcar em sua prática profissional atividades de orientação e supervisão de alunos, o que implicaria conhecimentos distintos daqueles técnicos obtidos na graduação – "algo que desafia o plantel de especialistas a respeito da melhor maneira de educar os profissionais de saúde" (AUTONOMO et al., 2015).

No intuito de educação permanente e reordenação do sistema de saúde, a ESF demonstra ao cenário educativo em saúde um novo grupo de preceptores, que colaboraram para a construção de conhecimentos socialmente acentuados, mediante uma perspectiva crítica e democrática dos processos educativos no sistema público de saúde (AUTONOMO et al., 2015).

O preceptor é um ator no processo pedagógico da formação em saúde e, para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, precisa lançar mão de "competências interprofissionais", ou seja, os fazeres organizados em aptidões profissionais. "Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta" (CECCIM, 2018, p. 1741).

A pesquisa em deslinde propôs verificar como os preceptores atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), frente à educação interprofissional e práticas interprofissionais colaborativas (PICs) que, a partir de novas perspectivas norteadas por mudanças na formação em saúde, com currículos por áreas de competências, sugerem eficaz atendimento às necessidades e aprimoramento da qualidade dos serviços.

Mergulhada nesses pensamentos, surgiu o seguinte questionamento que norteou este estudo: como os preceptores das residências em saúde no município de Vilhena entendem a

educação interprofissional e prática colaborativa (PIC) e as utiliza no cotidiano da atenção primária à saúde? Qual o conhecimento das concepções dos preceptores sobre EIP e suas relações com a prática interprofissional no contexto da APS?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção e a disponibilidade para aprendizagem interprofissional dos preceptores das residências em Saúde em um município do Cone Sul do Estado de Rondônia por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil socioprofissional dos preceptores da Atenção Primária à Saúde, incluindo formação técnica e capacitação pedagógica para preceptoria;
- Identificar a atitude e a prontidão para a EIP e PIC entre os profissionais de saúde que desenvolvem a preceptoria em Unidades Básicas de Saúde de um município do Cone Sul do Estado de Rondônia;
- Avaliar a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional entre os preceptores.

1.3 Justificativa

O SUS coloca a saúde pública no centro do debate da política e da sociedade, sendo destaque no cenário internacional e cujos avanços se relacionam aos cuidados voltados para a Atenção Primária à Saúde (APS), aos investimentos em recursos humanos, às ações com enfoque na ciência e tecnologia e à maior participação social com crescente consciência pública do direito à saúde.

A necessidade de modificar e transformar os contextos e práticas dentro da APS, em prol do fortalecimento do SUS e organização dos processos de trabalho, é contemplada pela oportunidade dos cenários no município de Vilhena – RO dentro das Unidades Básicas de Saúde por meio da Integração Ensino-Serviço. Em conformidade ao modelo assistencial, integral e humanizado, articulados com as novas tendências pedagógicas do processo ensino-aprendizagem, é crível o aprimoramento da percepção frente ao processo de interdisciplinaridade e práticas colaborativas: conectando e articulando os saberes, formando

profissionais aptos para o trabalho em equipe, efetivando a interprofissionalidade na rotina dos profissionais e promovendo a integralidade na melhoria do cuidado.

A centralidade do processo de produção dos serviços de saúde é o usuário e suas necessidades de saúde. Essa compreensão estabelece uma nova forma de trabalho em saúde mais integrada e caracterizada por uma eficaz comunicação (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados. Usuário atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, consequentemente, melhores resultados (MALONE et al., 2007), aspectos que vêm ao encontro de estudar a preceptoria nas residências em saúde.

O contato com a docência é um processo de empenho e de dedicação. Estimulada pelo duplo desafio de cuidar e educar busco me aproximar do campo teórico da docência por meio do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família - ProfSaúde/UNIR. Ao mesmo tempo, outra demanda se soma a esse processo: dificuldade de formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, organizar o atendimento à demanda e fazer o atendimento pautado na abordagem centrada na pessoa.

Realizar um mestrado profissional em Saúde da Família permite conhecer as bases de uma docência moderna, voltada para um aprender compartilhado e horizontal e, por meio dele, pesquisar os meandros do desafio do trabalho em equipe em um ambiente de formação. Considero que as atividades práticas dos programas de graduação e pós-graduação em saúde nas unidades públicas da Secretaria Municipal de Saúde de Vilhena são momentos ou espaços estratégicos e fundamentais para o processo ensino-aprendizagem da interprofissionalidade em equipes na APS. Dessa forma, a preceptoria pode assumir o protagonismo de representar a implementação entre a educação interprofissional em saúde gradualmente nas rotinas de trabalho em equipe que conduzam a adoção sistemática de práticas colaborativas no serviço, além de fortalecer e ampliar os saberes nos processos educacionais.

Justifica-se a realização deste estudo diante da relevância da temática, amplamente discutida no mundo, porém, ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de pós-graduação e no contexto de Rondônia. A produção científica ainda restrita sobre o tema no país também evidencia a importância da realização de estudos que contribuam para sua discussão e aprofundamento, tendo como alvo as residências multiprofissionais e buscando refletir sobre esse modelo de formação profissional. Tal

justificativa é reforçada pelo contexto atual da pandemia da Covid-19, em que reitera-se a necessidade de aprimoramento das práticas colaborativas no que tange à qualificação do modelo assistencial proposto na perspectiva da adoção sistemática de competências que vislumbrem o trabalho colaborativo e em equipe.

Portanto, essa investigação poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de orientação da formação em saúde, oferecendo aos gestores aportes analíticos da implementação dos elementos da EIP para possíveis ajustes no que diz respeito à qualificação das ações de formação e sua implicação na atenção à saúde, tendo-se como foco central o usuário do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Residências em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos anos, vem estabelecendo uma série de políticas públicas voltadas para o fomento de programas e políticas inovadoras que viabilizem estratégias de formação e práticas profissionais para além do cuidado médico assistencial, que contemplem a efetivação das equipes de saúde responsáveis pelo cuidado, bem como estimulando a corresponsabilização do usuário com sua saúde. O SUS, de acordo com seu arcabouço jurídico-administrativo abrangido pela lei 8.080 e demais legislações, ratifica seu papel formador nos processos de integração ensino-serviço. Determinou ainda que os serviços públicos que integram o SUS, abarcam espaço destinado a práticas para ensino e pesquisa, acatando normas específicas, elaboradas em conjunto com o sistema educacional (BRASIL, 2015).

Introduz-se, assim, um conjunto de programas e ações de indução, dentre eles: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) e intensifica a pós-graduação lato sensu por via das residências em saúde (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

As residências em saúde (uniprofissionais e multiprofissionais) insurgem como meio de problematização da realidade no dia a dia dos serviços de saúde e de articulação destes com as instituições de ensino, visando a integração de docentes, usuários, gestores, residentes, trabalhadores e profissionais de saúde (ARNEMANN et al., 2018).

Não há dúvidas de que existe consenso de que programas de residência, bem como programas de formação de preceptores possuem forte influência estratégica na formação de profissionais qualificados para atuação no Sistema Único de Saúde (MARINHO, 2018).

No Brasil, um decreto nacional definiu, em 1976, a criação da Residência Médica, modalidade de pós-graduação lato sensu, caracterizada pela formação em serviço. Assim, foram criadas a primeiras experiências relacionadas aos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2015).

A especialidade do médico da família e comunidade compõe uma ampla base de clínica geral, comunitária e familiar para sustentar os sistemas de saúde. O médico da família amplia a atenção ao binômio saúde-doença por meio do agrupamento de fenômenos psicológicos, sociais e biológicos dos grupos populacionais. O médico da família é capaz de

resolver a maioria dos problemas de saúde, fortalecendo o vínculo com o paciente e a família e, nos casos críticos, é capaz de gerenciar a situação clínica ao longo da rede para acompanhar a condição geral de saúde, bem como o contexto do usuário (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

A modalidade Residência é estimada o padrão-ouro para a formação do médico de família e comunidade. Segundo a Lei 6.932, de 1981, é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação, proposta a médicos, na modalidade de cursos de especialização, qualificada por treinamento em serviço, funcionando a cargo de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação profissional e ética (BRASIL, 1981).

O médico de família e comunidade é aquele que provê cuidados médicos integrais, de forma continuada, contextualizando pessoas de destinta faixa etária e gênero (WONCA, 2002).

Em 15 de setembro de 2011, foi definida por meio do decreto nº 7.562 a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com a função de regular, supervisionar e avaliar as instituições que fornecem programas de residência médica. Estão subordinadas a ela a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e a Comissão de Residência Médica (COREME) que é local, e que foram instituídas pela da Resolução da CNRM nº2 de 03 de julho de 2013 (ZAMBON, 2015).

Diante da importância da APS na organização da atenção à saúde populacional, foi questionado se o profissional de fato teria perfil para atuar com qualidade nas unidades de saúde, já que a maioria dos cursos de graduação concentram os acadêmicos, principalmente os de Medicina, a ambientes hospitalares. Neste caso, o Ministério da Saúde propôs, por meio dos Polos de Educação Permanente, o incentivo à especialização em saúde da família, que anteriormente eram completamente teóricos, deixando os médicos longe da realidade, sem condições de obter melhora significativa nos modelos de assistência à saúde (BARRETO et al., 2011).

Assim, para a reversão do modelo assistencial que era basicamente focado na doença, e sem vínculos com a população assistida, foi proposto os programas de residências multiprofissionais em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade para qualificar os profissionais que trabalham no PSF e realizar a mudança nas práticas médicas (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

A residência em medicina da família e comunidade (RMFC) no Brasil busca acompanhar a evolução da trajetória da APS no país. Dessa forma, avalia-se que essa

especialidade tem consonância com a política vigente e deve ser cada vez mais estimulada a preencher as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa no país (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010).

Nesse contexto, a CNRM, a Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015 regulamentou os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, a qual em seu artigo segundo confirma a equivalência das especialidades que utilizam os termos Medicina Geral de Família e Comunidade e a Medicina de Família e Comunidade, e expõe os objetivos gerais do programa; dentre tantos outros, o dever de atuar de forma qualificada, focada no cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos, assim como competências com aspectos multiprofissionais e interdisciplinares, de forma a prepará-lo para assegurar atenção integral e de qualidade às pessoas (BRASIL, 2015).

Além da RMFC, existem as residências multiprofissionais em saúde (RMS) que visam permitir a permeabilidade das ações educativas no dia a dia das práticas de saúde, permeando o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais que estão vinculados aos serviços de saúde (HAUBRICH et al., 2015).

As residências multiprofissionais em saúde foram criadas em 2005 por meio da Medida Provisória n° 238 e da Lei 11.129, de junho de 2005, como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu e formação em serviço. Destinam-se a todos os profissionais de saúde, exceto os médicos. Sua criação está relacionada à necessidade de atender as necessidades de formação qualificada de força trabalho para áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde, sendo orientada por seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2005a; 2005b).

O programa de RMS é orientado pelos princípios e diretrizes do SUS visando promover o desenvolvimento de profissionais das várias áreas da saúde para atuação no cuidado integral à saúde das pessoas, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe, com a finalidade de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população (FAJARDO; CECCIM, 2010). Nesta perspectiva, as residências em saúde contribuem para a formação de trabalhadores comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, norteados pelo desenvolvimento de competências e habilidades como negociação, mediação e tolerância, além da valorização entre os distintos sujeitos sociais e suas relações de saberes e poderes (LIMA JESUS; ARAUJO, 2011; LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

Pesquisa realizada por Scherer, Pires e Jean (2013) para investigar a construção da interdisciplinaridade em um programa de residência em saúde da família verificou que o trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar está presente no plano intelectual,

porém o modelo biomédico ainda predomina no plano da prática profissional. As autoras ressaltaram que a possibilidade de interação interdisciplinar é determinada pelo modelo de gestão e das condições materiais e imateriais do processo de trabalho. Depende ainda da competência, do perfil e dos conhecimentos dos profissionais envolvidos em uma ação intersubjetiva.

Apesar dos intensos desafios que enfrentam para sua operacionalização e das profundas contradições vislumbradas no campo das políticas públicas e na articulação entre as áreas de saúde e educação, os princípios e os objetivos das residências multiprofissionais aproximam-nas da educação interprofissional, pois ambas têm por finalidade possibilitar a transformação da produção das práticas de saúde, aumentar a qualidade do cuidado e atender às necessidades de saúde da população (REEVES et al., 2008).

2.2 Preceptoria em Saúde

A preceptoria é o encontro real entre o ensino e o trabalho. Oportunidade em que o preceptor se aproxima da docência ao compartilhar com o discente sua vivência prática e atitudinal vislumbrada no trabalho (MISSAKA; RIBEIRO, 2011)

Para que haja mudanças na formação acadêmica dos futuros profissionais, é crível a existência de preceptores nos estágios. Conforme a Portaria n° 1111/MS/2005 (BRASIL, 2005c) “os preceptores são supervisores docentes assistenciais com a função de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional para a orientação técnica aos profissionais de saúde ou estudantes da área”.

Segundo Ribeiro e Prado (2013), o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Nesse contexto, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas nos espaços de formação e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas (SOUZA, 2014).

A experiência do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional de saúde, facilitada por um preceptor nos serviços de Atenção Primária à Saúde, favorece ao estudante a compreensão de intervir sobre a realidade encontrada (BULGARELLI et al., 2014). Nesse sentido, a relação entre o preceptor e o estudante deve ser horizontal, estimulando o ato de pensar e de construir hipóteses, permitindo que o aluno descubra, nesta relação, a importância do trabalho coletivo (BARRETO et al., 2011).

A preceptoria exige do preceptor um processo formativo que favorece a construção do conhecimento mais significativo para a formação humana e profissional. O exercício da preceptoria e de seu papel mediador no processo de formação em serviço deve incluir a qualificação pedagógica, requerendo competências e estratégias sob a ótica das relações interativas e transformadoras que envolvem a relação docência e saúde (LIMA; ROZENDO, 2015).

A formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012). Este serviço é formado por indivíduos que tem seu processo de formação inacabado, quando consideramos a infinidade de possibilidades e aprendizagens que acontecem nos espaços de trabalho.

Defende-se que o exercício da prática de preceptoria na área de saúde proporcione um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde se realiza.

Em uma revisão de literatura de experiências brasileiras publicadas por Autonomo et al. (2015), foi revelado que a partir de documentos de leitura oficiais, são vastas as características e os requisitos que se esperam dos profissionais que pretendem exercer a preceptoria. Porém, embora exigido por lei o título de especialista ou experiência de três anos na área profissional de saúde que se almeja a preceptoria, não há requisitos no que concerne à formação pedagógica.

Não obstante a inexistência de formação pedagógica direcionada ao exercício da preceptoria, há vasta atuação de preceptores com currículos fragmentados, organizados por disciplina, inaptos para docência em serviço que busque a orientação de pesquisas. No exercício das funções, cumulada a posição de prestador de serviço em saúde, nota-se a tensão e insegurança que os preceptores apresentam (FAJARDO; CECCIM, 2010).

A inclusão dos alunos nos serviços não é suficiente, como única garantia de transformação dos processos formativos. É preciso que os trabalhadores estejam preparados para o exercício da preceptoria, consolidando as DCN e articulando entre o ensino e o serviço, sendo este a peça-chave para que haja esta interlocução (AUTONOMO et al., 2015).

O preceptor dispõe de espaço fértil para refletir acerca da sua prática e sobre o processo de trabalho da estratégia de saúde da família (ESF). Aponta as contradições existentes e vislumbra meio para autossuperação, permeando ao educando habilidades intrínsecas a um processo formativo crítico e reflexivo, apoiado no compromisso social e em uma educação que procura transformar esta realidade (FREIRE, 2011).

Além disso, ao processo de ensino e aprendizagem se faz importante um repertório de saberes que vão além do conhecimento acerca da matéria, pois formar é muito mais do que simplesmente treinar ao desempenho das destrezas (FREIRE, 2011).

Dessa forma, a instrução de preceptores é imprescindível para um ensino e avaliação eficaz, melhorando a comunicação entre os atores, ampliando recursos internos e sociais permitindo interações entre os atores que podem criar oportunidades pedagógicas permanentes de práticas colaborativas e interprofissionais (JESUS; RIBEIRO, 2012).

2.3 Educação Interprofissional e Práticas Colaborativas

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da publicação do Marco para Ação em Educação Interprofissional (EIP) e Prática Interprofissional e Colaborativa (PIC), aponta que a qualificação dos serviços de saúde ofertados aos usuários é potencializada pela perspectiva interprofissional no cotidiano dos serviços e na graduação e pós-graduação dos trabalhadores da saúde. Logo, o fortalecimento do trabalho interprofissional favorece a implementação da prática colaborativa em saúde, que ao fomentar a comunicação para a tomada de decisões, estabelece a consolidação do cuidado integral (OMS, 2010).

A EIP em saúde é uma estratégia inovadora capaz de produzir impactos na crise mundial da força de trabalho em saúde, na medida em que os profissionais são preparados para trabalhar em equipes interprofissionais capazes de desenvolver práticas colaborativas que respondam às necessidades de saúde loco regionais, de usuários e coletividades, buscando a equidade. Para tanto, é fundamental a integração entre os sistemas de educação e saúde, além de reformas nos modelos educacionais, sendo uma estratégia expressamente recomendada para ser implantada nos cursos de graduação e pós-graduação (WHO, 2013).

A educação interprofissional em saúde (EIP) é tema prioritário em discussões no campo da saúde em todo o mundo, especialmente no Canadá, Europa, e Estados Unidos, onde vem sendo amplamente discutida como ferramenta para transformar e melhorar as práticas de saúde por meio do trabalho em equipe (BATISTA, 2012).

A EIP promove a colaboração no trabalho, com melhoria na qualidade do atendimento mediante práticas colaborativas. Essas ações, a partir de um atendimento em equipe, analisam as necessidades locais de forma organizada. Todavia, os profissionais atuantes nas práticas colaborativas carecem de modelos de governança concisos e objetivos, bem como de protocolos de atendimento que auxiliem a interação para alcançar seus objetivos (CAIPE, 2002).

Essa modalidade de educação tem como princípios o aprendizado voltado para as necessidades das pessoas e comunidades, oportunidade de atuação e aprendizado iguais entre as profissões, respeito e garantia da individualidade, expertise de cada profissão e a utilização de contribuições distintas para a aprendizagem e práticas compartilhadas (BARR; LOW, 2011). Desse modo, a EIP leva ao desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas (BATISTA, 2012).

A prática colaborativa, dessa forma, diminui a competição entre os profissionais substituindo relações de poder por relações de parceria e responsabilidade coletiva (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

As competências necessárias para desenvolver a interprofissionalidade são a comunicação interprofissional, atenção centrada na pessoa, família e comunidade, dinâmica de funcionamento das equipes, clareza de papéis, liderança compartilhada e gestão de conflitos (CIHC, 2010). A prática colaborativa ocorre quando trabalhadores de diferentes profissões de saúde e com distintas experiências profissionais, que receberam treinamento em EIP, são capazes de atuar em equipes interprofissionais, pois compreendem como aperfeiçoar as habilidades dos integrantes, gerenciar casos e produzir práticas de saúde de melhor qualidade para indivíduos e coletividades (OMS, 2010).

Em publicação, Frenk (2015) advoga medidas necessárias para garantir a cobertura universal de saúde e promover melhorias nos sistemas de saúde em todo o mundo. Apresenta ações necessárias para que os países iniciem transformações em seus sistemas de saúde em direção à cobertura universal, dentre as quais ressalta a urgência de melhorar a formação, a distribuição e a disponibilidade de recursos humanos em saúde, uma das principais barreiras para que se possa avançar em relação à cobertura universal. Cassiani (2014) referenda a perspectiva de Frenk (2015), apresentando as ações implementadas pelas Redes Internacionais de Enfermagem da Organização Pan-Americana de Saúde, em relação à formação de recursos humanos, especificamente de enfermeiros, em sua constante busca por melhorias do contexto formativo.

Barr et al. (2005) apresentam diferenças entre EIP e educação multiprofissional. Na primeira, estudantes de duas ou mais profissões da saúde ou da área social aprendem de forma interativa e engajada com os membros do grupo sobre suas profissões, enquanto no segundo caso, aprendem lado a lado, em paralelo, sobre e com as demais profissões, sem que haja aprendizagem interativa.

Atualmente, a formação em saúde é uni profissional, pois as atividades educacionais ocorrem apenas entre estudantes de uma mesma profissão, havendo pouca ou nenhuma interação com os de outras profissões, o que contribui para a criação de estereótipos e preconceitos e para a falta de reconhecimento das competências e das responsabilidades próprias de cada profissão (REEVES et al., 2008).

A EIP tem como características essenciais o trabalho em equipe e o reconhecimento dos papéis profissionais para que se identifiquem as especificidades de cada profissão, mas também as competências compartilhadas, além do compromisso entre os sujeitos envolvidos em buscar a resolução de problemas e a negociação nas tomadas de decisão em uma perspectiva colaborativa (BATISTA, 2012). EIP requer ainda a adoção de estratégias pedagógicas como a andragogia, a aprendizagem baseada na prática e nas interações (BATISTA, 2012).

Seu foco principal é a preparação individual para a colaboração, que consiste em favorecer o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos estudantes para a prática colaborativa entre profissões, organizações e usuários dos serviços. O segundo foco consiste em estimular a colaboração entre o grupo, para que o estudante aprenda a colaborar e a trabalhar em equipe interprofissional, seja com os trabalhadores do serviço ou com estudantes de diferentes profissões. O terceiro reside na ação coletiva e intencional para melhorar os serviços e a qualidade do cuidado, momento em que a EIP se concretiza e o aprendizado constrói-se de forma interativa entre as diferentes profissões. Para que a EIP ocorra, é importante que os três focos se sobreponham (BARR et al., 2005).

Considerando que as residências em saúde na Atenção Primária são espaços profícuos para o desenvolvimento da EIP, adota-se como pressuposto deste estudo que essa modalidade de formação é uma ferramenta em potencial para a EIP.

3 MÉTODO

Neste capítulo, será descrito o método proposto que orientou a pesquisa. Constam a abordagem e delineamento do estudo, o local, a população, os instrumentos para a obtenção dos dados, o tratamento e análise dos dados, bem como os procedimentos éticos. A metodologia de pesquisa, para Minayo e Deslandes (2002) é o caminho do pensamento a ser seguido e trata-se basicamente do conjunto de técnicas utilizado para construir uma realidade. A pesquisa é, assim, a atividade básica da ciência na sua construção da realidade.

3.1 Abordagem e delineamento

3.1.1 O Estudo Misto

Para responder ao problema de pesquisa estabelecido, tanto uma pesquisa com abordagem quantitativa, quanto com abordagem qualitativa, isoladamente não seria suficiente. Os dados quantitativos, que surgem do exame de um maior número de sujeitos, proporcionam um entendimento mais amplo sobre o assunto. Já os dados qualitativos, que geralmente são coletados a partir de um menor número de participantes, proporcionam uma compreensão mais aprofundada sobre o problema em pauta.

Dessa forma, optou-se pela utilização da pesquisa de métodos mistos, que combinam abordagens quantitativas e qualitativas em uma mesma pesquisa. Estas possuem perspectivas e limitações diferentes (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013), o que possibilita uma análise mais completa e abrangente do objeto de investigação, a partir de resultados que se complementam mutuamente (SANTOS et al., 2017). A pesquisa de métodos mistos coleta e analisa dados quantitativos e qualitativos, integrando-os de forma sequencial, dando prioridade a uma ou ambas as formas de dados, com a intenção de ampliar e aprofundar o entendimento sobre o assunto tratado.

O método quantitativo avalia frequência, gravidade e tendência de agravos. Trata-se de probabilidades, associações estatisticamente significativas para se conhecer uma realidade (HULLEY et al., 2015). Já a abordagem qualitativa considera a existência de “uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2014, p.82). Além disso, os métodos mistos são ferramentas importantes para a investigação de processos e sistemas complexos na área da saúde (FETTERS; CURRY;

CRESWELL, 2013). Conforme Minayo (2014), a utilização de diferentes técnicas e métodos de pesquisa multiplica as tentativas de aproximação em relação ao objeto de estudo.

O delineamento de métodos mistos definido para este estudo foi o método misto sequencial explanatório, organizado em duas fases. Assim, inicia-se com a coleta e análise dos dados quantitativos (numéricos) e, em uma segunda fase, é realizada a coleta e a análise dos dados qualitativos, que é destinada a aprofundar questões, ajudando a explicar os resultados quantitativos iniciais (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Para complementar os dados quantitativos, optamos em realizar um estudo de caso que, segundo Yin (2005) se justifica quando o caso representa: (a) um teste crucial da teoria existente, (b) uma circunstância rara ou exclusiva, (c) um caso típico ou representativo, ou (d) o caso serve um propósito revelador ou (e) longitudinal.

No presente estudo, a estratégia de pesquisa, refere-se ao "estudo de caso", de características descritivas (MARSHALL; ROSSMAN, 1995) e exploratórias (YIN, 2005). O estudo incidiu em acontecimentos contemporâneos, e a experiência desenvolveu-se em contexto real no qual os fenômenos observados dizem respeito ao dia a dia dos preceptores que atuam na APS no município de Vilhena, frente à educação interprofissional e práticas colaborativas. Um outro aspecto do carácter único, diz respeito ao fator inovador da experiência, uma vez que esta consistiu na aplicação de um estudo de caso em cenários da APS com os preceptores que acompanham os alunos de internato e de residências da principal escola formadora que tem cursos da área da saúde no município.

Apesar da crescente popularidade e precisão proposta pelo método misto, a execução desse método de pesquisa não é simples (IVANKOVA; CRESWELL; STICK, 2006), assim, como esse método não se destina a todas as perguntas de pesquisa, ao optar pelo desenho misto de pesquisa, o pesquisador deve considerar:

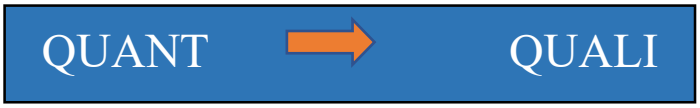
- Se possui instrumentos para medir;
- Se possui instrumentos para medir os constructos de interesse primário;
- Se tem tempo suficiente para conduzir um estudo em duas fases;
- Se terá acesso aos participantes para uma segunda etapa de coleta de dados, e se, com base nos dados qualitativos, é capaz de desenvolver novos questionamentos que não poderiam ser respondidos apenas com os dados quantitativos (CRESWELL; PLANO CLARK, 2007).

Com relação aos pressupostos filosóficos, o estudo tem início com a pesquisa quantitativa, de orientação pós-positivista, e na fase qualitativa faz-se necessária a reorientação da pesquisa sob o paradigma construtivista (CRESWELL; PLANO CLARK,

2007). Além disso, os métodos mistos são ferramentas importantes para a investigação de processos e sistemas complexos na área da saúde (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). Conforme Minayo (2014), a utilização de diferentes técnicas e métodos de pesquisa multiplica as tentativas de aproximação em relação ao objeto de estudo.

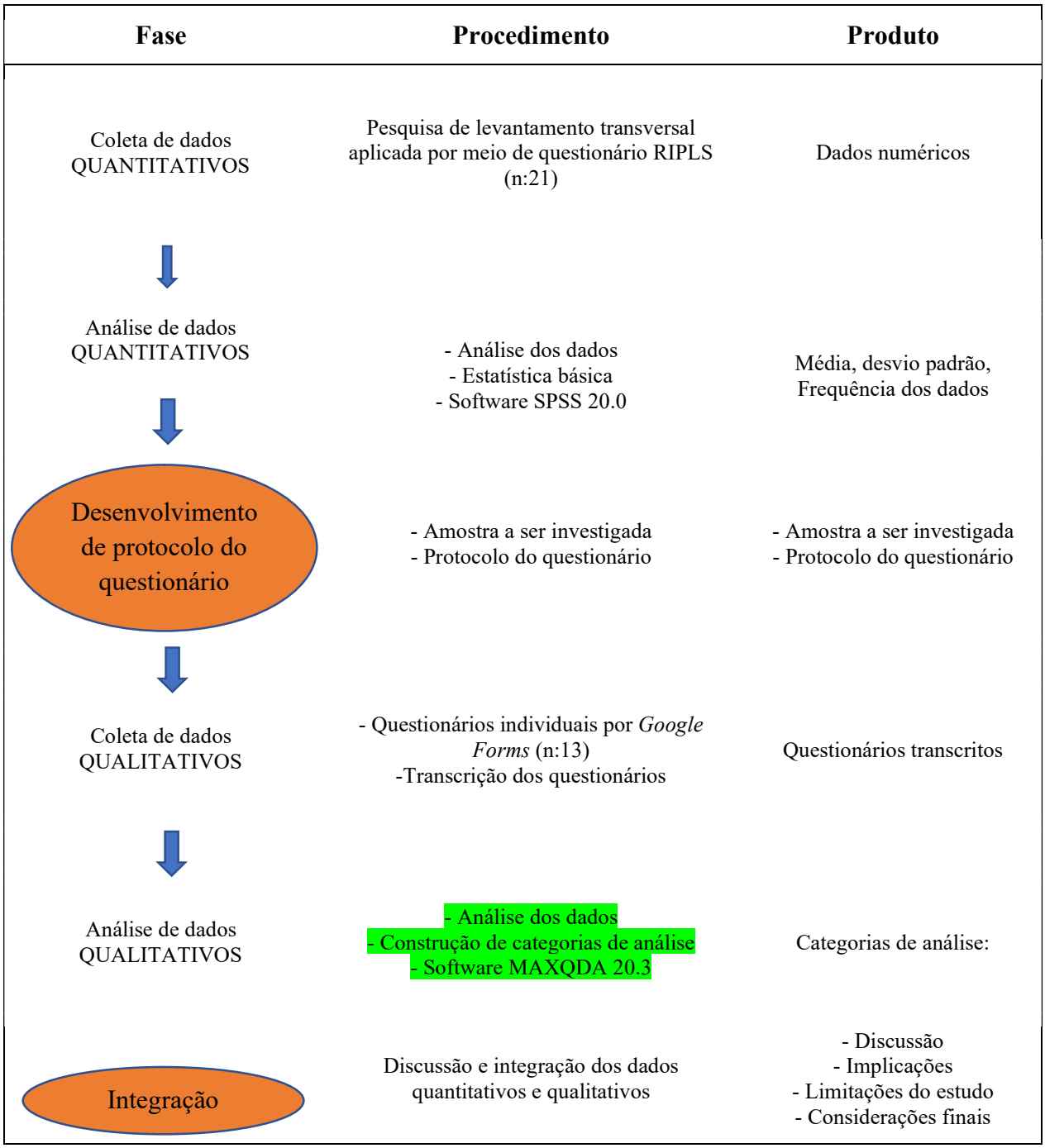
Nesse desenho, a interpretação dos resultados qualitativos auxilia na compreensão dos resultados quantitativos iniciais (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013) (figura 1). Demonstra-se a partir do diagrama detalhado do delineamento misto sequencial explanatório (figura 2).

Figura 1 – Descrição do delineamento misto sequencial explanatório



Fonte: Próprio autor, baseado em Creswell e Plano Clark (2013).

Figura 2 - Diagrama detalhado do delineamento misto sequencial explanatório desenvolvido neste estudo



Fonte: Próprio autor, adaptado de Creswell e Plano Clark (2013).

Assim, este estudo apoia-se em Flick (2009) quando diz que a triangulação entre métodos resulta da combinação de métodos e/ou técnicas distintas para analisar uma realidade, visando superar as limitações do método individual, promovendo uma compreensão mais profunda do que está sendo investigado e fortalecendo as evidências obtidas. Nesse sentido, infere-se a contribuição e o uso específico de vários instrumentos, que se

complementam para melhor compreensão e explicação dos processos e fenômenos sociais. Entende-se que essas fontes, ao convergirem, possibilitaram integrar diferentes perspectivas, provocando a um olhar mais holístico e crítico à investigação, harmonizado pela produção de aproximações que "validam" o constructo, a partir dos conhecimentos alcançados.

Em relação à triangulação metodológica (YIN, 2005), que se dá quando são utilizados diferentes métodos de investigação empregados na busca/geração de informações e na análise do objeto em estudo, esta foi constituída no entrelaçamento das respostas dos questionários e das entrevistas.

3.2 Local de realização da pesquisa

Unidades Básicas de Saúde do município de Vilhena, Rondônia.

3.3 População e amostra do estudo

A partir de uma amostragem não probabilística, a população do estudo consiste em 27 profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina, odontologia, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia e fonoaudiologia, que exercem a função de preceptores, devidamente registrados na função ativa de preceptoria perante a Secretaria Municipal de Saúde (Residência Profissional Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional Saúde da Família) e Instituição de Ensino Superior vinculados às Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídos da pesquisa preceptores que não exerciam a função nos cenários de práticas nas Unidades Básicas de Saúde, afastados temporariamente do cargo de preceptoria e que recusaram-se a participar das duas fases da pesquisa.

A amostra estudada ocorreu de forma intencional, uma vez que houve cuidado por parte do pesquisador em não agir generalizando os resultados, fundamentando-se em critérios específicos sobre os participantes atendendo os propósitos do tema do estudo. A pesquisa apresentou uma amostra consolidando-se em 13 preceptores, sendo sete enfermeiros, dois odontólogos e quatro médicos.

3.4 Coleta de Dados

3.4.1 Fase quantitativa

No processo de produção de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário tipo Likert, The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) e uma

ficha de identificação geral do profissional (Apêndice “B”). “Desde a publicação de sua obra, a escala formulada por Likert tem se tornado popular. As razões para isto incluem o tipo de psicometria utilizada na investigação, a dificuldade de generalizações com o uso de grande número de opções de marcação, e a natureza complexa de escalas alternativas” (CUMMINS; GULLONE, 2000).

O RIPLS foi publicado por Parsell e Bligh (1999), e apresenta três dimensões que avaliam prontidão para a aprendizagem interprofissional e atributos necessários à colaboração em equipe. A versão utilizada foi validada por Peduzzi e Norman (2012) (Anexo “A”).

O questionário abrange 26 assertivas, sendo preenchido pelo participante da pesquisa nos cenários reais da prática da preceptoria de forma individual, divididas em três dimensões que visam avaliar: 1 - Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC); 2 - Identidade Profissional (IP); 3 - Atenção Centrada no Paciente (ACP).

Para coleta de dados, foram delineados os critérios impostos pelo questionário RIPLS, havendo sua tabulação a partir do programa de planilhas eletrônicas do Excel, sendo calculados a partir da média (M) baseada nas pontuações presentes nos questionários respondidos, interpretando-se a partir do seguinte critério de intervalos lineares (IM): de 1,00 a 2,33, de 2,34 a 3,67, de 3,68 a 5,00. Quanto às assertivas, estas foram categorizadas como: discordo totalmente, discordo, nem concordo/nem discordo, concordo, concordo totalmente.

Para realização da aplicação dos questionários supracitados, a pesquisadora solicitou autorização do secretário municipal de saúde do município de Vilhena e, posteriormente, entrou em contato pessoalmente com os participantes, explicando os fundamentos da pesquisa em execução. Após a entrega dos questionários, foi delimitado um prazo de 15 dias para resposta, tendo sido todas coletadas de forma presencial pela pesquisadora. Dentre os participantes que responderam ao questionário, 21 preceptores responderam no prazo estabelecido.

3.4.2 Fase qualitativa

A técnica de coleta de dados utilizada foi questionário via *Google forms,* permitindo ao usuário recolher e organizar gratuitamente informações grandes e pequenas (GOOGLE, 2012).

As respostas de uma pesquisa são armazenadas em planilhas (*Google Sheets*) e podem ser visualizadas em gráficos ou mesmo de forma bruta na planilha. Existem diferentes estilos de perguntas e métodos de entrada para as respostas, e ainda quebras de seções,

possibilidade de envio de arquivos, exibição de imagens ou vídeos e outras características (GOOGLE, 2012). Heidemann, Oliveira e Veit (2010, p. 32) afirmam que "levantamentos de opiniões podem ser facilmente implementados no *Google Forms*" disponibilizado pelo modelo de pergunta baseada na resposta.

Na intenção de balizar um campo de conhecimento entre as percepções dos preceptores frente às práticas colaborativas, além de clarificar as competências destes profissionais, buscou-se conduzir esta fase da investigação com aplicação de três questões abertas por meio de um questionário virtual aos preceptores. As perguntas foram:

1- Pensando na sua atividade diária de prática, o que é ser preceptor para você?

2- Quais ações você considera importante para o desempenho da preceptoria junto aos alunos/residentes?

3- Quais os desafios e motivações você experencia na preceptoria para a potencialização do trabalho em equipe?

As perguntas foram primeiramente enviadas para a validação de três professores que atuam na Instituição de Ensino Superior em que a pesquisadora é docente e que se dispuseram a fazer testes para o aperfeiçoamento das perguntas abertas. Foram considerados aspectos como tempo de resposta e linguagem das perguntas, buscando torná-las mais compreensíveis para os preceptores. Não houve limitação de espaço para os que quisessem escrever suas respostas.

As questões foram inseridas no *Google Forms* via aplicativo *WhatsApp* aos 21 preceptores que responderam ao questionário da fase quantitativa, durante o período de julho a agosto de 2020. Estas questões foram elaboradas de acordo com as variáveis de interesse e segundo os objetivos da pesquisa.

A facilidade de manuseio foi um diferencial, desde a elaboração das perguntas até a escolha da navegação de um item para o outro. Pesou nesta escolha, ainda, a maneira organizada com que a ferramenta apresenta as respostas, com informações e gráficos de modo instantâneo.

Uma das vantagens do questionário on-line é a possibilidade de envolver um grande número de pessoas. E isso acontece por vários motivos, entre eles: a) pode ser repassado por e-mail, redes sociais ou por aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*; b) tem baixo custo, já que foi aplicado de forma gratuita; c) garante o anonimato, pois ficava a critério dos

respondentes dar seus nomes ou contatos; d) permite o distanciamento com o pesquisador, desta forma, não influenciando de nenhuma maneira as respostas.

Observou-se que houve uma mobilização grande nesta etapa da pesquisa. Os convites para responder e ajudar a divulgar o questionário foram, surpreendentemente, bem recebidos pelos preceptores. Ressalta-se que primordialmente a pesquisa priorizava a entrevista face a face, no entanto, devido ao estado de calamidade pública causado pela infecção da Covid-19, fora impossibilitada a aproximação com os entrevistados, em virtude do distanciamento social necessário à prevenção e combate à proliferação da doença que se alastrou em escala mundial.

Foram excluídos da pesquisa preceptores que não responderam em tempo hábil ou se recusaram em participar da abordagem qualitativa. Como estratégia, foi enviado duas vezes na semana o questionário, a fim de sensibilizar os profissionais e evitar perdas. A amostra desta fase consolidou-se em 13 preceptores.

3.5 Análise dos dados

3.5.1 Fase quantitativa

A análise estatística descritiva, como médias, desvio-padrão e frequências, referente à Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (RIPLS), foram calculadas com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, v.21). Os resultados foram interpretados conforme a classificação dos itens do questionário em zonas de conforto, alerta e perigo, previamente descritas.

Os dados quantitativos foram expressos em frequências absolutas e relativas e adotados os testes estatísticos necessários. Para a análise da tendência atitudinal dos preceptores foram utilizadas a análise dos intervalos lineares proposta por Peduzzi et al. (2013) (quadro 1).

Quadro 1 - Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS

INTERVALO LINEAR DAS MÉDIAS	ATITUDES FRENTE AS ASSERTIVAS	CLASSIFICAÇÃO
1,00 a 2,33	Extremamente negativa	Zona de Perigo (para parar/ corrigir urgente)
2,34 a 3,66	Preocupante	Zona de alerta (para ter precaução/ requer aprimoramento)
3,67 a 5,00	Positiva	Zona de conforto (para seguir/ manutenção das atitudes)

Fonte: SOUZA (2014).

3.5.2 Fase qualitativa

Os dados dos questionários foram transcritos de forma literal. Em seguida à transcrição e à validação, deu-se início à etapa de análise dos dados. Essas estratégias de validade são recomendadas por Creswell (2010) para dar maior credibilidade ao estudo.

Segundo Creswell (2010) a análise de dados qualitativos ocorre juntamente com a coleta de dados, a realização de interpretações e a redação de relatórios. Foi realizada análise de conteúdo que, segundo Colauto e Beuren (2010) tem por objetivo estudar as comunicações entre homens, com maior ênfase no conteúdo da mensagem, caracterizando-se como um método de investigação do conteúdo simbólico da mensagem.

Para Bardin (2011, p. 37) “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É um instrumento marcado por um vasto número de formas e adaptável e possui um campo de aplicação extremamente vasto.

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2011), sendo utilizado o software MaxQda, versão 20.3. Os questionários foram importados para o software, organizados e criptografados (Preceptor 01 até Preceptor 13). A criptografia utilizada, foi identificada somente no dicionário da pesquisa, para maior segurança, mantendo o anonimato dos participantes.

Realizou-se então, a pré-análise – fase de organização propriamente dita, tendo por objetivo tornar operacionais e sistematizar ideias iniciais. Esse estágio possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

Logo após, foi realizado a exploração do material – consistindo nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas. Por fim, aconteceu o tratamento dos resultados – os resultados brutos foram tratados de forma a terem significado. Analisou-se cada questão individualmente, sendo que em cada uma foram separados os temas mais citados que colaboraram para entender como os preceptores compreendem as questões relacionados à preceptoria e práticas colaborativas. Partindo desta lista de temas, fez-se uma nuvem de palavras que nortearam a criação das categorias (figura 3).

Figura 3 - Nuvem de palavras emergidas no processo de análise

Fonte: Próprio autor, 2021.

3.5.3 Aspectos Éticos

O plano de trabalho da pesquisa é vinculado ao projeto matriz "Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia", o qual foi aprovado pelo PPSUS- CHAMADO FAPERO/MS-DECIT/CNPq/SESAU-RO- N° 001/2018, sendo financiado pela Fapero. O referido projeto foi aprovado pelo CEP/UNIR sob parecer n. 3.605943 (Anexo "B").

O estudo foi destinado a profissionais englobados pela preceptoria, respeitando os critérios de inclusão e o sigilo das informações prestadas pelos participantes, no qual assinaram o denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), acostado ao "Apêndice 1". Tal determinação encontra-se embasada em atendimento à Resolução 466/2012

do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Não obstante a atenção dada ao participante de forma a respeitar sua individualidade seus questionários foram manipulados exclusivamente pelos pesquisadores, resguardando assim, o anonimato dos partícipes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados quantitativos

4.1.1 Perfil Socioprofissional

Na pesquisa, foram questionados 13 participantes, dentre eles, enfermeiros, odontólogos e médicos, no qual, 11 eram do sexo feminino, e dois do sexo masculino, com predominância da faixa etária entre 30 e 40 anos (53,84%) e idade média de 43,71 anos. Dentre os preceptores, 53,84% eram enfermeiros 30,76% médicos e 15,38% odontólogos, sendo que 61,53% formados a menos de cinco anos e 38,46% com tempo de formação superior a cinco anos. Destes profissionais, quatro (30,76%) concluíram a graduação em instituições públicas e nove (69,23%) em instituições privadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados (enfermagem, odontologia e medicina) em Vilhena, Rondônia, 2020

	N	%
Formação		
Pública	4	30,7
Privada	9	69,2
Total	13	100,0
Tempo de formação		
< 5 anos	8	61,5
> 5 anos	5	38,4
Total	13	100,0
Tempo de preceptoria		
< 1 ano	6	46,1
Entre 1 – 4 anos	6	46,1
Entre 5 – 9 anos	1	7,6
Total	13	100,0
Possui curso de formação pedagógica?		
Sim	7	53,8
Não	6	46,1
Total	13	100,0
Acha necessário realizar curso de capacitação em preceptoria?		
Sim	12	92,3
Não	1	7,6
Total	13	100,0
Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina?		
Presencial	2	15,3
EAD	4	30,7
presencial + EAD	7	53,8
Total	13	100,0

Legenda: EAD = Educação à distância
Fonte: Próprio autor

Quanto ao tempo de serviço na APS, seis dos participantes têm menos de um ano de trabalho, seis trabalham na faixa de 1 – 4 anos, e um de 5 – 9 anos. Destes 13 preceptores, sete se sentem satisfeitos em ser preceptores, seis parcialmente satisfeitos. Quanto ao Projeto Pedagógico de Curso (PPC) no qual o acadêmico ou residente está vinculado, 10 tem conhecimento, e três desconhecem o PPC.

Ao longo do curso de graduação, quatro responderam ter tido contato com questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas e métodos avaliativos. Em relação a cursos cujo tema é a formação pedagógica, sete realizaram, enquanto seis não realizaram. Sentem necessidade de realizar curso de formação pedagógica: 12, e não sente necessidade: apenas um. Quanto ao desempenho das atividades de preceptoria junto aos internos, sete estão satisfeitos, e seis não estão satisfeitos, sendo que 11 conciliam suas atividades assistenciais com a preceptoria, e dois não conciliam.

4.1.2 Escala de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional (RIPLS)

A escala para análise de dados, permeia a avaliação do grau de concordância e discordância, a partir de três dimensões, sendo elas:

- *Trabalho em equipe e efetiva colaboração*

Nesta dimensão foi obtida uma média geral dos participantes delineada na zona de conforto, tendo como resultado 4,71±0,48, no qual sugere-se que há uma ligação respaldada pelo respeito entre as equipes, com prontidão para práticas colaborativas.

Em análise das respostas por categorias profissionais, ambas se encontram na zona de conforto, embora os médicos apresentem médias que demonstram maior prontidão ao trabalho em equipe e de forma colaborativa com 4,90±0,30, enquanto os enfermeiros 4,65±0,53 e odontólogos 4,53±0,50.

- *Identidade profissional*

Quanto à identidade profissional dos participantes, estabelecidos pela dimensão 2, os resultados gerais estão dentro da zona de conforto 4,05±1,09, tendo sido obtido variação quando analisado por categorias profissionais, com preceptores médicos 4,29±1,16 e enfermeiros 4,14±1,02, em zona de conforto, e odontólogos 3,25±0,86 em zona de alerta. No entanto, enfermeiros e odontólogos apresentam atitudes preocupantes em zona de alerta em

alguns fatores, sinalizando a necessidade de aprimoramento frente às percepções acerca das competências colaborativas com vista à assistência integrada.

- *Atenção centrada no paciente*

Esta escala delimita a atenção do preceptor centrada à pessoa, estando o resultado dentro da zona de conforto, tendo como resultado compilado 4,71±0,55, obtendo-se por categorias profissionais, escore médio e desvio padrão: 4,95±0,22 para médicos, 4,60±0,60 para enfermeiros, e 4,60±0,69 para odontólogos (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020

(Continua)

		MÉDICOS		**ENFERMEIROS**		**ODONTÓLOGOS**	
	Dimensão 1	M	DP	M	DP	M	DP
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	5,000	0,000	4,710	0,488	5,000	0,000
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	5,000	0,000	4,860	0,378	5,000	0,000
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	5,000	0,000	5,000	0,000	5,000	0,000
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	5,000	0,000	4,570	0,535	4,500	0,707
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	4,750	0,500	4,710	0,488	4,500	0,707
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	4,750	0,500	4,430	0,787	4,000	0,000

Tabela 3 - Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020

(Continuação)

7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	5,000	0,000	4,570	0,787	5,000	0,000
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	5,000	0,000	5,000	0,000	5,000	0,000
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	5,000	0,000	4,430	0,535	4,500	0,707
10	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	4,750	0,500	4,570	0,535	4,500	0,707
11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	5,000	0,000	4,860	0,378	4,500	0,707
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	4,500	0,577	4,290	0,756	4,000	0,000
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	4,750	0,500	4,570	0,535	4,000	0,000
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	5,000	0,000	4,570	0,535	4,000	0,000
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	5,000	0,000	4,570	0,535	4,500	0,707
	Média geral	4,900	0,303	4,650	0,537	4,530	0,507

Tabela 4 - Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020

(Conclusão)

	Dimensão 2						
16	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	4,750	0,500	4,710	0,488	4,000	0,000
17	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	4,250	1,500	4,430	0,787	4,000	0,000
18	Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	4,250	1,500	4,570	0,787	**3,500**	0,707
19	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	4,750	0,500	**3,290**	1,380	**2,500**	0,707
20	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	3,750	1,500	4,140	0,690	**2,500**	0,707
21	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	4,000	1,414	3,710	1,254	**3,000**	1,414
	Média	4,290	1,160	4,140	1,026	**3,250**	0,866
	Dimensão 3						
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	4,750	0,500	4,570	0,787	4,500	0,707
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	5,000	0,000	4,860	0,378	5,000	0,000
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	5,000	0,000	4,430	0,535	4,000	1,414
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	5,000	0,000	4,430	0,787	4,500	0,707
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	5,000	0,000	4,710	0,488	5,000	0,000
	Média	4,950	0,224	4,600	0,604	4,600	0,699

Legenda: M = Média das respostas; DP: Desvio Padrão.
Fonte: Próprio autor, 2020.

Dos 13 preceptores entrevistados, a média de idade foi de 43,71 anos, apresentando tempo de preceptoria até quatro anos (92,30%), com predominância do sexo feminino (84,61%). Em pesquisa realizada em uma residência multiprofissional, Aguiar (2018), constatou idade média de 43,71 anos, predominância de mulheres (94,01%), e tempo de atuação na preceptoria de 3,06 anos.

Em pesquisa com profissionais de saúde, Freire Filho et al. (2018), obteve resultados como: idade média 38,6±9 anos, tempo de formação 9,78±7,9 anos, e atuação na Estratégia de Saúde da Família 5,36±4,2 anos. A pesquisa em deslinde obteve um resultado de 61,5% de profissionais com tempo de formação menor do que cinco anos. Dentre os profissionais médicos, um (25%) possui residência em Medicina de Família e Comunidade, dois (50,00%) cursam especialização em Saúde da Família/PMMB, e um (25,00%) concluiu mestrado profissional em Saúde da Família/ProfSaúde em 2019. Nesta perspectiva, ao comparar com o estudo de Freire Filho et al., (2018), no qual enfermeiros estão mais inclinados para a colaboração interprofissional, o resultado diverge em relação a presente pesquisa, em que médicos apresentam maior prontidão frente as percepções e atitudes para colaboração interprofissional, sugerindo à ESF ser um fator contributivo para a EIP e PIC. Nessa perspectiva, Barrêto et al. (2019) relata o impacto das inovações e avanços na formação de generalistas e na integração ensino-serviço, com o consequente fortalecimento da Atenção Básica por meio da interiorização da residência médica, ressignificando o papel dos gestores do SUS e da IES e estabelecendo novos mecanismos de gestão e de diálogo entre todos os atores que participam da formação médica.

Em relação às atividades de preceptoria, 53,84% dos profissionais sentem-se parcialmente satisfeitos, enquanto 92,30% compartilham da necessidade de realizar cursos de capacitação pedagógica e 84,61% relatam conseguir conciliar suas atividades assistenciais com a preceptoria. Tal análise reflete ao desafio de conectar a assistência ao conhecimento pedagógico.

Conforme Souza et al. (2018), existe a necessidade de alinhamento e ampliação do repertório pedagógico a fim de fomentar a articulação da teoria com a prática; contribuindo assim para a construção de uma aprendizagem significativa e vinculada às novas tendências pedagógicas, mitigando os desafios a serem superados frente à prática interprofissional colaborativa na perspectiva de uma formação contínua.

A dimensão TEC encontrou-se na zona de conforto, sendo interpretada como uma atitude positiva a ser mantida por meio de atitudes e prontidão para práticas dialógicas e articuladas frente ao aprendizado compartilhado em equipe.

A prática interprofissional caminha ao encontro do trabalho compartilhado, integrativo e colaborativo; corrobora com a troca de experiências entre os envolvidos e com o desenvolvimento de competências, relacionadas à singularidade das profissões e as colaborativas (PEDUZZI et al., 2020). Sendo assim, a EIP reforça as atitudes colaborativas,

justificando-se a necessidade de continuidade e expansão do modelo educacional na vivência dos preceptores.

No que tange ao domínio de identidade profissional (IP), identificaram-se fragilidades e médias na zona de alerta, o que vem ao encontro dos resultados de Amado (2016), no qual evidenciou escore médio entre 2,34 e 3,67. A questão 19 (serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional) demonstra a concepção ainda fragmentada dos profissionais de enfermagem e odontologia, com médias de 3,29±1,38 e 2,50±0,70. No entanto, a questão 20 (chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional), quando respondidas por profissionais odontólogos, com escore médio 2,50±0,70 na zona de alerta, trouxe para a pesquisa a discussão acerca da necessidade de ampliar as percepções no que concerne a integralidade e longitudinalidade do cuidado, desconstruindo a atenção centrada no profissional. Tal resultado é corroborado por Aguiar (2018), em que sinaliza o fator identidade profissional na zona de alerta e articula ao fato de o serviço de residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia fazerem parte de um processo formativo ainda em consolidação.

Em relação à dimensão identidade profissional nos fatores 18. 19, 20 e 21 pelos preceptores odontólogos, pode-se aprofundar a análise transitando pela temática dos estereótipos das profissões e seu impacto na construção pedagógica uniprofissional e fragmentada nos cenários de formação. Percebe-se, neste contexto, que o preceptor possui um protagonismo frente à mediação do processo ensino aprendizagem no desenvolvimento da EIP. Os profissionais odontólogos externam a atual configuração pré-existente nesses cenários, em que os mesmos encontram-se aprisionados em suas profissões e saberes, sinalizando para a importância do avanço a abertura da aprendizagem compartilhada, com relações mais próximas entre os envolvidos; potencializando o desenvolvimento das competências profissionais com uma prática mais integral da atenção à saúde, respeitando e valorizando a diversidade dos saberes das diferentes áreas profissionais (SANTOS et al., 2018).

A fragilidade da identidade profissional está conexa desde a formação acadêmica até os critérios das perspectivas no ambiente de trabalho, ao qual demonstra grande relativização nos relacionamentos grupais, uma vez que suas referências deixam de se expandirem na saúde centrada na pessoa, limitando-se aos aspectos individuais de atuação profissional. A atuação individual dos profissionais os coloca na zona de alerta, uma vez que a equipe ao deixar de desenvolver trabalho em conjunto, suprime o atendimento em grupos na condução de suas atividades, aprisionando-se nas próprias profissões, sinalizando para um modelo que não

reconhece e valoriza as parcerias e complementariedade entre as profissões. Em contrapartida a esse modelo, Rossit et al (2018), demonstram o impacto do modelo profissional sensibilizado para além do conhecimento das habilidades específicas de cada área profissional e aponta para as potencialidades frente a atitudes e competências colaborativas a partir de um projeto pedagógico interdisciplinar e interprofissional, na percepção de egressos de seis profissões de saúde.

Para Batista (2012), a centralidade na formação da integralidade do cuidado, articulando-se currículo, avaliação, gestão e integração com os serviços, traduz a compreensão de que a prática em saúde vem demandando um trabalho que transcende os afazeres individualizados de cada profissão, assumindo a importância da equipe. Nessa perspectiva, Rossit et al. (2018) em seu estudo acerca da potencialidade de um projeto interprofissional na formação para a integralidade do cuidado, avaliam a relevância da efetividade de um currículo integrado a partir do referencial teórico da EIP e pautado nas políticas indutoras de saúde e educação no Brasil. Tal estudo demonstra resultados promissores frente à construção de diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado a partir da formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde.

Na análise da fase quantitativa, podemos concluir que os preceptores odontólogos apresentam fragilidades frente a construção desta identidade profissional, merecendo ações e intervenções de aprimoramento que perpassem a ampliação das percepções que abarcam as áreas de atenção, gestão e educação à saúde e fomentem para a construção de competências que contemplem o déficit de formação em saúde encontrado; mitigando as concepções individualizadas e aprisionadas da identidade de cada um acerca do papel profissional a ser exercido.

Na esfera da atenção à saúde, nota-se a falta ou o pouco conhecimento que o profissional de saúde obtém acerca do papel desempenhado pelas outras profissões que atuam nos serviços de saúde, influenciado por estereótipos, por medo de perda da identidade profissional, a partir da necessidade de os profissionais protegerem seu núcleo se saber-poder, entre outros aspectos (REEVES, 2016), resultam na fragmentação da atenção oferecida, o que compromete sua qualidade e produz insatisfação em profissionais e usuários (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

A dimensão da atenção centrada na pessoa (ACP) apresentou escores na zona de conforto entre os preceptores enfermeiros, odontólogos e médicos, reiterando a necessidade da abordagem centrada na pessoa, alicerçando as necessidades e compreensão do processo do

adoecimento, fortalecendo assim o EIP e PIC. Para a consolidação da dimensão da atenção centrada na pessoa a equipe interprofissional deve trabalhar com foco nas necessidades do usuário, favorecendo a integração dos profissionais de saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, visando o seu bem-estar (PEDUZZI, et al., 2020).

As teias formadas entre o interprofissionalismo e a prática colaborativa tendem a levar o indivíduo para o olhar ampliado e integrado, articulando ações, outrora já conhecidas, com a construção de novas práticas clínicas, fomentando respeito e a confiança entre os envolvidos (DE CARVALHO, 2017).

4.2 Dados qualitativos

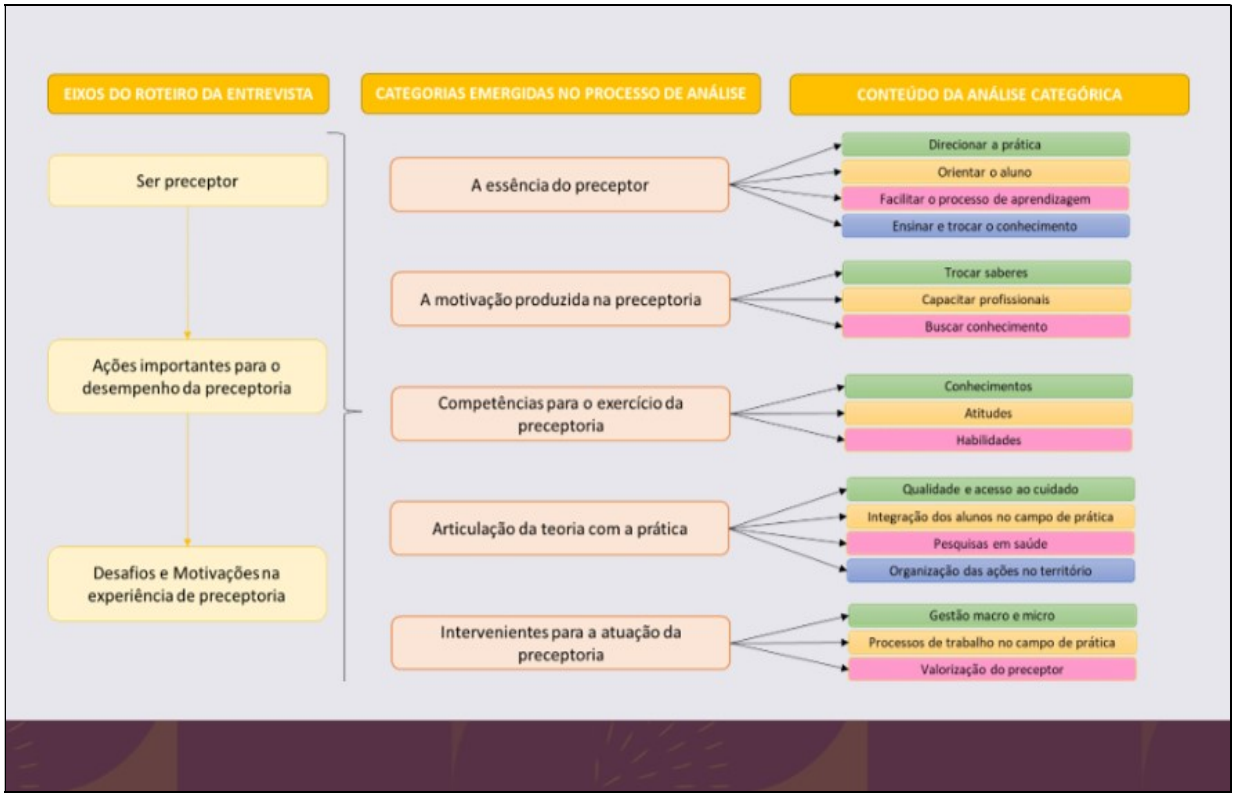
Os dados qualitativos apresentam os resultados/discussão acerca das questões abertas que foram realizadas mediante *Google Forms*, no qual foram questionados 13 preceptores. Foram respondidas três questões abertas utilizadas como eixo do roteiro do questionário, das quais a partir das respostas emergiram cinco categorias temáticas "(figura 4)" ao serem avaliadas as percepções dos preceptores em saúde que ampliaram conteúdos que são abordados ao longo do projeto, por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Seguem os eixos do roteiro do questionário:

1 - Ser preceptor;

2 - Ações importantes para o desempenho da preceptoria junto aos acadêmicos/residentes;

3 - Desafios e motivações na preceptoria para a potencialização do trabalho em equipe.

Figura 4 – Questões abertas e categorias temáticas



Fonte: Próprio autor, 2021.

4.2.1 A essência do preceptor

Os preceptores entendem que a preceptoria é uma atividade que tem em sua essência a função de direcionar a prática e orientar o aluno, facilitando o processo de aprendizagem e sendo um exercício potente para a troca de saberes e práticas. Teixeira et al. (2018) em sua pesquisa qualitativa por meio de análise de conteúdo na base LILACS, buscou a construção do conceito da preceptoria, identificando um profissional de serviço que necessita ter competências para servir como elo entre o ensino e o serviço. Para isso, o profissional necessita ter em sua essência um conjunto de habilidades e motivações. Dessa forma, é notório que o conceito percebido pelos profissionais acerca do papel do preceptor encontra-se presente nos resultados da pesquisa. De maneira geral, todos identificam a prática da preceptoria como uma atividade que tem o direcionamento como eixo norteador do processo de ensino-aprendizagem.

Dos 13 preceptores questionados nas seis Unidades Básicas de Saúde do município, tanto médicos, como enfermeiros e odontólogos entendem a essência da preceptoria:

> Preceptor 02*: "Direcionar a aprendizagem na prática, contribuindo na formação desses futuros profissionais"*.
>
> Preceptor 05: *"Preceptoria é facilitar os ganhos profissionais e avanços na assistência e qualidade do serviço prestado a população; Estar em constante movimento de atualização profissional, para ofertar a melhor orientação ao preceptorado; Proporcionar espaço de ensino-serviço adequado ao avanço do treinamento profissional"*.
>
> Preceptor 06*: "O preceptor é um facilitador, do processo de ensino e aprendizagem no campo prático. Tem importante função em conduzir, acompanhar e orientar os discentes"*.
>
> Preceptor 08*: "É o responsável por direcionar e conduzir dentro da profissão os residentes e alunos, colaborando no processo de aprendizagem e prática"*.
>
> Preceptor 10*: "É uma troca de conhecimentos primeiro entre preceptor e residentes, depois com os vários profissionais da residência multiprofissional e como estas se relacionam com a Odontologia, um estímulo ao estudo para sanar as questões que se impõem em nosso cotidiano, e o desafio de orientar os residentes para o cumprimento do programa proposto pela residência dentro da rede existente"*.

4.2.2 A motivação para a preceptoria

Tal categoria vislumbra uma oportunidade de troca de saberes, com estímulo aos processos educativos e formativos, sendo uma potente aliada para a capacitação profissional e ampliação de seus saberes, tornando-se uma motivação ao exercício nos cenários de prática. Sendo assim, uma vez que estes residentes ou acadêmicos são inseridos na rotina dos serviços de saúde, emerge um fator contributivo para transformar este cenário.

Maroja et al. (2020), em sua pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso único em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, sinalizam para a necessidade da construção de movimentos pedagógicos que promovam a interação entre ensino-serviço-comunidade e a transformação da dinâmica de processos de trabalho na perspectiva do trabalho coletivo e multiprofissional. Os autores sinalizam para a potencialidade das residências multiprofissionais em saúde como uma proposta inovadora e com uma estrutura pedagógica fundamentada na educação problematizadora. Tal processo de ensino-aprendizagem gera ações que, por fim, motivam novas reflexões promotoras de diferentes estratégias e arranjos necessários, construindo-se assim espaços para a criação de práticas

educativas significativas. Conforme observado em algumas transcrições, pode-se perceber uma proximidade frente as motivações dos profissionais:

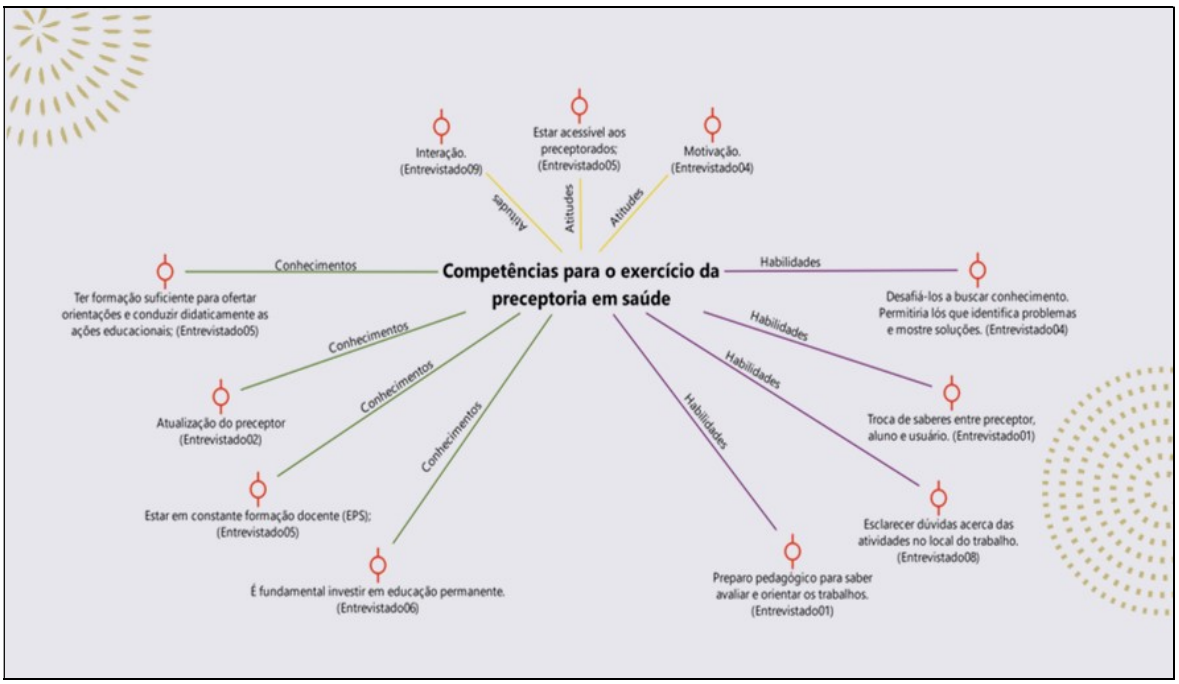
> Preceptor05*: "Vislumbrar profissionais capacitados transformando realidades positivamente na assistência em saúde"*.
>
> Preceptor07*: "A preceptoria induz o profissional a buscar atualização profissional"*
>
> Preceptor08*: "Troca de experiência entre a vivência do preceptor e residente"*.
>
> Preceptor11*: "Vejo o crescimento profissional e interpessoal, sendo uma troca de saberes entre alunos, profissionais e comunidade. Assim estou constantemente me reciclando com as experiências vivenciadas pelos alunos"*.

Segundo Ribeiro e Prado (2013), o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Nesse contexto, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas.

4.2.3 Competências para o Exercício da Preceptoria

Nesta categoria de análise os preceptores sinalizam que o exercício potente e efetivo da preceptoria está intimamente relacionado à construção de um perfil de competência conectada a um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades, sendo esta uma função desafiadora devido à abrangência e complexidade de atuação, situação que pode ser observada em transcrições (figura 5).

Figura 5 – Abordagens acerca das competências para o exercício da preceptoria



Fonte: Próprio autor, 2021.

Neste contexto, evidencia-se a importância da educação interprofissional em saúde na construção destas habilidades e atitudes colaborativas. Lamers e Toassi (2018), em um ensaio que discute sobre as perspectivas para a formação dos profissionais de saúde, reforça a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências da educação interprofissional no desenvolvimento das atitudes colaborativas. Ao mesmo tempo, Rossit et al. (2018) em seu estudo acerca da potencialidade de um projeto interprofissional na formação para a integralidade do cuidado, avaliam a relevância da efetividade de um currículo integrado a partir do referencial teórico da EIP e pautado nas políticas indutoras de saúde e educação no Brasil. Tal estudo demonstra resultados promissores frente à construção de diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado a partir da formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde. Tais achados corroboram com a necessidade de enfermeiros, médicos e odontólogos estarem atuando de modo integrado e em conjunto com as ações formativas e educativas, além da habilidade de ser um exímio educador.

Estudo realizado por Botti e Rego (2011) relatou que o preceptor assume vários papéis: planeja, controla, guia, estimula o raciocínio e a postura ativa, analisa o desempenho, aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal, observa e avalia o estudante ao executar suas atividades e atua na formação moral. Tal assertiva assevera a importância do

preceptor quando ocupa o papel de educador, oportunidade em que transmite ao educando um ambiente profícuo para o aprendizado, tornando-o capaz de angariar conhecimentos e reconstruir saberes que ampliam sua atuação em saúde.

4.2.4 Articulação da teoria com a prática

Dentre as respostas, emergem-se quatro núcleos de análise que permeiam eixos temáticos que perpassam os atributos da Atenção Primária, Integração ensino-serviço e Gestão a Saúde. Segundo os preceptores, há uma dificuldade na garantia da efetividade de ações importantes para o desempenho da preceptoria, justamente pela inabilidade de articulação do campo teórico para o prático, sendo que tal atitude corroboraria para qualificar o ato de ser preceptor em sua essência e motivação (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020).

4.2.4.1 Qualidade e acesso ao cuidado

Neste núcleo de análise, há um encontro com alguns princípios da APS, conforme observado em algumas transcrições. Percebe-se que há preocupação com as práticas humanizadas e a importância do acesso a assistência de qualidade.

> Preceptor 08: *"Direcionar para atendimento de qualidade".*
>
> Preceptor 07: *"Influência no crescimento e evolução da qualidade de acesso e oferta de saúde para a população, lincando educação com a prática".*
>
> Preceptor 08: *"Orientar sobre a importância de uma assistência humanizada".*

Contudo, Mendes (2012, apud Oliveira; Pereira, 2013, p. 163) sinaliza para alguns intervenientes para a efetivação desse modelo assistencial, que diretamente vão ao encontro de muitas percepções externadas durante a análise dos questionários:

> Embora a APS seja considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda enfrenta muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. A carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação

> com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil.

4.2.4.2 Integração dos Alunos no Campo da Prática

> Preceptor 02*: "Visualizar sempre onde devemos melhorar no nosso cenário real".*
>
> Preceptor 04*: "Integrar os acadêmicos as atividades da equipe".*
>
> Preceptor 05*: "Estar inserido na RAS, de forma a conhecer as peculiaridades da mesma".*
>
> Preceptor07*: "Influência no crescimento e evolução da qualidade de acesso e oferta de saúde para a população, lincando educação com a prática".*
>
> Preceptor 10*: "Considero no início da residência o estar perto, orientando e muitas vezes realizando uma ação importante para que o residente tenha noção de como atuar, e com o tempo, a ambientação, os estudos e a interação com a equipe de trabalho e demais profissionais ir transferindo as atividades do trabalho com a ação de monitoramento destas".*
>
> Preceptor 12*: "Discussão de caso clínico".*
>
> Preceptor13*: "Demonstração e orientação do que é feito nos cenários de prática, como é feito e possíveis alternativas para solução de problemas diante daquilo que é oferecido na rede".*

As percepções vão ao encontro do propósito da integração ensino-serviço, conforme evidenciado por Forte et al. (2015), em seu estudo acerca da inserção do preceptor no processo de formação de cirurgiões-dentistas, despertando para uma nova perspectiva na abordagem do processo ensino-aprendizagem, compreendendo a integração ensino-serviço como ferramenta potencializadora das ações já desenvolvidas e sinalizando para a importância da construção de um cenário de aprendizagem que dê espaço à reflexão, planejamento de ações e desenvolvimento das atividades no território da estratégia da saúde da família. Os resultados deste estudo são apresentadas nas seguintes categorias de análise: cenários de prática, orientação teórica e orientação pedagógica, podendo-se identificar as potencialidades desta articulação teórico-prática no que tange ao sucesso das boas práticas nos cenários em saúde.

4.3 Pesquisa em Saúde

Um preceptor médico identifica dentro desta categoria um espaço oportuno para a produção científico literária acerca dos cenários e necessidades que emergem os serviços de saúde. Essa percepção encontra-se com o ideário do próprio papel da instituição formadora e para a necessidade de ampliação frente a estudos com abordagem da interprofissionalidade e seu impacto na gestão do cuidado. Segundo Michel, Olsson e Toassi (2019), em uma análise bibliométrica da produção cientifica nacional em relação a EIP em saúde no Brasil, de 2012 a 2017, sinaliza para a incipiência da temática no país, devendo estas serem ampliadas e qualificadas.

4.4 Organização das ações no território

> Preceptor 01*: "A organização do território e métodos de acompanhamento dos usuários da área e aplicação da teoria na prática".*
>
> Preceptor 10*: "Em nossa área realizamos um levantamento epidemiológico e estamos buscando a melhora destes índices com nossas ações"*.

Tais percepções demonstram o envolvimento de diversos autores no processo de ensino-aprendizagem, incluindo o entendimento desses novos papéis e sua ligação direta com a comunidade. O entendimento da importância dessas ações integradas junto à comunidade, é evidenciada pelo preceptor 10, onde identifica-se a potencialidade de arranjos a serem estabelecidos entre as práticas de saúde e suas relações com a produção do cuidado. Nesta prática, integra junto ao preceptorado os serviços de saúde como um todo (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

4.5 Intervenientes para a Atuação da Preceptoria

Conforme observado por meio das análises categóricas anteriores, percebe-se uma compreensão por meio das transcrições de percepções favoráveis as práticas colaborativas e a prontidão para a EIP nos cenários pelos preceptores entrevistados. O ponto focal na discussão é justamente entender o fator restritivo para o avanço das boas práticas nesses cenários, uma vez entendendo-se que, existe uma atitude colaborativa por parte dos entrevistados.

> Preceptor 02: *"A necessidade de atualizar o conhecimento constantemente"*.

> Preceptor 03: *"Reuniões de equipe quinzenais"*.
>
> Preceptor 04: *"Que os funcionários entendam que os acadêmicos são parte da equipe e sua importância"*.
>
> Preceptor 05: *"Entendimento da gestão sobre o real papel na formação profissional, tanto na graduação como pós-graduação; valorização do preceptor, tanto financeiro como na oferta de formação"*.
>
> Preceptor 06: *"Encontrar tempo para dispensar o ensino junto com as altas demandas, recursos materiais e didática"*.
>
> Preceptor 07*: "A gestão pública necessita estar sensível e aberta ao trabalho do preceptor junto ao campo de aprendizado e serviço, facilitando o processo educativo, sem criar dificuldades ou barreiras"*.
>
> Preceptor08: *"Experiência na área de docência"*.
>
> Preceptor13: *"Não temos material de consumo essenciais para o aprendizado e devido a pandemia as atividades coletivas e atendimentos eletivos ficaram comprometidos"*.

As percepções sinalizam para a importância da gestão dos processos de trabalho a fim de otimizar as atividades de preceptoria e, inclusive, a necessidade da compreensão da gestão municipal acerca do exercício da atividade. Ampliam para a necessidade de valorização desse profissional nestes cenários, além da relevância da educação permanente na consolidação da prática exercida de maneira a contemplar seus atributos. Todos os fatores mencionados, de fato, levam a consequências na garantia de um ambiente de ensino mais favorável, gerando por muitas vezes, um excesso de funções e sobrecarga de trabalho ao preceptor, resultando em menor disponibilidade de tempo para o residente/aluno, colocando a atribuição de formação em segundo plano (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

É interessante analisar as categorias e entender que ambas se entrelaçam em seus núcleos de sentido, com eixos centrais e coesos, conectando-se em sua fundamentação teórica a outros estudos. Chianca-Neves, Lauer-Leite e Priante (2020), em um estudo de caso de abordagem qualitativa avaliam as concepções de preceptores no SUS na perspectiva de um processo de formação profissional centralizado na integração entre a teoria e a prática, que experiencia a troca e a construção de conhecimentos. O presente estudo conclui que esses aspectos (quem é o preceptor, sua formação e atuação; como são aplicados os conceitos/estratégias das metodologias ativas; como os residentes/alunos percebem a atuação do preceptor) possam vir a contribuir para uma oferta de qualidade dos serviços de saúde prestados à população e na educação/formação dos preceptores e futuros profissionais da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada delineou seu objetivo principal, mostrando-se eficaz no que concerne a verificação do perfil socioprofissional e concepções frente à prontidão para a educação interprofissional dos preceptores no município de Vilhena. O estudo misto permitiu conhecer mais profundamente o que motiva os profissionais, por meio de suas percepções e saberes a partir das respostas individuais diante das questões aplicadas cujo tema apresentou o problema do estudo. Dentre as limitações, a pandemia da Covid-19 dificultou a realização das entrevistas face a face, o que, de certo modo, interveio para uma análise mais profunda e fidedigna das percepções no campo de estudo.

O estudo misto apresentou variáveis que buscaram dimensionar atitudes e competências colaborativas, assim como refletir acerca dos intervenientes para implementação da educação interprofissional nos processos de ensino e aprendizagem e seus entraves para a atuação significativa das práticas colaborativas. A zona de conforto emerge como um fator a ser refletido, uma vez que tais preceptores apresentam prontidão para a educação interprofissional, porém há um distanciamento entre a prontidão e ao ato de agir e transformar estes cenários de formação em saúde. Contudo, amplia-se o olhar para a necessidade de espaços que contemplem a valorização do exercício da preceptoria e todo seu arcabouço teórico e prático, a educação permanente desses preceptores e o fortalecimento da construção de um perfil multiprofissional e colaborativo alicerçado por competências nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde, gerando assim, subsídios para o constructo da interprofissionalidade.

Cumpre salientar que o estudo prezou pela valorização dos métodos de pesquisa, que delimitam temas conexos com a educação interprofissional em saúde e práticas colaborativas, em conjunto às instituições de ensino que devem formar com pensamentos voltado a população usuária dos serviços prestados, como forma de engrandecer e fortalecer o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916. 2016.

AGUIAR, R. B. P. M. **Interdisciplinaridade e prática colaborativa na percepção de preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2018.

AMADO, E. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva**: perspectiva dos profissionais da saúde. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

ARNEMANN, C. T.; KRUSE, M. H. L.; GASTALDO, D.; JORGE, A. C. R.; SILVA, A. L. D.; MARGARITES, A. G. F. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1635-1646, 2018. Supl. 2.

AUTONOMO, F. R. D. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B. D.; BOTTI, S. H. D. O. A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327. 2015.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2016. p. 125-132.

_____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BARR, H., KOPPEL, I., REEVES, S., HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective interprofessional education: argument, assumption & evidence.** Oxford: Blackwell. 2005.

BARR, H; LOW, H. **Principles of Interprofessional Education. London**: Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2011. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education>. Acesso em: 21 set. 2019.

BARRÊTO, D. S.; MELO-NETO, A. J.; FIGUEIREDO, A. M.; SAMPAIO, J.; GOMES, L. B.; SOARES, R. S. Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e180032. 2019.

BARRETO, V. H. L.; MONTEIRO, R. O. D. S.; MAGALHÃES, G. S. D. G.; ALMEIDA, R. C. C. D.; SOUZA, L. N. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 578-583. 2011.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 25-28. 2012.

BOTTI, S. H. D. O.; REGO, S. T. D. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 65-85. 2011.

BRASIL. **Lei 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Comissão Nacional de Residência Médica**. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: MEC, 2015. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26824639_RESOLUCAO_N_1_DE_25_DE_MAIO_DE_2015.aspx>. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 238/2005. **Diário Oficial da União**, 2 fev. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Lei n° 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1111/GM, de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho**. Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 dez. 2005c.

BULGARELLI, A. F., SOUZA, K. R.; BAUMGARTEN, A.; SOUZA, J. M.; ROSING, C. K.; TOASSI, R. F. C. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n.49, p. 351-362. 2014.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2. 2010.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A national competency framework for interprofessional collaboration**, 2010. Disponível em: <www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb2010.pdf>. Acesso em: Acesso em: 21 set. 2019.

CARVALHO JUNIOR, P. M. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 831-843. 2015.

CARVALHO, M. C.; ROSSIT, R. A. S. Residência multiprofissional e formação em saúde: análise das relações interprofissionais. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 3, p. 94-95. 2017.

CASSIANI, S. H. D. B. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 891-892. 2014.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, p. 461-469. 2016.

CASTRO, V. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. N. Residência Médica de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 211-220. 2009.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p.1739-1749, 2018. Supl. 2.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CAIPE). **Interprofessional education - A definition**, 2002. Disponível em: <www.caipe.org.uk>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CHIANCA-NEVES, M. G. B., LAUER-LEITE, I. D.; PRIANTE, P. T. As concepções de preceptores do SUS sobre metodologias ativas na formação do profissional da saúde. **Educação em Revista**, v. 36. 2020.

COLAUTO, R. D; BEUREN, I. M. Coleta, Análise e Interpretação de Dados. *In*: BEUREM, I. M. (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2010. p. 35-49.

CORTELLA, M. S. **Educação, convivência e ética: audácia e esperança**. São Paulo: Editora Cortez, 2015. p. 22.

COSTA, M. V.; PATRÍCIO, K. P.; CÂMARA, A. M. C. S.; AZEVEDO, G. D.; BATISTA, S.H.S.S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 1, 2015. p.709-720.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. California: SAGE, 2007. 273 p.

_____. **Pesquisa de métodos mistos**. Tradução: Magda França Lopes. Revisão Técnica: Dirceu da Silva. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

CUMMINS, R. A.; GULLONE, E. Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. *In*: **Proceedings, second international conference on quality of life in cities**. 2000. p. 74-93.

CUNHA, M. I. D. **Inovações pedagógicas: o desafio da reconfiguração de saberes na docência universitária**. Coleção Cadernos de pedagogia universitária, São Paulo: Edusp, v. 6, 2008. 38 p.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FETTERS, M.D.; CURRY, L.A.; CRESWELL, J.W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6, p. 2134-2156. 2013.
FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FORTE, F. D. S.; PESSOA, T. R. R. F.; FREITAS, C. H. S. M.; PEREIRA, C. A. L.; CARVALHO JUNIOR, P. M. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 831-843. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Professora, sim; tia não**: cartas a quem ousa ensinar. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FRENK, J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. **The Lancet**, v. 385, n. 9975, p. 1352-1358. 2015.

GOOGLE OFFICIAL BLOG. **Introducing Google Drive... yes, really**. 2012. Disponível em: https://googleblog.blogspot.com.br/2012/04/introducing-google-drive-yes-really.html. Acesso em: 11 jul. 2020.

HAUBRICH, P.L.G.; SILVA, C.T.; KRUSE, M.H.L.; ROCHA, C.M.F. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.47-56. 2015.

HEIDEMANN, L. A.; OLIVEIRA, A. M. M.; VEIT, E. A. **Ferramentas online no ensino de ciências**: uma proposta com o Google Docs. Física na escola. São Paulo. v. 11, n. 2, p. 30-33. 2010.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 384 p.

IVANKOVA, N. V.; CRESWELL, J. W.; STICK, S. L. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. **Field Methods**, v. 18, n. 1, p. 3-20. 2006.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161. 2012.

KHALILI, H.; HALL, J.; DE LUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of interprofessional Care**. v. 28, n. 2, p. 92-7. 2014.

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

LAMERS, J. M. D. S.; TOASSI, R. F. C. Perspectivas para a formação dos profissionais da saúde: educação interprofissional em foco. **Revista saberes plurais: educação na saúde.** Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 34-42. 2018.

LIMA JESUS M.; ARAUJO, D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 67-80. 2011.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 779-791. 2015.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1273-91. 2012.

MALONE, D.; MARRIOTT, S. V.; NEWTON-HOWES, G.; SIMMONDS, S.; TYRER, P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3. 2007.

MARINHO, A. M. S. **Competências pedagógicas da preceptoria médica no Tocantins, sob o olhar do residente**. 2018. 83f. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional e Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins. Palmas, 2018.

MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA JÚNIOR, J. D.; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24: e180616. 2020.

MARSHALL, C.; ROSSMAN, G. B. **Designing Qualitative Research**. 2. ed. London: Sage Publications, 1995.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. D. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, p. 173-186, 2013.

MICHEL, C.; OLSSON, T. O.; TOASSI, R. F. C. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. **Revista da ABENO.** [*S. l.*], v. 19, n. 4, p. 78-90. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F (Orgs). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-93. 2015.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310. 2011.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p.158-164. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 01 de fev, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PARSELL, G., BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical education**, v. 33, n. 2, p. 95-100. 1999.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.. SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020. Supl. 1.

PEDUZZI, M.; NORMAM, I; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983. 2013.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J. Validação de instrumento de medida do aprendizado interprofissional para trabalho em equipe. **Anais do 3º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: avanços no cuidado, gestão e política**, p. R0168- 1, 2012.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196. 2016.

REEVES, S., ZWARENSTEIN, M., GOLDMAN, J., BARR, H., FREETH, D., HAMMICK, M., KOPPEL, I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 1. 2008.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.4, p.161-165. 2013.

RODRIGUES, C. D. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

ROSSIT, R. A. S.; FREITAS, M. A. O.; BATISTA, S. H. S. S.; BATISTA, N. A. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1399-1410. 2018.

SANTOS, L. C. D., SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. *22*, p. 1601-1611. 2018.

SANTOS, J. L. G. ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1590016. 2017.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212. 2013.

SOUZA, A. C. **Pontilhando aprendizagens**: função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes. 2014. 148f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu-SP, v. 21, n. 1, p. 1301-1313. 2017.

Teixeira, R. C.; Domingues, R. J. S.; Kietzer, K. S.; Araújo, R. M. S.; Gonçalves, K. L. P. Preceptoria em saúde: definição do papel do preceptor. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 5, n. 10. 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Odontologia. **Projeto Pedagógico**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/odontologia/ensino/odonto/graduacao/projeto-pedagogico-do-curso-diurno>. Acesso em: 22 set. 2019.

WORLD CONFERENCE OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar**. [Internet]. Barcelona: Wonca Europa, 2002. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>. Acesso em: 21 set, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and scaling up health professional education and training**. Geneva: WHO, 2013.
YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZAMBON, Z. L. L. **Necessidade crescente de médicos de família para o sus e baixa taxa de ocupação nos programas de residência em medicina de família e comunidade**: um paradoxo? 2015. 199f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde). – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 2015.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO

INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO DO PESQUISADOR: Mestrado Profissional Saúde da Família PROFSAÚDE/UNIR
Pesquisador responsável: Camila Pardo Dala Riva
Endereço Rua Carlos Durand de Obregon 322, Jardim América, Vilhena/RO
Fone: (69) 99280-9548
E-mail: camilamedisa@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES ENFERMEIROS, ODONTÓLOGOS E MÉDICOS EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL**, que tem como objetivo avaliar a percepção e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional dos preceptores das residências em saúde no município de Vilhena por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde.

Tal estudo propõe como justificativa a necessidade de modificar e transformar os contextos e práticas dentro da APS, em prol do fortalecimento do SUS e organização dos processos de trabalho, sendo esta contemplada pela oportunidade dos cenários no município de Vilhena – RO dentro das unidades de saúde por meio da Integração Ensino- Serviço. Em conformidade ao modelo assistencial, integral e humanizado, articulados com as novas tendências pedagógicas do processo ensino-aprendizagem é crível o aprimoramento da percepção frente ao processo de interdisciplinaridade e práticas colaborativas, conectando e articulando os saberes, formando profissionais aptos para o trabalho em equipe e efetivando a interprofissionalidade na rotina dos profissionais, promovendo a integralidade na melhoria do cuidado.

Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados. Usuário atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, consequentemente, melhores resultados

(MALONE et al., 2007), aspectos que vem ao encontro de estudar a preceptoria nas residências em saúde.

Considero que as atividades práticas dos programas de graduação e pós-graduação em saúde nas unidades públicas da Secretaria Municipal de Saúde de Vilhena são momentos ou espaços estratégicos e fundamentais para o processo ensino-aprendizagem da interprofissionalidade em equipes na APS. Dessa forma, a preceptoria pode assumir o protagonismo de representar a implementação entre a educação interprofissional em saúde gradualmente nas rotinas de trabalho em equipe que conduzam a adoção sistemática de práticas colaborativas no serviço, além de fortalecer e ampliar os saberes nos processos educacionais.

Justifica-se a realização deste estudo diante da relevância da temática, amplamente discutida no mundo, porém ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de pós-graduação. A produção científica ainda restrita sobre o tema no país também evidencia a importância da realização de estudos que contribuam para sua discussão e aprofundamento, tendo como alvo as residências multiprofissionais e buscando refletir sobre esse modelo de formação profissional.

Portanto, essa investigação poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de orientação da formação em saúde, oferecendo aos gestores aportes analíticos da implementação dos elementos da EIP para possíveis ajustes no que diz respeito à qualificação das ações de formação e sua implicação na atenção à saúde, tendo-se como foco central o usuário do SUS.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

A partir de uma amostragem não probabilística, a população do estudo consiste em profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina, psicologia, odontologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia que exercem a função de preceptores nos cenários de práticas das Unidades Básicas de Saúde devidamente registrados na função ativa de preceptoria diante à Secretaria Municipal de Saúde e Instituição de Ensino Superior vinculados as Unidades Básicas de Saúde.

No processo de produção de dados, será utilizado um estudo misto que avalia a disponibilidade interprofissional (RIPLS), composto por 26 questões assertivas adaptado para esta pesquisa e três perguntas abertas.

O questionário abrange 26 assertivas, será preenchido pelo participante da pesquisa nos cenários reais da prática da preceptoria de forma individual, divididas em três dimensões

que visam avaliar: 1 - Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC); 2 - Identidade Profissional (IP); 3 - Atenção Centrada no Paciente (ACP).

A escala de Likert, é comumente utilizada para respostas oriundas de questionários, permitindo análise quantitativa e mensurando intensidade de percepções vivenciadas, desta forma, a escala utilizada no presente estudo será uma adaptação daquela: 1- Discordo Totalmente (DT); 2- Discordo (D); 3- Tenho dúvida (I); 4- Concordo (C); 5- Concordo totalmente (CT), para questões fechadas. Além disso, será aplicado um questionário socioprofissional aos preceptores da APS. Para análise dos dados serão utilizados estatística descritiva e correlações e Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2011).

O plano de trabalho de pesquisa é vinculado ao projeto matriz "Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia", o qual foi aprovado pelo PPSUS – CHAMADA FAPERO/MS-DECIT/CNPq/SESAU-RO – Nº. 001/2018, sendo financiado pela Fapero. O referido projeto foi aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943

Não obstante a atenção dada ao participante de forma a respeitar sua individualidade, seus questionários serão manipulados exclusivamente pelos pesquisadores, resguardando assim, o anonimato dos partícipes.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina, psicologia, odontologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia que exercem a função de preceptores, devidamente registrados na função ativa de preceptoria diante à Secretaria Municipal de Saúde e Instituição de Ensino Superior vinculados as Unidades Básicas de Saúde.

O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: profissionais temporários ou sem vínculo com a função de preceptoria.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Mestrado Profissional Saúde da Família – ProfSaúde/UNIR e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu,_____, portador do CPF _____, nascido (a) em _____/_____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico ( ) _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES DE ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA E MEDICINA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vilhena/RO, _____ de _____de_____.

Assinatura do participante	Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 2 – IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

1 Idade: _____

2 Sexo

( ) Masculino ( ) Feminino

3 Ano de Conclusão da Graduação: _____

4 Tipo de Instituição onde formou

( ) Pública

( ) Privada ou Filantrópica

Tem ?

( ) PósGraduação

( ) Especialização Lato Sensu

( ) Residência em Saúde

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Pós-Doutorado

6 Ano de Conclusão (da titulação mais recente): _____

7 Se residência, Qual?

8 Nome da Unidade que trabalha: _____

9 Quanto tempo atua neste serviço?

( ) 1 < 1 ano

( ) 2 Entre 1 – 4 anos

( ) 3 Entre 5 – 9 anos

( ) 4 Entre 10 – 15 anos

( ) 5 > 16 anos

10 Você tem alguma carga horária específica para as atividades de preceptoria dentro da carga horária semanal de trabalho?

( ) Sim ( )Não

11 Em caso de resposta afirmativa, quantas horas semanais? (se não, colocar 00)

12 Você recebe alguma bolsa, incentivo ou função gratificada devido à função de preceptor?

( ) Sim ( )Não

13 Em caso de resposta afirmativa, qual? (se não, colocar 00)

14 Esta foi sua primeira experiência como preceptor?

( ) Sim ( )Não

15 Se não, marcar em que tipo de ensino exerceu a preceptoria na APS

( ) Sim ( )Não

16 Por quanto tempo você foi ou é preceptor na APS

( ) 1 < 1 ano

( ) 2 Entre 1 – 4 anos

( ) 3 Entre 5 – 9 anos

( ) 4 > 10 anos

17 Você já realizou cursos/capacitações que tiveram como tema a área de ensino (formação pedagógica)?

( ) Sim ( )Não

18 Em caso afirmativo, cite os cursos de capacitações já realizados (se não colocar 00)

19 Você sente necessidade de realizar cursos de formação ou de atualização para preceptores?

( ) Sim ( )Não

20 Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina?

( ) Presencial ( ) EaD ( ) Presencial + EaD

21 Você está satisfeito em desempenhar as atividades de Preceptoria junto aos internos?
( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente satisfeito

22 Durante sua graduação foram trabalhadas questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos?
( ) Sim ( )Não

23 Você se sente suficientemente preparado (com conhecimentos pertinentes a sua área de atuação na APS) para fins de desempenhar suas atribuições?
( ) Sim ( ) Parcialmente preparado ( ) Não

24 Você tem conhecimentos sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex: avaliação por competência)?
( ) Sim ( )Não

25 Você tem conhecimentos sobre técnicas de ensino no contexto da prática?
( ) Sim ( )Não

26 Você consegue realizar juntos ao interno, a problematização dos conhecimentos científicos na prática?
( ) Sim ( )Não

27 Você considera importante para sua atuação, realizar um curso sobre a fundamentação pedagógica voltada para a prática da preceptoria?
( ) Sim ( )Não

28 A concomitância das atividades de assistência e de ensino é um fator de dificuldade para você?
( ) Sim ( )Não

29 Você conhece o PPC do curso no qual o acadêmico ou residente está vinculado?
( ) Sim ( )Não

30 É possível conciliar suas atividades assistências com a preceptoria?

( ) Sim ( )Não

31 Você tem uma boa relação com os acadêmicos de graduação e/ou residentes?

( ) Sim ( )Não

32 Você tem conhecimento sobre metodologia da pesquisa?

( ) Sim ( )Não

33 Você se sente seguro para desempenhar suas atribuições de preceptoria

( ) Sim ( ) Parcialmente seguro ( ) Não

34 Você conhece as responsabilidades/atribuições que tem como preceptor?

( ) Sim ( )Não

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO RIPLIS

DIMENSÃO 1. TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	5	4	3	2	1
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	5	4	3	2	1
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	5	4	3	2	1
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	5	4	3	2	1
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	5	4	3	2	1
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	5	4	3	2	1
10	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	1	2	3	4	5
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	5	4	3	2	1
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	5	4	3	2	1
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
16	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	1	2	3	4	5
17	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
18	Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	1	2	3	4	5
19	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	1	2	3	4	5
20	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	1	2	3	4	5
21	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 3. ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discord	Discordo	Discordo totalmente
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	5	4	3	2	1
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	5	4	3	2	1
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	5	4	3	2	1
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	5	4	3	2	1
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	5	4	3	2	1

ANEXO 2 - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA – UNIR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia.

Pesquisador: Kátia Fernanda Alves Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20677519.4.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: FUNDACAO RONDONIA DE AMPARO AO DESENVOLVIMENTO DAS ACOES CIENTIFICAS E TECNOLOGICAS E A PESQUISA DO ESTADO DE RONDONIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.605.943

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação Rondônia de Amparo ao Desenvolvimento das Ações Científicas e Tecnológicas e à Pesquisa do Estado de Rondônia - FAPERO, da Profª Drª Kátia Fernanda Alves Moreira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia - UNIR - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESCO, intitulado Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia. A proposta do presente projeto é investigar o uso da educação Interprofissional e a prática colaborativa em equipe de saúde da família. A pesquisa será desenvolvida com profissionais de saúde que participarão do programa de Planificação desenvolvido pela SESAU em Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena. Já em Porto Velho participarão os profissionais das unidades em que a UNIR faz seus estágios. Conforme emenda de justificativa a coleta esta prevista para iniciar em outubro de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o uso da educação Interprofissional e da prática colaborativa entre os profissionais das unidades básicas de saúde em Porto Velho, Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Coloca que os risco são mínimos, talvez ocorra desconforto em alguns entrevistados ao

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

responderem os questionários.

Benefícios:

Os resultados do estudo contribuirão de forma inédita na produção de conhecimento na área temática Ensino e formação em Saúde nesta região, particularmente em Porto Velho. Também se pretende criar um Banco de Dados no Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO –do Departamento de Enfermagem/UNIR as necessidades de formação/qualificação dos profissionais nos municípios. Com isto, pretende-se

contribuir para a formação e capacitação de recursos humanos que trabalham nas IES, na APS, na Gestão dos serviços e sistemas, principalmente no que se refere à capacitação teórico-metodológica do ensino e da formação em saúde. Os alunos de Iniciação Científica (IC/UNIR), de Especialização e Mestrado se integrarão às pesquisas durante a investigação. Objetiva-se, assim, por um lado, despertar o interesse nesta área dos alunos-pesquisadores. Outro resultado almejado é a formação de recursos humanos que possam entender e identificar de forma clara e precisa os

principais fatores e processos envolvidos na EIP e utilização de estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) no sentido de consolidar os pontos fortes e desenvolver os pontos frágeis apontados. Espera-se que esse projeto produza resultados efetivos que corroborem para o crescimento científico dos alunos da graduação (bolsista de iniciação científica), da pós-graduação (mestrado) e do CEPESCO. Que os resultados encontrados venham oferecer respostas as necessidades mais preeminentes para a formação em saúde e o EIP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Permite análise adequada das questões éticas, e está devidamente instruído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos devidamente instruídos de acordo com as resoluções vigentes 466/12 e 510/16 CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a Aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO

1.De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 466/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431542.pdf	13/09/2019 00:21:27		Aceito
Outros	Questionariointerprofissional.pdf	13/09/2019 00:19:29	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Outros	Justificativadeementaalteracaoetapa.pdf	13/09/2019 00:00:22	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431542.pdf	11/09/2019 23:28:05		Aceito
Declaração do Patrocinador	ParecerInterprofissional.pdf	11/09/2019 23:26:17	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoInterprof.pdf	11/09/2019 23:25:42	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Outros	PropostaTrabalhoInterprofissional.pdf	08/09/2019 21:35:09	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaTermoAutorizacaoEducacaoInterprofissional.pdf	08/09/2019 21:33:46	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEINTERPROFISSIONALIDADE.pdf	08/09/2019 21:32:52	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	08/09/2019 21:32:25	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Cristiane Czarnecki Mayorquim

Homem não vai à UBS!

Uma investigação sobre a formação e atenção à saúde do homem em Porto Velho-RO

PORTO VELHO
2021.

Cristiane Czarnecki Mayorquim

Homem não vai à UBS!

Uma investigação sobre a formação e atenção à saúde do homem em Porto Velho-RO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), vinculado à Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro.
Área de concentração: Saúde da família.
Linha de Pesquisa: Educação na Saúde.

PORTO VELHO
2021

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

M47 Mayorquim, Cristiane Czarnecki.

Homem não vai à UBS! Uma investigação sobre a formação e atenção à saúde do homem em Porto Velho-RO / Cristiane Czarnecki Mayorquim, Rafael Fonseca de Castro. -- Porto Velho, RO, 2021.

72 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Saúde do homem. 2.Estratégia em saúde da família. 3.Educação permanente em saúde. 4.Processos formativos. 5.Atenção primária à saúde. I. Castro, Rafael Fonseca de. II. Castro, Rafael Fonseca de. III. Título.

CDU 614.2-055.1(811.1)

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça CRB 11/905

Cristiane Czarnecki Mayorquim

Homem não vai à UBS!
Uma investigação sobre a formação e atenção à saúde do homem em Porto Velho-RO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), vinculado à Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 05 de Maio de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro
Orientador/Presidente da banca – PROFSAÚDE UNIR

Prof. Dr. Edson dos Santos Farias
Membro interno – PROFSAÚDE UNIR

Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Membro externo – PROFSAUDE/FIOCRUZ-CE

Prof.ª Dr.ª Priscilla Perez da Silva Pereira
Membro suplente – PROFSAÚDE UNIR

PORTO VELHO
2021

DEDICATÓRIA

Ao meu pai José Carlos (*in memoriam*),
por acreditar de maneira incondicional nas minhas competências;
suas mãos me ensinaram a andar e a seguir em frente,
na certeza de que não estou sozinha.

A minha mãe Vera,
pela vida, exemplo de força, coragem e abnegação.

Ao vovô Lasdislau (*in memoriam*),
por ser o melhor avô do mundo,
por seus ensinamentos e por se
orgulhar tanto de mim, desde sempre.

A minha irmã Viviani,
meu exemplo de generosidade, disciplina e retidão.

Aos meus irmãos,
pela torcida e apoio.

A tia Bete,
pelas orações e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Divino Mestre, pelo dom da vida e por permitir realizar meus sonhos nessa existência. Obrigada por tanto.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro, por se dispor a me conduzir em todo este processo, dedicar seu tempo e conhecimento com muita seriedade e com um posicionamento ativo diante da Educação.

A Maranei, anjo que iluminou meu caminho nesta jornada, minha eterna gratidão.

A Neide, por ser uma grande incetivadora no ingresso do mestrado e na vida.

Ao Luiz Franciso, amigo de todas as horas, por enxugar minhas lágrimas e sorrir com minhas alegrias.

Ao Alysson, amigo que ajuda a resgatar o que há de melhor em mim.

A Jamille Clara, por ser refúgio nos momentos difíceis, por sua amizade e incentivo.

A Ivana e Andreia, minhas amigas que estabelecem pontes e abrem caminhos.

A Josiany, por toda a ajuda nos intervalos durante nossos plantões.

Ao Jussielson, pela amizade e por atualizar meus conhecimentos midiáticos

A Profª. Drª. Kátia Fernanda, por compartilhar conhecimento e experiência.

Aos profissionais das equipes de saúde que contribuíram para a realização desta pesquisa.

Aos professores, Dr. Edson dos Santos Farias e Drª. Maria de Fátima Anterio Sousa Machado, que, gentilmente, aceitaram participar da banca e pelas valiosas contribuições.

Aos mestres do PROFSAÚDE UNIR, por todos os ensinamentos.

Aos colegas do Hospital da Criança, por todo o incentivo.

Aos meu colegas do mestrado, pelo acolhimento, por me ouvirem e me incentivarem a seguir em frente.

Às colegas do grupo de pesquisa HISTCULT, por serem tão solícitas e prestativas.

À FIOCRUZ e à ABRASCO, por tornarem possível a Rede PROFSAÚDE em todo o Brasil e no estado de Rondônia.

EPÍGRAFE

E guardemos a certeza,
pelas próprias dificuldades já superadas,
que não há mal que dure para sempre.
XAVIER, Chico [s/d].

MAYORQUIM, Cristiane Czarnecki. **Homem não vai à UBS!** Uma investigação sobre a formação e atenção à saúde do homem em Porto Velho-RO. 2021. 68 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho-RO, 2021.

RESUMO

Estudos indicam que os homens ainda estão mais propensos a adquirir patologias graves e crônicas, morrendo mais prematuramente do que as mulheres, uma vez que o autocuidado não é um hábito entre os usuários do sexo masculino e, tampouco, são educados para a prevenção. Costuma-se dizer que o homem não procura os serviços de saúde e, portanto, não vai à Unidade Básica de Saúde (UBS). Nesse contexto, a presente pesquisa objetivou investigar as percepções dos profissionais de equipes de Estratégia em Saúde da Família de cinco UBS de Porto Velho-RO, sobre a formação recebida e a atenção prestada à saúde do homem. Trata-se de pesquisa do tipo estudo de caso, cujos dados foram obtidos por meio de um questionário misto, disponibilizado online via *Google Forms*, combinando perguntas abertas e fechadas. Entre os 44 participantes do estudo, estiveram médicos (as), enfermeiros (as), cirurgiões (ãs) - dentistas, técnicos (as) de higiene bucal, técnicos (as) de enfermagem, agentes comunitários (as) de saúde e residentes em medicina de família e comunidade ou multiprofissional. Mediante análise de conteúdo, os dados foram sistematizados e discutidos em duas categorias: (i) percepções sobre formação para a atenção à saúde do homem e; (ii) aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem na prática laboral Os resultados da primeira categoria indicaram a falta de conhecimento específico sobre a atenção à saúde do homem na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista respostas vagas, com raras referências à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e/ou relacionadas apenas ao “Novembro Azul”. Entre os achados da segunda categoria, destaca-se que a maioria dos profissionais e residentes participantes vinculam o atendimento à população masculina quase que exclusivamente ao cuidado da próstata, o que compromete as possibilidades de ações para incorporação da atenção integral à saúde do homem no serviço prestado. Relacionando os resultados das duas categorias, infere-se que há estreita ligação entre um processo formativo com lacunas e pouca atenção direcionada a conteúdos relacionados especificamente à saúde do homem e uma atenção extremamente restrita prestada a essa população. Concluída a pesquisa, verifica-se que mesmo com a instituição da educação permamente ainda há falha na aplicação e desenvolvimento quando analisada da vertende saúde do homem, o que pode contribuir para falha na assistência, integralidade do cuidado e longitudinalidade, devendo assim, estimular mais o desenvolvimento desse eixo.

Palavras-chave: Saúde do homem. Estratégia em saúde da família. Educação permanente em saúde. Processos formativos. Atenção primária à saúde.

MAYORQUIM, Cristiane Czarnecki. **Man doesn't go to UBS!** An investigation on the formation and attention to men's health in Porto Velho-RO. 68 f. Dissertation (Professional Master Degree in Health Family) - Graduate Programa in Family Health - PROFSAÚDE. Federal University of Rondônia (UNIR), Porto Velho-RO, 2021.

ABSTRACT

Studies indicate that men are still more likely to acquire serious and chronic pathologies, dying more prematurely than women, since self-care is not a habit among male users, nor are they educated for prevention. It is often said that men do not seek health services and, therefore, do not go to the Basic Health Unit (UBS). In this context, this research aimed to investigate the perceptions of professionals from Family Health Strategy teams in five UBS in Porto Velho-RO, about the training received and the care given to men's health. This is a case study research, whose data were obtained through a mixed questionnaire, available online via Google Forms, combining open and closed questions. Among the 44 study participants were physicians, nurses, dentists, oral hygiene technicians, nursing technicians, community health workers and residents in family and community or multiprofessional medicine. Through content analysis, the data were systematized and discussed in two categories: (i) perceptions about training for men's health care and; (ii) application of knowledge about men's health in work practice The results of the first category indicated the lack of specific knowledge about men's health care in Primary Health Care (PHC), in view of vague answers, with rare references to National Policy for Integral Attention to Men's Health and/or related only to "Novembro Azul". Among the findings in the second category, it is noteworthy that most participating professionals and residents link care to the male population almost exclusively to prostate care, which compromises the possibilities of actions to incorporate comprehensive care to men's health in the service. provided. Relating the results of the two categories, it is inferred that there is a close connection between a training process with gaps and little attention directed to content specifically related to men's health and an extremely restricted attention given to this population. Once the research is completed, it appears that even with the institution of permanent education there is still a failure in the application and development when analyzed from the perspective of men's health, which can contribute to failure in care, comprehensiveness of care and longitudinality, thus, stimulating more the development of this axis.

Keywords: Men's health. Family health strategy. Permanent health education. Formative processes. Primary health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Participantes da pesquisa.....30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Participação dos profissionais em formação permanente/continuada em saúde do homem 35

Gráfico 2 - Conhecimentos dos profissionais sobre atenção à saúde do homem na APS.....37

Gráfico 3 - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a PNAISH 39

Gráfico 4 - Abordagem de conteúdos sobre saúde do homem nos cursos de graduação 40

Gráfico 5 - Avaliação dos profissionais sobre os conteúdos relativos à saúde do homem ministrados nos cursos de graduação 42

Gráfico 6 - Existência de programa de educação permanente/formação continuada sobre a saúde do homem nas UBS 44

Gráfico 7 - Rotina de atendimento na UBS 46

Gráfico 8 - Rotina de atendimento na visita domiciliar 47

Gráfico 9 - Atribuição específica na equipe no cuidado integral à saúde do homem 48

Gráfico 10 - Estratégia de captação do público masculino adotadas pelo serviço 50

Gráfico 11 – Adoção de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde do homem no serviço 51

Gráfico 12 - Adoção de outras medidas direcionadas à saúde do homem 53

Gráfico 13 - Avaliação das ações de atenção à saúde do homem nas UBS 54

Gráfico 14 - Adesão dos homens ao serviços de saúde na opinião dos profissionais de saúde 55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ABS	- Atenção Básica de Saúde
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AP	- Atenção Primária
APS	- Atenção Primária em Saúde
BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CIES	- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	- Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.
DE	- Disfunção Erétil
EC	- Educação Continuada
ECS	- Educação Continuada em Saúde
EP	- Educação Permanente
EPS	- Educação Permanente em Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
eSF	- Equipe de Saúde da Família
e-SUS	- Estratégia do Departamento de Saúde da Família
FSESP	- Fundação Serviços e Saúde Pública
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan Americana de Saúde
PEPS	- Polos de Educação Permanente em Saúde
PET SAÚDE	- Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PITS	- Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde
PIBIC	- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNEPS	- Política Nacional Permanente em Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNH - Política Nacional de Humanização

PRM - Programa de Residência Médica

PRO EPS-SUS - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SECOM - Superintendência Estadual de Comunicação de Rondônia

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBP - Sociedade Brasileira de Psiquiatria

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde

SESAU - Secretaria de Estado de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico de Higiene Dental

TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNIR - Fundação Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 13
2. REVISÃO DE LITERATURA 15
2.1 Saúde do homem no Brasil 15
2.2 Educação Permanente em Saúde 21
3. PERCURSO METODOLÓGICO 26
3.1 Contexto empírico da pesquisa 26
3.2 Participantes da pesquisa: critérios de inclusão e exclusão 29
3.3 Coleta de dados 32
3.4. Aspectos Éticos 34
4. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO 35
4.1 Percepções de profissionais da saúde sobre sua formação para a atenção à saúde do homem 35
4.2 Aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço 45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 57
REFERÊNCIAS 61
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 67
APÊNDICE B – Questionário Membros ESF Saúde do Homem 70

1. INTRODUÇÃO

“Homem não vai à UBS! ”. Essa frase parece estar implicada em uma espécie de naturalização da cultura de que homem não quer cuidar da própria saúde e que, consequentemente, não procura os serviços disponíveis para tal. No Brasil, há um cenário cultural muito calcado em uma cultura machista, fortemente incidente sobre a sociedade brasileira, segundo o qual “homem macho não precisa de médico”. Contudo, para além desse cenário cultural, há outros fatores que contribuem para essa naturalização.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009), a cada três mortes de adultos, duas são de homens. Outro ponto a ser destacado, segundo Alvarenga et al. (2012), é que, em média, os homens têm vivido sete anos a menos do que as mulheres, assim como estão propensos a adquirir mais doenças, como as do coração, cânceres e diabetes. A instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi um importante grande avanço para a reversão dessa situação, visto que objetiva facilitar, ampliar e melhorar os serviços prestados a esse público. O desenvolvimento dessa política, no entanto, constitui-se em um grande desafio, tanto do ponto de vista dos processos formativos na área da saúde como da efetivação de protocolos na prática cotidiana das equipes de saúde.

Em consonância com a PNAISH (BRASIL, 2008), o retardamento no cuidado à saúde masculina traz como consequência o agravamento das morbidades, situação que poderia ser evitada se os homens procurassem e realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária, visto que, a piora, por vezes, poderia ser evitável. Outra consequência lógica de um trabalho voltado à maior prevenção para esse público é a natural diminuição da demanda com a qual os setores secundário e terciário da atenção precisam lidar com essa população.

Salientamos, nesse contexto, a necessidade de fortalecer e desenvolver estratégias que visem a reduzir a morbimortalidade masculina, reconhecendo suas especificidades e dificuldades. Conforme Chakora (2014), a política voltada para o público masculino tem eixos prioritários, que contemplam: acesso e acolhimento, doenças prevalentes, saúde sexual e reprodutiva, paternidade, prevenção de violência, entre outros.

Sendo assim, é relevante incentivar o homem a buscar novos hábitos de saúde, sensibilizá-lo, contribuir para mudanças de atitudes, como tomar para si a consciência de cuidar-se. Segundo Pereira e Nery (2014), os homens não estão dispostos a faltar no trabalho, tampouco são educados para cuidarem preventivamente da própria saúde, uma vez que o autocuidado não é um hábito entre os usuários do sexo masculino na cultura brasileira. Daí a importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, que precisam estar aptos a

contribuírem com as implicações inerentes à atenção à saúde do homem, assim como está preconizado pela PNAISH (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado formar os profissionais da saúde, objetivando promover mudanças no que diz respeito a reduzir a desinformação e reconhecer direitos sociais. Entre as possibilidades estabelecidas por meio do MS (BRASIL, 2018), preconiza-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como perspectiva educacional de mudança da prática dos profissionais, a partir dos dilemas enfrentados na realidade, com base em conhecimentos e experiências das pessoas envolvidas no cotidiano da Atenção Básica (AB) e considerando as necessidades de saúde das pessoas e populações. Consideramos, e defendemos, a EPS como uma estratégia importante para garantir uma educação permanente para com os profissionais da área da saúde, viabilizando suas práticas de forma efetiva, assim como de atualizações teórico-práticas relacionadas à atenção à saúde do homem.

É válido ressaltar o esforço do MS para melhorar a condição do atendimento ao usuário do SUS, com a implantação de cursos de formação, mediante ações de EPS, com vistas a corrigir o descompasso entre a orientação da formação e as necessidades dos usuários. A EPS, conforme definida pelo MS, é a aprendizagem no/pelo trabalho, na qual aprender e ensinar se integram ao cotidiano das organizações e aos serviços. Ainda de acordo com MS (BRASIL, 2007), a EPS tem como base a aprendizagem significativa, além da possibilidade de transformar práticas profissionais, configurando-se em uma vertente educacional com potencial proximidade de mecanismos e temas que possibilitam reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança organizacional e transformação das práticas no serviço (BRASIL, 2007).

Paim (2014) explica e defende que a EPS, voltada para a saúde masculina, se insere no campo da saúde coletiva, que tem como premissa estar estrategicamente vinculada a situações das práticas diárias do trabalho, partindo do pressuposto de que o conhecimento, identificando-se as necessidades cotidianas, contribui para soluções por meio de práticas educacionais, reflexão, criticidade e vontade política, transformando técnicas sociais em fortalecimento do trabalho em equipe, com metodologia centrada na resolução de problemas.

Diante desse contexto, estabelecemos como problemática da pesquisa: a saúde do homem ocupa lugar de relevância entre os processos formativos dos profissionais de saúde no Brasil e entre as equipes na atenção à saúde dessa população?

Como objeto de estudo para o desenvolvimento deste trabalho, adotamos os processos formativos e os processos de atenção, tendo como participantes os profissionais de dez

equipes de Saúde da Família (eSF) de cinco UBS da cidade de Porto Velho, no estado de Rondônia.

Estabelecemos como objetivo geral deste estudo investigar as percepções dos profissionais de equipes de Estratégia em Saúde da Família de cinco UBS de Porto Velho-RO, sobre a formação recebida e a atenção prestada à saúde do homem.

Tendo em vista a socialização da pesquisa desenvolvida, organizamos a presente dissertação em cinco seções, a saber:

- **Seção 1**, que consiste nesta Introdução, em que contextualizamos a saúde do homem no Brasil, a importância do desenvolvimento da EPS junto às eSF e apresentamos a problemática do estudo, sua justificativa e seus objetivos;
- **Seção 2**, em que trazemos uma revisão de literatura e discutimos as políticas públicas de saúde no Brasil, com especial atenção à saúde do homem e à EPS;
- **Seção 3**, na qual apresentamos o contexto empírico da pesquisa, os participantes da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão; as etapas pertinentes à produção dos dados qualitativos, bem como a abordagem e o tipo de pesquisa;
- **Seção 4**, em que realizamos a análise e a discussão dos dados, considerando duas categorias: (i) percepções sobre formação para a atenção à saúde do homem e; (ii) aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço.
- **Seção 5**, na qual tecemos nossas considerações finais, resgatamos os objetivos, os principais resultados alcançados, bem como as implicações do presente estudo junto à comunidade acadêmica e à realidade do SUS de Porto Velho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde do homem no Brasil

Conforme à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (2017), nos aspectos relacionados à história, desde a instalação da colônia até a década de 1930, a saúde pública brasileira é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e publicações de várias normas, referentes a diversas ações elaboradas, sem significativa organização institucional. Diante disso, iniciou-se uma sequência de modificações, das quais decorreram a criação e a extinção de diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, no ano de 1991, com a criação da FUNASA.

A FUNASA é uma fundação pública federal, vinculada ao MS, que se originou da

fusão de vários segmentos da área de saúde, entre os quais a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Assim, a FUNASA buscou dar continuidade a algumas das ações desenvolvidas por órgãos como Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), além de exercer papel relevante na efetivação da reforma sanitária promovida pelo MS e ter ação decisiva na implementação e ampliação do SUS (FUNASA, 2018).

Em relação à saúde preventiva, o Brasil enfrentou dificuldades institucionais e administrativas. Com a limitação do desenvolvimento científico, tecnológico, industrial e da expansão da assistência médica, os embaraços foram grandes no processo de formação de consciência dos direitos de cidadania (FUNASA, 2017).

Segundo a FUNASA (2017), a reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de atores sociais coletivos, cresceu em meados de 1960. A democratização na saúde fortaleceu a Reforma Sanitária, o que fez avançar a organização de ações como as propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, constituindo a base para a criação do SUS.

No viés que se constitui como acesso à saúde por parte da categoria masculina, os programas de saúde visam a promover a conscientização para uma melhor qualidade de vida e a diminuição da mortalidade dos indivíduos; porém, a negligência por parte da categoria masculina no que refere à busca por acompanhamento de saúde constitui um dado alarmante. Visando aprimorar tal acesso, em 27 de agosto de 2009 instaurou-se a Portaria nº 1.944, por meio da qual foi estabelecida a PNAISH, a fim de atender à classe masculina, preconizando seu acesso ao acompanhamento na área da saúde (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

De acordo com Muller e Birman (2016), em 2008, discutiu-se a implantação do Programa de Saúde do Homem, denominado por Área Técnica de Saúde do Homem, em diálogo com o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (ATSH-Dapes) e o MS, com o intuito de incorporar os principais problemas da saúde masculina.

Em destaque na busca pela aplicação do conhecimento referente à qualidade de saúde do homem, apresenta-se a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), auxiliando na implementação da PNAISH (MULLER; BIRMAN, 2016). Carrara (1996) explica que a urologia se atinha a problemas urinários dos homens e mulheres, visto que a andrologia, ao lado da ginecologia, era considerada subespecialidade da sexologia. Outro ponto mencionado pelo citado autor corresponde à urologia, definida como subespecialidade que cuida do sistema reprodutor, função sexual e regulação de hormônios sexuais masculinos, tratando de

problemas de envelhecimento masculino e infertilidade.

Segundo Müiller e Birman (2016), em 2008, foi assinado o Termo de Cooperação Técnica junto ao MS e à SBU, com o intuito de promover a assistência ao cuidado à saúde do homem no SUS e reduzir a mortalidade desse grupo populacional. Cabe pontuar que não bastava treinar os médicos do SUS para diagnosticar patologias urológicas; era necessário também auxiliar na promoção de campanhas educativas ao público masculino, para aumentar a procura dos serviços de saúde pelos homens brasileiros.

De acordo com Muller e Birman (2016), a PNAISH é fruto de uma parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Na ocasião, o então ministro José Gomes Temporão sublinhou a importância da SBU na construção da nova política. Na apresentação da PNAISH (BRASIL, 2008, p. 3), fica claro que a saúde do homem passa a ser uma das prioridades de Estado e que a política a ser instalada traduziria "um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública".

Segundo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) (2011), a APS permite a implementação de princípios e diretrizes, visto que o processo é dinâmico, de modo a se constituir como ponto fundamental para a organização da rede, sendo o primeiro contato dos usuários com o SUS, sem distinção de público.

A PNAISH aponta que grande parte da falta de aderência às medidas preventivas pelo público masculino estão ligadas a questões culturais, de modo que considerar uma doença é como assumir uma fragilidade da sua própria condição biológica. A política também se refere ao fato de que o usuário tem medo que o médico descubra que sua saúde não vai bem, visto que o homem, culturalmente, acredita ser invulnerável e, por isso, se expõe a situações de risco. É importante frisar a dificuldade do homem em reconhecer suas necessidades, uma vez que rejeita a ideia de adoecer. Além disso, as políticas públicas, estratégias e diretrizes, no contexto geral, privilegiam ações voltada para as crianças, adolescentes, idosos e mulheres, em detrimento ao grupo masculino.

Pereira e Nery (2014, p. 636) afirmam que:

> [...] a valorização das ações curativas, assim como as elevadas morbidade e mortalidade da população masculina, remetem à reflexão necessária acerca da reestruturação da relação entre homens e serviços de saúde, no sentido de promover qualidade de vida dessas pessoas e reduzir os encargos financeiros das ações em saúde pública destinados a tratamentos complexos e onerosos a esse público em função da falta de ações de promoção à saúde e de trabalhos

de prevenção.

Nesse contexto, é fundamental uma gestão estratégica direcionada à saúde do homem, com base nos eixos micropolítica do trabalho na saúde, tecnologia, planejamento, promoção e educação em saúde. Conceitos, metas e métodos devem ser empregados como referenciais na construção de um processo participativo que envolva profissionais, usuários e gestores.

De acordo com a PNAISH (BRASIL, 2008), os princípios de humanização da qualidade da Atenção Integral à Saúde do Homem são os seguintes:

> 1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
> 2. Articular-se com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina;
> 3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
> 4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primria relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
> 5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
> 6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
> 7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
> 8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (PNAISH, 2008, p. 28).

Conforme exposto na PNAISH (BRASIL, 2008), as ações no setor da saúde regem a elaboração dos planos, atividades, programas e projetos. Nesse sentido, devem ser elaboradas com integridade, coerência e viabilidade, visando à humanização das ações no âmbito da APS.

Cavalcanti et al. (2014) identificaram que a criação da PNAISH não foi suficiente para inserir o homem no contexto de saúde, visto que a referida política tinha a previsão para estar implantada, efetivamente, até dezembro de 2011. Desse modo, a ESF não avançou como deveria, pois ainda não atingiu a eficiência para com os princípios norteadores do SUS, da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dificultando a qualidade dos serviços prestados, por nem sempre oferecer um atendimento humanizado e integral que favoreça a captação e a adesão da população masculina aos

serviços de atenção primária à saúde.

Segundo à Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia (SESAU) (RONDÔNIA, 2016) apenas 30% dos homens buscam orientação médica, fazem exames preventivos de doenças autoimunes e procuram as UBS sem serem levados. Esses dados foram confirmados pelos números do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), responsável pela formatação de dados e pesquisas do MS.

O MS (BRASIL, 2016) é a favor da abordagem integral da saúde dos homens e recomenda aos gestores estaduais e municipais medidas para programar e avaliar ações intersetoriais e interinstitucionais locais de promoção à saúde e prevenção aos agravos, baseadas em evidências que demonstram ser efetivas na redução dos mesmos, melhorando a qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, em 2017, foram realizadas oficinas com o objetivo de avaliar ações e investimentos já realizados por municípios de Rondônia, além de capacitar novas cidades do estado para iniciar o trabalho (RONDÔNIA, 2017).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA) (PORTO VELHO, 2019), no mês de novembro, o atendimento preconizado pela PNAISH é fortalecido com a programação do "Novembro Azul", cujo objetivo é reforçar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de próstata, disponibilizando algumas UBS com o horário diferenciado para acesso e acolhimento do público masculino. No entanto, em nossa atuação com a formação dos profissionais e diretamente na APS, não verificamos atenção sistematizada à população masculina entre as UBS do município.

A ESF é um passo importante na APS para que os homens procurem os serviços prestados pelo SUS. Segundo Rodrigues e Ribeiro (2012), para uma grande parcela dos homens, a UBS é vista como espaço destinado às mulheres, crianças e idosos. Silva et al. (2012) explanam que o número de programas e atividades disponibilizadas para o universo masculino ainda é baixo, sendo esse fator relevante quando destacada a existência da interação dos homens em atendimento a suas necessidades de saúde.

No Brasil, as políticas públicas apresentam imensas dificuldades no que se refere à inserção dos homens nos movimentos de atenção primária à saúde, devido a incompreensão por parte dos homens a suas condições de prevenção e controle à saúde, pois "o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, não são questões colocadas na socialização dos homens" (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014, p. 616).

Para "chamar os homens", as UBS se utilizam do trabalho dos ACS. Julião e Weigelt (2011) afirmam que as estratégias de busca ativa dos homens utilizadas pelas eSF partem dos grupos de educação e focam no uso de preservativos, drogas, neoplasias e doenças crônicas.

No que diz respeito à conscientização da saúde da família, Moura et al., (2014) constataram que a participação dos homens se apresenta inferior a 50% na minoria das ESFs, sendo que, em muitas, não existem atividades ou programas de conscientização que atendam à demanda masculina vinculada à necessidade de cuidados referente à saúde. Constatou-se que esse tipo de tema é visto, com frequência, apenas no âmbito acadêmico, mas, na prática, entre as equipes multiprofissionais, são serviços carentes e pouco relacionados a ações de formação permanente/continuada.

Salienta-se que o horário de atendimento e a falta de preparo adequado dos profissionais de saúde é um dificultador da entrada do homem nos serviços de saúde. Nesse contexto, Mendonça e Andrade (2010) pontuam que, nas situações em que as ações são direcionadas aos homens na unidade básica, há favorecimento da procura pelo serviço e diminui a incidência de morbidade quando relacionada a doenças sexualmente transmissíveis.

Conforme Leal, Figueiredo e Silva (2012), os homens são vistos nas UBS, muitas vezes, apenas como acompanhantes, seja de gestantes, idosos, crianças ou como mediadores para ajudar alguém na solicitação e agendamento de consultas e exames de outras pessoas. Segundo os autores, raramente os homens são vistos como usuários em busca de atendimento, o que significa dizer que os profissionais não os vêem como potenciais usuários dos serviços de saúde e pessoas com necessidades de atendimento e/ou ações de prevenção e promoção da saúde.

De acordo com Vieira et al. (2014), para o atendimento da população masculina, é necessário que os profissionais de saúde se capacitem, problematizem a realidade de cada UBS e, juntamente com os gestores de saúde, vislumbrem e operacionalizem estratégias inclusivas para o público masculino, entre elas horários alternativos e implementação de programas específicos.

Fontes et al. (2013) afirmam que, muito recentemente, em nossa realidade, em suas necessidades singulares, bem como a preocupação do MS para a qualificação dos profissionais a busca pela reformulação de Projetos Pedagógicos de Curso para focar também esses indivíduos da área, conforme descrito no Plano Nacional de Ação (2009-2011) visando à implementação da PNAISH.

Medeiros (2015) reitera que qualificar profissionais da ESF, utilizando-se da estruturação lógica da Educação Permanente (EP), tem sido um desafio. A EPS, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, inserem-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes para uma

atuação conjunta, incluindo seus agentes, práticas organizacionais, instituição e/ou o setor da saúde.

2.2 Educação Permanente em Saúde

De acordo com Lemos (2016), em 1955, na França, surgiu, pela primeira vez, o vocábulo EP, sendo oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre a continuidade da escolaridade obrigatória e a reestruturação do ensino público. No final da década de 1960, a EP passou a ser divulgada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), abrangendo a qualificação do indivíduo como meio imprescindível para a produtividade econômica e desenvolvimento do país.

Nas palavras de Feuerwerker (2014), a EPS surgiu em meados da década de 1980, tendo sido disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o propósito de transformação do método de trabalho, mediante sistematização na educação dos trabalhadores da saúde. Assim, o conceito de competência processual - originado no ano de 1980, por meio da teoria Freireana, incluindo tanto as experiências de nível individual quanto coletiva – começou a ser discutidos no âmbito da saúde.

Segundo Feuerwerker (2014), na década de 1980, a OPAS lançou a proposta da EPS com o objetivo de transformar a estratégia do processo de trabalho, através de arranjos organizativos na formação direcionada aos trabalhadores da saúde. De acordo com Peduzzi et al. (2009), a orientação da OPAS tinha como objetivo a reorientação dos processo de capacitação dos trabalhadores fixados na saúde, norteados pela aprendizagem no trabalho, de natureza participativa e multiprofissional.

Considerando a aprendizagem no decorrer da vida, Passone (2019) nos remete à Grécia Antiga, a título de exemplo, onde a modernidade, o conceito de processo em termos de Paideia[1], condensava o helênico, termo usado para educação integral do homem. Segundo o autor,

> As mudanças político-econômicas e socioculturais foram acompanhadas pela progressiva escolarização dos meios de educar e instruir os indivíduos,

[1] É um estudo sobre os ideais de educação da Grécia Antiga. Interação entre o processo histórico da formação do homem grego e o processo espiritual, por meio da qual os gregos chegaram a elaborar seu ideal de humanidade. (WERNER, Jaeger. **A formação do homem grego**. 6 ed. 2013).

> sendo tais práticas cada vez mais associadas à divisão do trabalho, à experiência da vida urbana/privada das democracias liberais e à complexidade e diferenciação social e, consequentemente, à distribuição desigual dos conhecimentos públicos (PASSONE, 2019, p. 136).

De acordo com Feuerwerker (2014, *apud* Lemos et al. 2010), os anos 80 foram uma década de muitas mudanças, tendo como pano de fundo a queda do muro de Berlim, fortalecendo-se o neoliberalismo, os questionamentos ao socialismo, as teses pós-modernas e o desmoronamento do taylorismo. Vale pontuar que essas modificações também refletiram na educação dos trabalhadores da saúde.

Nas palavras de Lemos (2016), o modelo construído pela OPAS teve o intento de estabelecer um novo paradigma pedagógico, a EPS, em que o profissional se envolva com intensidade no processo produtivo de saúde, superando o trabalho fragmentado. Para os referidos autores, é perceptível que a origem da EPS tenha relação com o modelo empresarial toyotista, pois significa rigor que não responde às problemáticas abordadas, o que coloca em dúvida a base do capital sustentada por anos. Igualmente, importa salientar que o fordismo buscou minimizar a dimensão intelectual da produção do trabalho por meio de atividades repetitivas, enquanto o toyotista criou a lógica de integrar o profissional com a organização do trabalho.

A proposta da EPS foi emitida pela OPAS no início dos anos 1980, com a função de um novo conceito e orientação para os processos de formação dos profissionais inseridos na saúde, guiados pela aprendizagem mútua no trabalho (PEDUZZI et al., 2009). Ceccim e Ferla (2008) descrevem a EPS como uma prática de ensino-aprendizagem, mas também uma política de educação na saúde, considerando-se que envolve a contribuição do ensino na construção do SUS e se fortalece como uma opção político-pedagógica dentro do sistema.

Lima, Albuquerque e Wenceslau (2014) afirmam que um dos fundamentos para o suporte do SUS é a formação dos profissionais que operam no sistema e a EPS é uma ferramenta excelente para a qualificação profissional. Ceccim e Ferla (2008, p. 163) enfatizam que a EPS está sustentada nos pressupostos teóricos da aprendizagem significativa e da problematização. Em seus aspectos técnicos, a EPS se aproxima das premissas de Paulo Freire em relação à alfabetização de adultos. Silva, Leite e Pinno (2014), por sua vez, reconhecem que a EPS está vinculada à atividade laboral, com o propósito de estimular o trabalho de múltiplos atores e sua integralidade, articulando todos os possíveis segmentos envolvidos. Collar, Almeida Neto e Ferla (2015) ressaltam que os conhecimentos e práticas

precisam ter movimentos dentro do serviço, para produzir vetores de força para o cuidado integral.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê a continuidade da capacitação nos ramos da área da saúde. A abrangência das formações, após o período formativo, compete à ampliação de novas perspectivas na área, a percepção e a atualização de procedimentos, entre outros (MASSAROLI; SAUPE, 2008). Conforme Girade (2006), a EPS é um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo como objetivo a análise e o aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos para enfrentarem a evolução tecnológica, as necessidades sociais e contemplar os objetivos e metas da instituição a que pertencem. Já para Motta e Ribeiro (2005), é uma pedagogia que revaloriza o processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagens, identificando lacunas de conhecimentos e atitudes que fazem parte dos problemas do cotidiano nos serviços.

Segundo o MS (BRASIL, 2014), os processos educacionais necessitam de uma articulação do saber e conhecer com o saber fazer, ajudando a promover a superação e a padronização da inverídica dicotomização entre teoria e prática, estimulando e promovendo, portanto, o espírito de invenção. O MS (BRASIL, 2011), Ceccim e Feuerwerker (2004) e Gadotti (2016) afirmam ser importante considerar a formação dos profissionais da saúde na estruturação da EPS, pautando-se no comprometimento de desenvolver ações educativas, definindo quantitativamente e qualitativamente o processo de trabalho.

Vale pontuar que a EPS não é um ensino mecânico, tão logo exista conexão com o cotidiano dos profissionais, que não são apenas escutadores e/ou observadores do conhecimento. Nesse sentido, Ceccim e Ferla (2008) recomendam uma formação contínua e desafiante, quando se pensa em ligações entre a educação e o trabalho em saúde, apontando para a relevância social do ensino e das articulações entre a formação e o exercício profissional.

Na concepção de Ceccim e Feuerwerker (2004), entre as possibilidades da articulação da EPS encontra-se a proposta de capacitação que considere o quadrilátero da formação em saúde, embasado na capacitação dos aspectos relacionados ao ensino, à gestão setorial, às práticas de atenção e ao controle social vinculado á saúde. Segundo esses autores,

> A prática em experimentação aqui referida é a formulação de uma política pública apresentada pelo Ministério da Saúde para a educação dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 22).

Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que, em 2003, surgiu a definição de quadrilátero da formação: ensino-gestão-atenção-controle social. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento técnico-profissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários. Dentre os componentes do quadrilátero para considerar e promover a educação estão o diagnóstico da metodologia dos trabalhadores da saúde – transformando o conceito clássico e predominante centralizador da formação do saber – e a avaliação das técnicas de atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004) sublinham que as fases do quadrilátero se tornam relevantes no sentido de dispor de interlocutores específicos e configurações de espaços com diferentes motivações. Então, a apreciação crítica na formação aplicada e a formação com vigor político para processos de alterações da realidade ativam certos processos e controlam outros. É igualmente importante destacar que a convocação pedagógica é uma luta política e conspira para conexões.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se instaurou no Brasil no ano de 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, através da institucionalização dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), apresentando-se como um marco na ampliação dos recursos para a saúde. Esse programa constitui-se coo uma política de formação na área da saúde, em especial destinada aos profissionais da saúde vinculados ao SUS. Silva e Scherer (2020, p. 2) afirmam que a PNEPS

> [...] pressupõe a integração entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, objetivando transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em prol da humanização e melhoria do acesso e da qualidade do cuidado prestado à população (SILVA; SCHERER, 2020, p. 2).

Para o MS (2018), a PNEPS está fundada em um conjunto de legislações, expressando suas diretrizes. Os gestores dispõem de financiamento federal, regular e automático para ser usado na Educação em Saúde, com repasse de fundo, utilizando-se do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, com vistas ao planejamento e à execução a curto, médio e longo prazos.

Devemos considerar que os recursos financeiros voltados para a educação na saúde, necessitam de elaboração dos Planos de Ação Regional de EPS. Vale salientar a retomada dos processos de implementação da PNEPS como resposta a debates, oficinas regionais que atualizem as diretrizes políticas e a consolidação da política nacional (BRASIL, 2018).

O PRO EPS-SUS, lançado por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28/11/2017, tem o intuito de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da saúde, direcionando o atendimento aos princípios fundamentais do SUS, de acordo com a realidade local e da análise dos processos de trabalho. A esse respeito, Silva e Scherer (2020, n/p, online) analisam que:

> Nasce desse processo, como uma das medidas para restabelecer o processo de implementação da PNEPS, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), instituído pelo Ministério da Saúde em 2017, que significou a recuperação do fluxo de financiamento, por meio de repasses de recursos aos estados e municípios, com o propósito de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional.

O MS é responsável por fazer o repasse dos recursos para os municípios. Ademais, o PRO EPS-SUS prenuncia aos estados e Distrito Federal incentivo à elaboração das ações focadas nas equipes de AB. Uma das propostas vinculadas ao PRO EPS-SUS consiste no alcance de aporte financeiro, promovendo condições específicas de atendimentos aos estados e municípios, como os planos estaduais e a execução de ações de atenção básica a saúde. Os programas são indispensáveis para fortalecer as práticas educacionais voltadas para o SUS, no apoio educacional na área da saúde ao ensino, gestão e controle social (SILVA; SCHERER, 2020).

De acordo com as teorias estabelecidas, torna-se importante os profissionais da saúde saberem aplicar o conhecimento obtido em oficinas, debates, aprender a aplicar o conhecimento teórico, principalmente quando se consideram as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho. Sabemos que, em sua maioria, a infraestrutura é precária, mas um profissional bem preparado terá condições de trabalhar e atender, buscando minimizar as adversidades que venham a ocorrer, proporcionando, portanto, um atendimento de qualidade aos usuários (BRASIL, 2018). Desse modo, a saúde apresenta seus critérios de exigências, buscando auxiliar a população na disposição da atenção à saúde, através de serviços organizados de atendimento ao público.

Vale ressaltar que a revisão bibliográfica permite a contextualizaçaõ do leitor com as temáticas a serem abordadas, neste viés, dentro deste estudo, tornou-se por necessidade, explorar conceitos relacionados aos aspectos de saúde do homem no Brasil, sinalizando todo seu processo estrutural diante de sua formação, os Âmbitos legais, e os impactos que este trabalho direcionado tende a formentar na sociedade. Adiante, se estabelece aproximações

com a temática referente a educação permanente em Saúde, de modo a promover a relação do ensino diante do contexto de saúde, e os órgãos que permitem a interatividade de tratamentos e acompanhamentos por parte da população.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo teve como objetivo investigar as percepções dos profissionais de equipes de Estratégia em Saúde da Família de cinco UBS de Porto Velho-RO, sobre a formação recebida e a atenção prestada à saúde do homem. A abordagem utilizada ao longo da pesquisa foi a qualitativa (BOGDAN; BIKLEN, 1994), para avaliar as equipes de saúde da família que possui vínculo com a Universidade do Estado de Rondônia.

Entre os principais objetivos de uma pesquisa qualitativa, destacamos a possibilidade de compreender a visão dos sujeitos da pesquisa sobre os serviços desenvolvidos e os procedimentos para a solução de problemáticas inerentes ao seu fazer cotidiano. Nesta investigação, a abordagem qualitativa esteve presente nos questionamentos realizados aos profissionais de saúde, por meio dos quais obtivemos as respostas dos participantes no que se refere a sua formação e também a respeito da atenção a saúde do homem. Yin (2003) destaca a pesquisa qualitativa como uma investigação empírica sobre "um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos" (YIN, 2003, p. 32).

Segundo Gil (2008), o estudo de caso se baseia na investigação de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. O estudo de caso tem o propósito de explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos, preservar o caráter unitário do objeto estudado, descrever a situação do contexto em que está sendo feita uma determinada investigação, formular hipóteses ou desenvolver teorias e explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexas que não permitam o uso de levantamentos e experimentos.

3.1 Contexto empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada dentro dos limites do espaço urbano do município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, que, segundo o IBGE (2010), possui 34.090,952 Km²

de área geográfica, uma população estimada de 529.544[2].

De acordo com a SEMUSA (PORTO VELHO, 2020), existem 16 UBS em atividade no município, sendo o foco desta pesquisa as cinco UBS que apresentam vínculo direto com a UNIR. Tal escolha se justifica pela impossibilidade logística de uma pesquisa sem bolsa ou outro tipo de financiamento em abarcar todas as UBS do município e pela maior facilidade de acesso pela pesquisadora, docente da referida universidade e também por receber os residentes de medicina da família e comunidade e multiprofissional.

No curso de Medicina da UNIR, os acadêmicos desenvolvem a parte prática das disciplinas relativas à AB desde o primeiro período, além do estágio da disciplina de saúde coletiva no internato. Destacam-se, ainda, outros programas e projetos da UNIR relativos à área da saúde, tais como: especializações, residências, mestrados, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e projetos vinculados a editais de ampla concorrência disponível no site http://www.depmed.unir.br/homepage. Dessa forma, as UBS em que desenvolvemos esta pesquisa foram: Pedacinho de Chão, Socialista, Hamilton Raolino Gondin, Castanheiras e Dr. Ronaldo Aragão.

A **UBS Pedacinho de Chão**, situada na Av. Tiradentes, bairro Embratel, é composta por quatro eSF, sendo duas no turno matutino e duas no turno vespertino. A UBS Pedacinho de Chão é constituída por um total de 67 servidores, sendo: quatro enfermeiras, quatro médicos, quatro técnicos administrativos, um farmacêutico, um bioquímico, cinco auxiliares de serviços gerais, cinco assistentes de administração, três auxiliares de enfermagem, sete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviço de saúde, dois auxiliares de laboratório, um gerente, 22 ACS, dois THD e quatro CD (PORTO VELHO, 2020). A estrutura física da unidade é constituída por: um auditório, três banheiros, uma sala de imunização, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de odontologia, três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), um laboratório, uma farmácia, uma sala de regulação, a sala da Direção Geral, uma copa e uma área comum (SEMUSA, 2020). Cabe salientar que essa estrutura necessita de reforma, pois são edificações separadas em meio a um espaço aberto e sem climatização, o que gera desconforto aos profissionais e à população. Dos programas e projetos desenvolvidos pelo UNIR em parceria com instituições de saúde, a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é realizada nessa unidade. Dentro da referida UBS, escolhemos as eSF

[2] População estimada pelo IBGE referente ao ano de 2020. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama.

Nova Esperança I/Industrial e Embratel II como *lócus* de investigação, critério adotado devido ao vínculo do PRM com a UNIR (PORTO VELHO, 2020).

A UBS atende os bairros: Embratel, Flodoaldo Pontes Pinto, Industrial, Nova Esperança e Rio Madeira. Frente a esta estruturação, a formação das equipes se constituem por: três médicos especialistas em MFC,18 ACS, quatro CD, dois THD (atendem as duas equipes de eSF do turno vespertino), quatro enfermeiros e seis técnicas de enfermagem e duas médicas residentes em MFC. As duas médicas residentes em MFC, de acordo o cronograma pré-estabelecido de rodízio entre UNIR/UBS Pedacinho de Chão, atuam de dois a seis meses na referida UBS. O rodízio dos residentes se faz necessário devido ao número reduzido de preceptores especialistas em MFC em Porto Velho (PORTO VELHO, 2020).

A **USF Socialista** recebe residentes do PRM multiprofissional da UNIR, situa-se na Rua Mané Garrincha, bairro Socialista, zona Leste de Porto Velho. Compõem a USF um total de 71 servidores, sendo quatro enfermeiras, quatro médicos, cinco técnicos administrativos, dois farmacêuticos, dois bioquímicos, cinco auxiliares de serviços gerais, oito auxiliares de enfermagem, oito técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de serviço de saúde, dois auxiliares de laboratório, um gerente, 23 ACS e dois CD. Atualmente, conta com quatro eSF, sendo duas com atendimento matutino e duas vespertino. Escolhemos, para a pesquisa, a equipe Socialista dois, por atuar com residentes do PRM multiprofissional. Esta eSF é composta por duas residentes, uma enfermeira, uma médica, um CD, duas técnicas de enfermagem, sete ACS (PORTO VELHO, 2020).

A **UBS Hamilton Raolino Gondim**, também foi selecionada por receber residentes do PRM em MFC da UNIR. Inaugurada em novembro de 2008, está situada na Av. José Amador dos Reis, bairro Tancredo Neves, zona Leste de Porto Velho. Oferece serviços de laboratório, saúde da família, vacinação, curativo, Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem (SADI) e especialidades odontológicas. Compõem a referida USF um total de 118 servidores: seis enfermeiras, oito médicos, dez CD, dez THD, quatro técnicos administrativos, dois farmacêuticos, quatro auxiliares de farmácia, dois bioquímicos, seis auxiliares de serviços gerais, quatro assistentes de administração, seis auxiliares de enfermagem, doze técnicos de enfermagem, seis auxiliares de serviço de saúde, seis auxiliares de laboratório, um gerente e 31 ACS (PORTO VELHO, 2020).

No que confere à eSF Tancredo Neves II, esta, por sua vez, atende no período vespertino e é composta por uma enfermeira, um médico estatutário da Prefeitura Municipal de Porto Velho e residente do PRM da UNIR, um CD, duas técnicas de enfermagem, uma THD e seis ACS. Por fim, a eSF Tiradentes atende no período vespertino e é composta por

uma enfermeira, uma médica estatutária da Prefeitura Municipal de Porto Velho e residente do PRM da UNIR, um CD, duas técnicas de enfermagem, uma THD e quatro ACS (PORTO VELHO, 2020).

A **UBS Dr. Ronaldo Aragão**, por sua vez, foi inaugurada em novembro de 2011, também foi escolhida como *lócus* da pesquisa por receber residentes do PRM de MFC da UNIR. Está situada na Estrada do Belmonte, bairro Nacional. Compõem a referida USF um total de 66 servidores, sendo quatro enfermeiras, quatro médicos, quatro CD, quatro THD, três técnicos administrativos, dois farmacêuticos, dois auxiliares de farmácia, dois bioquímicos, três auxiliares de serviços gerais, seis auxiliares de enfermagem, oito técnicos de enfermagem, três auxiliares de serviço de saúde, quatro auxiliares de laboratório, um gerente e 16 ACS (SEMUSA, 2020). Oferece serviços de laboratório, atendimento à saúde da família, vacinação, curativo, além de abranger os programas do MS Hiperdia, Hanseníase e Tuberculose. Atualmente, conta com quatro eSF, denominadas equipe I, II, III e IV, sendo duas com atendimento no período matutino e duas no vespertino. Selecionamos, intencionalmente, para a pesquisa, a Equipe I, composta por uma enfermeira, uma médica estatutária da Prefeitura Municipal de Porto Velho e residente do PRM da UNIR, uma CD, duas técnicas de enfermagem, uma THD e quatro ACS (PORTO VELHO, 2020).

A **UBS Castanheira**, inaugurada em dezembro de 2017, também foi selecionada como *lócus* da pesquisa por receber residentes do PRM de MFC da UNIR. Situa-se na Rua Pau Ferro, bairro Cohab, zona Sul de Porto Velho. Compõem a referida USF um total de 72 servidores, sendo quatro enfermeiras, quatro médicos, quatro CD, quatro THD, cinco técnicos administrativos, dois farmacêuticos, dois auxiliares de farmácia, dois bioquímicos, quatro auxiliares de serviços gerais, oito auxiliares de enfermagem, oito técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de serviço de saúde, dois auxiliares de laboratório, um gerente e 24 ACS. Oferece serviços de laboratório, atendimento à saúde da família, vacinação e curativo (SEMUSA, 2020). Atualmente, conta com quatro eSF, denominadas Castanheira I, II, III e IV, sendo duas com atendimento no período matutino e duas no vespertino. Foi selecionada para participar da pesquisa a eSF Castanheira IV, composta por uma enfermeira, uma médica estatutária da Prefeitura Municipal de Porto Velho e residente do PRM da UNIR, uma CD, duas técnicas de enfermagem, uma THD e cinco ACS (PORTO VELHO, 2020).

A seguir, apresentamos os sujeitos da pesquisa, bem como os critérios de inclusão e de exclusão que levaram esses profissionais a fazerem parte de forma efetiva da pesquisa.

3.2 Participantes da pesquisa: critérios de inclusão e exclusão

Em uma pesquisa científica, a escolha dos participantes demanda objetividade e interesse dentro dos quesitos necessários para atender ao objetivo proposto. Doxsey e De Riz (2003) apontam dois quesitos necessários para identificar as perspectivas essenciais na escolha dos participantes. Segundo os autores, existem dois pontos principais a serem levados em consideração, sendo eles:

> [...] até que ponto queremos generalizar ou concluir algo para um pequeno grupo ou para uma população maior; e quantos casos, indivíduos, unidades de observação precisam ser estudados para que os resultados sejam considerados 'científicos' (DOXSEY; DE RIZ, 2004, p. 44).

O tipo de pesquisa direciona para o quantitativo de participantes necessário para que haja um levantamento de dados que consiga atender aos objetivos propostos. Nesse viés, de modo a elucidar o cenário necessário para atender aos quesitos deste estudo, contamos, inicialmente, com o total de 65 pessoas, sendo: 22 ACS, cinco médicos residentes em MFC, três residentes multiprofissionais em saúde da família, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, cinco cirurgiões-dentistas, cinco técnicos em higiene bucal e cinco médicos que compõem as eSF vinculadas ao PRM da UNIR.

Em referência à abordagem da pesquisa, Lakatos e Marconi (2012) afirma que:

> Quando se deseja colher informações sobre um ou mais aspectos de um grupo grande ou numeroso, verifica-se, muitas vezes, ser praticamente impossível fazer um levantamento do todo. Daí a necessidade de investigar apenas uma parte dessa população ou universo.

Com base no que diz Lakatos e Marconi (2012), como critérios de inclusão na pesquisa, consideramos todos os profissionais de saúde que fazem parte das eSF de todas as UBS onde a UNIR atua; adotamos como critério de exclusão aqueles que estivessem gozando de licença ou em férias na época da realização da pesquisa.

O fato de selecionarmos todos os profissionais das equipes se deve à importância que atribuímos à constituição multiprofissional das eSF e de ações de EPS voltadas à atenção à saúde dos usuários do SUS e, é claro, dos homens, não discriminando o estudo por um núcleo profissional específico, mas levando em consideração a importância dos aspectos formativos e de atenção de todos os profissionais que compõem as equipes investigadas.

No Quadro 1, apresentamos os participantes da pesquisa, de acordo com as equipes e as UBS onde atuam, identificando-os por suas iniciais, gênero e profissões que exercem:

Quadro 1 - Participantes da pesquisa

UBS Castanheira - Equipe Castanheira		
Identificação do profissional	**Gênero**	**Profissão**
CCS	Mulher	Médica/residente
FPT	Mulher	Odontóloga
RZ	Mulher	Enfermeira
VOM	Mulher	Auxiliar de Enfermagem
ICAF	Mulher	THD
IMRB	Mulher	ACS
SFCS	Mulher	ACS
FSA	Mulher	ACS
UBS Ronaldo Aragão - Equipe I		
Identificação do profissional	**Gênero**	**Profissão**
DCPN	Mulher	Médica/residente
AMS	Mulher	Enfermeira
DCSR	Mulher	ACS
AMGM	Mulher	ACS
LLC	Mulher	ACS
UBS Pedacinho de Chão - Equipe Setor Nova Esperança/Setor Industrial		
Identificação do profissional	**Gênero**	**Profissão**
SRP	Mulher	Médica
FSM	Homem	Odontólogo
VAD	Mulher	THD
DD	Mulher	Técnica de Enfermagem
ACRC	Mulher	Técnica de Enfermagem
SESS	Mulher	ACS
ABS	Mulher	ACS
RVP	Mulher	ACS
AMT	Mulher	ACS
MCB	Mulher	ACS
JS	Mulher	ACS
UBS Pedacinho de Chão - Equipe Embratel II		
Identificação do profissional	**Gênero**	**Profissão**
PMST	Mulher	Médica
FMMF	Homem	Enfermeiro
JRLC	Homem	Odontólogo
JMS	Mulher	Técnica de Enfermagem
EST	Mulher	Técnica de Enfermagem
ELO	Mulher	ACS
FGS	Mulher	ACS
FLL	Mulher	ACS
UBS Hamilton Raolino Gondim - Equipe Tancredo Neves II		
Identificação do profissional	**Gênero**	**Profissão**
JCR	Homem	Médico
DORNJ	Mulher	Odontóloga
VAS	Mulher	ACS
IRS	Mulher	ACS
MRC	Mulher	ACS
RMBN	Mulher	ACS
UBS Socialista - Equipe Socialista II		
Identificação do profissional	**Gênero**	**Profissão**

SCB	Mulher	Médica
FLFF	Mulher	Enfermeira/Residente
ERR	Mulher	Odontóloga/Residente
POS	Mulher	ACS
RRL	Mulher	ACS
CFS	Mulher	ACS

Fonte: dados da pesquisa (2020)

Do total de questionário representando os paricipantes que pode ser usados, obitvemos o número de 44 pessoas, sendo que 40 são mulheres e quatro são homens. O número variável de participantes por UBS (e por equipes) é resultado de múltiplos fatores, principalmente, do já variável número de profissionais atuando em cada UBS/equipe e da quantidade que se dispôs a participar da pesquisa em cada UBS/equipe, uma vez que não houve adesão de todos os participantes das equipes.

Cabe salientar que as atividades nas UBS de Porto Velho se apresentaram restritas em função da pandemia de COVID-19, de modo que um número considerável de profissionais precisaram ser afastados por terem contraído o vírus, além de outros que foram remanejados, de acordo com as necessidades da SEMUSA. Essas situações atípicas ocorridas no ano de 2020 devido à pandemia, impactaram direta e fortemente no número de participantes da investigação uma vez que não foi possível o contato e apresentação do questionário.

Descrevemos, a seguir, os procedimentos de coleta de dados junto aos profissionais participantes da pesqusia.

3.3 Coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos um questionário online composto por três blocos: o primeiro consiste na caracterização dos sujeitos da pesquisa, no qual constam identificação, sexo, faixa etária, escolaridade e tempo de atuação na ESF; o segundo bloco trata da formação do sujeito da pesquisa na saúde do homem, composto de duas questões abertas e três fechadas e; o terceiro bloco trata da rotina da atendimento à saúde do homem, contendo seis perguntas abertas e duas fechadas, das quais uma demandava justificativa.

A produção de dados ocorreu mediante a utilização de questionário estruturado, aplicado online, por meio da ferramenta *Google Forms*[3]. Segundo Kerlinger (1980, p. 170-

[3] Devido ao quadro mundial da pandemia do novo Coronavírus, no ano de 2020, necessitamos readequar procedimentos da pesquisa. No caso específico da coleta de dados, optamos pela abordagem virtual de contato junto aos participantes.

171), o questionário caracteriza-se pela abordagem direta às pessoas cujo comportamento se deseja conhecer ou informações que se deseja coletar. De acordo com Lakatos e Marconi (2012), o questionário consiste em um “instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas”, na qual não se faz necessária a presença do pesquisador.

Porto (2015) considera algumas vantagens do questionário de aplicação online, tais como: fácil administração, baixo custo, alcance mundial, rapta captação, dispensa de gravações, conforto e flexibilidades aos participantes. Contudo, Lakatos e Marconi (2012) manifesta como possibilidades de desvantagens a devolução tardia, prejudicando o andamento da pesquisa e a impossibilidade de ajuda em casos de dúvidas por parte dos participantes. Basicamente, procede-se a solicitação de informações a um grupo de indivíduos acerca do problema estudado para, em seguida, proceder às análises correspondentes aos dados coletados via questionário.

O questionário elaborado para nossa investigação apresenta, em sua estrutura, questões fechadas e abertas (GIL, 2017), possibilitando respostas diferentes aos participantes da pesquisa, propiciando-lhes a emissão espontânea de opiniões acerca dos temas abordados nos questionários. O instrumento foi construído com vistas a viabilizar a produção de dados relacionados ao foco da pesquisa: formação e prática quanto à atenção à saúde do homem.

Segundo Lakatos e Marconi (2012), as perguntas abertas são “também chamadas livres ou não limitadas”, pois permitem que o participante manifeste sua resposta livremente, com uso de sua linguagem rotineira. Possibilitam, também, a emissão de opiniões por parte dos participantes, devido ao campo aberto para manifestarem suas concepções acerca do tema mencionado na questão. As perguntas fechadas, por sua vez, limitam a manifestação de ideias por parte dos entrevistados, sendo possível direcionar a escolha de uma única resposta já exposta no questionário. Para Lakatos e Marconi (2012), essas questões “também denominadas limitadas ou de alternativas fixas, são aquelas em que o informante escolhe sua resposta” entre aquelas já presentes nos questionários.

Em virtude da nossa intenção de obter dados qualitativos, optamos pela elaboração de um questionário combinando perguntas fechadas e abertas. Estas últimas, para oportunizar aos participantes da pesquisa expressarem o que "sabem, creem ou esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como a respeito de suas explicações ou razões para quais quer das coisas precedentes” (SELLTIZ et al., 2007, p. 273),

O questionário aplicado foi composto por 20 questões, sendo: o bloco 1, de

caracterização dos sujeitos da pesquisa, com seis questões; o bloco 2, com cinco questões, sendo duas abertas, sobre a formação dos participantes com relação à saúde do homem; o bloco 3, sobre a rotina de atendimento ao público masculino pela eSF onde atuam, também composto por nove questões, oito delas abertas, sendo demostrado no apêndice B.

Os questionamentos foram desenvolvidos com base no que se preconiza para a formação e o atendimento ao homem e aos procedimentos de rotina de acompanhamento na eSF, na integralidade e na assistência à saúde, que unifica ações preventivas, curativas e de reabilitação e proporciona o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, de acordo com o que preconiza a PNAISH (BRASIL, 2008). Tais questionamentos envolvem desde visitas domiciliares, passando por ações de prevenção e de promoção à saúde, até consultas realizadas pela equipe de eSF.

Os dados foram sistematizados e analisados a partir de duas categorias: (i) percepções sobre formação para a atenção à saúde do homem; (ii) aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço. Essas categorias foram estabelecidas previamente, quando do desenho da pesquisa e da elaboração do questionário. As análises foram construídas com base nos pressupostos da análise textual discursiva, nos moldes preconizados por Moraes e Galiazzi (2016). Para isso realizamos a "preparação das informações", elaborando uma tabela em Excel que foi preenchida com as respostas dos questionários de cada participante da pesquisa. Em seguida, realizamos a "unitarização do conteúdo em unidades", em que consolidamos as respostas por semelhança. Após, procedemos a "classificação das unidades", nominando cada resposta que apresentava semelhança. Por fim, trabalhamos na "descrição" – momento em que tabulamos quantitativamente e qualitativamente as respostas – e na "interpretação", quando realizamos nossas análises e inferências.

O questionário esteve disponível online por 30 dias, a contar da data de aprovação da pesquisa no CEP UNIR, sob o Parecer de nº 4.459.250, de 19 de dezembro de 2020, até o dia 19 de janeiro de 2021. Foram consideradas apenas as respostas obtidas nesse período.

3.4. Aspectos Éticos

A análise de conteúdo, utilizada nesta pesquisa para interpretação os dados coletados, possibilitou ampla compreensão acerca das informações dispostas. De acordo com Moraes e Galiazzi (2016, p. 33), este método "tem a intenção de compreensão, a reconstrução de conhecimentos já existentes sobre os temas investigados". Torna-se imprescindível a interpretação, por parte do pesquisador, quanto aos dados que lhe são apresentados, sendo

necessário constituir uma abordagem referente à compreensão da intencionalidade daqueles dados para com a pesquisa.

Os dados que apresentamos e discutimos nesta seção se referem aos conhecimentos de profissionais de saúde de cinco equipes de cinco UBS de Porto Velho a respeito da Atenção Integral à Saúde do Homem, incluindo-se médicos, enfermeiros, médicos residentes em MFC e multiprofissional, dentistas, técnicos de higiene bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A ênfase das nossas discussões está centrada nas relações desses conhecimentos com seus processos formativos e com suas práticas em serviço.

Na categoria "percepções sobre formação para a atenção à saúde do homem", analisamos as percepções dos profissionais participantes sobre os conhecimentos adquiridos, com relação à saúde do homem, em seus processos formativos. Na categoria "aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço", analisamos quais conhecimentos sobre saúde do homem esses profissionais aplicam no cotidiano do serviço de saúde nas UBS de Porto Velho investigadas. Buscamos, por meio dessas duas categorias, problematizar a relação entre os processos formativos e a aplicação prática de conhecimentos adquiridos e seus impactos na atenção à saúde do homem prestada por esses profissionais.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados com letras maiúsculas (ex: MRP), por critérios de confidencialidade e como forma de garantir o sigilo dos participantes.

4. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO

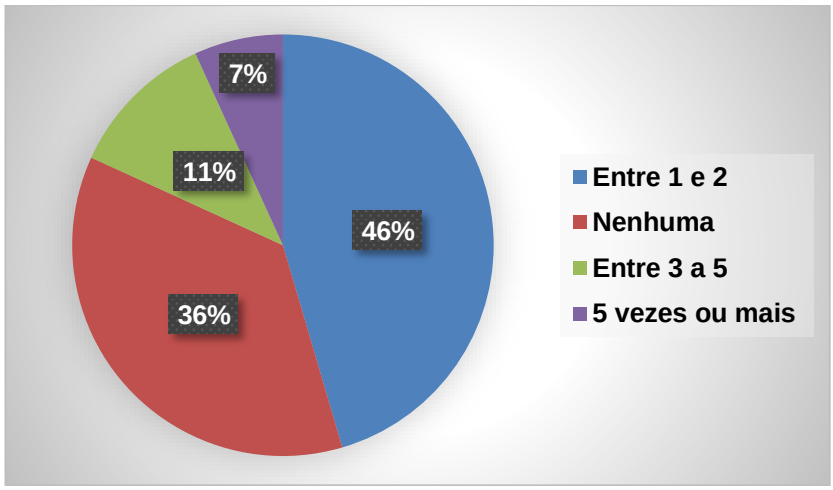
4.1 Percepções de profissionais da saúde sobre sua formação para a atenção à saúde do homem

A análise desta categoria se estabeleceu com base nas respostas ao bloco 2 do questionário, que tratou especificamente sobre os processos formativos relacionados à atenção à saúde do homem vivenciados pelos profissionais participantes, de acordo com suas percepções. Nessa parte do questionário, constavam seis perguntas, sendo três abertas e três fechadas.

A formação inicial dos profissionais participantes, destacamos: três (11%) médicos; (4,5%) médicos residentes; 21 (47%) dos ACS; cinco (11%) enfermeiros; quatro (9%) técnicas de enfermagem; quatro (9%) dentistas; (4,5%) THD; dois (4,5%) residentes multiprofissionais; uma (2%) auxiliar de enfermagem. Dentre eles, 18 (40%) possuem formação em são nível médio.

Quanto à participação em ações de formação permanente/continuada em saúde do homem, dos 44 participantes, 20 profissionais (46%) informaram ter participado uma ou duas vezes; 16 (36%) nenhuma vez; cinco (11%) entre três e cinco vezes; três (7%) cinco vezes ou mais. O Gráfico 1, na página seguinte, ilustra esses resultados:

Gráfico 1- Participação dos profissionais em formação permanente/continuada em saúde do homem



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Dentre os 16 (36%) participantes das seis UBS que relataram não terem participado de nenhuma formação permanente/continuada sobre saúde do homem, destacamos a UBS Pedacinho de Chão, na qual cinco profissionais (62,5%) responderam que não têm, entre os quais a médica, o enfermeiro, dentista, THD e ACS. Moreira e Carvalho (2016) apontam a carência de programas de capacitação voltados para a saúde do homem e a consequente falta de domínio de profissionais das equipes de saúde no que se refere às abordagens direcionadas à saúde masculina.

Também é importante destacar que três (7%) profissionais responderam ter participado cinco vezes ou mais de formação permanente/continuada direcionada à saúde do homem, sendo duas (4,5%) ACS da UBS Hamilton R. Gondim e uma (2%) dentista da UBS Pedacinho de Chão. São números que se relacionam aos dados anteriores relativos à formação inicial, revelando haver pouca ou nenhuma atenção aos conteúdos relativos à atenção à saúde do homem.

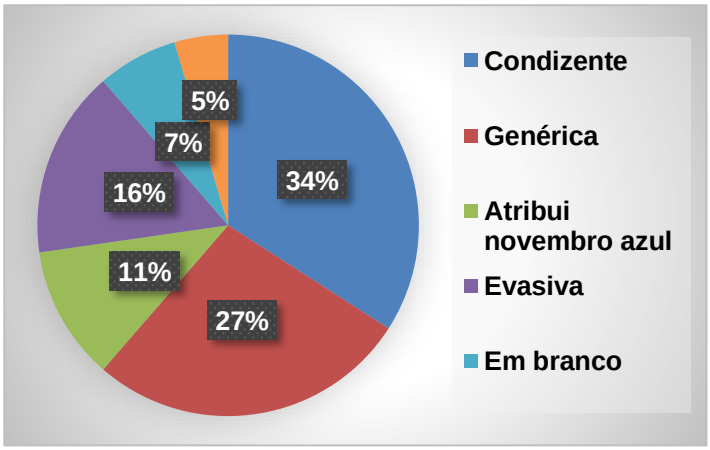
Essas lacunas nos procesos formativos dos profissionais de saúde que atuam na APS geram uma série de consequências. Ribeiro et al. (2014) ressaltam que a abordagem sobre a saúde do homem vem ocorrendo de maneira isolada e fora de contexto de saúde integral, focalizando, geralmente, partes individualizadas do corpo humano, destacando-se os orgãos reprodutores.

Os resultados ilustrados no Gráfico 1 pode levar a questionar se há investimento em atividades de educação permanente/continuada. É possível perceber nas respostas dos participantes da pesquisa que, ao serem questionados sobre conhecimentos da PNAISH, somente 18 (36%) afirmaram conhecê-la, demonstrando, em suas argumentações, tais saberes a respeito dessa política. Sendo assim, percebemos que os profissionais que lidam diretamente com a população ainda não se apropriaram dos pilares da PNAISH e, nas redes em que atuam, pode não haver incentivo para superarem as lacunas deixadas pelos processos formativos iniciais

A primeira pergunta aberta assim questionava: *Qual o seu entendimento (conhecimentos mais importantes) sobre a atenção à saúde do homem na Atenção Primária à Saúde*? Entre as respostas dos 44 participantes, podemos avaliar que as respostas de 15 (34%) foram condizentes sobre atenção à saúde do homem segundo a PNAISH; 12 (27%) foram genéricas; cinco (11%) atribuiram seu saber ao mês voltado para campanhas direcionadas à saúde do homem (novembro); sete (16%) foram evasivas; três (7%) deixaram em branco e dois (5%) disseram desconhecerem. No geral, verificamos que predomina, entre os respondentes, a falta de entendimento sobre a atenção à saúde do homem na APS tendo em vista as respostas genéricas, relacionadas apenas ao novembro azul, evasivas e os que sequer conseguiram responder sobre o tema, totalizando 66% das respostas. No Gráfico 2, apresentamos percentualmente as respostas dos participantes:

Observamos que as descrições presentes no gráfico como condizente representa uma compreensão adequada sobre o assunto, genérica uma compreensão superficial e evasiva aquela que não responde adequadamente ao que foi perguntado.

Gráfico 2 - Conhecimentos dos profissionais sobre atenção à saúde do homem na APS



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, com base nos dados da pesquisa (2020).

Entre as respostas condizentes com o que se apregoa sobre a atenção à saúde do

homem na APS, destacamos as de uma enfermeira residente da UBS Socialista, de uma ACS da UBS Pedacinho Chão e de uma médica CCS da UBS Castanheira:

> *A assistência a saúde do homem deve ser realizada de forma integral, sendo a equipe de saúde da família responsável por promover ações de promoção, prevenção a esse público, embora na prática não ocorra esta saúde integral (ERR. Enfermeira - UBS Socialista).*
>
> *Tem como objetivo melhorar o acesso masculino (adulto) aos serviços de saúde, principalmente em idade reprodutiva e visa o acesso/acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade, doenças prevalentes , prevenção de violência e acidentes (RVP. ACS - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Sim. É a norteadora das ações voltadas a saúde do homem em consonância com a constituição e princípios do SUS (CCM. Médica - UBS Castanheira).*

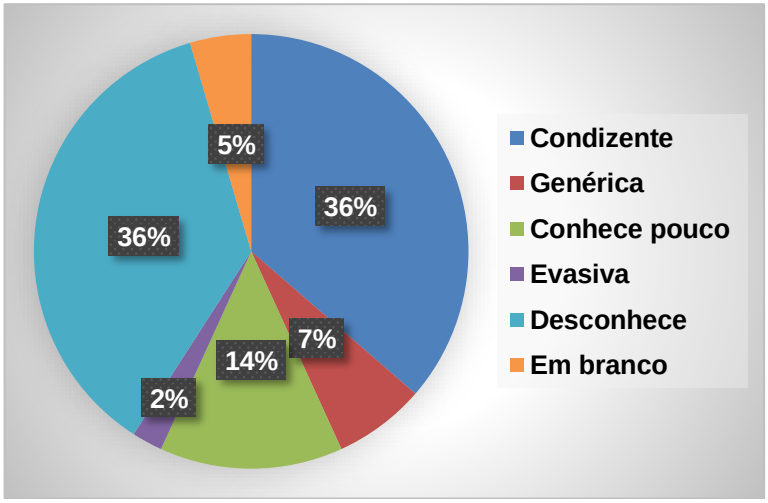
Julião e Weigelt (2011) afirmam ser de fundamental importância que as equipes de saúde tenham um olhar ampliado sobre as condições da população, em especial do homem, para o planejamento de ações de saúde. Todavia, Moreira, Fontes e Barboza (2014) afirmam que os profissionais de saúde identificam a dificuldade dos homens em procurar uma UBS, mas demostrando não reconhecerem suas reais necessidades de saúde e naturalizando essa situação, sem o desenvolvimento de ações de busca ativa a esse público-alvo, restringindo-se às atividades alusivas ao "Novembro Azul".

Costatamos que determinados participantes da pesquisa vinculam a atenção à saúde do homem ao mês de novembro, em alusão ao citado "Novembro Azul" e ao câncer de próstata, pois essa campanha acaba sendo o único tipo de aproximação desses profissionais a conteúdos específicos sobre a atenção à saúde do homem, como vemos nos depoimentos destacado abaixo:

> *Somente a campanha "Novembro Azul" e com ajuda da nossa ACS, levando informações e conscientização para a comunidade para dar continuidade da importância da saúde do homem como todo. (SESS. ACS - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Nós trabalhamos com a campanha do Novembro Azul, nos reunimos, visitamos estes homens falando da importância dessa campanha, pois temos eles como público-alvo, toda equipe é muito empenhada e conseguimos exames palestras, atendimento. (RMBN. ACS - UBS Hamilton Raolino Gondim).*
>
> *Orientações individual e coletivas, por meio de paletras , abosdando principalmente o risco de doenças relacionadas ao sexo e prevenção de câncerde próstata; anualmente realizadas no chamado Novembro Azul. (PMST. Médica - UBS Pedacinho de Chão.*

A segunda pergunta do questionário, também aberta, versava diretamente sobre a PNAISH: *Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)? Fale sobre ela.* Entre os 44 respondentes, embora apenas dez (20%) afirmarem conhecer a política, 16 respostas (36%) se apresentaram condizentes, de acordo com nossa avaliação. Consideramos um número baixo, pois 16 (36%) responderam desconhecer a PNAISH; seis (14%) indicaram conhecer pouco/superficialmente; três (7%) apresentaram respostas genéricas; dois (5%) deixaram a questão em branco e uma (2%) foi evasiva. Na somatória dessas respostas, 64% indicaram desconhecer a PNAISH. No Gráfico 3 na página seguinte, sintetizamos, em percentuais, as respostas dos participantes.

Gráfico 3 - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a PNAISH



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, com base nos dados da pesquisa (2020).

Destacamos, abaixo, as três respostas genéricas e, por último, a resposta evasiva, com o intuito de destacar a falta de profundidade com relação à PNAISH revelada nas respostas dos profissionais de saúde:

> *A política Nacional viabiliza o indivíduo como um todo, promovendo toda a assistência em vários níveis de políticas oferecidas pelo MS (AMST. ACS - UBS Pedacinho de Chão).*

> *Tem o objetivo ações de saúde que contribuam para o entendimento e compreensão da realidade em buscar a atenção para a saúde e suas linhas de cuidado (JMS. Técnica de Enfermagem - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Falta ser aplicada, na teoria funciona (RRL. ACS - UBS Socialista).*
>
> *Já ouvi falar, mas nunca estudei sobre o assunto (POS. Enfermeira Residente - UBS Socialista).*

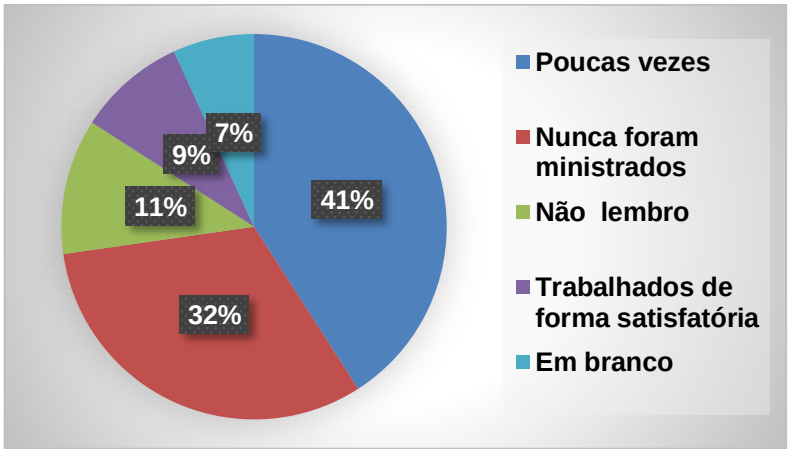
Os resultados e as respostas em destaque apontam evidente fragilidade na formação desses profissionais, especificamente no que se refere a conhecimentos sobre a atenção à saúde do homem. Mesmo os profissionais que relataram possuir algum conhecimento relativo à PNAISH e que indicaram considerar importantes as políticas voltadas à saúde do homem apresentaram-se limitados em suas respostas, o que tende a comprometer sobremaneira as possibilidades de implementação dessas políticas.

Veiga e Batista (2018) afirmam que a PNAISH tem como diretriz promover ações de saúde que favoreçam o entendimento da realidade masculina nos seus diferentes contextos socioculturais e político-econômicos, tangendo os diversos níveis de desenvolvimento e disposição dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de estados e municípios, devendo ser desenvolvidas a partir de cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. Contudo, para alcançar uma atenção à saúde do homem efetivamente pautada nesses eixos, é necessária formação condizente para os profissionais das equipes de saúde. Sem a formação adequada, tratar-se-á de uma política apenas “no papel”, sem qualquer reflexo nos serviços prestados aos homens por essas equipes.

Com relação aos resultados das questões fechadas, de números 3, 4 e 5, também do Bloco 2 do questionário, os profissionais deveriam se referir a seus processos formativos, com enfoque em conhecimentos sobre saúde do homem.

No que se refere a como os 44 sujeitos da pesquisa avaliam a abordagem dos conteúdos relacionados à saúde do homem em seus respetivos cursos de graduação, 18 (41%) afirmaram que poucas vezes tiveram contato com esses conteúdos; 14 (32%) mencionaram nunca terem estudado tal conteúdo em sua formação inicial; cinco (11%) registraram que não se recordam; quatro (9%) marcaram que esses conteúdos foram desenvolvidos de maneira satisfatória e três (7%) não responderam. No Gráfico 4, a seguir, apresentamos os dados sistematizados, para uma melhor compreensão:

Gráfico 4 - Abordagem de conteúdos sobre saúde do homem nos cursos de graduação



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, com base nos dados da pesquisa (2020).

Os resultados ilustrados pelo Gráfico 4 demonstram que, na formação inicial da expressiva maioria dos respondentes, poucas vezes, foram abordados assuntos específicos relacionados à saúde do homem. O dado mais preocupante é que somente quatro (9%) profissionais apontaram que esses conteúdos foram trabalhados de forma satisfatória em sua formação inicial. Cabe destacar, também, que cinco dos profissionais médicos (83%) e três enfermeiras (60%) responderam que poucas vezes foram abordados conteúdos sobre saúde do homem na sua graduação.

Entendemos que essa fragilidade do ensino na graduação, com relação a conteúdos sobre a saúde do homem, tende a dificultar muito a implantação da PNAISH. Antes mesmo de vislumbrarmos uma ainda distante (e quase utópica) implantação dessa política, essa fragilidade implica, direta e objetivamente, na qualidade da atenção prestada aos homens. Segundo Leal, Figueiredo e Silva (2012), a equipe de saúde deve possuir uma concepção singular sobre a saúde dos homens, mesmo sendo precedente à PNAISH. Entretanto, a saúde dos homens ainda é segregada e interpretada pelo conhecimento que os profissionais dispõem da visão do lugar em que estão inseridos e do conhecimento adquirido na prática. Isso sugere que o atendimento aos homens se realiza como uma ação fortemente baseada no empirismo forjado na prática em serviço, sem planejamento específico e sem conhecimento teórico. No caso do presente estudo, não se trata de uma equipe de saúde, mas de 44 profissionais que compõem seis equipes de saúde, em cinco UBS de uma capital federal.

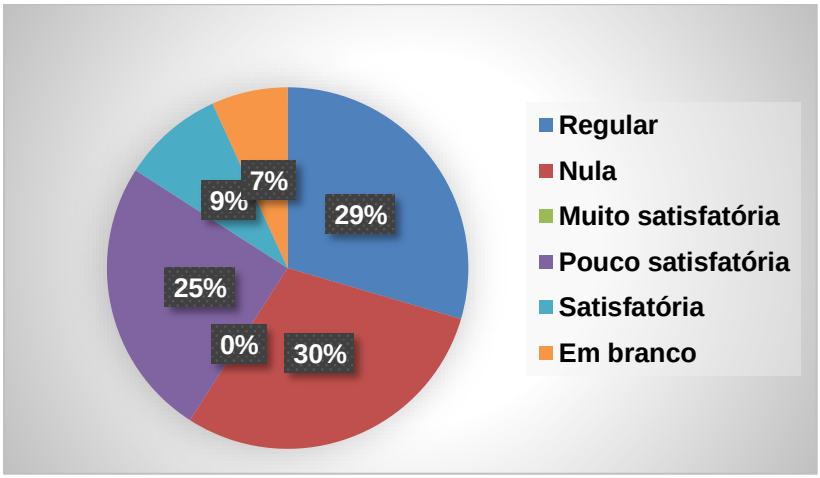
Segundo Moura et al. (2014), existe um importante espaço a ser a preenchido, desde a adequação da estrutura/ambiência para o atendimento na atenção básica até ao incentivo, ao estímulo, ao fortalecimento de ações de promoção, ao tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes nessa população. No entanto, antes disso, é necessário um conjunto de profissionais devidamente formados para a implantação de qualquer política no âmbito da

APS.

De acordo com Ribeiro et al. (2014), os conteúdos ministrados na graduação contemplam temas de processo saúde-doença individual e da família; então, a PNAISH surgiu como uma estratégia para a construção e o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e a promoção de saúde.

No que se refere às percepções dos profissionais sobre como avaliavam seus cursos de graduação, com relação aos conteúdos pertinentes à saúde do homem ministrados, dos 44 participantes, 13 (29%) avaliaram como regular; 13 (30%) responderam ser nula; três (7%) deixaram a questão em branco; onze (25%) registraram que foi pouco satisfatória; quatro (9%) satisfatória e nenhum dos sujeitos mencionou ser muito satisfatória. O Gráfico 5, na página seguinte, apresenta esses resultados visualmente:

Gráfico 5 - Avaliação dos profissionais sobre os conteúdos relativos à saúde do homem ministrados nos cursos de graduação



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Os resultados dispostos no Gráfico 5 evidenciam que, entre os 44 participantes da pesquisa, 29% avaliaram que o conteúdo foi ministrado de forma regular; 25% de forma pouco satisfatória; somente 9% de maneira satisfatória; 30% avaliaram como nula a apresentação de conteúdos sobre a saúde do homem e nenhum dos participantes avaliou o

trabalho pedagógico com conteúdos sobre saúde do homem de forma muito satisfatória em seus cursos de graduação. O fato de três (7%) nem ao menos responderem indica, ainda, provável desconhecimento dos mesmos sobre o assunto e tudo isso sugere o não protagonismo desse tipo de conteúdo nas formações iniciais dos participantes.

Sobre isso, Moreira, Fontes e Barboza (2013) destacam que a ausência de formação profissional específica sobre atenção à saúde do homem contribui para a baixa inserção dessa população nas ações da APS, o que indica a necessidade de se atentar para o perfil e para as necessidades do profissional da saúde a ser capacitado. Julião e Weitgelt (2011) afirmam que a educação é um movimento importante para a sociedade, visto que proporciona a formação profissional para que possamos desenvolver um trabalho mais adequado às verdadeiras necessidades da população. No caso da saúde do homem, a afirmativa de que homem não vai à UBS requer maior discussão, principalmente no que se refere às formas como esse público-alvo vem sendo concebido desde a formação inicial dos profissionais de saúde.

Entre os que avaliaram como "Nula", "Pouco satisfatória" e não responderam, sete (de oito profissionais que responderam o questionário) atuavam na UBS Castanheira; três (de cinco profissionais que responderam o questionário), na UBS Ronaldo Aragão; oito (de 17 profissionais que responderam o questionário) atuavam na UBS Pedacinho de Chão; dois (de seis profissionais que responderam o questionário) atuavam na UBS Socialista; três (de seis profissionais que responderam o questionário) atuavam na UBS Hamilton R. Gondim.

Entre os principais objetivos da ESF, estão a assistência às necessidades de saúde da população e a intervenção sobre fatores de risco aos quais a população está exposta. A ESF deve oferecer um serviço de alta qualidade e resolutividade, valorizando a promoção da saúde. Dessa maneira, formar os profissionais de cada equipe de saúde da família é um desafio essencial, devido à fragilidade da formação inicial e à falta de educação continuada e permanente no serviço. Nessa perspectiva, os processos formativos se constituem em instrumentos de extrema importância para ofertar a atenção à saúde - de todos os usuários dos sistemas de saúde - com alto grau de resolutividade, com escuta e acolhimento dignos para os usuários, de modo que sejam copartícipes de seus processos saúde-doença.

No caso da saúde do homem, Carvalho et al. (2013) constataram que os componentes das equipes de saúde não se apropriaram ainda desse conjunto de saberes pertinentes aos cinco eixos. Nesse conjunto de saberes, destacam-se:

- acesso e acolhimento, considerando os serviços de saúde como espaço masculino;
- saúde sexual e reprodutiva, realizando ações voltadas a essa temática;
- paternidade e cuidado, motivando a participação efetiva no período gestacional e no

cuidado com seu fillho;

- doenças prevalentes na população masculina, incentivando a assistência básica para o cuidado de fatores de risco e agravamento;
- prevenção de violências e acidentes, promovendo ações voltadas à violência e acidentes e estimulando os profissionais da saúde e homens para esse assunto.

Entendemos que a falta de conhecimentos como esses faz com que os profissionais apresentem dificuldades em desenvolver ações no que se refere à promoção à saúde dessa população. Nesse sentido, existe a necessidade formações sobre conteúdos relacionados à saúde desse grupo populacional e sobre a PNAISH, com o intuito de ampliar o acesso da população masculina, melhorar o acolhimento e aprimorar o entendimento de suas demandas de saúde/doença. Em decorrência da formação e aquisição de conhecimentos, os profissionais poderão traçar medidas que aproximem seu trabalho das ações típicas de APS, fortalecendo-a como porta de entrada dos serviços de saúde mais efetiva para os homens.

Entre as UBS investigadas, destacamos a Pedacinho de Chão, em que cinco (46%) dos membros da equipe responderam terem participado de uma ou duas atividades de formação permanente/continuada sobre saúde masculina. Moura (2013) afirma que ainda há necessidade de melhorias nas estratégias de promoção e prevencão á saúde relacionados a essa população, impossibilitando o objetivo da PNAISH.

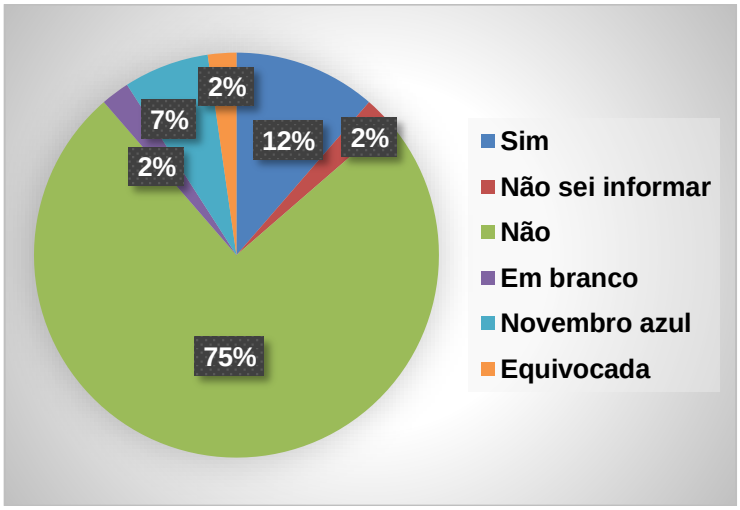
Observamos, a partir desses dados, que, do ponto de vista da formação dos profissionais de saúde para a implementação de uma rotina de atenção à saúde do homem – com base na PNAISH (2008) e no que é preconizado na literatura mais atual sobre saúde do homem – o caminho a percorrer ainda é longo, o que nos leva a instigar um debate profundo e intenso sobre os processos formativos que estamos empreendendo no âmbito da atenção à saúde dos homens entre os profissionais atuantes na cidade de Porto Velho.

Schwarz et al. (2012) apontam estudos que mostram que os homens possuem taxas de mortalidade mais elevadas que as mulheres, revelando a necessidade da formação dos profissionais, envolvendo a participação social dos homens nas ações de atenção integral a eles direcionadas. Segundo Aguiar e Almeida (2012), a PNAISH surgiu como um plano que objetiva a organização para a melhoria da qualidade e do tempo de vida dos homens, mediante ações de prevenção, promoção e atenção à saúde masculina.

No que se refere à existência de algum programa de educação permanente/formação continuada sobre saúde do homem para as equipes de saúde, nas UBS onde atuam os profissionais pesquisados, dos 44 participantes, 33 profissionais (75%) informaram não haver; cinco (12%) disseram sim, que há; três (7%) mencionaram o “Novembro Azul”; dois

(4%) não sabiam e um (2%), deixou em branco, conforme sintetizado visualmente no Gráfico 6:

Gráfico 6 - Existência de programa de educação permanente/formação continuada sobre a saúde do homem nas UBS



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Além dos 33 (75%) profissionais das equipes de saúde (entre ACS, médicos, enfermeiros e dentistas) que informaram não haver programa de educação permanente/continuada sobre a saúde do homem na UBS, outros seis não souberam se há, ou não responderam, indicando a inexistência desse tipo de ação no serviço de 39 dos 44 profissionais. Tal situação, somada às fragilidades na formação inicial aqui já apontadas, escancara um cenário de pouquíssimo esforço direcionado à formação específica para a atenção à saúde dos homens. Ao mesmo tempo, torna-se desafiador e oportuno estimular, cada vez mais, o desenvolvimento de ações voltadas à educação permanente e continuada nesse sentido. No entanto, Elias (2009) afirma que a maior parte dos profissionais de saúde ignora a proposta de educação permanente como modificadora das práticas de saúde.

Salientamos, uma vez mais, que três (7%) profissionais que responderam que um provável programa de educação permanente/continuada sobre a saúde do homem na UBS estaria relacionado ao "Novembro Azul", o que nos leva a inferir que, entre os serviços de saúde, esse importante programa acaba sendo a única ação prevista (planejada e sistematizada) ofertada ao público masculino.

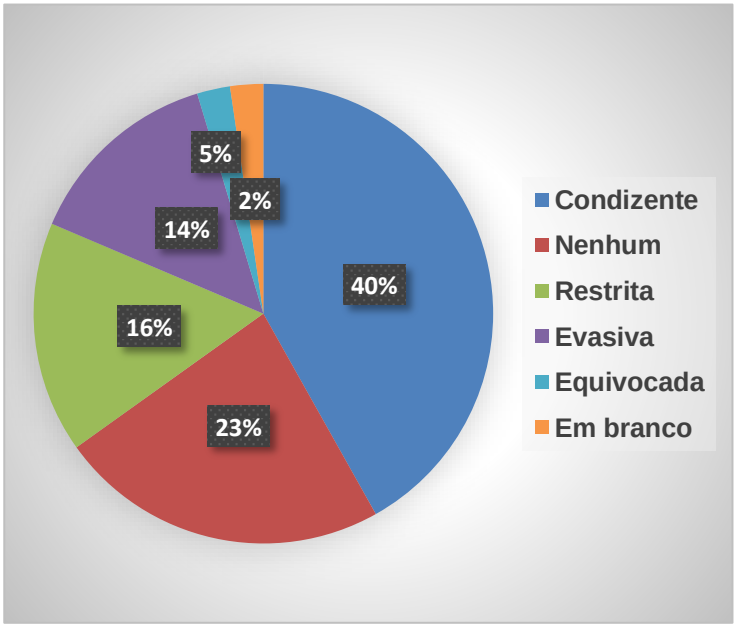
4.2 Aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço

A análise desta categoria se estabeleceu como base nas respostas ao bloco 3 do questionário, que versou especificamente sobre a rotina de atendimentos à saúde do homem

na UBS. Nessa parte do questionário, constavam oito perguntas, das quais seis abertas e duas fechadas.

A primeira pergunta aberta assim questionava: *Qual a sua rotina de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Visita Domiciliar (VD)?* Entre as respostas dos 44 participantes da investigação, podemos avaliar que, a respeito da rotina do atendimento na UBS, 18 (40%) foram condizentes; dez (23%) afirmaram não exitir nenhuma rotina; sete (16%), deram respostas restritas; seis (14%) foram respostas evasivas; uma (2%) foi equivocada e duas (5%) em branco. Graficamente, as respostas ficaram organizadas conforme ilustra o Gráfico 7, na página seguinte.

Gráfico 7 - Rotina de atendimento na UBS



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Embora 40% dos participantes tenham emitido respostas que indicam que suas rotinas de atendimento nas UBS condizem com o preconizado na PNAISH (2008), em relação à saúde do homem, os números também ilustram que, nas respostas de 58% deles, não se

verificam procedimentos adequados a esse serviço de saúde.

Tal constação é preocupante em termos de formação em saúde direcionada ao público masculino, chamando-nos a atenção para a necessidade de fornecer meios necessários aos profissionais da área para a atenção a esse público. Salientamos que tal atenção, atualmente, é focada basicamente na área urológica, com expressão de maior valorização da próstata, resumindo e limitando as necessidades de saúde masculina a um segmento corporal.

Essa situação diverge da amplitude e significância do quadro de morbimortalidade que traduz a PNAISH, bem como da proposição e implementação de estratégias que promovam o acesso e o acolhimento dos homens, enquanto usuários, e que contribuam, efetivamente, para minimizar os indicadores negativos que caracterizam o quadro de saúde-doença do público masculino e até mesmo da percepção sobre a própria PNAISH. De acordo com Medeiros (2013), "as práticas de educação em saúde no âmbito da saúde do homem são restritas, dificultando a assistência prestada a essa clientela".

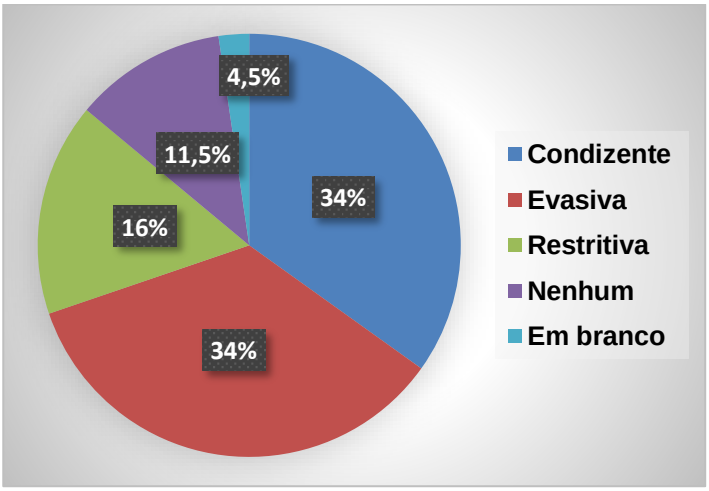
Entre as respostas condizentes com relação ao atendimento na UBS, destacamos as seguintes:

> *No atendimento no consultório questiono sobre questões de estresse, alimentação, rotina laboral e familiar, e dependendo da queixa do paciente questiono sobre questões relacionas a rotina sexual e sexualidade, pois os homens sente-se muitas vezes constrangidos em falar com uma médica mulher sobre assuntos relacionados ao sexo, e por isso prefiro falar sobre o assunto de forma mais aprofundada quando eles trazem como demanda pessoal, momento no qual costumam ser mais verdadeiros nas suas respostas sobre o assunto (SRP. Médica - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Nós trabalhamos de acordo com cada análise por paciente, são muitos usuários dentre eles quando solicitados a equipe atua em toda atenção básica com assistência a tal paciente (RMBN. ACS - UBS Hamilton Gondim).*
>
> *Sim. Agendamentos de consulta, controle da saúde na comunidade, temos grupos na comunidade, no Novembro Azul buscamos falar com enfoque das palestras na unidade e na comunidade. Na UBS, eles vêm mais para consultas e atualizações vacina, exames (FGS. ACS - UBS Pedacinho de Chão).*

Nas respostas dos profissionais acima dispostas, podemos observar uma visão integrada de atendimento dos pacientes do sexo masculino, dando a oportunidade ao paciente de manifestar-se sobre o seu estado de falta de saúde.

No que se refere à rotina do atendimento na Visita Domiciliar, das respostas dos 44 participantes, 15 (34%) foram condizentes; 15 (34%) foram evasivas; sete (16%) deram respostas restritas; cinco (11,5%) foram respostas restritivas e duas (4,5%) em branco. No Gráfico 8, a seguir, apresentamos uma síntese das respostas:

Gráfico 8 - Rotina de atendimento na visita domiciliar



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Ainda que 34% dos profissionais das equipes de saúde tenham revelado afirmativas condizentes com a rotina de atendimento domiciliar ao público masculino, 34% das respostas de outros participantes da pesquisa foram evasivas, como podemos identificar nos seguintes relatos:

> *Abordagem regular, sem restrições (MCR. ACS - UBS Hamilton Gondim).*
>
> *Abordagem ao homem durante a visita domiciliar ocorre com pouca frequência, pois geralmente o mesmo encontra-se desenvolvendo suas atividades laborais nesse período diurno. (RZ. Enfermeira - UBS Castanheira).*
>
> *Abordagem ao homem durante a visita domiciliar ocorre com pouca frequência, pois geralmente o mesmo encontra-se desenvolvendo suas atividades laborais nesse período diurno (SCB. Médica - UBS Socialista).*

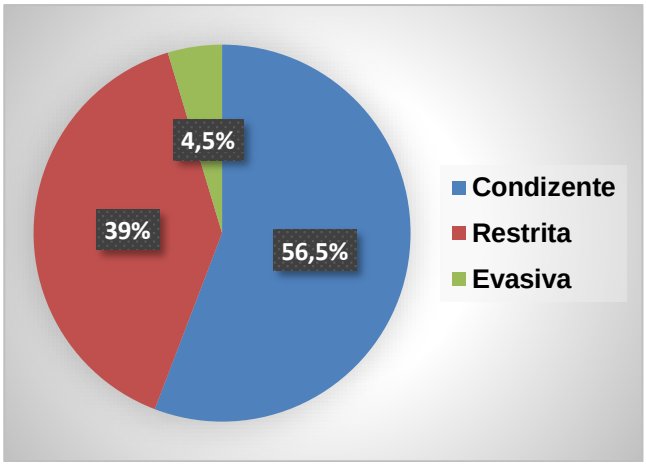
As respostas restritivas, em branco e nenhum, somam um percentual de 30% e, quando comungadas aos 35% de respostas evasivas, chegamos a 65% de respostas nulas ou equivocadas sobre o que é preconizado pelo MS em termos de atendimento em visita domiciliar à população masculina, o que reforça a hipótese de que falta uma abordagem específica a esse público na APS e que, muito provavelmente, está relacionada a lacunas de formação, conforme evidenciamos na categoria anterior.

Conforme o MS (BRASIL, 2016), por meio da visita domiciliar pode-se aprofundar questões que envolvam à saúde do homem, individualizando as perguntas e possibilitando a promoção de ações educativas para a prevenção de acidentes, situações de violência, uso de álcool e outras drogas. Para Medeiros (2013), é perceptível uma limitação em relação ao

conhecimento das equipes de saúde acerca dos serviços e das ações direcionadas ao público masculino nas UBS.

Na segunda pergunta do questionário, também aberta, foi questionado: *O que você acredita ser a sua atribuição específica na Equipe em que você atua quanto ao cuidado integral à saúde do homem*? Dentre os 44 respondentes, 25 (56,5%) apresentaram respostas condizentes ao trabalho a ser desenvolvido sobre à saúde do homem; 17 (39%) emitiram respostas restritas e dois (4,5%) respostas evasivas, conforme disposto no Gráfico 9:

Gráfico 9 - Atribuição específica na equipe no cuidado integral à saúde do homem



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Observa-se que 56,5% das respostas dos participantes da pesquisa são condizentes e as respostas restritivas e evasivas somam um total de 43,5%, o que nos leva, mais uma vez, a perceber uma lacuna sobre o conhecimento das atribuições dos membros da equipe relacionadas a estratégias para contemplar as ações de saúde do homem, bem como a sua inserção nas UBS.

Entre as respostas consideradas condizentes, destacamos as de profissionais das UBS Socialista, Hamilton Gondim e Castanheira:

> *Planejar, supervisionar trabalhos desenvolvidos pelos ACMs, orientar, realizar atendimentos (FLFF. Enfermeira - UBS Socialista).*
>
> *Detectar e prevenir doenças ou agravos que possam por em risco a saúde dos homens (JCR. Médico - UBS Hamilton Gondim).*
>
> *Além dos procedimentos técnicos como aferição de PA [Pressão Arterial], glicemia... realizamos em domicílio, participar de ações de educação em saúde em grupos específicos e famílias em situação de risco (VOM. Técnica de Enfermagem - UBS Castanheira).*

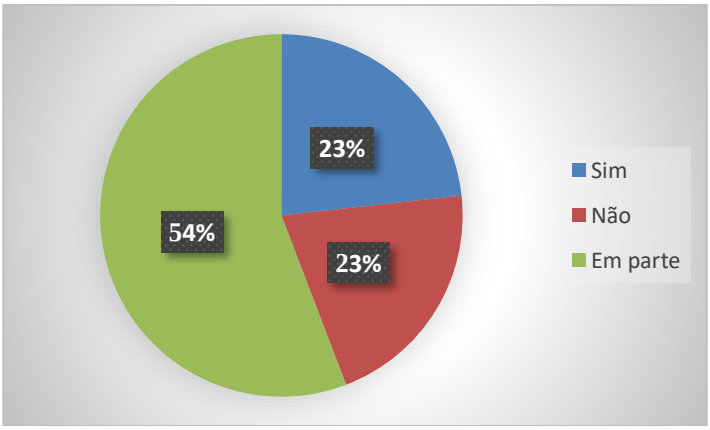
Medeiros (2013) aponta que as ações de promoção à saúde nos serviços de atenção básica constituem ferramenta fundamental para a atenção à saúde masculina, sendo a participação e o engajamento dos profissionais imprescindíveis para a qualidade das ações. Todavia, é fundamental que esses profissionais recebam formação adequada, de acordo com as especifidades dos diferentes grupos populacionais que constituem as comunidades nas quais atuam.

Quanto à terceira pergunta, *A UBS em que você atua segue o protocolo de atendimento da atenção à saúde do homem do MS ou protocolo local?*, dos 44 participantes, 23 (52%) afirmaram que não; 20 (45,5%) disseram que sim e um (2,5%) deixou em a resposta em branco. Nas respostas dos profissionais das diferentes equipes de saúde, observamos, que a maioria não segue um protocolo, seja ele do MS ou local. Silva e Vieira (2012) ressaltam que protocolo de atendimento à saúde do homem é um instrumento que estabelece o processo de trabalho de intervenção técnica e social que norteia os profissionais e reorganiza os serviços de saúde conforme a realidade local.

Entre os profissionais que responderam atuar de acordo com um protocolo, destacamos o núcleo profissional de agentes comunitários de saúde que, proporcinalmente, apresentou dez (50%) respostas positivas e a UBS Ronaldo Aragão, na qual duas (67%) profissionais responderam que sim. Cabe mencionar, aqui, uma limitação do instrumento questionário, pois deveria haver algum tipo de mecanismo que levasse a uma maior aproximação do serviço desses profissionais no sentido de conseguir averiguar até que ponto esses protocolos que orientam as tomadas de decisão são realmente por eles utilizados. Trata-se, outrossim, de um indicativo para pesquisa futura entre as UBS de Porto Velho.

Com relação à quarta questão, *A equipe que você atua possui alguma estratégia para a captação de pessoas do público masculino para o atendimento integral à saúde do homem?*, entre os 44 participantes, obtivemos 24 respostas (54%) em parte; dez (23%) sim e dez (23%) não, conforme ilustrado no Gráfico 10, a seguir disposto:

Gráfico 10 - Estratégia de captação do público masculino adotadas pelo serviço



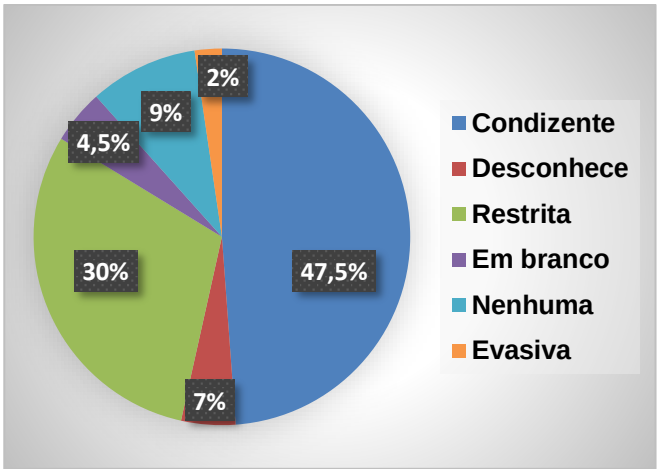
Fonte: dados da pesquisa (2020).

Observamos que possíveis estratégias de captação dos homens às UBS são pouco (ou nada) exploradas pelos profissionais das UBS, tendo em vista ser vaga a resposta "Em parte" que, somada aos que responderam não haver qualquer estratégia, chegamos a um total de 77%. Lembramos que, de acordo com a PNAISH, deve ser considerada a "captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes".

A PNAISH também orienta a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e à promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais entre os homens.

No que tange ao quinto questionamento, *Quais ações de prevenção e de promoção à saúde do homem são realizadas na equipe em que você atua?*, entre os 44 participantes, 21 (47,5%) responderam de forma condizente ao que preconiza a PNAISH; 13 (30%) respostas foram restritas; quatro (9%) afirmaram não realizar nehuma ação; dois (4,5%) disseram desconhecer; três (7%) que deixaram a questão em branco e um (2%) emitiu resposta evasiva, conforme ilustra o Gráfico 11, a seguir:

Gráfico 11 – Adoção de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde do homem no serviço



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Dentre as respostas condizentes, destacamos as dos profissionais das UBS Hamilton Gondim, Pedacinho de Chão e Castanheira, sendo uma ACS, uma técnica de enfermagem e de uma médica, respectivamente:

> *Novembro azul, orientações e prevenção com palestras, planejamento familiar (VAS. ACS - UBS Hamilton Gondim).*
>
> *Esclarecimento das dúvidas em geral nas reuniões e nos encontros da área, Novembro Azul (JMS. Técnica de Enfermagem - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Atividades educativas com ênfase com temas como hábitos saudáveis, enfrentamento das doenças crônicas, (hipertensão, diabetes, obesidade), utilizamos como estratégia para cooptação deste público, disponibilização de vagas nos horários após o expediente (das 18h até 19h). Aproveitar das consultas de pré natal para estimular a presença do parceiro, e quando ela ocorre, apresentamos a carteira de serviço da unidade. Em todas as consultas individuais, busca-se a criação de vínculo e oportunização da abordagem integral e não apenas da resolução do motivo que o levou ao atendimento (CCS. Médica - UBS Castanheira).*

Analisando as respostas referentes à saúde do homem na perspectiva das linhas do cuidado que visam a assistência à saúde na sua integralidade, de prevenção, promoção à saúde dessa população, observa-se uma estratégia sistematizada de atenção curativa e especializada à saúde masculina. Destacamos o "Novembro Azul", no mês de novembro, com ações voltadas para a prevenção do câncer de próstata.

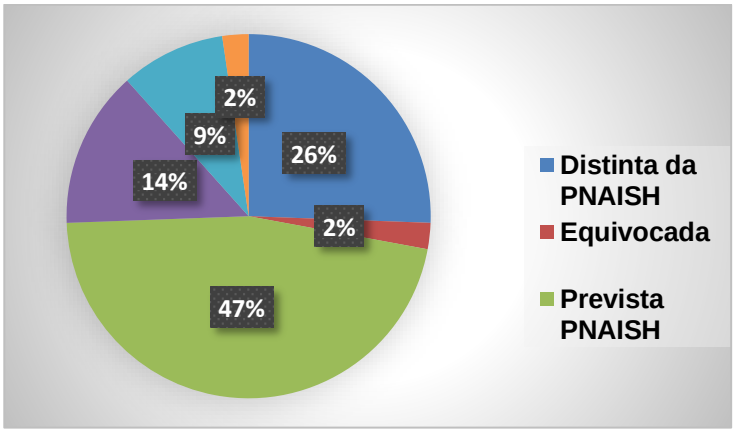
Modesto et al. (2018) relatam que a campanha "Novembro Azul" surgiu em 2003m na Austrália, a partir de um grupo de amigos que decidiram, através de uma brincaderia, iniciar um movimento voltado a alertar os homens sobre o câncer de próstata. Esse movimento foi ganhando espaço e adeptos no país e fora dele. No Brasil, em 2008, surgiu uma campanha de

prevenção a essa neoplasia e, no ano de 2012, ganhou o nome de "Novembro Azul", contemplando também outras questões referentes à saúde masculina, mas com enfoque maior ao cancêr de próstata, como vemos manifestado em material da campanha e por profissionais da saúde. Os referidos autores afirmam que é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo a prevenção de agravos, promover a saúde, respeitando as características de organizar o serviço de forma a atender às peculiaridades e buscas da população masculina.

Em nossa análise, destacamos que cinco (62,5%) profissionais da UBS Castanheira apresentaram mais respostas condizentes sobre adoção de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde do homem no serviço. Outro dado importante é que, na UBS Pedacinho de Chão, apenas um profissional trouxe uma resposta condizente.

Quanto à sexta pergunta, *Que outras medidas podem ser tomadas com relação à saúde do homem, baseadas na PNAISH, pela Equipe em que você atua*?, coletamos 20 (45,5%) respostas de acordo com ações previstas na PNAISH (2008); onze (26)% respostas foram distintas do que é preconizado na política nacional; seis (14%) deixaram em branco; quatro (9%) mencionaram desconhecer a PNAISH; uma (2%) resposta consideramos equivocada e outra (2%) evasiva. Esses percentuais estão ilustrados no Gráfico 12:

Gráfico 12 - Adoção de outras medidas direcionadas à saúde do homem



Fonte: dados da pesquisa (2020).

O Gráfico 12 mostra claramente que mais da metade dos profissionais (53%) ou apresentaram respostas equivocadas ou simplesmente desconhecem a PNAISH, o que podemos também observar nos seguintes relatos:

> *Penso que se funcionasse o terceiro turno estendido (Corujão), seria uma maneira de facilitar o acesso do homem ao serviço de saúde (RZ. Enfermeira - UBS Castanheira).*
>
> *Acredito que a formação de grupos para tratar: doenças mais comuns na população masculina, paternidade e cuidados do bebê (FMS. Dentista - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Não sei em relação ao PNAISH (IMRB. ACS - UBS Castanheira).*
>
> *Fazer Pit stops em buscas deles; Ter um dia na semana para consulta (EST. Técnica de Enfermagem - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Iniciando com os grupos voltados à saúde do homem (AMS. Enfermeira - UBS Ronaldo Aragão).*

As respostas acima revelam que os profissionais das equipes de saúde, independentemente do núcleo profissional, demonstram ausência ou conhecimento equivocado sobre a PNAISH, uma política que tem por finalidade promover ações de prevenção e promoção de saúde do público masculino, abordando questões inerentes à saúde da população adscrita, minimizando as barreiras que dificultam o acesso do atendimento ao homem, otimizando as abordagens para uma atenção integral e não somente a doença.

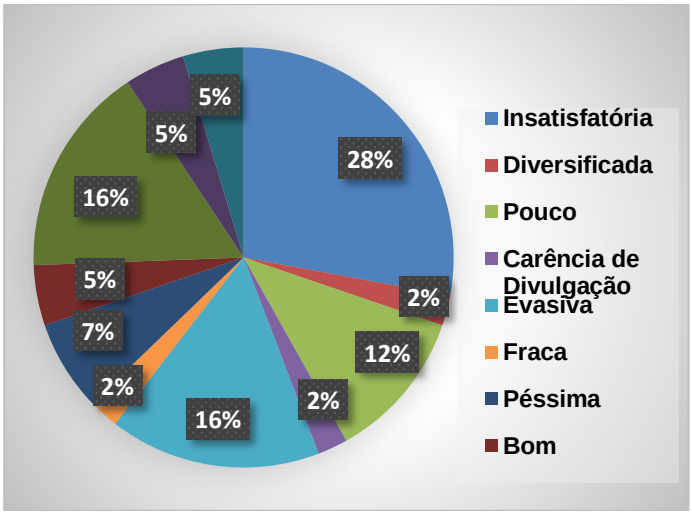
Somente 9% das respostas trouxeram contribuições pertinentes sobre medidas a serem desenvolvidas com vistas à melhora da atenção à saúde do homem, conforme destacamos abaixo:

> *Desenvolvimento de ações em locais onde há maior aglomeração desse público (CCS. Médica Residente - UBS Castanheira).*
>
> *Iniciando com os grupos voltados à saúde do homem (AMS. Enfermeira - UBS Ronaldo Aragão).*
>
> *Fazer Pit stops em buscas deles e ter um dia na semana para consulta (EST. Técnica de Enfermagem - UBS Pedacinho de Chão).*
>
> *Realizar um levantamento dentro das famílias adscritas e elencar os principais agravos que afetam o público masculino e elaborar estratégias com foco na prevenção (JRlC. Dentista - UBS Pedacinho de Chão).*

Silva et al. (2018) afirmam ser necessário o planejamento de ações extramuros, incorporar efetivamente a família e a comunidade no desenvolvimento de suas atividades assistenciais, que proporcionem e incentivem a promoção da saúde e o cuidado preventivo junto aos homens.

Ao questionamento sétimo, "*Como você avalia, de uma forma geral, as ações de atenção à saúde do homem pelas equipes de saúde da familia em Porto Velho?*, as respostas de doze (27.5%) dos 44 participantes foi insatisfatória; oito (18.5%) foram evasivas; sete (16%) não quiserem ou não souberam avaliar; cinco (12%) mencionaram que acontece em pouca quantidade; três (7%) classificaram como péssima; dois (4,5%) afirmaram ser boa; dois (4,5%) registraram regular; dois (4,5%) deixaram em branco; um (2%) respondeu ser diversificada; um (2%) afirmou ser fraca e um (2%) registrou haver carência de divulgação, como sistematizado no Gráfico 13:

Gráfico 13 - Avaliação das ações de atenção à saúde do homem nas UBS



Fonte: dados da pesquisa (2020).

Constata-se uma diversidade de respostas e a predominância de insatisfação por parte das equipes a respeito do serviço de atenção à saúde do homem prestado nas UBS, o que evidencia que não há uma rotina de atenção aos homens e a consequente necessidade de procedimentos que padronizem o atendimento a esse público.

Entre as respostas que demonstraram insatisfação, elencamos as de profissionais das UBS Castanheira, Ronaldo Aragão e Pedacinho de Chão, a seguir:

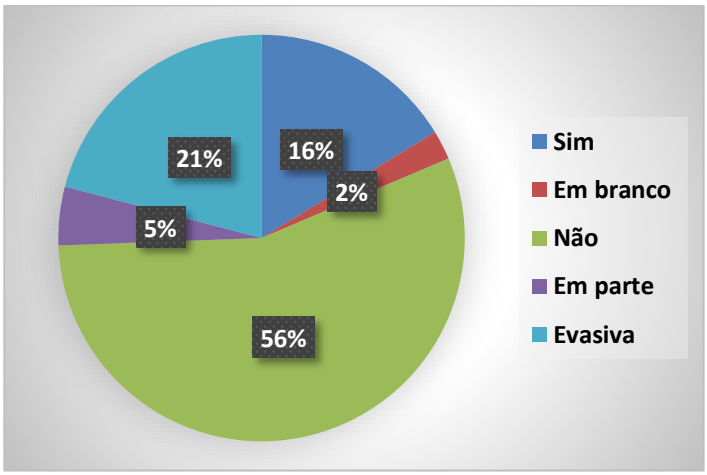
> *Elas deixam a desejar, precisa de estratégias e apoio da Secretaria de Saúde do Município e Estado (VOM. Auxiliar de Enfermagem - UBS Castanheira).*
>
> *Elas deixam a desejar, precisa de estratégias e apoio da Secretaria de Saúde do Município e Estado (LLC. ACS - UBS Ronaldo Aragão).*
>
> *Insuficiente, não existe uma política de maior volume direcionada para esse público (SRP. Médica - UBS Pedacinho de Chão).*

Em relação à saúde do homem, Coelho e Melo (2018) ressaltam a necessidade de que

os profissionais de saúde abordem maneiras diferentes de agir e pensar, que rompam crenças e valores, a fim de englobar conceitos eficazes referentes à sua saúde, ajustando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação.

A respeito do questionamento oitavo, *Você atribui a falta de adesão dos homens aos serviços de saúde somente ao descaso a propria saúde, ou a outros fatores também contribuem para essa situação? Se sua resposta for não, cite que outros fatores*, dos 44 participantes, obtivemos como respostas: 24 (56%) respondera não; nove (21%) deram resposta evasiva; sete (16%) sim; dois (5%) em parte e um (2%) em branco, conforme representado no Gráfico 14:

Gráfico 14 - Adesão dos homens ao serviços de saúde na opinião dos profissionais de saúde



Fonte: dados da pesquisa (2020).

No entanto, vale lembrar muitas mulheres já estão integradas ao mercado de trabalho e, mesmo assim, procuram mais os serviços de saúde que os homens.

Ao mesmo tempo, como os resultados até aqui vêm evidenciando, tanto a formação como os conhecimentos dos profissionais de saúde não favorecem ações adequadas de captação ou de um simples atendiment a esse público, o que tende a inibir a presença dos homens que, em algum momento, procuraram os serviços de saúde.

Com relação às afirmativas negativas, destacamos as dos profissionais das UBS Castanheira, Hamilton Gondim e Ronaldo Aragão:

> *Também ocorre devido a falhas no acolhimento e de orientação quanto a horário alternativo disponíveis que diminuem o tempo fora de seu trabalho orientação quanto ao direito receber declaração de comparecimento ou de atestado, tempo de espera para atendimento prolongado versus impaciência masculina (CCS. Médica - UBS Castanheira).*

> *Falta de ações voltadas ao logo do ano para a saúde do homem, tudo está relacionado a saúde da mulher e da criança (IRS. ACS - UBS Hamilton Gondim).*
>
> *Tem outros fatores como trabalho, falta de tempo, por muitas vezes ser o único provedor da família, também por falta de conhecimento preconceito e etc. (LLC. ACS - UBS Ronaldo Aragão).*

Cordeiro et al. (2014) afirmam que a população masculina não está sendo incorporada como uma prioridade nas ações primárias à saúde, pois não se consegue visualizar estratégias que abordem, especificamente, as particularidades do cuidado ao homem. Camargo e Chirelli (2016) apontam falhas ao longo de todo o processo de atendimento ao usuário, desde a entrada na unidade até a resolução total de suas necessidades.

Na categoria 1, evidenciamos que 27 (62%) respostas apontam o despreparo por parte dos profissionais na abordagem aos homens; tal despreparo se vincula à formação curricular de graduação, com enfoque insuficiente para a saúde masculina, contribuindo para que os homens se sintam menos aceitos naquele espaço, com o qual já não se identificam. Na categoria 2, destacamos 24 (55%) respostas, entre todos os núcleos profissionais, afirmando que aos homens, além do descaso com a própria saúde, foram atribuídos outros fatores que também contribuem para a falta de adesão aos serviços de saúde.

Salientamos que as onze (53%) respostas condizentes em relação às ações de prevenção e de promoção à saúde do homem realizadas na equipe em que atuam os profissionais de saúde participantes deste estudo são de ACS. Não podemos esquecer que o(a) ACS tem um papel imprescindível para a aproximação com os membros da equipe e a UBS. Em especial, destacamos a UBS Pedacinho de Chão, com oito (73%) respostas condizentes por parte dos profissionais da saúde que realizam ações para sensibilizar a população masculina, contribuindo para a melhoria da saúde.

Araújo et al. (2014) afirmam que a EP, para o profissional, é primordial na realização de qualquer atividade de saúde. Todo profissional requer manejo para tratar, de preparo para lidar com mitos, preconceitos e concepções errôneas construídas no imaginário e no contexto social dos usuários ao longo do tempo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender e defender a importância da educação permanente na Atenção Primária à Saúde torna-se essencial, na medida em a maioria dos profissionais de saúde afirmam desconhecer a PNAISH. Embora tenha sido institucionalizada no Brasil em 2008, objetivando

assegurar a integralidade do cuidado e da atenção à saúde da população masculina, ainda é notória a lacuna na formação dos profissionais em relação a essa política. Assim, a falta desse conhecimento, entre outros, consequentemente, traz muitas limitações na assistência integral à saúde dessa população.

Defendemos, nesse contexto, maior dedicação e interesse por essa temática nos cursos de formação, bem como investimento em educação permanente visando a melhores serviços prestados aos homens na APS: a prevenção de doenças e agravos, o enfrentamento de barreiras sociais, a promoção de saúde e a maior inserção desse público nas UBS.

As percepções dos profissionais, capturadas pelo questionário - disponibilizado no *Google* Formulários (*Google Forms*), em função das medidas de restrição ao enfrentamento da pandemia global de COVID-19. Foram desenvolvidas, então, duas categorias de análise, definidas *a priori*: (i) percepções sobre formação para a atenção à saúde do home e (ii) aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço

Como resultados mais relevantes da categoria "Percepções de profissionais da saúde sobre sua formação para a atenção à saúde do homem", verificamos que predomina, entre os respondentes, a falta de conhecimento específico sobre a atenção à saúde do homem na APS, tendo em vista as respostas vagas, com raras referências à PNAISH e/ou relacionadas apenas ao "Novembro Azul". Tais resultados sustentam e reforçam nossa defesa de maior valorização de conteúdos sobre a atenção à saúde do homem nos cursos de formação para a saúde.

Em relação à categoria "Aplicação de conhecimentos sobre saúde do homem no serviço", os achados, baseados nas rotinas de atendimento, demonstram a ausência de qualquer tipo de abordagem, de seguimento de um protocolo e/ou trabalho de sistematização voltado à atenção para a população masculina. Ressaltamos, especificamente, que determinados participantes da pesquisa vincularam o atendimento à essa população exclusivamente ao cuidado da próstata, o que compromete as possibilidades de ações para incorporação da atenção integral à saúde do homem no serviço prestado.

Com base nos dados analisados, percebemos que os médicos demonstraram maior conhecimento sobre saúde do homem e os ACS demonstraram menos conhecimento, evidenciando fragilidades em sua formação para a atenção a essa população, o que tende a comprometer as possibilidades de implementação da PNAISH. E observamos que, na UBS Castanheira, os profissionais estão melhor formados para atenção à saúde do homem, apresentando respostas mais condizentes com a PNAISH, demonstrando um direcionamento para o planejamento de ações de saúde, promoção e prevenção da saúde e agravos.

De uma forma geral, nossa pesquisa evidenciou consideráveis lacunas quanto à formação e quanto à aplicação de conhecimentos sobre a saúde do homem entre os profissionais participantes. Ainda mais preocupante é inexistência de perspectivas de melhora, nos dois casos, o que reflete diretamente na ausência de monitoramento das estratégias ao cuidado masculino, na falta de mecanismos voltados à qualificação profissional que possibilitem a melhor organização do trabalho e na carência de ações de prevenção e promoção da saúde, com vistas a reduzir as taxas de morbimortalidade.

Como limitações da pesquisa empreendida, destacamos a ausência de alguns profissionais das UBS selecionadas entre os respondentes, mesmo após um grande esforço de divulgação e de contatos com esses profissionais ao longo do processo investigativo. Esperávamos contar com um contingente maior de participantes, com equipes completas, mas alguns não quiseram participar, outros estavam em afastamento, outros de atestado médico.

Outras duas limitações que devemos citar foram: (a) a necessidade de migrar do nosso projeto inicial, que era o de desenvolver uma pesquisa aplicada, do tipo intervenção pedagógica, propondo ações concretas de formação junto a uma eSF voltadas à atenção à saúde do homem, para uma pesquisa básica, do tipo exploratória; e (b) o abandono da ideia de coletar dados utilizando outros instrumentos, como entrevista e grupo focal. Em função das restrições impostas em meio à pandemia de COVID-19, adotamos a pesquisa do tipo estudo de caso e conseguimos aplicar somente um questionário *online*. Outras limitações quanto ao desenvolvimento da dissertação estiveram ligadas à administração do tempo pela mestranda ao longo do curso de mestrado.

Compreendemos, ao final, que o presente estudo contribui para a reflexão sobre a importância da formação dos profissionais da saúde quanto à aplicabilidade de ações estratégicas direcionadas à atenção à saúde da população masculina, no intuito de transformar práticas em saúde e construir relações longitudinais com o público masculino, aproximando-o dos serviços de saúde.

Há lacunas de formação das equipes de saúde nas UBS onde atuam os profissionais participantes, desde a formação acadêmica à educação permanente/continuada, o que reforça as limitações da atenção prestada ao público masculino; além disso, os profissionais não possuem apoio necessário para produzir suas ações, planejar estratégias para a criação de vínculo e/ou para contemplar as necessidades dessa população.

Mas, afinal, por que o homem não vai à UBS? Para além de configurações histórico-culturais, nosso estudo apresenta evidências de que essa situação não passa somente pela "falta de vontade" dos homens cuidarem de sua saúde, mas, também, por uma lógica

naturalizada de formação e de atenção – pelos profissionais de saúde – de menor importância a processos formativos e a práticas de atenção à saúde para essa população.

Desse modo, com a produção desta dissertação, aspiramos contribuir para investigações que versem sobre a prática educativa na saúde, ampliando programas de formação aos profissionais que atuam nas equipes de saúde, especialmente, no que se refere à atenção integral à saúde do homem, agregando conhecimentos, motivando discussões acerca da temática, considerando a educação na saúde e a educação em saúde em Porto Velho, no estado e Rondônia, na Região Amazônica e no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.C.; ALMEIDA O. da S. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. **Dialógo e Ciência,** Vitória da Conquista, n. 30, 2012.

ALVARENGA, W. A.; SILVA, S. S.e; SILVA, M .E. D. da C.; BARBOSA, L. D. da C. e S.; ROCHA S. S. da. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 929-935, 2012.

ARAÚJO, M. G. de; LIMA, G. A. de; HOLANDA, C. S. M.de; CARVALHO, J. B. L. de; SALES, L. K. O. Opinião de profissionais sobre a efetivação da politica nacional de atenção integral à saúde do homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 682-689. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde Relatório **Consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação permanente em Saúde (PNEPS).** SGTES/DEGES/Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.194**, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Disponível em: https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília (DF): MS. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília-DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: 2009 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**.** Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção "Para entender a gestão do SUS" 2011, vol. 03. 1ª ed. Brasília: **CONASS**, 2011. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/acessoaberto/course/view.php?id=3#section-9. Acesso em: 12 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 01 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde**. Um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Agenda 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 01 mai. 2020.

CAMARGO, S.M de; CHIRELLI, M.Q.; Cuidado aos homens no envelhecimento: a formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira da Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 29, 2016.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 2019.

CARRARA, S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Editora Fiocruz, 1996.

CARVALHO, F.P.B.; SILVA, S. K. N.; OLIVEIRA, L. C. de; FERNANDES, A. C. L.; SOLANO, L. da C.; BARRETO, É. F. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Revista de Atenção Primária a Saúde.** v.16, n.4, p. 386-392, 2013.

CAVALCANTI J. da R. D.; FERREIRA, J. de A.; .HENRIQUES, A. H. B.; MORAIS, G. S. da N.; TRIGUEIRO, J. V. S.; TORQUATO, I. M. B. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 462-468. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHAKORA, E. S. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 559, 2014.

COELHO S. S. C. C.; MELO R. A. de; Assistência ao homem na estratégia saúde da família**. Revista multidisciplinar e de psicologia**, v.12, v. 41, p. 485-508, 2018.

COLLAR, J. M.; ALMEIDA NETO, J. de; FERLA, A. A. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 04, p. 53-64. 2015. Associação Brasileira da Rede Unida. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140334. Acesso em: 15 mai. 2020.

CORDEIRO, S. V. L.; FONTES, W. D. de;FONSÊCA, R. L. S.; BARBOZA T. M.; CORDEIRO, C. A. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** v. 18, n. 4. 2014

DOXSEY J. R.; DE RIZ, J. **Metodologia da pesquisa científica**. ESAB – Escola Superior Aberta do Brasil, Apostila. 2002-2003.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Tese de doutorado. **Departamento de Prática de Saúde Pública - Políticas, planejamento e gestão em saúde**, Universidade de São Paulo. 2014

FONTES, W. D. de.; BARBOZA, T. M.; LEITE, M. C.; FONSECA, R. L.S; SANTOS ; L.C. F. dos; NERY T. C de L. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3. 2011**.**

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia histórica da saúde pública**. 2017. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica. Acesso em: 10 mai. 2020.

GADOTTI, M. **Educação popular e educação ao longo da vida**. Acervo Paulo Freire, 2016. Disponível em: http://acervo.paulofreire.org:8080/jspui/bitstream/7891/3633/1/FPF_PTPF_01_0470.pdf. Acesso em: 20 abril 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRADE, M. da G; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev. esc. enferm. USP** [*online*], v. 40, n. 1, p. 105-110. 2016.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família**. Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. **Atlas**; 7 ed; São Paulo; 2012.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. dos S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da política nacional de atenção integral à saúde dos homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2607-2616, 2012.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913-922. 2016.

LIMA, S. A. V; ALBUQUERQUE, P. C; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mai. 2020.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Santa Catarina, 2008.

MEDEIROS, R.L.S.F.M.; Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enferrneiros. João Pessoa, 2013.

MEDEIROS L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 65-74. 2015.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. de. A política nacional de saúde do homem: necessidade ou ilusão?. **Psicologia Política**, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010.

MODESTO, A. A. D. A.; LIMA, R. L. B de; D'ANGELIS, A.C.; AUGUSTO, D.K.; Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface.** Botucatu, 2018.

MORAES, R. **Análise textual discursiva.** 3 ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção integral à saúde do homem: estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas unidades de saúde da família do interior da Bahia. **Sau. &Trasnf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. de; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** v. 18, n. 4, p. 615-621. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf.

MOURA, E. C.; SANTOS, W.; NEVES, A. C. M.; GOMES, R.; SCHWARZ, E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429-438. 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PASSONE, E. F. K. Uma perspectiva educacional histórico-crítica na educação permanente em saúde. **Revista @mbienteeducação**, v. 12, n. 3, p. 132-153, 2019. ISSN 1982-8632. Disponível em: http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/773/697. Acesso em: 01 mai. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da; SOUZA, H. S. de. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-134. 2009.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.

PORTO, G. S. Governança tecnológica e cooperabilidade nas multinacionais brasileiras.**RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 54, n. 2, 2014.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA). 2019. https://semusa.portovelho.ro.gov.br/.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA). 2020. https://semusa.portovelho.ro.gov.br/.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** v. 27, n. 1, 2017

RODRIGUES, J. F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 74-86, 2012.

RONDÔNIA. Secretaria do Estado da Saúde - SESAU. Superintendência Estadual de Comunicação de Rondônia - **SECOM**. 2016. Disponível em: http://www.rondonia.ro.gov.br/apenas-30-dos-homens-buscam-saude-preventiva-no-sus-em-rondonia-governo-debate-tema-em-encontro-na-capital/. Acesso em: 29 set 2019.

SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: E.P.U, 2007.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da política nacional de educação permanente em saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

SILVA, A. S. E.; BARBOSA, M. G. A.; ROCHA, A. A. da; CARVALHO, T. W. S.; LINS, S.R.de O.; SOUZA, S.R.de O. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2. 2020

SILVA, P. A. S.; FURTADO, M. de S.; GUILHON, A. B.; SOUZA N. V. D. de O.; DAVID, H M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2012.

SILVA, L. A. A.; LEITE, M. T. L.; HILDEBRANDT, L. M.; PINNO, C. Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 3, n. 2, p. 296-306. 2013.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C. de; CARVALHO, S. de A.; SILVA S. F.C. da. **Política de saúde do homem. Rev. Saúde Pública [online]**, v. 46, p.108-116, 2012.

VEIGA, L. de S.; F. M. de A. BATISTA. Saúde do homem: conhecendo as necessidades e a resistência masculina pela atenção à saúde. **UNASUS.** Terezina, 2020.

VIEIRA, S. O. câncer e a saúde do homem: um panorama completo dos tumores que acometem a população masculina. **Revista Onco& – Oncologia para todas as especialidades**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 12-18, 2012.

VIEIRA, K. L. D.; GOMES, V. L. de O.; BORBA, M. R.; COSTA C. F. da S. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2014.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2003.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: **HOMEM NÃO VAI À UBS! UM ESTUDO DE CASO SOBRE FORMAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO**
Pesquisador Responsável: Cristiane Czarnecki Mayorquim

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, do projeto de pesquisa on-line intitulado: Homem não vai à UBS! Um estudo de caso sobre formação e atenção à saúde do homem em Porto Velho/RO. A participante do projeto é mestranda em Saúde da Família pelo Profsaúde. O questionário será aplicado através de um formulário eletrônico Google Forms, alocado na plataforma do Google. A pesquisa terá como objetivo saber sobre a percepção da formação sobre saúde do homem e sua aplicabilidade.

Leia cuidadosamente o que segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. O (a) senhor (a) ao aceitar fazer parte do estudo deverá eletronicamente aceitar participar da pesquisa o que corresponderá à assinatura do TCLE, que constara junto ao formulário, você receberá uma via do TCLE no seu email, o qual poderá ser impresso assim que desejar, garantindo a via do participante, sendo assim ao clicar no botão para prosseguir, concorda com a participação. Todas as vias deverão ser assinadas e rubricadas em todas as páginas.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. A realização da presente pesquisa se justifica pela necessidade de investigar o processo formativo e as estratégias no atendimento ao público masculino pelos profissionais das equipes de saúde de Porto Velho, bem como o seu interesse em prestar um serviço humanizado e eficiente, ao público masculino, por vezes, esquecido pelo poder público.

2. A minha participação nesta pesquisa on-line consistirá em responder o questionário online, com duração de aproximadamente 10 minutos, em Porto Velho estado de RO, a respeito da percepção da formação dos profissionais das equipes de saúde da família de Unidade Básica de Saúde vinculadas a Unir através do programa de residência médica e multiprofissional, sobre saúde do homem e sua aplicabilidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: **HOMEM NÃO VAI À UBS! UM ESTUDO DE CASO SOBRE**

FORMAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO
Pesquisador Responsável: Cristiane Czarnecki Mayorquim

3. Ao participar desse trabalho estarei contribuindo para uma pesquisa on-line com fins de avaliar percepção da formação sobre saúde do homem e sua aplicabilidade.

4. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa online e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo.
5. Fui informado e estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, no entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, serei ressarcido.
6. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de minha participação no estudo, poderei ser compensado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
7. Possíveis riscos: Sentimentos de ansiedade e insegurança quanto às etapas da pesquisa e nas temáticas a serem abordadas, tomar o tempo do sujeito ao responder a entrevista podendo levar ao cansaço ou aborrecimento,o risco de segurança da informação.

8. Medidas mitigadoras: Realização da entrevista de forma individual sem expor o entrevistado aos outros participantes as informações e dados serão controlados, considerando que somente a pesquisadora terá acesso ao material da coleta primária dos dados, publicidade, após os dados serem analisados.

9. Possíveis Benefícios: As informações obtidas neste estudo serão úteis para melhorar a saúde e a assistência médica de diversos indivíduos através da publicação em revistas médicas e comunicações de Congressos sem, contudo, ferir a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: **HOMEM NÃO VAI À UBS! UM ESTUDO DE CASO SOBRE FORMAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO**
Pesquisador Responsável: Cristiane Czarnecki Mayorquim

10. Meu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade, e se eu desejar terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.
11. Fui informado que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados poderão ser publicados.
12. Ao concordar em participar da pesquisa, devo guardar a minha via do TCLE na forma impressa ou em print, na forma como preferir.

13. Caso queira ter acesso ao texto, deseje esclarecimentos ou outras informações, pedimos a gentileza de entrar em contato com Cristiane Czarnecki Mayorquim, mestranda do projeto, através do telefone (69) 981156762 ou e-mail: cris_mayorquim@hotmail.com.

14. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os seguintes: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Localizado na Sala 216-C bloco C 2º andar Fundação Universidade Federal de Rondônia , Campus José Ribeiro Filho, Br 364 Km 9,5 (sentido Rio Branco –AC) cep 76801-059 Porto Velho- RO telefone (69) 2182-2116, email cep@unir.br.

Acredito ter sido suficientemente informado sobre todos os procedimentos da pesquisa (cujos dados estão anexados na carta de solicitação), que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto.

Concordo VOLUNTARIAMENTE em permitir a realização desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação:

Título do Projeto: **HOMEM NÃO VAI À UBS! UM ESTUDO DE CASO SOBRE FORMAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM PORTO VELHO/RO**
Pesquisador Responsável: Cristiane Czarnecki Mayorquim

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, responderei a perguntas através de um questionário online (Google forms), e que fui informado que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Porto Velho, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura do participante

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO MEMBROS ESF SAÚDE DO HOMEM

QUESTIONÁRIO - Conhecimentos gerais sobre a formação e rotina de atendimento à Saúde do Homem: Equipe de Saúde de Família

Solicito sua colaboração para responder ao presente questionário. As informações obtidas serão utilizadas na minha dissertação, pois sou mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE pela Universidade Federal de Rondônia-Porto Velho.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a formação em serviço dos membros da Equipe da Estratégia de Saúde da Família e residentes vinculados ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional visando a articular discussões e promover ações de monitoramento, avaliação e prevenção, fortalecendo os serviços de atenção à saúde do homem na atenção básica, dentro das suas atribuições.

Os dados disponibilizados não serão repassados a terceiros. Caso estes dados sejam utilizados na dissertação, os nomes reais serão mantidos em absoluto anonimato.

Todas as informações serão extremamente importantes para a análise dos resultados, portanto, a sinceridade de suas respostas é essencial.

Antecipadamente agradecemos o tempo que você investirá o preenchimento deste questionário, o cuidado e a atenção que dispensar à tarefa.

Mestranda: Cristiane Czarnecki Mayorquim
Orientador: Profº Drº Rafael Fonseca de Castro

BLOCO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

1)Nome:_____ **2)** Sexo:

(__) Masculino (__) Feminino.

3) Idade: (__) 20 a 29 anos. () 30 a 39 anos. (__) 40 a 49 anos. (__) 50 a 59 anos. (__) mais de 59 anos.

4) Natural do Estado:_____

5) Há quanto tempo trabalha na Estratégia de Saúde da Família:_____

6) Formação Acadêmica

Ensino Médio (__) Ensino Superior (__)

Graduação(__) em: _____ ano de conclusão: _____

Especialização(__) em: _____ ano de conclusão: _____

BLOCO 2: DA FORMAÇÃO

1)Qual seu entendimento sobre a atenção à saúde do homem?

_____

_____

_____

_____

_____

2)Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)?Fale sobre ela.

_____

_____

_____

_____

_____

3)Que medidas podem ser tomadas baseadas na PNAISH para a implementação na UBS que você atua?

_____

_____

_____

_____

_____

4) Na UBS que você está inserida há algum programa de educação permanente sobre saúde do homem?

_____

_____

_____

_____

_____

5)Qual sua visão como profissional inserido na equipe de saúde da família de uma UBS em relação ao atendimento á saúde do homem?

_____

_____

_____

_____

_____

BLOCO 3: ROTINA DE ATENDIMENTO AO HOMEM

1) A UBS que você atua segue o protocolo de atendimento da atenção à saúde do homem?

_____
_____
_____

2)Qual sua rotina de atendimento sobre saúde do Homem na:

UBS?_____
_____
_____
_____
_____
_____

Visita domiciliar?

_____
_____
_____
_____
_____

3) O que você acredita ser sua atribuição específica quanto ao cuidado integral à saúde do homem?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
____

4) A equipe que você atua tem alguma estratégia para a captação de homens para o atendimento integral à saúde do homem? **( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte**

Justifique:_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____

5) Quais as ações de promoção e prevenção à saúde do homem é realizada na equipe que você está inserido?

_____
_____
_____
_____
_____

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Fernanda Mello Ortigosa Nogueira

Doação e Transplantes de Órgãos em Porto Velho-RO:
um olhar voltado para a educação na saúde

Porto Velho/RO

2021

Fernanda Mello Ortigosa Nogueira

Doação e Transplantes de Órgãos em Porto Velho-RO:
um olhar voltado para a educação na saúde

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia (Unir), em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Edson dos Santos Farias
Linha de Pesquisa: Educação e saúde

Porto Velho/RO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

N778d

Nogueira, Fernanda Mello Ortigosa.

Doação e transplantes de órgãos em Porto Velho-RO: um olhar voltado para a educação na saúde / Fernanda Mello Ortigosa Nogueira. -- Porto Velho, RO, 2021.

49 f. : il.

Orientador(a): Prof.ª Dr. Edson dos Santos Farias

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Doação de órgãos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.Educação na Saúde. I. Farias, Edson dos Santos. II. Título.

CDU 616-089.843(811.1)

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça CRB 11/905

FERNANDA MELLO ORTIGOSA NOGUEIRA

Doação e Transplantes de Órgãos em Porto Velho-RO:
um olhar voltado para a educação na saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia (Unir), como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

_____
Prof. Dr. Edson dos Santos Farias

_____
Prof. Dr. Alessandro Corrêa Prudente dos Santos

_____
Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro

_____
Profa. Dr. Jeanne Lúcia Gadelha Freitas

Porto Velho/RO

2021

“Ame tudo o que puder, seja o que for, venha o que vier”

Duca Leindecker

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho, especialmente, à minha mãe, Mônica Aparecida Mello Ortigosa Nogueira, que durante toda a sua vida tem sido exemplo de honestidade, honradez, caráter e, sobretudo, de fé na vida e em nós, seus filhos. A ela que continua me inspirando e dando força mesmo diante de qualquer adversidade.

Ao meu pai, Fernando Prado Nogueira, por ser luz onde quer que eu caminhe.

Aos meus irmãos Vinícius e Fabíola pelo incentivo na busca por ser uma profissional de excelência e pelo presente mais importante que irmãos poderiam dar: Eduardo e Joaquim.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Edson dos Santos Farias, que nutriu paciência e ensinamentos dia a dia, mesmo diante de toda a resistência e dúvidas que poderiam ter que enfrentar nesse mestrado. O senhor me mostrou que, com o processo de resiliência, compromisso e seriedade, é possível alcançar objetivos, um pouco a cada dia.

Ao meu eterno Mestre, Prof. Dr. Alessandro Corrêa Prudente dos Santos, por me acompanhar em toda a jornada como profissional e ser humano, principalmente ao que tange a difundir o propósito da doação de órgãos, independentemente do cenário em que se esteja transformando a ideia em prática.

Ao Prof. Dr. Rafael Fonseca de Castro e à Prof.ª Dr.ª Jeanne Lúcia Gadelha Freitas, por somarem com as discussões deste estudo através de sugestões, ideias e críticas.

À minha eterna Liga Acadêmica de Doação e Transplante de Órgãos e tecidos de Rondônia (LADOT) sobre representatividade dos ligantes: Carla Paola Domingues Neira; Michely Matias Guimarães; Bruna de Oliveira Rodrigues; Vinícius de Aguiar Rodrigues; Lucas Gabriel Gomes Rocha; Gustavo Vieira Lima dos Santos. Vocês foram fundamentais para a construção desse projeto e sem a colaboração de todos não seria possível alcançar essa conquista.

À Universidade Federal de Rondônia por proporcionar a oportunidade de graduação, especialização e agora defender esse Mestrado de forma honrosa e levando seu brasão por onde estiver.

À Rede PROFSAÚDE, à Fiocruz e à ABRASCO, que construíram esse mestrado nacionalmente e nos ofertaram a oportunidade de agregar conhecimento e experiências.

Aos amigos que se mantiveram amigos, mesmo nos períodos de ausência.

OBRIGADO POR TUDO!

RESUMO

Este estudo busca avaliar o conhecimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF): se estão aptos a realizar uma ação em educação na saúde sobre a temática “doação de órgãos” na Atenção Primária à Saúde (APS), em Porto Velho, Rondônia. Parte-se do princípio que o Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo. E embora o número de transplantes realizados no país cresça anualmente, o número de doadores é insuficiente para atender às demandas. São escassas as publicações que discutem a importância da capacitação dos profissionais da APS acerca da temática “doação de órgãos no Brasil”. Neste sentido adotou-se um estudo descritivo de delineamento transversal por conveniência, realizado com 240 profissionais da área da saúde em 2020. Foi utilizado questionário com questões fechadas sobre as características sociodemográficas e conhecimento, a fim de identificar se os profissionais da saúde estão aptos a abordar, de forma educativa, o tema “doação e transplante de órgãos" aos usuários dos serviços de saúde. A regressão logística foi utilizada para testar a associação com a variável de exposição ao desfecho: os profissionais estão aptos a realizar uma ação em educação à saúde na temática doação e transplante de órgãos? Para avaliar a medida de confiabilidade do questionário, utilizou-se a consistência interna por meio do coeficiente de *Cronbach*. Os achados mostraram que 73,70% dos profissionais de saúde não se consideram aptos a trabalhar a temática de doação de órgãos. O questionário mostrou-se confiável no teste alfa de *Cronbach* 0,71 (aceitável). Os resultados sobre o conhecimento analisados pela prevalência (%) e razão de prevalência ajustada ao modelo final mantiveram-se associadas às onze questões como fator de risco à exposição ao desfecho do questionário ($p<0,05$). É baixo o número de profissionais que se sentem aptos a trabalhar o tema mencionado com os usuários do serviço básico de saúde. Assim, esses achados podem corroborar na identificação dos pontos de fragilidade do processo de educação na saúde e, principalmente, fomentar futuros projetos sobre doação de órgãos em nível de APS, indicando alvos específicos de planejamento das ações na educação em saúde.

Palavras-chaves: Doação de órgãos, Educação na Saúde, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Introduction: Brazil has the largest public transplant system in the world. Although the number of transplants performed grows annually, the number of donors is insufficient. There are few publications that discuss the importance of training Primary Health Care (PHC) professionals on the theme of organ donation in Brazil. **Objective:** To evaluate the knowledge of the professionals of the Family Health teams (eSF) if they are able to carry out an action in health education on the theme "organ donation" in PHC, in Porto Velho, Rondônia. **Methods:** Descriptive cross-sectional study by convenience carried out with 240 health professionals in 2020. A questionnaire with closed questions about sociodemographic characteristics and knowledge was used to identify whether professionals are able to do an action in health education on the theme "Organ donation" for users. Logistic regression was used to test the association with the exposure variable to the outcome: are the PS able to carry out an action in health education on the theme of organ donation and transplantation? To evaluate the measure questionnaire reliability, the internal consistency was used by means of the Cronbach coefficient.

Results: The findings showed that 73.70% of health professionals do not consider themselves able to carry out a health education action on the theme of organ donation and transplantation. The questionnaire proved to be reliable in the Cronbach's alpha test 0.71 (acceptable). The results on knowledge analyzed by prevalence (%) and prevalence ratio adjusted to the final model remained associated with the eleven questions as a risk factor for exposure to the outcome of not being able to do an action in health education on the theme "Organ donation and transplantation" in basic health units (UBS) for users ($p < 0.05$). Conclusion: Most health professionals answered that they do not feel able to take action in health education on the theme of organ donation and transplantation. Thus, these findings may corroborate the identification of the weak points in the health education process and, mainly, promote future projects on organ donation at the PHC level, indicating specific targets for planning actions in education.

Keywords: organ donation, health education, primary health care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Você se considera apto para fazer uma ação educativa na temática "doação e transplantes de órgãos" aos usuários? 27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:Distribuições dos números de profissionais da saúde por Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Porto Velho-RO. 2018 - 2021 21
Tabela 2: Consistência interna do questionário segundo o valor de alfa 24
Tabela 3: Características gerais sociodemográficas do perfil de profissionais da saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho, RO. 2020 2021...... 26
Tabela 4: Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa do total do questionário de conhecimento acerca da doação e transplante de órgãos e tecidos dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho, RO. 2020-2021...... 28
Tabela 5: Prevalências (%) e Razões de Prevalência de conhecimento dos profissionais de saúde para fazer uma ação em educação em saúde na temática "doação de órgãos para os usuários" nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho, RO. 2020-2021...... 30

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
APS	Atenção Primária à Saúde
CETRO	Central Estadual de Transplantes de Rondônia
ES	Educação na Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
LADOT	Liga Acadêmica de doação de órgãos e transplantes de Rondônia
ME	Morte encefálica
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIR	Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12

1.1 OBJETIVOS 13

1.1.1 Geral 13

1.1.2 Específicos 13

1.2 JUSTIFICATIVA 13

2. REFERENCIAL TEÓRICO 15

2.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS 15

2.2 A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA O SISTEMA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS 17

2.3 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 19

3. METODOLOGIA 20

3.1 TIPO DE ESTUDO 20

3.2 LOCAL DO ESTUDO 20

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 20

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 21

3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS 22

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 23

3.7 TRATAMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS 24

4. RESULTADOS 25

5. DISCUSSÃO 32

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO 32

5.2 APTIDÃO PARA REALIZAR ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS 33

5.3 FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS 34

6. CONCLUSÃO 36

7. REFERÊNCIAS 38

ANEXOS 44

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 44

APÊNDICE 46

APÊNDICE I: CONHECIMENTO SOBRE A DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NA UBS 46

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é referência mundial na área de transplantes e apresenta o maior sistema público de transplantes do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, a baixa porcentagem de doadores é citada como um fator limitante no aumento do número de doações. Pressupõe-se que tal fato seja resultado da grande porcentagem de recusa familiar (ABTO, 2012).

O comportamento dos familiares em relação à doação de órgãos está condicionado a questões culturais e psicológicas e a recusa em relação aos transplantes pode estar vinculada a vários fatores (MORAES, 2008).

A falta de conhecimento da população leiga e da área da saúde sobre o processo de doação de órgãos é apontada por inúmeros artigos como sendo um dos motivos que levam os familiares a recusarem a doação dos órgãos e tecidos do potencial doador em morte encefálica, bem como o desconhecimento do desejo do familiar sobre o tema doação de órgãos (MONTEIRO, 2011; LOPES, 2009). Embora o número de transplantes realizados cresça anualmente, o número de doadores ainda é insuficiente para atender essas demandas.

Sabe-se que a educação na saúde sobre a temática é essencial para aumentar o índice de captação de órgãos. Contudo, existem poucas ações que abordem os profissionais da rede da Atenção Primária à Saúde (APS), resultando em desconhecimento sobre a causa e limitações para realizar atividades de esclarecimentos com a população (FERNANDES et al., 2010; BERNTZEN et al., 2014).

Quando falamos em educação como uma forma de incentivo à doação de órgãos, não devemos nos deter apenas à população. A educação dos profissionais de saúde, específica para a doação de órgãos, é fator decisivo tanto para o refinamento técnico do transplante quanto para a melhora do índice de captação de órgãos (MORAIS, 2012). No entanto, são escassas as publicações brasileiras que se propõem a discutir sobre a importância da formação dos profissionais da APS acerca dessa temática.

Nesse sentido, o problema central ao qual essa pesquisa se propôs a responder assim emerge: Os profissionais de saúde estão aptos a realizar ação educativa na saúde na temática “doação e transplante de órgãos”?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Avaliar o conhecimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e se estão aptos a realizar ações em educação na saúde sobre a temática “doação e transplante de órgãos na APS”, em Porto Velho, Rondônia.

1.1.2 Específicos

a) Caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais que atuam na APS em Porto Velho-RO;

b) Verificar e analisar a confiabilidade interna do instrumento de pesquisa (questionário);

c) Avaliar a aptidão dos profissionais de saúde para ações em educação na saúde na temática “doação de órgãos" para os usuários da APS.

1.2 JUSTIFICATIVA

Dados da Revista de Transplante Brasileira (2020) demonstram que o Estado de Rondônia apresenta 47% de recusa familiar ao processo de doação de órgãos.

Dessa forma, fica claro que discutir de forma acessível o conceito de doação-transplante junto aos profissionais de saúde, apresentar o funcionamento do sistema gestor deste serviço e estimular a conversa no âmbito profissional e familiar sobre a temática são os principais pontos que necessitam ser abordados nos futuros projetos sobre doação de órgãos e transplante, a fim de possibilitar a melhor capacitação dos profissionais e reduzir a negativa familiar.

Este projeto de pesquisa parte da confiança na potencialidade do sistema de transplantes brasileiro e, por este motivo, propõe-se a atuar em dois pontos de fragilidade do mesmo, especialmente no estado de Rondônia, a nível de Atenção Básica: o conhecimento e aptidão dos profissionais de saúde da APS para difundirem a temática e práticas em Educação na Saúde sobre o tema referido.

Este visa pode propiciar melhor conhecimento acerca da “doação de órgãos” na visão dos profissionais da APS, propiciando avaliação das fragilidades sobre o conhecimento dos mesmos, colocando em pauta a necessidade de amplificar a discussão sobre a temática e a necessidade de formação dos profissionais para atuação em termos de Educação na Saúde dentro dessa temática.

Anseia-se que as novas oportunidades educativas possam ser multiplicadas e resultem em processos de participação intersetorial e interprofissional, que sejam capazes de criar e recriar outros modos de fazer, cuidar, atender e assistir, de forma a promover formação e qualificação no âmbito da conscientização sobre a relação doação-transplante de órgãos no estado de Rondônia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

A história dos transplantes no mundo é, com certeza, uma história de sucesso, pelo seu incontestável avanço em pouco tempo (KNOBEL, 2006). Há diversos relatos que compõem a história dos transplantes.

O primeiro deles encontra-se registrado na Bíblia, no livro de Gênesis 2:21-22. Neste, Adão aparece como o primeiro doador. Outro relato milenar, e até mitológico, trata-se da história de dois médicos chineses, Itoua To e Pien Tsio, que eram gêmeos e nasceram em 287 d. C., tendo estudado medicina na Grécia e na Cecília, na Ásia Menor. Conta-se que esses médicos teriam transplantado a perna de um soldado negro que acabara de morrer em outro homem, um velho branco que havia perdido a perna naquele mesmo dia. Eles atendiam as pessoas sem cobrar e, por isso, foram perseguidos, julgados e executados por Deocleciano e, posteriormente, tornaram-se mártires e santos. Hoje, são os padroeiros dos médicos cirurgiões (FUNDAÇÃO BANCO DE OLHOS, 2000; PEREIRA, 2004).

A enorme necessidade e o grande uso de transfusão de sangue na Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918, propiciaram o surgimento dos bancos de sangue para a armazenagem dos mesmos. Esse evento, talvez, foi um dos mais importantes passos na história dos transplantes. A transfusão de sangue não trata da natureza dos problemas éticos e filosóficos associados com os transplantes de órgãos sólidos não regeneráveis, tais como rins, coração, pulmões, pâncreas e fígados (LAMB, 2000).

A era moderna dos transplantes começou na década de 1950, com o transplante de órgãos não regeneráveis, salientando-se as contribuições dos cirurgiões Aléxis Carrel, ganhador do Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina de 1912 "em reconhecimento ao seu trabalho sobre sutura vascular e transplante de vasos e órgãos sanguíneos", nascido em 1873 e falecido em 1944[1].

Charles C. Guthrie (1880) que desenvolveu a técnica de sutura dos vasos sanguíneos[2]. Também Emmerich Ullmann (1861-1937), que removeu um rim de um cachorro e o manteve

[1] Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1912: estilo MLA: O Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina 1912. NobelPrize.org. Nobel Media AB 2020. Ter. 9 de junho de 2020. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1912/summary/>

[2] Carrel A. La technique operatoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères. Lyon Med 1902;93:859-64. Carrel A. The surgery of blood vessels. Bull Johns Hopkins Hosp 1907;18:18-28. Carrel A. Results of transplantation of blood vessels organs and limbs. JAMA 1908;51:1662-7. Carrel A. Graft of vena safena on the abdominal aorta. Ann Surg 1910;52:462-70.

funcionando por poucos dias no corpo de outro cachorro. O insucesso desse transplante revelou o problema da rejeição e experiências anteriores mostraram a necessidade da semelhança genética estreita entre o doador e o receptor para o sucesso desse transplante (LAMB, 2000).

Nos anos seguintes, os esforços foram no sentido de superar o problema da rejeição por meio do desenvolvimento de novos imunossupressores.

Após estudos realizados em 1959, na França, que descreveram pela primeira vez o quadro clínico de morte encefálica (ME), a Universidade de Harvard publicou, em 1968, um dos primeiros trabalhos estabelecendo critérios para o seu diagnóstico, fazendo aparecer a figura do doador falecido (KNOBEL, 2006).

Nas décadas de 1960 e 1970, desenvolveram-se fármacos com uma melhor ação imunossupressora e expressivos efeitos colaterais, tais como a nefrotoxicidade, hipertensão arterial, neurotoxicidade, hiperglicemia, neoplasias, infecções, hiperlipidemia e hiperpotassemia. Em 1983, uma nova droga com característica mais seletiva e de menores efeitos colaterais, a Ciclosporina, foi desenvolvida e transformou os transplantes de uma simples curiosidade para uma terapia efetiva (LAMB, 2000; SCHAFER, 2001; HARJULA,1995).

A década de 1980 foi marcada pelo surgimento de vários eventos importantes sobre o transplante de órgãos, tais como novas drogas imunossupressoras, o Tacrolimus, a padronização nas retiradas múltiplas dos órgãos dos doadores cadáveres e o desenvolvimento por Belzer de uma nova solução de conservação dos órgãos. Esses avanços permitiram obter resultados encorajadores nos transplantes de rim, coração e fígado, proporcionando uma sobrevida de até 80% em dois anos aos pacientes transplantados (PEREIRA, 2004).

No Brasil, os transplantes de órgãos iniciaram na década de 1960. Durante quase 30 anos, de 1968 a 1997, período chamado heroico e romântico, a atividade de transplante era pouco regulamentada (normalmente, havia regulamentações loco-regionais), e desenvolvida com bastante informalidade no que diz respeito à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e nos critérios de distribuição dos órgãos captados (KNOBEL, 2006).

Em 1997, os transplantes foram, por fim, regulamentados em todo o território nacional, por meio da Lei n.º 9.434/97 e do Decreto n.º 2.268/97. Esta Lei, porém, sofreu algumas alterações pela Lei n.º 10.211/01, introduzindo o Registro Nacional de Doadores, estabelecendo a prioridade dos doadores na realização de necropsia (Instituto Médico Legal), em casos de morte violenta, devolvendo a família a decisão pela doação (doação consentida) e retornando a obrigatoriedade de autorização judicial para transplantes intervivos não aparentados. Adicionalmente, o Decreto n.º 2.268/97 regulamentou a Lei n.º 9.434/97 e criou o Sistema

Nacional de Transplantes, responsável pela infraestrutura da notificação de casos de ME, captação e distribuição de órgãos e tecidos, que é denominada de fila única.

2.2 A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA O SISTEMA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro possui o maior programa de caráter público e gratuito de transplante de órgãos e tecidos do mundo (MINISTÉRIO DA SAÙDE, 2019). O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), desde sua criação, em 1997, tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante com o objetivo de demonstrar a confiabilidade do sistema e a assistência de boa qualidade ao cidadão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Apesar dos avanços, a disponibilidade de órgãos é muito menor do que a demanda para transplantes. Devido à falta de órgãos, a fila de espera e o número de pacientes que morrem enquanto aguardam o transplante, em vários países, inclusive no Brasil, Estados Unidos e Europa, ainda são expressivos (COELHO, 2007).

De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, a baixa porcentagem de doadores é citada como um fator limitante no aumento do número de doações. Pressupõe-se que tal fato seja resultado da grande porcentagem de recusa familiar e, principalmente, do baixo número de notificações de potenciais doadores nos serviços hospitalares (ABTO, 2012).

O nefrologista José Medina Pestana, em texto publicado no site da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, reitera a importância de ações sobre o tema doação de órgãos e das famílias serem melhor informadas a respeito: “A principal justificativa das famílias para não doar órgãos é o fato de nunca terem conversado sobre o desejo de doar, por isso, insistimos que isso tem que ser assunto de família” (PESTANA, 2012).

É importante reiterar que o processo de discussão sobre a temática “doação de órgãos” ocorra em todos os setores: familiar, profissional, e diante de toda a sociedade. Há intensa necessidade de que os profissionais estejam preparados para difundirem informações precisas e de forma didática sobre esse contexto.

Buscar soluções para superar as limitações no cenário de doação de órgãos deve tanger o processo por meio de ações de qualificações voltadas à formação dos profissionais da saúde da APS com intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde nesse sentido.

A Educação na saúde, de acordo com o glossário eletrônico da BVS12, consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a

atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2012).

Na Educação na Saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas ao aprimoramento dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real (FALKENBERG, 2014).

É de extrema importância ressaltar que o processo de doação-transplante precisa de interação entre os setores da sociedade e de um processo político pedagógico que leve a um pensar reflexivo e crítico, adequando à realidade de cada local com ações transformadoras, podendo levar o indivíduo ao processo de autonomia e auto decisão, propiciando opinar nas suas decisões de saúde e no processo de autocuidado, assim como da sua família e do coletivo.

Considera-se que a educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população (VASCONCELOS, 2001).

A construção compartilhada do conhecimento, que consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar, de modo coletivo, as ações de saúde, desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas; a emancipação, que envolve um processo coletivo e compartilhado em que pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação a partir da construção de processos de trabalho, nos quais os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo saúde-doença; a construção do projeto democrático e popular, definido como a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, que visa à transformação da realidade (BRASIL, 2013)

A estratégia participativa pode permitir a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, a partir da valorização dos seus conhecimentos e experiências, envolvimento na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas (BRASIL, 2016). Dessa forma, a interação do profissional com a população pode ser incremento para o ato de desenvolvimento e ser ação impulsionadora para que as famílias tenham mais e melhor acesso a informações para alcançar as demandas tão necessárias e almejadas no processo de doação de órgãos.

2.3 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Observando seus princípios, o SUS tem sua operacionalização baseada em três níveis de atenção - primária, secundária e terciária - configurados como uma pirâmide, na qual a APS é a base do sistema, ou seja, implica que a APS constitui o primeiro contato da população com o sistema de saúde (RODRIGUES, 2007).

É notório, portanto, que a evolução da organização da saúde mundial e no Brasil tem tendenciado para o fortalecimento da APS, tendo como um dos principais objetivos a promoção da saúde como instrumento para a capacitação dos indivíduos no intuito de aumentar o controle sobre os determinantes da saúde (CHIESA, 2001).

Um dos espaços privilegiados das práticas de promoção da saúde no âmbito do SUS são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), associadas ou não às equipes de Saúde da Família (eSF), organizadas em ações que integram programas de saúde, incluindo os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; PEDROSA 2004).

A APS é o nível de atenção à saúde mais profícua para o desenvolvimento da Educação na Saúde por visar ao desenvolvimento de uma atenção integral que repercuta na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2011).

Dessa forma, o processo de educação sobre a temática doação-transplante de órgãos tem um cenário fecundo na APS mas, para isso, é preciso entender o quanto o profissional está apto para realizar ações sobre o tema, para, assim, promover esclarecimentos à população, estimulando a conversa em âmbito familiar sobre o assunto. E, dessa forma, oferecer ao cidadão o seu direito à doação de órgãos de forma antecipada e fora do ambiente hospitalar. Tornando-se um processo político pedagógico (pensar crítico-reflexivo) para auxiliar o usuário a exercer sua autonomia.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal e abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais das eSF se estão aptos a desenvolverem ações em educação na saúde sobre a temática "doação de órgãos" na APS, em Porto Velho, Rondônia, no ano de 2020-2021.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi conduzido na cidade de Porto Velho, RO, localizada na região Norte do Brasil em nível da APS. De acordo com o IBGE (2019), a população estimada era de 529.544 habitantes e a densidade demográfica de 12,57 hab/km2.

A Atenção Básica de Saúde do município, conta, atualmente, com 38 Unidades de Saúde, sendo 16 na zona Urbana e 19 na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas geográficas sanitárias: Central, Sul, Leste e Norte, zona rural (fluvial e terrestre). Além dessa estrutura, o município de Porto Velho possui uma Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio às ações de promoção e prevenção à saúde nas áreas ribeirinhas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A caracterização da população pesquisa foi feita com base em arquivo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho com base no censo de 2018-2021, com total estimado de 634 profissionais, distribuídos em 16 UBS: U.S.F Agenor Carvalho, U.S.F Nova Floresta, U.S.F José Adelino da Silva , U.S.F Hamilton Haulino Gondim, U.S.F São Sebastião , U.S.F Socialista , U.S.F. Ronaldo Aragão , U.S.F Mariana, U.S.F Aponiã, U.S.F Renato Medeiros, U.S.F Caladinho, U.S.F Castanheira, U.S.F Ernandes Índio, U.S.F Santo Antônio, U.S.F Socialista, U.S.F Vila Princesa e U.S.F Pedacinho de Chão, representadas na Tabela 1.

Tabela 1:Distribuições dos números de profissionais da saúde por Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Porto Velho-RO. 2018 - 2021

nº	Unidade	Equipe ESF	Médicos	Enf.	Tec. Enf/aux	ACS	Odontólogo	Total
1	Hamilton R. Gondim	6	6	5	12	25	6	54
2	Jose Adelino da Silva	5	5	5	9	24	4	47
3	Aponiã	4	4	3	9	28	4	48
4	Nova Floresta	3	3	6	6	15	3	33
5	Pedacinho de Chão	5	5	5	10	22	4	46
6	Socialista	4	4	4	8	29	4	49
7	Areal da Floresta	0	5	2	8	0	3	18
8	Castanheiras	4	4	4	7	25	4	44
9	Agenor de Carvalho	4	4	4	7	20	4	39
10	Caladinho	4	4	4	8	15	4	35
11	Ernandes Coutinho Índio	6	6	6	12	37	6	67
12	Osvaldo Piana	4	4	4	9	10	2	29
13	Renato Medeiros	4	4	4	8	20	4	40
14	Ronaldo Aragão	4	4	4	7	16	4	35
15	Vila Princesa	1	1	2	2	1	1	7
16	Mariana	4	4	3	6	27	3	43
Total		66	79	72	146	342	70	**634**

Fonte: Plano Municipal de Saúde (SEMUSA 2018-2021)

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em uma prevalência de 50% dos profissionais da saúde não se considerar apto a realizar ação em educação na saúde na temática doação de órgãos, com erro amostral de cinco pontos percentuais (5%) e intervalo de Confiança de 95% (IC95%), finalizando com 240 profissionais.

Para as perdas e recusas, foi adotada a estratégia de reposição sobre técnica não probabilística *Snowball* para seleção de novos participantes até alcançar o número amostral calculado de 240, sendo que a coleta encerrou após atender a taxa de resposta em 100%. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o software EpiInfo STATCALC versão 7.2.2.6.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão adotado foi ser um profissional de saúde que faz parte das equipes de APS do município de Porto Velho; e de exclusão os profissionais que não fazem parte das equipes de APS ou que estivessem gozando de licença ou férias na época da construção da amostra.

3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário com questões sociodemográficas e conhecimentos sobre a doação e transplante de órgãos em profissionais da saúde que atuam nas UBS de Porto Velho. O questionário para avaliar o conhecimento foi elaborado e construído com 29 perguntas fechadas:

a) Questões de mensurações diretas: idade, nível de escolaridade, profissão, etc.

b) Questões de mensurações indiretas: opiniões, atitudes, preferências e motivações

No estudo piloto, com 27 entrevistados, apresentou inconsistências na interpretação das questões e nas respostas pelos entrevistados. Assim, procuramos alternativas de melhoria na qualidade do mesmo aplicando o teste de Alpha de *Cronbach* (α) (que mede a confiabilidade da consistência interna do instrumento). Para selecionar as perguntas, eliminamos as questões que não atendiam a exigência do teste, visto que toda matriz de correlação tem quer ser positiva e o valor da correção maior ou igual zero vírgula trinta (≥0,30). Ao final das análises, foram selecionadas 12 questões assertivas sobre a doação e transplantes de órgãos que atenderam respectivamente ao teste. As variáveis foram categorizadas em:

a) Sociodemográficos: sexo; idade; unidade básica de saúde que atua; etnia; grau de instrução; estado civil; área da saúde.

b) Conhecimento dos profissionais de saúde para fazer uma ação em educação na saúde sobre a temática "doação de órgãos para os usuários"

1. Você conheceu alguém que já precisou de um transplante de órgãos (rim, por exemplo) ou tecidos (córnea, por exemplo) ou doou órgãos?

2. Você se considera um doador ou não doador a respeito de seus próprios órgãos para transplante?

3. Você já conversou com a sua família sobre a sua intenção de ser ou não doador de órgãos?

4. Você doaria os órgãos de algum familiar sob sua responsabilidade?

5. Você já tinha sido abordado sobre a temática doação de órgãos em outro momento?

6. Você já conheceu alguém que doou um órgão para o transplante de um parente?

7. Você se considera apto para fazer uma ação educativa na temática "doação de órgãos" aos usuários?

8. Você sabe que tipo de paciente é um potencial doador de órgãos e tecidos?

9. Você sabe o que é morte encefálica?

10. Você sabe quem autoriza a doação de órgãos do paciente em caso de morte encefálica?

11. Você sabe para onde vão os órgãos doados?

12. Qual(is) hospital(is) realiza(m) transplantes de órgãos ou tecidos em Rondônia?

O questionário foi transcrito para formulário online, por meio da plataforma *Google Forms* e enviado via *WhatsApp* ou entregue fisicamente aos profissionais da APS.

Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa leram o TCLE, confirmaram o consentimento e responderam às perguntas[3]. Dessa forma, a amostra utilizada foi por conveniência, por se aproximar mais do delineamento do estudo e por se tratar de um perfil exploratório com uso de um questionário estruturado com perguntas fechadas.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi destinado aos profissionais de saúde que fazem parte da APS de Porto Velho-RO, respeitando os critérios de inclusão e o sigilo das informações prestadas pelos participantes, que assinaram o denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), acostado ao Anexo I.

Tal determinação encontra-se embasada em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Não obstante à atenção dada ao participante de forma a respeitar sua individualidade, seus questionários foram manipulados exclusivamente pela pesquisadora e seu orientador, resguardando, assim, o anonimato dos partícipes.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e à confidencialidade das informações utilizadas para pesquisa científica, sendo garantido o seu anonimato, com possibilidade de recusa de participação/retirada do consentimento a qualquer momento, mesmo depois do início da coleta de dados, sem prejuízo a sua integridade física e

[3] O entrevistado, antes de começar a responder as perguntas, assinalava SIM ou NÃO, concordando ou não em responder o questionário

moral. As informações e dados foram controlados, considerando que somente a pesquisadora teve acesso ao material da coleta primária dos dados.

O projeto acima foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia, sob parecer nº 3.939.182 em 27 de março de 2020 e certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) nº 29942420.4.0000.53000.

3.7 TRATAMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística descritiva foi realizada com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, *Release* 16.0.2, 2008), e as variáveis categóricas foram apresentadas mediante frequências absoluta e relativa.

Possíveis correlações entre os dados foram verificadas por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson (r) e pelo coeficiente de determinação (r2), que é uma medida da proporção da variabilidade em uma variável que é explicada pela variabilidade da outra.

Para avaliar a medida de confiabilidade do questionário, foi utilizada a consistência interna, por meio do coeficiente de *Cronbach* padronizado. O Alpha de *Cronbach* (α) é um índice empregado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, verificando a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. Na tabela 2, são apresentados o valor de alfa e a classificação da consistência interna:

Tabela 2: Consistência interna do questionário segundo o valor de alfa

Valor de alfa	Consistência interna
Maior do que 0,80	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor do que 0,21	Pequeno

Fonte: Landis JR e Koch GG (1977)

Utilizou-se coeficiente linear de Sperman (avaliou os valores nominais e categóricos) e o coeficiente de determinação (r2), para mensurar a proporção da variabilidade das variáveis para tentar explicar a associação entre as mesmas.

Foram verificadas as associações entre a variável de exposição ao desfecho “os profissionais de saúde estão aptos para fazer uma ação em educação à saúde na temática doação e transplante para os usuários” (0=sim, 1=não). Para as perguntas do questionário sobre conhecimentos foram consideradas as variáveis independentes para as análises.

Os resultados foram expressos como razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A variável de ajuste no modelo de regressão foi o grau de instrução. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

4. RESULTADOS

Foram entrevistados 240 profissionais de saúde que atuavam em 13 UBS na época da pesquisa, pertencentes a zona urbana de Porto Velho. As perdas e recusas foram referentes as 16 unidades cadastradas na Secretaria Municipal de Saúde e sua reposição foi feita pela técnica *Snowball*.

A média de idade geral 41,74 ± 8,50 (homens 42,56 ± 9,82; mulheres 41,54 ± 8,15 anos) sendo predominante o sexo feminino (80,0%); faixa etária adulta intermediária: 20/<40 anos (58,3%); UBS Pedacinho de Chão (12,9%); etnia parda (68,3%); estado civil: união estável (casado ou morar junto) (58,5%); grau de ensino superior (70,8%); profissional da saúde agente comunitário de saúde (37,1%) respectivamente.

Na tabela 3, estão demonstradas as características sociodemográficas do perfil dos profissionais de saúde que atuam na UBS.

Tabela 3: Características gerais sociodemográficas do perfil de profissionais da saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho, RO. 2020 2021.

Variável	**Média**	**DP**
Idade	41,74	8,50
Homens	42,56	9,82
Mulheres	41,54	8,15
Características sociodemográficas	**Frequência absoluta (n)**	**Frequência relativa (%)**
Sexo		
Masculino	48	20,0
Feminino	192	80,0
Classificação por faixa etária		
Adulto jovem (20/- 40 anos)	97	40,4
Adulto intermediário (40/- 60)	140	58,3
Idoso (≥60)	3	1,3
UBS		
Nova Floresta	28	11,7
Pedacinho de Chão	31	12,9
Agenor de Carvalho	3	1,3
Hamilton Gondim	11	4,6
Socialista	18	7,5
Aponiã	28	11,7
Ronaldo Aragão	3	1,3
Osvaldo Piana	28	11,7
Areal da Floresta	4	1,7
Renato Medeiros	24	10,0
Castanheira	16	6,7
Mariana	28	11,7
Ernandes índio	18	7,5
Etnia		
Branca	47	19,6
Parda	164	68,3
Negra	26	10,8
Amarelo	3	1,3
Estado civil		
Ter união estável (casado, morar junto)	141	58,5
Não ter união estável (Solteiro, viúvo, separado, divorciado e morar sozinho)	99	41,3
Relacionamento estável		
Grau de instrução		
Ensino médio	70	29,2
Ensino superior	170	70,8
Profissional da saúde		
Médico	23	9,6
Enfermeiro/técnico	80	33,3
Farmacêutica	6	2,5
Psicóloga/Serviço Social	6	2,5
Odontóloga	14	5,8
Agente Comunitário de Saúde	89	37,1
Outros profissionais da saúde	22	9,2

A análise da confiabilidade interna do instrumento foi calculada por meio de coeficiente do Alpha *Cronbach* para as respostas obtidas dos entrevistados sobre o conhecimento dos profissionais de saúde para aptidão a realizarem ações em educação na saúde acerca da doação e transplante de órgãos.

O resultado do índice foi α 0,71 considerado substancial (aceitável). Justifica-se este procedimento, pois o instrumento utilizado não passou por uma validação, todavia, foi possível

ajustar o mesmo para mostrar a qualidade da confiabilidade interna. Das de 29 questões do instrumento, doze atenderam as exigências do teste e todas as análises da matriz de correlação de Spearman foram positivas com valores de ≥0,3 (Tabela 4).

Na figura 1, é possível afirmar que 73,70% (n=177) dos profissionais de saúde NÃO se consideram aptos em fazer uma ação de educação na saúde na temática "doação e transplante de órgãos".

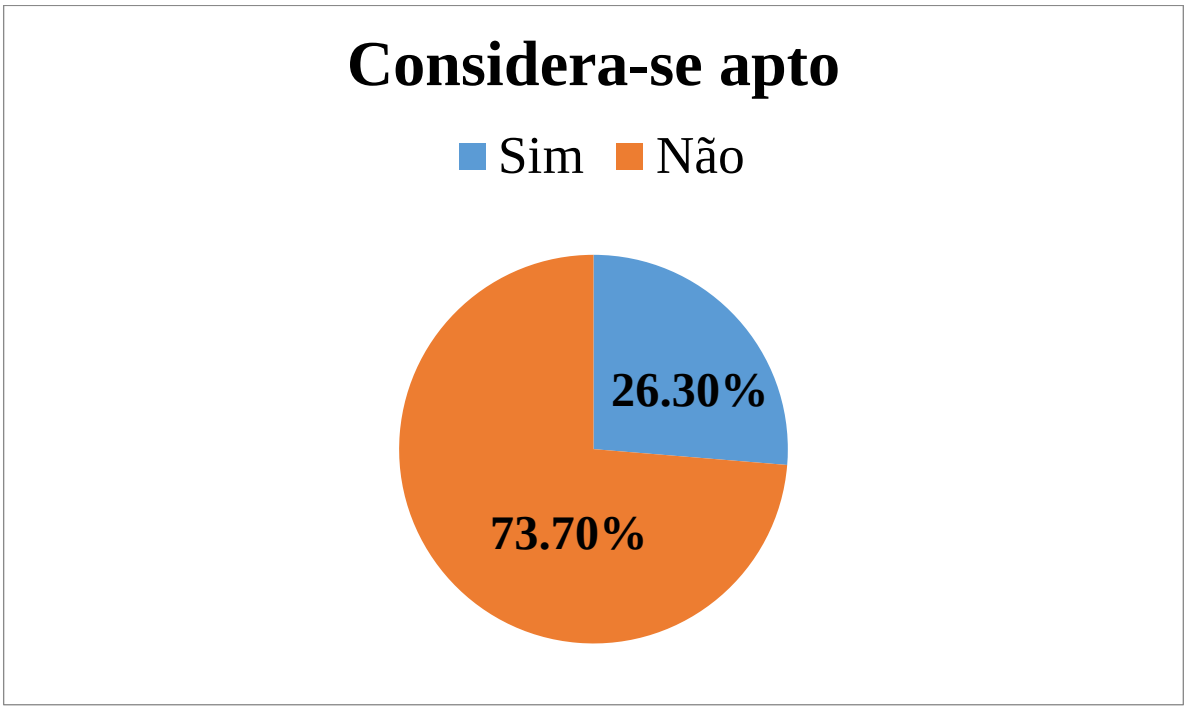


Figura 1: Você se considera apto para fazer uma ação educativa na temática "doação e transplantes de órgãos" aos usuários?

Tabela 4: Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa do total do questionário de conhecimento acerca da doação e transplante de órgãos e tecidos dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho, RO. 2020-2021.

Dimensão	Questões	M	S^2	r	α
	Coeficiente de Alfa de Cronbach				**0,71**
Conhecimento acerca da doação e transplante de órgãos e tecidos	1. Você conheceu alguém que já precisou de um transplante de órgãos (rim, por exemplo) ou tecidos (córnea, por exemplo) ou doou órgãos?	3,92	5,51	0,28	0,70
	2. Você se considera um doador ou não doador a respeito de seus próprios órgãos para transplante?	4,06	5,46	0,35	0,69
	3. Você já conversou com a sua família sobre a sua intenção de ser ou não doador de órgãos?	3,90	5,29	0,40	0,69
	4. Você doaria os órgãos de algum familiar sob sua responsabilidade?	4,08	5,61	0,30	0,70
	5. Você já tinha sido abordado sobre a temática doação de órgãos em outro momento?	3,82	5,26	0,40	0,68
	6. Você já conheceu alguém que doou um órgão para o transplante de um parente?	3,65	5,62	0,30	0,70
	7. Você se considera apto para fazer uma ação educativa na temática "doação de órgãos" aos usuários?	3,63	5,42	0,39	0,68
	8. Você sabe que tipo de paciente é um potencial doador de órgãos e tecidos?	4,10	5,42	0,39	0,68
	9. Você sabe o que é morte encefálica?	4,23	5,59	0,44	0,68
	10. Você sabe quem autoriza a doação de órgãos do paciente em caso de morte encefálica?	4,25	5,74	0,38	0,68
	11. Você sabe para onde vão os órgãos doados?	4,17	5,64	0,33	0,70
	12. Qual(is) hospital(is) realiza(m) transplantes de órgãos ou tecidos em Rondônia?	4,20	5,95	0,20	0,71

M = Média da escala se o item for eliminado; S^2 = Variância da escala se o item for eliminado; r = Correlação item/ total corrigida; α = Coeficiente de Alfa de Cronbach se o item for eliminado; média, desvio padrão para cada questão, correlação de itens total e a consistência interna pelo Alpha Cronbach; Valor geral do Alpha Cronbach = 0,65 - classificação pelo escore = substancial (0,61 a 0,80), fonte: Landis e Koch (1977)

Os resultados apresentados na Tabela 5 demonstram o conhecimento dos profissionais de saúde que não se consideram aptos em fazer uma ação de educação na saúde sobre "doação e transplante de órgãos" para os usuários nas Unidades Básicas de Saúde. Os resultados foram apresentados pelas prevalências (%) e razões de prevalências ajustada (RP_a) ao modelo final.

Constatou-se, nos achados, que os profissionais da saúde que responderam ao questionário não se acham aptos a desenvolverem ações em educação na saúde na temática

"doação e transplante de órgãos" nas UBS para os usuários, assim, os entrevistados responderam que 80,2% (RP_a=1,16; $IC_{95\%}$: 1,03-1,38; p=0,049) não conheceu alguém que já precisou de um transplante de órgãos (rim, por exemplo) ou tecidos (córnea, por exemplo), 83,8% (RP_a=1,19; $IC_{95\%}$: 1,03-1,38; p=0,017) não se considera um doador ou não doador a respeito de seus próprios órgãos para transplante, 85,5% (RP_a=1,33; $IC_{95\%}$: 1,14-1,54; p= <0,001) não conversou com a sua família sobre a sua intenção de ser ou não doador de órgãos, 85,5% (RP_a=1,23; $IC_{95\%}$: 1,07-1,41; p=0,004) não doariam os órgãos de algum familiar sob sua responsabilidade, 86,2 (RP_a=1,45; $IC_{95\%}$: 1,22-1,71; p= <0,001) não tinham sido abordado sobre a temática doação de órgãos, 78,6% (RP_a=1,27; $IC_{95\%}$: 1,04-1,56; p= 0,022) não conhece alguém que doou um órgão para o transplante de um parente, 95,2% (RP_a=1,43; $IC_{95\%}$: 1,27-1,61; p= <0,001) não sabe que tipo de paciente é um potencial doador de órgãos e tecidos, 97,0% (RP_a=1,37; $IC_{95\%}$: 1,23-1,53; p= <0,001) não sabe o que é morte encefálica, 89,4% (RP_a=1,26; $IC_{95\%}$: 1,10-1,45; p= 0,001) não sabe para onde vão os órgãos doados e 87,2% (RP_a=1,21; $IC_{95\%}$: 1,04-1,40; p= 0,013) não sabe qual (s) os hospital (s) realiza(m) transplantes de órgãos ou tecidos em Rondônia, respectivamente. Esses resultados mostraram probabilidade maior dos profissionais de saúde de não se acharem aptos a desenvolverem ações na temática "doação e transplante de órgão.

Tabela 5: Prevalências (%) e Razões de Prevalência de conhecimento dos profissionais de saúde para fazer uma ação em educação em saúde na temática "doação de órgãos para os usuários" nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho, RO. 2020-2021.

Questões	Total		Não se considerar apto (%)		RP_{bruta} $IC_{95\%}$	p	$*RP_{ajustada}$ $IC_{95\%}$	P
	n	%	n	%				
Você conheceu alguém que já precisou de um transplante de órgãos (rim, por exemplo) ou tecidos (córnea, por exemplo) ou doou órgãos?								
Sim	134	55,8	92	68,7				
Não	106	44,2	85	80,2	1,17 (1,01-1,36)	0,040	1,16 (1,01-1,34)	0,049
Você se considera um doador ou não doador a respeito de seus próprios órgãos para transplante?								
Doador	166	69,2	115	69,3				
Não doador	74	30,8	62	83,8	1,21 (1,05-1,40)	0,009	1,19 (1,03-1,38)	0,017
Você já conversou com a sua família sobre a sua intenção de ser ou não doador de órgãos?								
Sim	130	54,2	83	63,8				
Não	110	45,8	94	85,5	1,34 (1,15-1,56)	<0,001	1,33 (1,14-1,54)	<0,001
Você doaria os órgãos de algum familiar sob sua responsabilidade?								
Sim	171	71,3	118	69,0				
Não	69	28,7	59	85,5	1,24 (1,08-1,43)	0,003	1,23 (1,07-1,41)	0,004
Você já tinha sido abordado sobre a temática doação de órgãos em outro momento?								
Sim	110	45,8	65	59,1				
Não	130	54,2	112	86,2	1,46 (1,23-1,73)	<0,001	1,45 (1,22-1,71)	<0,001
Você já conheceu alguém que doou um órgão para o transplante de um parente?								
Sim	67	27,9	41	61,2				
Não	173	72,1	136	78,6	1,29 (1,05-1,58)	0,017	1,27 (1,04-1,56)	0,022
Você sabe que tipo de paciente é um potencial doador de órgãos e tecidos?								
Sim	177	73,8	117	66,1				
Não	63	26,3	60	95,2	1,44(1,28-1,62)	<0,001	1,43(1,27-1,61)	<0,001
Você sabe o que é morte encefálica?								
Sim	207	86,3	145	70,0				
Não	33	13,8	32	97,0	1,38(1,24-1,54)	<0,001	1,37(1,23-1,53)	<0,001
Você sabe quem autoriza a doação de órgãos do paciente em caso de morte encefálica?								
Sim	213	88,8	154	72,3				
Não	27	11,3	23	85,2	1,18(0,97-1,41)	0,071	1,18(0,99-1,42)	0,065
Você sabe para onde vão os órgãos doados?								
Sim	193	80,4	135	69,9				
Não	47	19,6	42	89,4	1,28(1,12-1,46)	<0,001	1,26(1,10-1,45)	0,001
Qual(is) hospital(is) realiza(m) transplantes de órgãos ou tecidos em Rondônia?								
Sim	201	83,7	143	71,1				
Não	39	16,3	34	87,2	1,26(1,06-1,42)	0,008	1,21(1,04-1,40)	0,013

RP: Razão de Prevalência; $IC_{95\%}$: intervalo de confiança de 95%; p: nível de significância. *RP ajusta para o grau de instrução.

É possível verificar também na tabela 5, as frequências absolutas e relativas relacionadas às doze questões. Denota-se que 55,8% dos profissionais já conhecia alguém que precisou de um transplante de órgãos; 69,2% se considerava doador dos seus próprios órgãos; 54,2% já havia conversado com familiares sobre a intenção de doar; 71,3% doaria um órgão de um familiar sobre sua responsabilidade; 54,2% nunca tinham sido abordados pela temática "doação de

órgãos"; 72,1% não conhecia alguém que havia doado um órgão para transplante de um parente; 73,8% sabia quem era o paciente potencial doador de órgãos; 86,3% tinham conhecimento do termo morte encefálica; 88,8% sabiam que a família é a responsável por autorizar a doação de órgãos; 80,4% sabem para onde vão os órgãos doados; 83,7% sabem quais hospitais em Rondônia realizam transplante de órgãos.

5. DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde podem desempenhar um grande papel potencial na maximização da oferta limitada de órgãos, o que é essencial e merece estudos. Apesar disso, não há dados suficientes na literatura sobre conhecimento, atitudes e disposição dos profissionais de saúde da APS no Brasil em relação à doação e transplante de órgãos. Por esse motivo, foi feita a análise sobre o conhecimento e aptidão dos profissionais da APS em Porto Velho.

A maior parte da população recebe informações sobre transplante de órgãos e doação através dos meios de comunicação de massa (televisão, rádio, jornais, revistas); um número menor é influenciado por familiares, amigos, profissionais da saúde e campanhas sobre doação de órgãos (EVERS 1998; CONESA, 2004).

Bapat (2010) enfatizam que as atitudes dos profissionais de saúde sobre doação e transplante de órgãos são fundamentais para a obtenção de órgãos. E os profissionais de saúde são o elo crítico para aumentar a conscientização pública sobre doação de órgãos e transplantes.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Pela metodologia descrita, o estudo tinha como universo da pesquisa um total de 240 profissionais de saúde que atuavam na APS de Porto Velho. Revelou-se que houve maior adesão dos profissionais do sexo feminino 80%, com idade média 41,74 ± 8,50, homens 42,56 ± 9,82, mulheres, etnia parda 68,3%, estado civil de união estável (58,5%), instrução superior 70,8%; profissional da saúde agente comunitário de saúde (37,1%), respectivamente.

Alguns desses dados vão de encontro com estudo realizado em Curitiba, estado do Paraná, analisando o conhecimento de 115 profissionais da saúde sobre a doação de órgãos, no entanto, trabalhavam em cenário de UTI. O mesmo demonstrou que o sexo feminino representava 73% da amostra, com média de idade de 35,6 ± 9,33 anos, sendo que 62% tinham nível superior de escolaridade (BEDENKO RC, 2016).

É possível constatar que há, no Brasil, uma progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho. Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), mostrou evolução na participação feminina no cenário médico brasileiro, de 37,7% no ano 2000 para 53,4% em dados colhidos até o mês de setembro de 2012 (SCHEFFER, 2013). Dados elaborados pelo IPEA (2020) demonstram que a força de trabalho feminina corresponde a 78,9% da força de trabalho total na área de saúde, sendo que, entre os médicos 45,5%, Agentes comunitárias 77,8%, enfermeiras 85,2%; técnicos de enfermagem 85,3% e auxiliares de enfermagem 85,9%.

Já em estudo realizado entre profissionais da saúde do centro Médico de Jimma Universit na Etiópia, com 296 profissionais de saúde, em amostra bem semelhante ao proposto por esse estudo, observou-se que 153 (51,7%) eram do sexo masculino e 143 (48,3%) do sexo feminino. A média de idade foi de 28,03 ± 4,56 anos, sendo 53,4% casados. Um perfil profissional com predomínio de homens, porém, com idade média de jovens e hegemonia de pessoas casadas (GRENN, 2020).

Em estudo realizado para avaliar o perfil dos profissionais da APS no Rio Grande do Sul (STURMER,2020), entre os anos de 2011-2013, observou-se predomínio de mulheres, enfermeiras com média de 35 anos. Esses achados vão de encontro com outros estudos sobre os profissionais da saúde no Brasil (CARRILLO-GARCÍA et al., 2013; COSTA et al., 2013; TOMAZI et al., 2008; PINTO et al., 2010; FIUZA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2016)

Tais dados demonstram, até o momento, que o perfil sociodemográfico dos profissionais pode variar conforme a localidade e características socioculturais de cada população.

5.2 APTIDÃO PARA REALIZAR ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Os profissionais da saúde têm papel importante na divulgação de informação sobre doação de órgãos, pois têm acesso a grande parte da população e causam impacto maior que outros meios de comunicação nas atitudes em relação à doação de órgãos (TRAIBER, 2006).

Esse estudo trouxe como resultado que 73,70% (n=177) dos profissionais de saúde da APS NÃO se consideram aptos a desenvolverem ações de educação na saúde na temática “doação e transplante de órgãos”. Tal dado torna-se desconexo com os dados de frequências absolutas e relativas da tabela 5, pois os profissionais demonstram conhecimentos específicos (quem é o paciente potencial doador de órgãos; o que é morte encefálica; quem autoriza a doação; para onde vão os órgãos doados; etc.).

Tais dados, nos fazem levantar hipóteses que embora haja conhecimento específico, pode haver aspectos de cunho psicológicos, falha no processo de conscientização para novas atitudes inclusive falta de práticas para abordagem dos conceitos e difundir conhecimento, visto que os dados nos demonstram que 54,2% dos profissionais nunca tinham sido abordados sobre o tema.

Além disso, essa mesma amostra que seria detentora de conhecimento diferenciado do restante da população, por serem profissionais da saúde, demonstram fragilidade sobre a discussão do tema em sua própria família, como por exemplo, 54,2% nunca terem conversado

sobre o tema da intenção ou não de doar. E mesmo, essa população em sua maioria considera doadora de órgãos, 30,8% não se considera.

As assertivas de cunho atitudinal nos trazem resultados de significância estatística que permitem inferir que existe contradição em ter conhecimento e ter disposição para transformar em práticas transformadoras à sociedade.

Tal dado indica ser necessário amplificar a discussão sobre conhecimentos, atitudes e práticas para o desenvolvimento dos processos de formação para os profissionais de saúde poderem atuar e difundir o conceito de doação de órgãos na APS.

As poucas ações educativas e de conscientização podem ser fatores limitantes no esclarecimento à população, e pode ser consequência direta do número de recusa nas doações.

Em estudo, que avaliou o conhecimento, atitude e prática de integrantes de comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes quanto ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes (LIMA, 2020), observou que os profissionais apresentaram melhor desempenho relacionado à atitude que devem assumir frente ao processo de doação de órgãos, embora com pouca fundamentação teórica.

Pesquisa realizada com pessoas que frequentavam postos de saúde na Espanha (CONESA, 2004) observou que 7% das pessoas receberam informação sobre transplante de profissionais da APS e, o restante, de outros veículos. Foi observado que, quando o paciente recebia uma informação negativa sobre o transplante de um profissional da saúde, era o tipo de informação que tinha o pior impacto sobre a aceitação de doação. Por outro lado, quando a informação positiva sobre transplantes era fornecida por profissionais da saúde, havia um claro aumento em relação a atitudes positivas, mais importantes que outras fontes de informação (89% e 65% respectivamente).

Observa-se que, apesar da maior parte da informação vir da televisão, essa informação pode ser geral, indefinida, inapropriada e não ser capaz de esclarecer dúvidas e medos comuns, sendo, assim, incapaz de modificar comportamentos negativos relacionados à doação de órgãos. A informação, com base individual (encontros específicos, campanhas em escolas, amigos, familiares e profissionais da saúde), promove uma maior modificação de comportamento.

5.3 FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS

Em revisão literária feita por Lock et al. (2015), observou-se que o interesse por conhecer o que pensam os profissionais de saúde sobre esse tema aparece desde a década de 1990, o que coincide com o crescente déficit de órgãos disponíveis e a consolidação de programas de transplantes em vários países do mundo. Assim como Martínez et al. (2015), que

verificou que boa parte dos estudos sobre o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à doação e transplantes de órgãos são através de estudos qualitativos analisando as perspectivas, principalmente, de médicos e enfermeiros.

Estimular, acompanhar e fortalecer a formação do profissional de saúde está dentro das iniciativas do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS(PROEPS-SUS).

Para estabelecer o processo de conscientização ao direito a ser um doador de órgãos, certamente, há necessidade de que a população entenda o processo que circunda a doação de órgãos (Quem pode ser doador? Quando ser doador? Quem autoriza o processo de doação etc.). Contudo, se os profissionais de saúde não se sentem aptos a realizarem o processo de integração do ensino-serviço-comunidade, os processos de autonomia individual, muitas vezes, perdem-se e se concentram apenas na atenção terciária.

Cecim (2004) reitera a importância de fortalecer o sistema de saúde e o que tange os processos educacionais: "Buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde".

Dessa forma, estimular o processo educativo entre os profissionais da saúde, não apenas em âmbito especializado e hospitalar, pode vir a aproximar a sociedade a exercer seu direito de doação.

6. CONCLUSÃO

O estudo ocorreu em momento único e desafiador da história atual mundial. Em meio a uma pandemia, coletar dados foi desafio imensurável, o que necessitou de ajustes e uso tanto da tecnologia quanto da união e envolvimento dos alunos da Universidade Federal de Rondônia que fazem parte da Liga de doação e transplante de órgãos e tecidos de Rondônia (LADOT). Graduandos que tomaram para si a causa e demonstraram como a união em momentos tão pontuais e de dificuldades podem resultar em novas estratégias de intervenções com sucesso.

Apesar do sucesso do transplante como tratamento curativo e modificador de muitas patologias além de seus potenciais benefícios: o aumento da sobrevida e qualidade de vida, ainda necessita de recursos tecnológicos de alta complexibilidade e só há sentido se houver o ato de benfeitoria e doação do próximo.

Certamente há limitações em falar da temática visto que temos um cenário complexo com campo dualista onde a doação de órgãos está ligada intimamente com o processo de finitude de vida, limitação de processos terapêuticos e ao mesmo tempo para o outro significa a possibilidade de renascimento.

Esse estudo demonstra que 73,40% dos profissionais de saúde não se consideram aptos a desenvolverem ações de educação na saúde na temática doação e transplante de órgãos. O questionário mostrou confiabilidade no teste alfa de Cronbach 0,71 (aceitável). Os resultados sobre o conhecimento no ajuste final ao modelo mantiveram-se associadas à exposição ao desfecho de não se acharem aptos a desenvolverem ações em educação na saúde na temática "doação e transplante de órgãos", nas UBS, para os usuários.

As doze questões mostraram prevalências maiores de fator de risco de não estarem aptos a desenvolverem ações em educação e saúde na temática doação de órgãos ($p<0,05$). Esses dados podem corroborar na identificação dos pontos de fragilidade do processo de Educação na Saúde e, principalmente, fomentar futuros projetos sobre doação de órgãos em nível de APS no Brasil, indicando alvos específicos de planejamento das ações em educação. Demonstra também, quanto o processo de fragilidade, atitude, discussão podem trazer dados contraditórios quando olhado os dados relativos e absolutos, fora do contexto de aptidão. E embora já haja processo de conscientização da população mundial sobre o processo de doação-transplante de órgãos, incentivado pelas mídias principalmente, ainda persiste uma grande discrepância entre o número de pessoas em lista de transplante e o número de doadores.

Muitos profissionais da área da saúde não têm conhecimento adequado sobre o tema, ou não se sentem aptos para realização de ações sobre a temática e, por esses motivos, deveriam

ser incentivadas campanhas para educação desses profissionais, não apenas para os que trabalham diretamente com a temática.

Uma vez que a doação no Brasil depende exclusivamente da vontade da família, campanhas que atuem sobre o esclarecimento da população, fortalecimento e formação dos profissionais podem a vir modificar realidades.

7. REFERÊNCIAS

ABTO. Associação brasileira de transplantes. 2019. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/home/home.aspx. Acesso em:

BAPAT, U; KEDLAYA, PG. Doação, conscientização, atitudes e crenças de órgãos entre estudantes de medicina de pós-graduação. Saudi J Kidney Dis. Transplante., 21 (1) (01/01/2010), p. 174.

BEDENKO, RAMON CORREA et al. Análise do conhecimento da população geral e profissionais de saúde sobre doação de órgãos após morte cardíaca. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2016, v. 28, n. 03, pp. 285-293. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160043>. Epub 09 Set 2016. ISSN 1982-4335. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160043. Acesso em: 01 de novembro 2020.

BERNTZEN, H; BJØRK, IT. Experiences of donor families after consenting to organ donation: A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs. [Internet].2014.1-6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j. iccn.2014.03.001. Acesso em: 31 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, 2007. 160 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020

BRASIL. Lei nº 9434, de 7 de julho de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434compilado.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.434%2C%20DE%204%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201997.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20remo%C3%A7%C3%A3o%20de,tratamento%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 07 abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRASIL. Lei nº 10211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento" Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm#:~:text=LEI%20No%2010.211%2C%20DE%2023%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202001.&text=Altera%20dispositivos%20da%20Lei%20n,Art.. Acesso em: 07 abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

CARRILLO-GARCIA, César; SOLANO-RUIZ, María del Carmen; MARTINEZ-ROCHE, María Emilia and GOMEZ-GARCIA, Carmen Isabel. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2013, vol.21, n.6 [cited 2021-02-28], pp.1314-1320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601314&lng=en&nrm=iso. ISSN 1518-8345. https://doi.org/10.1590/0104-1169.3224.2369. Acesso em: 01 novembro 2020.

CECCIM, RB.; FEUERWERKER, L.C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHIESA, AM; VERÍSSIMO, MDR. Educação em saúde no PSF. São Paulo, 2001. [online]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/fiocruz.htm. Acesso em: 2 outubro 2020.

COELHO, JC et al. Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2007; 53 (5): 421-5. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 outubro 2020.

CONESA, C; RIOS, A; RAMIREZ, P; et al. Importância de los profesionales de atención primaria en la educación sanitária de la donación de organos Aten primaria. 2004;34:528-33.

CONNOR, GREEN; DERMOT, BOWDEN; DIARMUID, MOLONY; NEIL, BURKE; PATRICK, FELLE; SEAN, DUDENEY. Attitudes of the medical profession to whole body and organ donation. The Surgeon,Volume 12, Issue 2,2014,Pages 73-77,ISSN 1479-666X, https://doi.org/10.1016/j.surge.2013.06.002. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1479666X13000668). Aceso em: 2 outubro 2020.

COSTA, SM. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], 8(27), p. 90-96. 2013. Disponível em: http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530. Acesso em: 27 jan.2021

EVERS, S; FAREWELL, VT; HALLORAN, PF. Public awareness of organ donation. CMAJ. 1988;138:237-9.

FALKENBERG, MB; et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2014. Disponível em: 27/01/2021 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847. Acesso em: 27 jan.2021

FERNANDES, MEN; SOARES, MA; BOIN, IF; ZAMBELLI, HJ. Efficacy of social worker role in cornea donation in two different periods. Transplant Proc. 2010;42(10):3927-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21168588/. Acesso em: 27 janeiro 2021.

FIÚZA, TM. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. jun. 2012. [S.l.], v. 7, n. 24, p. 139-146, Disponível em: http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/186. Acesso em: 27 janeiro 2021.

FUNDAÇÃO BANCO DE OLHOS. As duas pernas. Goiânia;2000 [Folder]. Disponível em: http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_02.pdf. Acesso em: 27 janeiro 2021.

FREITAS; POLICANI, AL; RODRIGUES; GONÇALVES, S. A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach. In: Simpósio de Engenharia de Produção, 12, 2005, Bauru. Anais Bauru: UNESP, 2005.

GERBI, A; et al. Knowledge, attitude, and willingness towards cadaveric organ donation among Jimma University medical centre health care professionals. Translational Research in Anatomy 18 (2020) 100056. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214854X1930055X. Acesso em: 27 janeiro 2021.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HARJULA, A; HOCKERSTEDT, K. PREFACE. Atlas of Clinical Transplantation. In: Ari Harjula, Krister Hockerstedt. Copyright © Recallmed Ltd., 1995.

HERNANDES, ESC; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19. ANESP, 2020. Disponível em: http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19. Acesso em: 27 janeiro 2021.

KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. SÃO PAULO, ATHENEU, 2006. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Biblioteca_Teses/Textos/CaptacaodeOrgaosLivroEliasKnobellBartira.pdf. Acesso em: 27 janeiro 2021.

LAMB, D. Transplante de Orgãos e Ética. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec, 2000.

LIMA, Angela Beatriz de Castro et al . DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA. Reme : Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte , v. 24, e1309, 2020 . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100235&lng=pt&nrm=iso. Epub 07-Ago-2020. http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200046. Acesso em: 30 janeiro 2021.

LOCK, M; CROWLEY-MAKOTA, M. Situating the practice of organ donation in familial, cultural, and political context. Transplant Rev. 2008.

LOPES, AG. Doação de órgãos: um estudo sobre produção de sentidos [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2009). Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_91282267566cae149e7a6a1220f5d772. Acesso em: 30 janeiro 2021.

MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier et al. Visão dos profissionais de saúde com relação à doação de órgãos e transplantes: revisão de literatura. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 574-583, June 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200574&lng=en&nrm=iso. https://doi.org/10.1590/0104-07072015003842014. Acesso em: 28 fev 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Acesso em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 28 fev 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: http://snt.datasus.gov.br/SNT/index.jsf. Acesso em: 30 de mar. de 2020.

MONTEIRO, AM; FERNANDES, EC; ARAÚJO, EC; CAVALCANTI, AM; VASCONCELOS, MG. Organ donation: the opinion of adolescents. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2011;11(4):389-96. Portuguese. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292011000400005&script=sci_abstract. Acesso em: 28 fev 2021.

MORAES, EL; MASSAROLO, MC. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista Latino-am Enfermagem. 2008; 16(3). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000200003&lng%20=en&nrm=iso. Acesso em: 28 fev 2021.

MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 633-639, Dec. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400015&lng=en&nrm=iso>.https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400015. Acesso em: 28 fev 2021.

OLIVEIRA, MPR.; et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev. bras. educ. med. 2016; 40(4): 547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-50220160004005 47&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan.2021.

PEREIRA, WA. História dos Transplantes. In Pereira, W A. Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos. 3 ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PEDROSA, JIS. Promoção da saúde nos territórios: construindo sentidos para emancipação. Ciência & Saúde Coletiva, 2004.

PINTO, ESG; MENEZES, RMP; VILLA, TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3): 657-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/15.pdf>. Acesso em: 27 jan.2021.

PORTARIA Nº. 2488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2011.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE, Ano XXVI nº 3. Disponivel em: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RBT2020-3tri-1.pdf&hl=en. Acesso em: 27 jan.2021.

RODRIGUES, FEIJÃO ALEXSANDRA; GIMENIZ, GALVÃO; MARLI TERESINHA. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. Rev Rene. 2007;8(2):undefined-undefined ISSN:1517-3852. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5296. Acesso em: 27 jan.2021.

SEMUSA. Plano Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Porto Velho, 2018-2021. Disponível em: https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2018/03/23266/1520607525pms-versao-preliminar-em-correcao.pdf. Acesso em: 27 jan.2021.

SCHAFER, DF. Liver Transplantation. Looking Back, Looking Forward. Transplantation of the Liver. In: Maddrey C.W., Schiff E.R., Sorrell M.F., Lippincott Williams & Wilkis, Philadelphia © 2001.

SCHEFFER, M. (coord.). Demografia médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. v. 2, 2013.

SOUZA, DRS; TOSTES, PP; SILVA, AS. Brain Death: Knowledge and Opinion of Physicians from an Intensive Care Unit. bras. educ. med. vol.43 no.3 Brasília July/Sept. 2019. Epub May 23, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300115. Acesso em: 30 jan.2021.

STURMER, G; et al. Perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande Do Sul. Revista Conhecimento Online | Novo Hamburgo | a. 12 | v. 1 | jan./abr. 2020.

TRAIBER, C; LOPES, MHI. Educação para doação de órgãos. Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS, v. 16, n. 4, out./dez. 2006

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 24(Suppl. 1), s193-s201. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>. Acesso em: 27 jan.2021.

VASCONCELOS, EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

ANEXOS

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO VELHO-RO: UM OLHAR VOLTADO PARA EDUCAÇÃO À SAÚDE.

Vimos através deste documento lhe convidar a participar de um projeto de pesquisa sobre o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática doação de órgãos. Este estudo está sendo realizado pela Universidade Federal de Rondônia em consonância com o programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Este termo de consentimento lhe informará sobre o estudo. Além disso, as pessoas encarregadas da sua assistência e participantes deste estudo conversarão com você e irão esclarecer todas as suas dúvidas. Depois que explicarmos o estudo e esclarecermos as suas dúvidas, você será convidado a participar do mesmo, assinando esse termo de consentimento livre e esclarecido do qual você receberá uma cópia via e-mail.

CONFIDENCIALIDADE: É importante que você saiba que as informações médicas e pessoais assim como os resultados dos questionários realizados com seu nome não serão citadas.

POSSÍVEIS RISCOS:

- Sentimentos de ansiedade e insegurança quanto às etapas da pesquisa e nas temáticas a serem abordadas;
- Tomar o tempo do sujeito ao responder a entrevista podendo levar ao cansaço ou aborrecimento;
- O risco de segurança da informação.

Para tanto tomaremos como precaução frente aos riscos adotados os devidos cuidados:

- Realização da entrevista de forma individual;
- Sem expor o entrevistado aos outros participantes;
- As informações e dados serão controlados, considerando que somente a pesquisadora terá acesso ao material da coleta primária dos dados;
- Publicidade, após os dados serem analisados.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS: As informações obtidas neste estudo serão úteis para melhorar a saúde e a assistência médica de diversos indivíduos através da publicação em

revistas médicas e comunicações de Congressos sem, contudo, ferir a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

CUSTOS: Não há nenhum custo para você em participar do estudo.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para fins científicos e manter sob sigilo e confidencialidade a origem de todas as informações prestadas sobre o estudo.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Caso você deseje esclarecimentos ou outras informações, você poderá contatar a Fernanda Mello Ortigosa Nogueira, mestranda do projeto, através do telefone (17) 981215737 ou e-mail: fernandaortigosa@hotmail.com. Edson dos Santos Farias, orientador do projeto através do telefone (69)99844111 ou e-mail: edson.farias@unir.br.Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os seguintes Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): cep@unir.br ou (69) 2182-2116

Acredito ter sido suficientemente informado sobre todos os procedimentos da pesquisa (cujos dados estão anexados na carta de solicitação), que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto.

Concordo VOLUNTARIAMENTE em permitir a realização desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

Você receberá uma cópia desse TCLE em seu e-mail e em caso de dúvidas sobre o projeto basta entrar em contato com os contatos disponíveis acima. Se você concorda com esse TCLE basta consentir assinalando sim na próxima questão e dar seguimento ao questionário.

Acredito ter sido suficientemente informado sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto. Concordo VOLUNTARIAMENTE em permitir a realização desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

☐ SIM

APÊNDICE

APÊNDICE I: CONHECIMENTO SOBRE A DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NA UBS

Data **___/___/___** ***Nº Questionário:*** **_____**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais nome:_____

(1) Masculino (2) Feminino

3. Idade:_____

4. UBS que atua:_____

5. Etnia: (1) Branca (2) Parda (3) Indígena (4) Amarela (5) Negra

6. Grau de Instrução:

(1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental Incompleto

(3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto

(5) Ensino Médio Completo (6) Ensino Superior Incompleto

(7) Ensino Superior Completo

7. Estado civil:

(1) Casado (2) Viúvo (3) Separado

(4) Solteiro (5) Relacionamento estável (6) Divorciado

8. Área da Saúde:

(1) Médico (2) Enfermagem/Técnico (3) Nutrição

(4) Serviço social (5) Farmácia (6) Psicologia

(7) Odontologia (9) ACS (11)Outros:

CONEHCIMENTO GERAL (OPINIÕES E AÇÕES SOBRE DOAÇÃO)

9. Marque, por favor, todos os tipos de atividade de educação em saúde na Atenção Primária (APS) nas quais você já fez parte ou organizou?

(1) Grupos (2) Palestras (3)Cursos (4) Não realiza

(5) Outros:_____

10. Você conheceu alguém que já precisou de um transplante de órgãos (rim, por exemplo) ou tecidos (córnea, por exemplo) ? ou doou órgãos?

(1) Sim (2) Não

11. Você se considera um doador ou não doador a respeito de seus próprios órgãos para transplante?

(1) Doador (2) Não doador

12. Se você respondeu DOADOR na questão 10 marque as razões que determinaram sua resposta:

(1) Salvar vidas (2) Ajudar o próximo

(3) Contribuir com o sistema de saúde (4) Inutilidade dos órgãos após a morte

(5) Solidariedade (6) Possibilidade de necessitar de transplante

(7) História pessoal ou familiar de transplante (8) Crença religiosa

(9) Outros:_____

13. Se você respondeu NÃO DOADOR na questão 10 marque as razões que determinam sua resposta:

(1) Falta de confiança na medicina ou no sistema (2) Receio de comercialização de órgãos

(3) Temor de mutilação do corpo (4) Corrupção

(5) Receio de erro no diagnóstico de morte (6) Desconhecimento do desejo do paciente

(7) Paciente contrário à doação em vida (8) Crença religiosa

(9) Demora para a liberação do corpo (10) Não conhecer os receptores dos órgãos

(11) Sensação de "assinar a morte" do familiar (12) Outros: _____

14. Você já conversou com a sua família sobre a sua intenção de ser ou não doador de órgãos?

(1) Sim (2) Não

15. Você doaria os órgãos de algum familiar sob sua responsabilidade?

(1) Sim (2) Não

16. Você doaria seus órgãos para algum familiar, se necessário?

(1) Sim (2) Não

17. Você já tinha sido abordado sobre a temática doação de órgãos em outro momento?

(1) Sim (2) Não

18. Você já conheceu alguém que doou um órgão para o transplante de um parente?

(1) Sim (2) Não

19. Você considera que o meio/local ideal para ser informado e conscientizado sobre doação de órgãos é (pode marcar quantas achar adequado):

(1) Posto de Saúde (UBS) (2) No Hospital (3) Meios de comunicação

(4) Ações sociais (5) Em lugar nenhum

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

20. Você se considera apto a fazer uma ação educativa na temática "Doação de órgãos" aos usuários?

(1) Sim (2) Não

21. Você sabe que tipo de paciente é um potencial doador de órgãos e tecidos?

(1) Paciente em morte encefálica; (2) Qualquer paciente que esteja em coma;

(3) Qualquer paciente que tenha ido a óbito na UTI;(4) Não tenho conhecimento.

22. Você sabe o que é morte encefálica?

(1) É qualquer paciente que esteja em coma, independente da causa e independente se poderá voltar ao normal ou não;

(2) É quando o paciente apresenta destruição completa e irreversível da função cerebral, sendo mantido artificialmente apenas com a ajuda de aparelhos e medicações próprias para essa finalidade;

(3) É quando o paciente apresenta ausência das funções vitais, movimentos respiratórios e batimentos cardíacos;

(4) Não tenho conhecimento.

23. Você sabe quem autoriza a doação de órgãos do paciente em caso de morte encefálica?

(1) Central de transplante (2) Médico (3) Paciente (4) Família

(5) Não tenho conhecimento

24. Caso algum familiar seu tenha expressado vontade de ser doador de órgãos, você respeitaria a decisão dele e autorizaria a doação?

(1) Sim (2) Não

25. Você sabe para onde vão os órgãos doados?

(1) Para o paciente que for sorteado para receber o órgão;

(2) Para o paciente que está aguardando há mais tempo em lista de espera única do SUS ou tem menos probabilidade de rejeição com o órgão doado;

(3) Para o paciente que mora mais perto do lugar da doação;

(4) Para o paciente que pagar o melhor valor em dinheiro pelo órgão;

(5) Não tenho conhecimento.

26. De acordo com seu conhecimento, qual (is) órgão (s) e tecido (s) podem ser doados?

(1) Coração (2) Pulmão (3) Fígado (4) Rins (5) Pâncreas (6) Córnea

(7) Medula óssea (8) Osso (9) Pele (10) Baço (11) Intestino

(12) Outros: _____

27. De acordo com o seu ponto de vista, marque V (verdadeiro) ou F (falso) para as seguintes afirmativas:

1. ( ) Se os médicos do setor de emergência souberem que o seu familiar é um doador, não vão se esforçar para salvá-lo;

2. ( ) Uma pessoa com melhor condição financeira tem mais facilidades de conseguir o transplante;

3. ( ) É necessário um documento para expressar a vontade de ser doador; Ex: RG escrito "Sou doador de órgãos";

4. ( ) Uma pessoa idosa não pode ser doadora;

5. ( ) A doação dos órgãos desfigura o corpo e altera sua aparência na urna funerária;

6. ( ) Sua religião proíbe a doação de órgãos; Se verdadeiro, qual religião _____;

7. ( ) Os órgãos doados podem ser comercializados no Brasil;

8. ( ) A doação de órgãos atrasa muito o enterro do familiar.

28. Marque quais órgãos/tecidos são atualmente transplantados no Estado de Rondônia:

(1) Coração (2) Pulmão (3) Fígado (4) Pâncreas (5) Rins (6) Córneas (7) Ossos

29. Marque qual(is) hospital(is) realiza(m) transplantes de órgãos ou tecidos em Rondônia

(1) Hospital João Paulo II (2) Hospital Regional de Vilhena (3) Hospital de Base

(4) Algum hospital privado de Porto Velho (5) Hospital Regional de Cacoal

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Filipe Souza de Azevedo

Acesso e Qualidade à Saúde da Criança no estado de Rondônia – Revelações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Porto Velho

2021

Filipe Souza de Azevedo

Acesso e Qualidade à Saúde da Criança no estado de Rondônia – Revelações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAUDE, vinculado ao polo da Universidade Federal de Rondônia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Drª. Ana Lúcia Escobar

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Porto Velho

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

A994a Azevedo, Filipe.

Acesso e qualidade à saúde da criança no Estado de Rondônia - revelações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AtençãoBásica / Filipe Azevedo. -- Porto Velho, RO, 2021.

91 f. : il.

Orientador(a): Prof. PhD Ana Lúcia Escobar

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Atenção Primária à Saúde. 2.Saúde da Criança. 3.Qualidade daAssistência à Saúde. I. Escobar, Ana Lúcia. II. Título.

CDU 614-053.2(811.1)

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça CRB 11/905

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA – PORTO VELHO

ATA DA REUNIÃO

	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIANUCLEO DE SAUDE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAUDE DA FAMILIA

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional /2021 do MPSF				
Data:	25 de março de 2021	Hora de início:	9 horas	Hora de encerramento:	10h 50min
Matrícula do Discente	20191002240				
Nome do Discente:	FILIPE SOUZA DE AZEVEDO				
Título do Trabalho:	Acesso e Qualidade à Saúde da Criança no estado de Rondônia – Revelações do Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção				
Área de concentração:	Saúde Coletiva				
Linha de pesquisa:	Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica – III Ciclo				

Reuniu-se, via webconferência, na sala virtual do Google Meet, às 9 horas, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família,assim composta: orientador(a), Ana Lúcia Escobar; Janne Cavalcante Monteiro (Primeiro Examinador); Dhelio Batista Pereira (Segundo Examinador); e Juan Miguel Villalobos-Salcedo (Suplente).

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Ana Lucia Escobar, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho em até 30 minutos. Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do mestrandopelos membros da Banca por um prazo de até 20 minutos. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a) **APROVADO**.

A Banca sugeriu que sejam revistos formatação, resumo, redação, incluindo o uso da língua, antes da entrega da versão final à Coordenação do Programa. Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conformeas normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UNIR. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada, e eu, Ana Lúcia Escobar -orientadora, lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **ANA LUCIA ESCOBAR**, **Docente**, em 18/05/2021, às 23:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento noart. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **DHELIO BATISTA PEREIRA**, **Docente**, em 19/05/2021, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamentono art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **JANNE CAVALCANTE MONTEIRO**, **Docente**, em 19/05/2021, às 09:53, conforme horário oficial de Brasília, comfundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **FILIPE SOUZA DE AZEVEDO**, **Docente**, em 19/05/2021, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamentono art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

]

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unir.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0671516** e o código CRC **6E795B9A**.

Dedico, em primeiro lugar, ao meu eterno pai Francisco Marto e minha mãe Maria Alice, meus maiores orientadores e incentivadores para alçar voos mais altos para conquistar os meus sonhos.

Em segundo lugar, a todas as pessoas que lutam e defendem o SUS. Como já diria Raul Seixas, "um sonho que se sonha só, é só um sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade". Espero inspirar vocês para lutar por melhorias no nosso SUS – a Saúde é transformadora!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof. Drª. Ana Lúcia Escobar, que já se faz presente e especial em vários momentos da minha jornada, desde a graduação e docência no Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, e até agora no Programa de Mestrado – da minha aprovação até o presente momento. Meu muito obrigado e gratidão por enxergar muito além do que eu vejo em mim mesmo e apostar tão caro, mesmo já em sua aposentadoria!

À minha mãe, Maria Alice, quem sempre me apoiou e incentivou para que eu perseverasse nas minhas metas e sonhos. É meu modelo de dedicação e desempenho profissional. Sempre muito guerreira – é mãe, filha, tia, madrinha, dona de casa, assistente social, chefe. São várias funções, todas executadas com excelência.

Ao meu companheiro de vida, Caio Setúbal, que me incentiva sempre a ser e dar meu melhor, não me deixa desistir, lembra dos meus compromissos e responsabilidades assumidas, e a quem por muitas vezes eu recorro para dúvidas, não somente relacionadas a essa dissertação, mas para todas as decisões que tomo na vida pessoal, social e profissional. Esse é o verdadeiro sentido de companheirismo, só tenho a agradecer.

Ao meu eterno pai, Francisco Marto, e eterna avó, Maria Magdalena, que, do céu, são minha força e paz espiritual, que me guiam nos momentos mais difíceis, e que ainda sinto muito perto a presença e o amor dos dois por mim, e que estariam vibrantes pela minha conquista.

Ao meu irmão Lucas e a minha família, do Nordeste ao Rio de Janeiro, que vibram com minhas conquistas e acreditam que eu consigo atingir outros tantos objetivos e metas traçadas para a minha vida. Assim também os meus amigos, que são minha outra família, e se encontram espalhados pelo Brasil: Rondônia, Pernambuco, Alagoas, Brasília, São Paulo, Rio Grande do Norte, Paraná, Santa Catarina – vocês sempre torcem por mim e dizem que "já sabiam"!

Aos meus professores da área de Saúde Coletiva, em especial a Prof. Janne Monteiro, seja na graduação como na pós-graduação, todos sempre acreditaram e apostaram na minha capacidade. Ser um pediatra tão comunitário e professor, foi por influência de vocês!

Por fim, aos meus alunos, seja na sala de aula, no Google Meet, ou nos corredores dos hospitais. Vocês sempre fazem eu querer ser o melhor de mim mesmo! Muito obrigado!

É preciso avançar no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde da criança. (...) Assim, é fundamental monitorar e avaliar para verificar em tempo oportuno se as ações planejadas e implementadas estão surtindo os efeitos esperados, bem como identificar as potencialidades e oportunidades de melhoria dos processos executados.

MOREIRA, 2012, p. 53.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta preferencial para o Sistema Único de Saúde, que se configura em redes de atenção e linhas de cuidado, tendo, dentre elas, a saúde da criança, com o objetivo de redução da mortalidade infantil e promoção do desenvolvimento saudável, com ações centradas na puericultura. O objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança das equipes da APS no estado de Rondônia. Trata-se de um estudo observacional analítico, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, através de pesquisa em banco de dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, sendo inclusos para o estudo um total de cento e noventa e quatro unidades básicas de saúde, com duzentos e noventa e três equipes da APS, e duzentos e vinte e três usuários que foram elegíveis para responder sobre o domínio de saúde da criança na avaliação externa, em Rondônia. Os resultados apontam falta de instrumentos para avaliação infantil, como régua antropométrica infantil (69,0%), e a Caderneta de Saúde da Criança (70,6%), com maior prejuízo de materiais para a regional da Zona da Mata. Pelas equipes, a utilização de ficha espelho da caderneta de saúde da criança ocorre em 63,3%, sendo a regional do Cone Sul com pior desempenho. Registro e acompanhamento de casos de violência ocorrem em 70% das equipes, tendo menor desempenho nas regionais Madeira-Mamoré e Vale do Guaporé. Consultas na primeira semana de vida ocorrem em 53,3% dos casos, tendo destaque positivo para a regional do Cone Sul. A entrega da caderneta é baixa (68,9%), principalmente na regional do Vale do Guaporé. A orientação alimentar atinge somente 77,5% dos usuários, tendo na regional do Vale do Jamari os piores resultados. Vacinação e teste do pezinho atingem mais de 90% dos usuários. É possível concluir que a educação e vigilância alimentar e nutricional pelas equipes de saúde na APS se encontra prejudicado, assim como a falta de acompanhamento dos casos de violência na rede; em contrapartida, observa-se boa cobertura vacinal, aliado à oferta regular da vacinação nas unidades básicas de saúde. O cuidado programado, iniciado a partir da consulta na primeira semana de vida, torna-se fragilizado pela rotatividade de profissionais e a falta de agendamento para as consultas, prejudicando os atributos de longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the preferential door to the Unified Health System, that is configured in care networks and care lines, having among them, child health, with the objective of reducing child mortality and promoting healthy development, with PHC actions based on childcare. The aim of this study was to identify the difficulties for comprehensive health care for children in PHC teams in the state of Rondônia. This is an analitic observational study, with sectional design and quantitative approach, through research in the database of the external evaluation of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care, including a total of one hundred e ninety-four basic health units, with two hundred and ninety-three PHC teams, and two hundred twenty-three users who were eligible to answer about the child's health domain in the external evaluation, in Rondonia. The results point to a lack of instruments for child assessment, such as a children's anthropometric ruler (69.0%), and the Child Health Handbook (70.6%), with the greatest damage to materials for the Zona da Mata region. According to the teams, the use of the mirror file of the child's health booklet occurs in 63.3%, with the Cone Sul region having the worst performance. Registration and monitoring of cases of violence occur in 70% of the teams, with lower performance in the Madeira-Mamore and Vale do Guapore regions. Consultations in the first week of life occur in 53.3% of the cases, with positive emphasis on the Cone Sul region. The delivery of Child Health Handbook is low (68.9%), mainly in the Vale do Guapore region. Food orientation affects only 77.5% of users, with the Vale do Jamari region having the worst results. Vaccination and heel testing affect more than 90% of cases. It is possible to conclude that the food and nutrition education and surveillance performed by health teams in PHC is impaired, as well as a lack of monitoring violence cases in the network; on the other hand, there is good vaccination coverage, coupled with the regular offer of vaccination in basic health units. The programmed care, initiated from the consultation in the first week of life, becomes weakened by the turnover of professionals and the lack of scheduling for consultations, impairing the attributes of longitudinality and integrality of care.

Keywords: Primary Health Care; Child Health; Quality of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da quantidade de consultas das crianças de zero a 24 meses, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017 47
Figura 2 - Distribuição dos usuários com crianças contempladas, por regional de saúde, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017 48
Figura 3 - Distribuição das idades, em meses, das crianças contempladas, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017 48
Figura 4 - Regiões de Saúde e População Territorial do estado de Rondônia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 77
Figura 5 - Mapa de Saúde do Estado de Rondônia 78
Figura 6 - População estimada segundo região de saúde em 2018, estado de Rondônia 79
Figura 7 - Abrangência e localização das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as cidades de maior porte no estado de Rondônia 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 36
Tabela 2 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, por região de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 38
Tabela 3 – Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 39
Tabela 4 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 41
Tabela 5 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, das regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 43
Tabela 6 - Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança por equipe de saúde, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 45
Tabela 7 - Distribuição das médias de idade das crianças e de consultas dos usuários entrevistados com crianças de zero a 24 meses, por regional de saúde, dos municípios sede do estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017 50
Tabela 8 - Frequência das variáveis relacionadas à atenção à Saúde da Criança por usuários entrevistados, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 51
Tabela 9 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, por Regional de Saúde no estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 53
Tabela 10 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, dos municípios sede das regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 55
Tabela 11 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 57

Tabela 12 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, conforme as regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 58
Tabela 13 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, nos principais municípios de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAM	Programa Nacional de Aleitamento Materno
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIR	Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15

2. JUSTIFICATIVA 16

3. OBJETIVOS 18

3.1 OBJETIVO GERAL 18

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 19

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 19

4.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL 21

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA 24

4.4 SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 27

4.5 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA 29

5. MÉTODO 30

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 30

5.2 LOCAL DE ESTUDO 30

5.3 MATERIAL DE ESTUDO 31

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 31

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 32

5.6 COLETA DE DADOS 32

5.7 VARIÁVEIS DE ANÁLISE 33

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS 34

5.9 ASPECTOS ÉTICOS 35

6. RESULTADOS 36

7. DISCUSSÃO 62

8. CONCLUSÃO 69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73

ANEXOS 78

ANEXO A – Regiões de Saúde e População Territorial do estado de Rondônia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 79

ANEXO B – Mapa de Saúde do Estado de Rondônia 80

ANEXO C – População estimada segundo região de saúde em 2018, Rondônia 81

ANEXO D – Abrangência e localização das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as cidades de maior porte no estado de Rondônia.....82
ANEXO E – Parecer Consunbstanciado do CEP 83

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica - denominada no Brasil, é definida como cuidados essenciais em métodos de trabalho e tecnologias práticas, acessíveis aos indivíduos, às famílias de uma comunidade, de baixo custo, de uso de tecnologia de leve densidade e alta complexidade, com desenvolvimento do espírito de autonomia e autodeterminação da comunidade. A APS é a estratégia de mudança e organização do Sistema Único de Saúde, com reordenação dos serviços de saúde a partir da configuração de redes de atenção à saúde. As linhas de cuidado, como a materno-infantil, atuam como modelos na reorientação dos serviços de saúde, como, apontando para ações voltadas à Saúde da Criança a serem desenvolvidas a partir da APS (MENDES, 2015).

A nível mundial, Freeman e colaboradores (2017) apresentam evidências da efetividade de intervenções comunitárias dos serviços de saúde pautados na APS, a partir do apoio dos sistemas de saúde e profissionais capacitados para o atendimento à criança, em especial de 1 a 59 meses de idade, refletindo assim na diminuição da mortalidade na infância, visto que a maioria das causas de mortalidade podem ser superadas nesse nível de atenção.

Com a estratégia saúde da família como eixo de organização e prática da APS no Brasil, há a consolidação da vigilância da saúde da criança como prática de saúde, tendo ações como monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância (DAMASCENO et al, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em sua linha de cuidado, tem o modelo da estratégia saúde da família e a APS como a base para o desenvolvimento de ações que compõem a integralidade da atenção à saúde da criança, a partir da abordagem à demanda espontânea e ações programáticas tradicionais, como a puericultura e pré-natal para as mulheres gestantes, além do incentivo e desenvolvimento de ações de prevenção, promoção da saúde e vigilância no território, para crianças de zero aos dez anos (BRASIL, 2018).

Os serviços de APS no Brasil se encontram heterogêneos quando se trata da atenção à saúde da criança, determinando uma baixa orientação dos serviços da APS e pouco preparo dos profissionais de saúde, com oferta de acesso ampliada a partir da expansão da APS,

principalmente no Sul e Sudeste, porém sem a integralidade do cuidado e resolutividade necessária, com poucos estudos voltados para a longitudinalidade e coordenação do cuidado a partir da APS para a saúde da criança (DAMASCENO et al, 2016, TESSER et al 2018).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implantado em 2011 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e da qualidade da APS, com terceiro ciclo realizado no ano de 2017, no Brasil, permitindo um conhecimento mais aprofundado do que efetivamente ocorre com a APS (SANTOS et al, 2016), em especial, em Rondônia, que conta com cobertura de Saúde da Família em mais de 70% do estado, conforme DATASUS, porém com desigualdades entre os municípios.

Um estudo que avaliou a coordenação do cuidado para a qualidade à atenção à saúde da mulher e da criança de 30.523 equipes, que participaram do PMAQ em 2013, apresentou que a assistência à saúde da criança se destaca com maior percentual de equipes com alto nível (63,5%), em relação àquelas com baixo nível (36,5%) (CRUZ et al, 2019); em contrapartida, em um outro estudo, com 1.484 usuários de 115 unidades básicas de saúde de dois municípios, do sul e do nordeste do Brasil, observou que o escore de satisfação entre distintos modelos de atenção – equipes de APS tradicional ou Saúde da Família, a partir da avaliação do PMAQ, não alcançou valores satisfatórios (SANTOS et al, 2018).

Sendo assim, a partir das dificuldades que profissionais de saúde e usuários apresentam para a realização de ações voltadas à saúde da criança no âmbito da APS, o objetivo dessa dissertação foi identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança no estado de Rondônia. A pergunta de pesquisa foi: quais são as dificuldades que profissionais da saúde e usuários apontam para as ações voltadas à atenção integral à saúde da criança, realizada pela equipe de APS, no Estado de Rondônia, a partir da avaliação do PMAQ – Terceiro ciclo?

2. JUSTIFICATIVA

A presente dissertação de mestrado apresenta a importância por abordar a atenção à saúde da criança na APS do estado de Rondônia, a partir da avaliação do PMAQ, partindo do

pressuposto que o primeiro contato dos cidadãos com o sistema de saúde é a APS, e, onde há um sistema de saúde baseado na APS, apresenta melhores indicadores de saúde para a população e, em especial, os indicadores para mortalidade infantil (TESSER et al, 2018).

O reflexo dos cuidados na saúde da criança para a população adulta e idosa, assim como na expectativa de vida, tem relação direta com a promoção do desenvolvimento saudável e da prevenção de agravos crônicos que tem início no pré-natal e na infância, com garantia para o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos saudáveis e aptos para o desenvolvimento de suas funções em sociedade, assim como estímulo positivo para os adultos responsáveis por essas crianças (COSTA & BIGRAS, 2007).

Nos últimos cinco anos, a implementação progressiva da PNAISC tem por objetivo de qualificar as estratégias e ações voltadas à saúde da criança, para o enfretamento de condições evitáveis, tendo a APS como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, em comunicação com as redes de atenção em saúde, em especial, a rede temática em saúde materno-infantil – Rede Cegonha (BRASIL, 2018).

Para o cumprimento da proposta da PNAISC na APS, para a garantia de melhores resultados e impacto à saúde da criança, as ações devem estar pautadas nos atributos essenciais que compõe a Atenção Primária – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade do cuidado e coordenação, assim como os derivados – as orientações familiar e comunitária, e a competência cultural. Desses atributos, vemos a estratégia da puericultura como central para o cuidado de saúde da criança na APS (MENDES, 2015; DAMASCENO et al, 2016).

A estratégia saúde da família (ESF) é a forma de se desenvolver e expandir a APS no Brasil, proposta pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e, dentre as funções, está previsto o cuidado e acolhimento de crianças, apresentando impacto na saúde das crianças, com melhoria da qualidade de vida, redução da mortalidade infantil, enfrentamento de doenças imunopreveníveis e diminuição de internações por condições sensíveis à APS (DAMASCENO et al, 2016).

A avaliação realizada pelo PMAQ se torna importante para averiguar as condições de acesso e qualidade dos municípios e das equipes da APS, não somente pela ótica de avaliadores externos e profissionais de saúde, mas também sob a ótica dos usuários do serviço (BRASIL, 2017). Além do *PCA tools*, os instrumentos de autoavaliação da melhoria do acesso e qualidade assim como a avaliação externa do PMAQ são possibilidade para o reconhecimento das potencialidades da APS, com foco na melhoria para garantia de serviços de qualidades no SUS.

Avaliação e monitoramento em saúde trazem impacto positivo para a identificação da realidade do acesso e qualidade dos serviços da APS, em especial, para a região Norte, que, segundo Garnelo e colaboradores (2018), concentra os piores índices de utilização de serviços de saúde no país, assim como apresentam baixos índices de desenvolvimento humano e apontam que as políticas de saúde do governo federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais.

Por fim, estudos que avaliem a APS, e, em especial, as ações em saúde da criança na APS, ou então estudos que apresentem as informações que se encontram disponíveis nos ciclos de avaliações do PMAQ, para o estado de Rondônia, ainda não se encontram disponíveis ou publicados nas bases de literatura científica, sendo possível assim, a partir deste estudo, ter um panorama sob a ótica da avaliação da APS, não somente por meio de dados de morbimortalidade infantil.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as dificuldades para a atenção integral à saúde da criança das equipes da Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a avaliação do acesso e qualidade das equipes da Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia;

- Descrever o domínio atenção integral à saúde da criança da avaliação da melhoria do acesso e qualidade das equipes da Atenção Primária à Saúde no estado de Rondônia;

- Analisar as ações para atenção integral à saúde da criança realizada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde do Estado de Rondônia.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi emitida a Declaração de Alma-Ata, que amplia o conceito da saúde para um completo bem-estar físico, mental e social, reconhecendo como um direito humano fundamental para ser obtido, e definindo a atenção primária à saúde (APS) como a estratégia para alcançar a meta de saúde, permitindo uma vida econômica e socialmente produtiva, com repercussões positivas para o desenvolvimento populacional (OMS, 1979).

A APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), sendo um modo de organizar um sistema, tendo como função de ser porta para o sistema, ser resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes, minimizando custo e satisfazendo as demandas da população (BRASIL, 2015).

A APS tem sido a centralidade dos sistemas de saúde, sendo considerada internacionalmente como base para novos modelos assistenciais, tendo como foco o usuário ou cidadão, e práticas críveis e que valorizam a construção de vínculo e a relação médico e usuário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Mendes (2015, p. 30) aponta elementos essenciais que surgem nessa concepção de APS:

> A educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (MENDES, 2015, p. 30).

A partir do conceito de APS e sua composição, foram possíveis algumas interpretações da função desse modelo, com concepções diferentes para sua implementação, como APS seletiva ou restrita a alguns serviços específicos, focalizados e de baixa resolutividade; sentido amplo, de serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, de caráter público ou não para toda a população; e a abrangente-integral, como proposto pela Declaração de Alma-Ata, com necessidades de enfrentamento para demandas individuais e coletivas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Tendo em vista o conceito da APS como estratégia de organização do sistema de saúde, entende-se que essa organização vem para recombinar e reordenar os recursos da saúde,

tornando-se coordenadora do cuidado, responsável pela resolução das demandas da população, e, além de porta de entrada para o sistema, ordenadora de uma complexa rede de serviços de saúde, na garantia da integralidade do cuidado (BRASIL, 2015).

A nova concepção da APS vem ao encontro do modelo biomédico vigente no século passado, resgatando a articulação entre conhecimento científico e as práticas e saberes populares, havendo democratização do conhecimento médico, atuação do trabalho em equipe para integralidade do cuidado e melhores resultados, e maior autonomia aos usuários e população em relação à sua saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os atributos essenciais considerados para o desenvolvimento da APS são o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. São reconhecidas que as demandas devem ter o primeiro acesso no ponto mais próximo ao território do usuário, com necessidade de acompanhamento deste, sua família e comunidade no qual se encontra inserido, a longo prazo, para a construção de vínculo, visando a completude do cuidado e a oferta de serviços que cumpra com as demandas dessa população. A APS tem de coordenar e se responsabilizar pelos encaminhamentos para outros pontos da assistência, constituindo assim uma rede de serviços (BRASIL, 2015).

Na APS também se tem atributos derivados – foco na família, orientação comunitária e competência cultural. Starfield (2002) chama a atenção para a necessidade do contato da equipe de saúde com a unidade da família e sua comunidade, para o reconhecimento dos problemas de saúde envolvidos em um indivíduo, necessitando da integração de diferentes setores para o enfretamento do problema e seus determinantes sociais, e na comunidade na qual se encontra inserido, levando em conta a cultura e o saber popular para a prática médica.

A partir desses atributos, a APS se orienta pelos principais problemas de saúde da comunidade e presta serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (OMS, 1979), necessários para desempenhar funções de ser resolutiva, por ser o primeiro contato e o acesso prioritário aos serviços de saúde, devendo atender a cerca de 80 a 90% das demandas do seu território de responsabilidade sanitária; coordenar a rede de serviços do sistema de saúde, pela característica inerente à APS de propor ser a centralidade no sistema, regulando a referência e contrarreferência a outros pontos da atenção em saúde; e se responsabilizar pelos usuários adscritos em seu território de responsabilidade sanitária (BRASIL, 2015).

Os cuidados primários e essenciais para resolução das demandas da população, são baseados em métodos e tecnologias apropriadas, também ditas como leves, pela priorização das relações entre profissionais de saúde e usuários para a garantia do cuidado (MERHY, 2005), ao invés de exames complementares e procedimentos complexos, que se encontram acessíveis à APS, através do acolhimento, vínculo e atenção integral, sendo cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O desenvolvimento da APS está atrelado ao desenvolvimento econômico e social da população. O indivíduo e sua comunidade sofrem influência direta de determinantes sociais da saúde. Os determinantes sociais são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam ou são fatores de risco para os problemas de saúde da população, encontrados nos territórios e no cotidiano das pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A importância da centralidade e do primeiro contato com o sistema para a APS se dá pela proximidade desses serviços à realidade dos usuários e suas comunidades, pelo reconhecimento dos diferentes grupos populacionais, assim como pelo incentivo a participação social nas ações em saúde. Exige-se da APS a articulação com outros setores para a resolução dos problemas e o enfrentamento dos determinantes sociais, para a promoção da saúde e desenvolvimento social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

4.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O desenvolvimento na APS no Brasil se deu a partir dos movimentos da reforma sanitária, que culminaram com a constituição federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS, reconhecida como Atenção Básica (AB) no Brasil, assumiu este termo para uma diferenciação ideológica daquela atenção primária focalizada e seletiva, para um sentindo mais amplo, de um sistema público de saúde com a concepção de cidadania ampliada, assumindo sua característica como base do sistema, de cobertura universal (GIOVANELLA, 2018). Apesar das discussões filosóficas envolvidas para a definição do termo que melhor representa para o SUS, entende-se que os termos AB e APS são equivalentes (BRASIL, 2017; GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, assumida como Atenção Básica, tem por objetivo ações de atenção integral à saúde, a nível individual e coletivo, através do cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

As primeiras estruturas conhecidas como APS no Brasil, surgem desde a década de 1920, com serviços que evoluíram ao longo da história e reconhecidos como a atual rede da AB (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015). Esses serviços surgem, de característica estatal, com foco para o sanitarismo público – prevenção de grandes epidemias e para grupos específicos de baixo acesso aos serviços de saúde. Os primeiros centros de saúde surgem no estado de São Paulo nesse momento, para, no final da década de 1940, surgir o Serviço Especial de Saúde Pública – atual Fundação Nacional de Saúde. As secretarias estaduais de saúde surgem após a década de 1960, com foco para a prevenção de doenças infectocontagiosas e atenção focalizada em grupos especiais, como os programa materno-infantis (MENDES, 2015).

Com a Declaração de Alma-Ata e a APS como modelo de orientação dos sistemas de saúde, o crescimento da medicina comunitária na América Latina e a crise da previdência social para a assistência em saúde no Brasil, houve a reorganização dos serviços básicos estimulada pelos movimentos da Reforma Sanitária e com a instituição do SUS no final da década de 1980, e o surgimento da Atenção Básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com sua primeira portaria no ano de 2006, última edição no ano de 2017 – Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, apresenta as diretrizes para a organização da AB no território brasileiro, definindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como porta preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação do SUS (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2017), que, segundo Mendes (2015), se configura como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Na PNAB de 2011 e 2017, para a estruturação do SUS, já se tem reconhecida a necessidade de formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS):

> Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma

> atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2015, p. 19).

A PNAB reconhece a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de expansão e consolidação da APS no território brasileiro, podendo haver outras equipes, conhecidas como equipes de Atenção Primária, pautadas no modelo tradicional de cuidados primários, na composição da APS (BRASIL, 2017). Para o desenvolvimento dos atributos da APS, a ESF prioriza o trabalho em equipe, assim como a formação de território e população adscrita, garantindo vínculo e a longitudinalidade do cuidado (FIGUEIREDO, 2012).

A ESF surge a partir do Programa Saúde da Família (PSF), surgido na década de 90 do século passado, caracterizando os serviços da APS como nível primário, com objetivo de um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, com novos métodos de programar e planejar ações, havendo articulação entre comunidade e serviços de saúde para a expressão das necessidades em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A importância do PSF na expansão da APS se deu pela descentralização do SUS, com o movimento da municipalização dos serviços de saúde e a garantia da integralidade no atendimento, aliado aos indicadores satisfatórios com as experiências variadas em Saúde da Família, tornando a ESF como eixo organizador da APS e do sistema de saúde no território brasileiro para um caráter mais abrangente, articulado com os demais níveis e pontos da assistência e reorientação do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

As características da ESF são a valorização do trabalho em equipe, assim como a intensa troca de diversidade de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde que compõe a equipe de Saúde da Família, tendo o cuidado centrado no usuário como prioridade, interagindo entre si e de forma colaborativa, assim como atuação intersetorial, objetivando a promoção da saúde e atenção integral (FIGUEIREDO, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No processo da consolidação da ESF na APS há o reconhecimento de outras conformações, que ainda flutuam entre os modelos tradicionais e o atual modelo proposto citando anteriormente no processo de construção e fortalecimento da APS (MENDES, 2015).

A Portaria 2.539, de setembro de 2019, institui as equipes de Atenção Primária, que seguem o modelo tradicional e diferem das equipes de Saúde da Família no modo de se organizar e atender as demandas do território (BRASIL, 2019). Esses arranjos acabam por competir nas formas de construção e consolidação da APS.

Um dos parâmetros para avaliação do sucesso da ESF está associada à redução de internações por condições sensíveis à APS (ARAUJO et al, 2017). As condições sensíveis à APS são aquelas passíveis de resolução a este nível, com a prerrogativa de que se espera resolutividade de mais de 90% dos problemas comuns do território que na APS (MENDES, 2015), diminuindo assim internações e mortalidade, principalmente por causas evitáveis. As Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP) é um indicador hospitalar medidor, da efetividade da APS, de agravos que não deviam chegar à atenção terciária (PEREIRA et al, 2014). A lista de doenças inclusas nas ICSAP agrupa doenças imunopreveníveis, infecciosas – como pneumonia e gastroenterites, e condições crônicas (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Damasceno e colaboradores (2016) apontam também que a ESF, aliada a outras ações estratégicas e programas com foco para a infância, foram responsáveis pela diminuição da taxa de mortalidade infantil. A redução da ICSAP está vinculada à atuação da Estratégia Saúde da Família nos municípios, mas somente ofertada de forma homogênea e adequada (PEREIRA et al, 2014). Assim, a atenção à saúde da criança é um campo prioritário visto sua suscetibilidade ao adoecimento e agravamento das enfermidades em função da fragilidade própria da idade, com predomínio de doenças agudas, evitáveis com a assistência oportuna dos serviços de APS (PEDRAZA & ARAUJO, 2017).

Um dos limitantes que a APS e a ESF enfrentam ainda atualmente é o quantitativo de áreas descobertas ainda presentes nos territórios, qualidade de acesso e assistência à saúde, além da heterogeneidade das equipes que compõe a APS – ESF e equipes tradicionais de Atenção Primária, impactando em indicadores como o do ICSAP, assim como barreiras de acesso e acompanhamento das famílias com a ESF a nível da APS (ARAUJO et al, 2014; DAMASCENO et al, 2016).

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA

Em uma revisão, Araújo e colaboradores (2014) resgatam o processo histórico do reconhecimento da criança como indivíduo de direito, sendo anteriormente não percebida pela família e nem pelo Estado como etapa de ciclo vital e de necessidades individuais e peculiares a sua faixa etária.

Atualmente, no Brasil, consta na Constituição Federal de 1988 a garantia do direito universal à saúde, e no Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial, a proteção integral da criança (BRASIL, 2018), assim como o reconhecimento da criança como ser biopsicossocial e detentora de direitos enquanto cidadão, com necessidade de atenção à saúde específica para esse segmento populacional (ARAUJO et al 2014).

Estratégias como incentivo ao aleitamento materno e a atenção ao ciclo gravídico-puerperal foram as primeiras iniciativas voltadas ao cuidado do binômio mulher e criança. Os índices de mortalidade materna e infantil no século passado encontravam-se altos, com taxa de mortalidade de 120 óbitos em crianças menores de um ano em 1000 nascidos vivos (ARAUJO et al 2014). O surgimento de programas como o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, iniciando ações de caráter preventivo, e posteriormente com o Programa de Assistência Integral em Saúde da Criança (PAISC), em 1984, com ações básicas para ampliar o cuidado a criança, tiveram foco para diminuição da mortalidade infantil (ARAUJO et al, 2014; BRASIL, 2018).

A mortalidade infantil é um dos parâmetros para avaliação da qualidade da atenção à saúde da criança. Tem-se constatado redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, mas com estagnação na última década. Ainda figuram causas de internação hospitalar, como pneumonia, gastroenterites e a asma - doenças em declínio acentuado no país - e afecções perinatais são responsáveis hoje por grande parcela das internações de crianças menores de um ano e a principal causa de óbito infantil (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Os Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), posteriormente com a denominação de Estratégia de Saúde da Família, foram ações que influenciaram positivamente no declínio da mortalidade infantil, por modelos focados na promoção à saúde, trabalho interdisciplinar e participação comunitária, voltados para APS, enquanto outras ações, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com vistas a assistência humanizada no parto e nascimento e suporte hospitalar para recém nascidos (ARAUJO et al, 2014).

Outra estratégia que envolve a APS é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) em situações de vulnerabilidade no Brasil. Esta estratégia tem foco para crianças menores de cinco anos, com condições relacionadas à mortalidade na infância, necessitando de avaliação nos cuidados primários e qualidade na assistência. Foi uma das estratégias resultante de declínio importante da mortalidade infantil, aliada a outras políticas, como a expansão da própria APS, extinção de doenças imunopreveníveis pelo sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI), incentivo ao aleitamento materno pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e programas sociais, como o Programa Bolsa Família (ARAUJO et al, 2014; BRASIL, 2017)

O predomínio de mortes no período neonatal é de cerca de 70% dos casos, sendo que mais de 60% poderiam ter sido evitadas por ações sensíveis à APS, visto que a mortalidade neonatal precoce está vinculada às causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, qualidade de assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (SILVA & VIEIRA, 2014). Surge assim, ações estratégicas voltadas para atenção ao pré-natal, parto e puerpério, como a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido Baixo Peso – Método Canguru e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (ARAUJO et al, 2014).

Em 2015, com cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com a taxa de mortalidade infantil na média de quinze óbitos no primeiro ano de vida para 1000 nascidos vivos, a necessidade de enfrentamento de doenças infectocontagiosas e de novos desafios, como as condições crônicas não transmissíveis, óbitos neonatais e morbimortalidade por causas externas, aliada ao envelhecimento populacional, emerge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com a necessidade de intervenção sobre nas iniquidades relacionadas às diferentes realidades regionais e condições sociais e de saúde (BRASIL, 2018).

Guiado pela ideia da concepção de linha de cuidado em saúde da criança, trabalhando em RAS, a PNAISC tem por objetivo:

> Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015, p. 9).

A RAS deve ser resolutiva, coordenar fluxos e contrafluxos, com responsabilidade pelos usuários, com centralidade na APS. A resolução dos problemas da criança engloba não somente essa personagem, como também, a família e o contexto sociocultural e econômico que se encontra a família (ARAUJO et al, 2014). A atenção integral à criança deve responder à todas as suas necessidades, seja na APS ou na Atenção Especializada, hospitalar ou de urgência e emergência (BRASIL, 2018).

4.4 SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A saúde da criança é área de atuação da APS, prevista pelo Ministério da Saúde na PNAISC, com ações visando assegurar a integralidade da assistência e garantir que a criança desenvolva todo o seu potencial, com o intuito de reduzir a morbimortalidade da infância e o fortalecimento para que os problemas fossem resolvidos na APS e em RAS (SOARES et al, 2016).

A APS deve ser prioritária aos cuidados de saúde da criança, esgotando todas as possibilidades de atenção à saúde antes de encaminhá-las a outros pontos da atenção, com portas abertas às famílias, sem barreiras físicas, logísticas e culturais que dificultem o acesso aos serviços de saúde (SILVA; VIEIRA, 2014).

Para o desenvolvimento dos eixos estratégicos propostos pela PNAISC, com melhores resultados, efetividade e melhor qualidade, a APS deve estar estruturada conforme os atributos essenciais e derivados - acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação da atenção e longitudinalidade, orientação familiar e comunitária, e competência cultural (DAMASCENO et al, 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016). Tendo como princípios a integralidade e a longitudinalidade, ou cuidado continuado, estudos comprovam que há associação com melhora da utilização dos serviços de saúde e cuidados preventivos, tanto para crianças saudáveis como para aquelas com doenças crônicas, assim como a facilidade para acesso aos profissionais de saúde ser fator preditivo positivo para a construção da longitudinalidade (CHRISTAKIS et al, 2004).

Sendo assim, os serviços da APS são considerados como porta de acesso prioritária para a atenção integral à saúde da criança e suas famílias, pela proximidade e responsabilização da APS, sendo fundamentais as diminuições de barreiras para o atendimento, sejam físicas ou

político-administrativas, não somente pelo atendimento nas unidades básicas de saúde, mas também através do uso de estratégias como visitas domiciliares, reuniões de grupos comunitários e interlocução com demais entidades e setores da comunidade (SILVA; VIEIRA, 2014).

As questões sensíveis à APS referentes à saúde da criança são ações de vigilância e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com a finalidade de prevenção e promoção à saúde (FINKLER, 2014), e a forma para o acompanhamento à saúde das crianças é por meio da puericultura, um momento em que ocorre a avaliação da criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, a garantia de cobertura vacinal, estímulo à prática do aleitamento materno, orientação sobre a introdução da alimentação complementar e prevenção das doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreias e as infecções respiratórias (BRIGIDO et al, 2019). Outras estratégias também englobam o acompanhamento pré-natal, para desfechos perinatais negativos evitáveis, e as ações intersetoriais, como medidas de saneamento e educação ambiental para enfrentamento de determinantes sociais do processo saúde-doença (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

O aumento da cobertura vacinal também é estratégia para a redução da morbimortalidade infantil, em municípios com pelo menos 75% dos imunobiológicos disponíveis (ARAUJO et al, 2017). APS dispõe de recursos de baixa densidade tecnológica para prevenir doenças respiratórias como, por exemplo, a pneumonia, por meio de imunização e antibióticos, evitando a hospitalização, assim como terapia de reidratação oral e a vacina oral contra rotavírus humano, capazes de prevenir as gastroenterites e suas complicações (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

O seguimento da criança na APS, por meio da puericultura, é considerado uma tecnologia de cuidado em saúde de forma continuada, que remete a reconstrução de saberes e práticas para novas dimensões do cuidado, com objetivo de educação e promoção de um desenvolvimento saudável para a criança (DAMASCENO et al, 2016). No contexto da ESF, ao comparar com modelos tradicionais de cuidados primários, esse acompanhamento sistemático da criança, promovendo continuidade do cuidado, cria condições favoráveis para a integralidade do cuidado, com olhar ampliado para a família (Ibdem).

Brígido e colaboradores (2019) apontam a importância da puericultura para além da avaliação da criança, como momento para se estender o olhar para o entorno familiar e social, identificando possíveis vulnerabilidades, promoção de acesso a condutas necessárias, educação em saúde, troca de experiências e corresponsabilização do cuidado com a família, para promoção de saúde e qualidade de vida das crianças. Exige da equipe preparo, planejo e desenvolvimento de ações para o cuidado à criança na APS.

Em uma revisão integrativa, está apresentada que o contexto familiar e comunitário em que a criança vive, assim como o olhar dos usuários cuidadores de crianças, precisa ser incluído e valorizado por profissionais de saúde para que as necessidades sejam dadas devidas assistência, devendo o profissional de saúde desenvolver habilidades de comunicação e acompanhamento da população e território sob responsabilidade da ESF. Cuidadores e famílias reconhecem a APS como ponto de afiliação e referência para os cuidados em saúde, devido ao acesso, utilização e a longitudinalidade do cuidado (ARAUJO FILHO et al, 2019).

4.5 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Visando à melhoria do acesso e qualidade na APS, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), programa de monitoramento e avaliação da APS, avalia o acesso e qualidade dos serviços, inclusive com domínio voltado à área da saúde da criança, conforme prioridade elencada pela PNAB, permitindo conhecer com mais profundidade a realidade da APS (MATTA-MACHADO et al, 2016).

O PMAQ está inserido nas ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, com objetivo de institucionalizar a cultura da avaliação e monitoramento dos serviços de saúde na APS – equipes Saúde da Família e equipes tradicionais de Atenção Primária - averiguando as condições de acesso e qualidade da totalidade de equipes participantes do programa. O objetivo da cultura da avaliação e monitoramento é a garantia da qualidade da APS comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2011 apud SANTOS et al 2016).

O PMAQ apresenta questões voltadas para a atenção integral à saúde da criança, que podem servir de parâmetro para avaliação de fragilidades da APS, pois ainda é possível se deparar com um cuidado descoordenado, com ações fragmentadas e pouco resolutivas frente às demandas de saúde da criança e sua família (SANTOS et al, 2018). É possível, assim,

acompanhar o impacto das ações em saúde por meio dos indicadores produzidos pela avaliação do PMAQ e a incorporação de práticas contínuas de vigilância em saúde (SANTOS et al 2016).

Um estudo aponta que níveis de alta ou máxima certificação no PMAQ tem relação diretamente proporcional com a satisfação dos usuários, principalmente aquelas equipes que apresentavam algum tipo de apoio institucional (MATTA-MACHADO et al, 2016). Outro estudo aponta níveis altos de coordenação da APS em saúde da criança, aliado principalmente aos investimentos para redução da mortalidade infantil e a garantia do crescimento e desenvolvimento (CRUZ et al, 2019).

5. MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com base em dados coletados pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), responsáveis pela aplicação dos instrumentos da Avaliação Externa do PMAQ. Este é um estudo observacional, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, através de pesquisa em banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro Ciclo. Os dados foram acessados a partir das bases nacionais, disponíveis no sítio http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estado de Rondônia está situado na região Norte do país, com 1.796.460 habitantes, índice de desenvolvimento humano de 0.69, renda *per capita* de R$ 1.136 reais, sendo 55.7% da população de pessoas com 16 anos ou mais em trabalho formal, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2020. É formado por 52 municípios, dividido em sete regionais de saúde – Madeira Mamoré (com sede no município de Porto Velho), Vale do Jamari (com sede no município de Ariquemes), Central (com sede no município de Ji-Paraná), Zona da Mata (com sede no município de Rolim de Moura), Café (com sede no

município de Cacoal), Cone Sul (com sede no município de Vilhena), e Vale do Guaporé (com sede no município de São Francisco do Guaporé). Nos anexos I - IV, se encontram o quadro e os mapas das regionais de saúde, municípios e população/densidade populacional para o estado de Rondônia.

No estado de Rondônia, atualmente a cobertura da Estratégia Saúde da Família alcança 74,93%, com um total de 382 equipes para 261 unidades básicas de saúde, segundo Cnes/DATASUS em novembro de 2020. O estudo analisou os resultados das equipes de Atenção Primária do estado de Rondônia, participantes do PMAQ – Terceiro Ciclo. No estado de Rondônia, foram inclusas 228 unidades básicas de saúde (UBS), de 50 munícipios do estado no PMAQ - os municípios de Ouro Preto d'Oeste e São Felipe do Guaporé não participaram desta avaliação.

5.3 MATERIAL DE ESTUDO

Dentre as UBS, 228 UBS participaram do PMAQ – Terceiro ciclo, conforme indicação das gestões municipais e participação nos ciclos anteriores, tendo amostragem por conveniência. Dentre as equipes de saúde da família e tradicionais, atuantes na APS, 369 equipes foram participantes e credenciadas para participar do programa de avaliação.

O estudo analisou a opinião de 1105 usuários entrevistados da área de território das equipes da Atenção Primária das UBS participantes do PMAQ – Terceiro ciclo. A amostra dos usuários foi calculada conforme o método proposto pelo PMAQ, de uma equipe para quatro usuários, conforme a Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão no estudo são os seguintes: equipes da Atenção Básica participantes e certificadas pelo PMAQ – Terceiro ciclo; equipes da Atenção Básica com os resultados disponíveis na plataforma digital da Secretaria de Atenção Primária em Saúde; UBS e equipes da atenção básica ativas e funcionantes; equipes de Saúde da Família ou de Atenção

Básica Tradicional; equipes da Atenção Básica com usuários agendados para atendimento no momento da realização da avaliação externa; usuários que tinham crianças e se aplicava o domínio de saúde da criança, assim como responderam ao domínio durante a avaliação externa.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão no estudo são os seguintes: avaliação externa que não pode ser aplicada na própria UBS; UBS e equipes da atenção básica desativadas ou não funcionantes, por reforma ou ampliação da estrutura ou das equipes; UBS na qual a gestão não concordou com a avaliação externa do PMAQ; equipes de saúde para situações especiais, como equipe de saúde fluvial e população ribeirinha, consultório na rua, sistema penitenciário e indígena; equipe da Atenção Básica sem profissionais de nível superior no momento da avaliação externa; usuários que não responderam ou não se aplicou a participação às perguntas em relação ao domínio de saúde da criança durante a avaliação externa.

5.6 COLETA DE DADOS

A avaliação externa "Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade" contempla a segunda fase - de certificação - do PMAQ – Terceiro ciclo, realizada por instituições de ensino superior ou de pesquisa parceiras do Ministério da Saúde, averiguando aspectos prioritários apontados na Política Nacional da Atenção Básica.

Em Rondônia, os dados do PMAQ – Terceiro Ciclo foram coletados por equipe de pesquisados da UNIR, em consórcio com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A coleta de dados foi realizada in loco, com uma etapa de observação e verificação da estrutura da UBS e dos documentos, posteriormente aplicação de questionário aos profissionais de ensino superior das equipes da atenção básica, e aos usuários presentes na unidade básica de saúde.

O instrumento da avaliação externa para as equipes de Atenção Primária conta com seis módulos, com objetivos de avaliar a unidade básica de saúde, os profissionais da equipe de Atenção Primária à Saúde, usuários, equipe do NASF e equipe de Saúde Bucal, com divulgação dos dados obtidos, em forma de planilha, das equipes contratualizadas, no Portal da Secretaria da Atenção Primária em Saúde (http://aps.saude.gov.br/). Foram filtrados os dados relativos às

equipes dos municípios do Estado de Rondônia contratualizados e certificados, e as variáveis relacionadas à atenção à saúde da criança.

Os dados extraídos, relevantes à Saúde da Criança, são os resultados da avaliação externa do PMAQ – Terceiro ciclo, dos módulos I – Observação na Unidade Básica de Saúde, II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, e III – Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), das equipes dos municípios do estado de Rondônia, que passaram pelas etapas de adesão, contratualização e certificação do PMAQ.

5.7 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

As variáveis a serem analisadas, por município e do estado de Rondônia, nas UBS e suas respectivas equipes de saúde e usuários, podem ser categorizadas da seguinte forma:

Nas UBS:

- Identificação da Unidade de Saúde: município e endereço da unidade de saúde, aplicação da avaliação externa na UBS;
- Equipamentos e materiais observados na Unidade de Saúde para uso em atendimento de crianças menores que dois anos: balanças e réguas antropométricas infantis, disponibilidade de fitas métricas, disponibilidade de caderneta de saúde da criança;
- Imunobiológicos disponíveis na Unidade de Saúde: oferta/realização de vacinação; oferta regular de vacinação; disponibilidade de geladeira para armazenamento exclusivo de imunobiológicos;

Com os profissionais das equipes de Atenção Primária:

- Atenção à criança desde o nascimento até os dois anos de vida pelas Equipes de Atenção Primária: realização de puericultura para crianças até 2 anos, utilização de protocolos voltados para atenção às crianças até 2 anos, atualização dos cadastros de crianças até 2 anos do território, utilização da caderneta da criança para o acompanhamento, registro sobre vacinação, crescimento, desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, violência familiar e acidente, acompanhamento de casos de violência familiar com a rede intersetorial, realização de busca ativa de

crianças com riscos para o crescimento e desenvolvimento, desenvolvimento de ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses; desenvolvimento de ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança, e o conhecimento e cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras;

E com os usuários contemplados na Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil:

- Condições de saúde de crianças menores que dois anos de vida a partir do olhar do usuário: atendimentos com até sete dias de vida (primeira semana de vida), realização do teste do pezinho na primeira semana de vida, vacinação atualizada, motivação para vacinação não estar atualizada, busca ativa pela equipe em casos de vacinação atrasada, local onde é realizada vacinação, quantidade de consultas para a criança, profissionais que atendem a criança durante as consultas, agendamento de cuidado programado de crianças, avaliação do desenvolvimento da criança durante as consultas e orientação da alimentação da criança durante as consultas;
- Atividades realizadas na consulta da primeira semana de vida das crianças dos usuários: local que foi feita a consulta com até sete dias de vida, atividades realizadas na consulta de primeira semana de vida, como pesagem, medição, avaliação da amamentação, condição do umbigo, verificação da certidão da criança e recebimento de caderneta da criança.

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados e analisados no Microsoft Excel® e SPSS. Após o levantamento de dados, foi realizada a descrição dos dados a partir de frequências absoluta relativa, medidas de tendência central e de dispersão, distribuição e agrupamento dos resultados por cidade e por regional de saúde.

Para análise estatística, inicialmente realizado o teste Qui-Quadrado para verificar se as frequências encontradas são as esperadas, assim como a existência de associação ou dependência entre as categorizações utilizadas neste estudo – regionais e municípios, com valor-p $< 0,05$ (FIELD, 2009).

Para testar se existe diferença significativa de percepção de dois ou mais grupos, foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes, com nível de significância de 5%. O teste de Kruskal-Wallis tem como objetivo verificar se k amostras independentes (k > 2) posuem diferença de percepção entre dois grupos, sendo uma alternativa à Análise de Variância (ANOVA) quando as hipóteses de normalidade dos dados e igualdade das variâncias forem violadas. Sempre que se verificou a existência de diferenças significativas entre, pelo menos dois, dos grupos no teste, foi realizado seguidamente um teste post hoc. O post hoc testa as variáveis dependentes entre todos os possíveis pares de grupos estabelecidos. Neste estudo, para se descobrir quais os grupos que diferiam entre si, foi utilizado o Método post hoc de Bonferroni (FIELD, 2009).

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de conclusão de mestrado foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 do CNS, também de acordo com o Código de Nuremberg de 1947 e Declaração de Helsinki de 1964. Este projeto faz parte de um plano de trabalho vinculado ao projeto Avaliação Externa das Equipes da Atenção Básica no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB - 3o Ciclo, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa parecer nº. 1.441.293/CAAE 02396512.8.0000.5149, de 07 de março de 2016.

6. RESULTADOS

Dentre as 228 UBS participantes e credenciadas para o PMAQ – Terceiro ciclo, foram elegíveis 194 unidades no estado de Rondônia. Das 369 equipes de saúde destas UBS, com profissionais participantes da entrevista, 289 equipes foram elegíveis e que realizam ações às crianças menores de dois anos de vida. Participaram da "Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil, em Rondônia", 1105 usuários, sendo elegíveis 223 usuários, que tinham crianças menores que dois anos e responderam sobre o atendimento para crianças na unidade de saúde.

Sobre os equipamentos e materiais presentes nas UBS durante a avaliação externa, estão discriminados na tabela 1.

Tabela 1 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Equipamentos e Materiais	n	%
Balança antropométrica infantil	161	82,9
Régua antropométrica infantil	134	69,0
Disponibilidade de fita métrica	185	95,3
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	137	70,6
Disponibilidade de geladeira exclusiva para armazenamento de imunobiológicos (vacinas)	123	63,4

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Nenhuma das UBS do estado de Rondônia apresenta todos os materiais listados que compõe a avaliação da saúde da criança. Destaca-se que as ferramentas, como a balança e a régua antropométrica infantil, para avaliação do crescimento das crianças dos territórios da UBS não são encontradas na sua totalidade. Chama mais atenção a falta de cadernetas de saúde da criança disponíveis aos usuários em quase 30% das UBS de Rondônia.

A presença de geladeira exclusiva para armazenamento de vacinas é deficitária. Porém, ao se avaliar as unidades conforme a oferta da vacinação para os usuários do seu território, tem-se que 64,4% (n = 125) das unidades de saúde tem disponíveis as vacinas. Destas 125 unidades, 88% (n = 110) ofertam regularmente as vacinas para os usuários do seu território e município.

Ao se discriminar essa distribuição conforme as regionais de saúde, observa-se que a regional com menor oferta de vacinação nas UBS é a Zona da Mata, com 37% (n = 10) das UBS dessa regional com oferta disponível de vacinação, enquanto a regional Madeira-Mamoré apresenta a maior oferta de vacinação, com 82,8% (n = 29) das UBS da regional com oferta de vacinação.

Ao se comparar entre as regionais de saúde, foi estatisticamente significativa a diferença entre a baixa oferta da Zona da Mata em relação às regionais Madeira-Mamoré, do Café e Central. A regional Madeira-Mamoré também foi estatisticamente superior à oferta na regional do Vale do Jamari. Em relação à oferta regular e adequada de vacinação, observa-se que varia entre 79,3% das UBS com oferta de vacinação da regional Madeira-Mamoré, a 100% de cobertura naquelas UBS da regional do Vale do Guaporé, não havendo diferença estatisticamente significativa na variação entre as regionais.

Segundo os principais municípios de Rondônia, observa-se que Rolim de Moura, município sede da regional da Zona da Mata, tem a menor proporção de UBS com oferta de vacinação, com 62,5% (n = 05) de um total de oito UBS inclusas no PMAQ, enquanto Ariquemes, da regional do Vale do Jamari, com 100% (n = 10) das UBS participantes do PMAQ, do município, com oferta de vacinação, e de forma regular, para a população. Cacoal (n = 06) e Vilhena (n = 05) também apresentam 100% de forma regular a vacinação para aquelas UBS que apresentaram, durante a avaliação do PMAQ, a oferta de vacinação.

Apesar da oferta de cerca de 62,5% das UBS em Rolim de Moura, todas que ofertam a vacinação ofertam conforme o calendário vacinal, de forma regular. Porto Velho, município sede da regional Madeira-Mamoré, teve menor proporção de regularidade de oferta de vacinas, com um total de 77,2% (n = 17) das 22 UBS inclusas no PMAQ, que vai de encontro com o que foi evidenciado entre as regionais de saúde no estado.

Nas tabelas 2 e 3, tem-se discriminadas as distribuições dos materiais segundo as regiões de saúde no estado de Rondônia e os principais municípios no estado de Rondônia.

Tabela 2 - Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, por região de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Equipamentos e Materiais	Madeira-Mamoré (n 35)		Vale do Jamari (n 37)		Central (n 46)		Zona da Mata (n 27)		Café (n 18)		Cone Sul (n 24)		Vale do Guaporé (n 07)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Balança antropométrica infantil	28	80,0	31	83,7	41	89,1	17	62,9	17	94,4	21	87,5	6	85,7	0,018
Régua antropométrica infantil	22	62,8	30	81,0	32	69,5	11	40,7	15	83,3	17	70,8	7	100,0	0,000
Disponibilidade de fita métrica	29	82,8	37	100,0	45	97,8	25	92,5	18	100,0	24	100,0	7	100,0	0,007
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	27	77,1	26	70,2	33	71,7	15	55,5	14	77,7	14	58,3	5	71,4	0,327
Disponibilidade de geladeira exclusiva para armazenamento de imunobiológicos (vacinas)	28	80	21	56,7	31	67,3	10	37,0	14	77,7	15	62,5	4	57,1	0,169

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 3 – Frequência das unidades básicas de saúde com equipamentos e materiais para o atendimento em puericultura, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Equipamentos e Materiais	Porto Velho (n 23)		Ariquemes (n 10)		Ji-Paraná (n 12)		Rolim de Moura (n 08)		Cacoal (n 08)		Vilhena (n 07)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Balança antropométrica infantil	18	78,2	10	100,0	12	100,0	05	62,5	08	100,0	06	85,7
Régua antropométrica infantil	18	78,2	09	90,0	11	91,6	01	12,5	08	100,0	06	85,7
Disponibilidade de fita métrica	20	86,9	10	100,0	12	100,0	06	75,0	08	100,0	07	100,0
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança	19	82,6	10	100,0	10	83,3	02	25,0	07	87,5	05	71,4
Disponibilidade de geladeira exclusiva para armazenamento de imunobiológicos (vacinas)	20	86,9	10	100,0	11	91,6	05	62,5	06	75,0	05	71,4

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Entre as regionais de saúde, obteve-se diferença estatisticamente significativa ao se avaliar a proporção de balanças infantis, réguas infantis e fitas métricas – o que impacta na avaliação do crescimento e estado nutricional de crianças. A regional da Zona da Mata foi estatisticamente com a proporção mais baixa de balanças e réguas infantis, enquanto a regional do Vale do Guaporé foi a que teve maior proporção de réguas infantis por unidade básica de saúde, estatisticamente significativa, quando comparada às demais regionais. A regional Madeira-Mamoré apresentou a menor quantidade de fitas métricas, quando comparada com as regionais Vale do Jamari, Café, Cone Sul e Central.

A baixa oferta de cadernetas de saúde da criança entre todas as regionais de saúde não apresentou diferença significativa entre as regionais de saúde, em menos de 80% das UBS se encontrava disponível este instrumento para dispensação aos usuários. Essa realidade aparentemente não se reflete quando avaliada pelos municípios sede das regionais, como Ariquemes, onde todas as UBS tinham disponíveis exemplares da caderneta de saúde da criança, e municípios como Porto Velho, Ji-Paraná e Cacoal em mais de 80% das UBS apresentando a caderneta.

Apesar do problema da distribuição e disponibilidade de vacinas e imunobiológicos envolver questões multifatoriais, observa-se que as UBS do estado de Rondônia apresentam pouca disponibilidade de geladeiras de uso exclusivo para armazenamento de imunobiológicos, sem diferenças entre sua distribuição.

Da entrevista com os profissionais das equipes de saúde e verificação dos documentos, 289 profissionais referem que as equipes realizam puericultura para crianças até dois anos de vida, representando 78,3% das equipes participantes do PMAQ – Terceiro ciclo. A tabela 4 apresenta a distribuição dos resultados destas equipes.

Tabela 4 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	n	%
Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	239	82,6
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	252	87,1
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	267	92,3
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	183	63,3
Registro de:	284	98,3
Vacinação em dia	282	97,5
Crescimento e Desenvolvimento	276	95,5
Estado nutricional	279	96,5
Teste do pezinho	280	96,8
Violência familiar	211	73,0
Acidentes	210	72,6
Nenhum dos anteriores	05	01,7
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	217	75,0
Busca ativa de:	275	95,1
Crianças prematuras	240	83,0
Crianças com Baixo peso	258	89,2
Crianças com puericultura atrasada	238	82,3
Crianças com calendário vacinal atrasado	266	92,0
Não realiza busca ativa	14	04,9
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	279	96,5
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	281	97,2
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	243	84,0

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Da tabela 4, evidencia-se que as equipes utilizam da caderneta de saúde da criança para realizar o acompanhamento de puericultura das crianças de seu território. Em contrapartida, há

adesão de ferramentas como espelho da caderneta de saúde da criança para registro na unidade básica de saúde foi observado em um pouco mais de 60% das equipes de saúde participantes do PMAQ.

O uso de protocolos voltados para crianças menores que dois anos, já previstos para a APS, são em 82,6% das equipes de saúde, não por todas avaliadas no PMAQ. O cadastramento atualizado de crianças no território também não foi de 100% das equipes.

Das informações registradas pelas equipes, foram levantados de forma satisfatória a avaliação da vacinação, crescimento, desenvolvimento e alimentação da criança até os dois anos de vida, apesar de não ter sido 100% das equipes, visto que são ações preconizadas para a puericultura. Nem todas as equipes apontam registros voltados para casos de violência familiar ou para acidentes.

Dentre a busca ativa de situações específicas de crianças no território das equipes, destaca-se a busca de crianças com calendário vacinal atrasado. Mesmo com dificuldades no armazenamento e oferta de vacinas, as crianças adscritas no território, que se encontravam em situação vacinal atrasada, são procuradas pelas equipes.

As ações relacionadas à amamentação e alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida são apontadas pelas equipes do estado de Rondônia, em mais de 90% das equipes de saúde.

O Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras não é de conhecimento da totalidade das equipes de saúde.

Nas tabelas 5 e 6, encontram-se distribuídas as informações conforme as regionais de saúde e os principais municípios do estado de Rondônia.

Tabela 5 – Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança, por equipe de saúde, das regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Madeira-Mamoré (n 54)		Vale do Jamari (n 46)		Central (n 66)		Zona da Mata (n 35)		Café (n 33)		Cone Sul (n 41)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	42	77,7	42	91,3	54	81,8	25	71,4	30	90,9	32	78,0	14	100,0	0,073
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	43	79,6	40	86,9	58	87,8	30	85,7	32	96,9	35	85,3	14	100,0	0,248
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	50	92,5	40	86,9	62	93,9	33	94,2	31	93,9	37	90,2	14	100,0	0,479
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	40	74,0	31	67,3	51	77,2	21	60,0	16	48,4	10	24,3	14	100,0	0,000
Registro de Vacinação em dia	53	98,1	46	100,0	64	96,9	34	97,1	31	93,9	40	97,5	14	100,0	0,509
Registro do Crescimento e Desenvolvimento	51	94,4	45	97,8	64	96,9	33	94,2	29	87,8	40	97,5	14	100,0	0,471
Registro do Estado nutricional	52	96,2	46	100,0	63	95,4	34	97,1	30	90,9	40	97,5	14	100,0	0,726
Registro do Teste do pezinho	52	96,2	46	100,0	64	96,9	34	97,1	31	93,9	39	95,1	14	100,0	0,719
Registro de Violência familiar	39	72,2	36	78,2	45	68,1	20	57,1	26	78,7	32	78,0	13	92,8	0,179
Registro de Acidentes	41	75,9	34	73,9	47	71,2	20	57,1	25	75,7	31	75,6	12	85,7	0,474
Nenhum dos anteriores	01	01,8	00	00,0	00	00,0	01	02,8	02	06,0	01	02,4	00	00,0	0,260

Variável	Madeira-Mamoré (n 54)		Vale do Jamari (n 46)		Central (n 66)		Zona da Mata (n 35)		Café (n 33)		Cone Sul (n 41)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	37	68,5	33	71,7	57	86,3	25	71,4	28	84,8	31	75,6	06	42,8	0,017
Busca ativa de Crianças prematuras	45	83,3	37	80,4	54	81,8	26	74,2	30	90,9	34	82,9	14	100,0	0,222
Busca ativa de Crianças com baixo peso	48	88,8	42	91,3	58	87,8	28	80,0	32	96,9	36	87,8	14	100,0	0,160
Busca ativa de Puericultura atrasada	42	77,7	37	80,4	55	83,3	25	71,4	30	90,9	35	85,3	14	100,0	0,083
Busca ativa de Crianças com vacina atrasada	49	90,7	43	93,4	61	92,4	31	88,5	31	93,9	37	90,2	14	100,0	0,635
Não realiza busca ativa	03	05,5	03	06,5	02	03,0	03	08,5	01	03,0	02	04,8	00	00,0	0,510
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	49	90,7	43	93,4	66	100,0	35	100,0	32	96,9	40	97,5	14	100,0	0,044
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	54	100,0	41	89,1	65	98,4	35	100,0	32	96,9	40	97,5	14	100,0	0,016
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	47	87,0	38	82,6	58	87,8	27	77,1	28	84,8	31	75,6	14	100,0	0,300

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 6 - Frequência das variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Criança por equipe de saúde, dos municípios sede das Regionais de Saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Porto Velho (n 35)		Ariquemes (n 15)		Ji-Paraná (n 26)		Rolim de Moura (n 12)		Cacoal (n 17)		Vilhena (n 22)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Protocolos voltados para crianças menores que dois anos	34	97,1	15	100,0	26	100,0	8	66,6	16	94,1	20	90,9
Cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território	32	91,4	15	100,0	25	96,1	11	91,6	16	94,1	21	95,4
Utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento	32	91,4	14	93,3	26	100,0	12	100,0	16	94,1	21	95,4
Espelho da caderneta ou outra ficha de registro na unidade	27	77,1	12	80,0	25	96,1	05	41,6	10	58,8	03	13,6
Registro de Vacinação em dia	35	100,0	15	100,0	26	100,0	11	91,6	17	100,0	22	100,0
Registro do Crescimento e Desenvolvimento	33	94,2	14	93,3	25	96,1	11	91,6	16	94,1	22	100,0
Registro do Estado nutricional	34	97,1	15	100,0	24	92,3	11	91,6	17	100,0	22	100,0
Registro do Teste do pezinho	35	100,0	15	100,0	25	96,1	11	91,6	17	100,0	22	100,0
Registro de Violência familiar	29	82,8	14	93,3	19	73,0	09	75,0	14	82,3	17	77,2
Registro de Acidentes	30	85,7	14	93,3	20	76,9	09	75,0	16	94,1	17	77,2
Nenhum dos anteriores	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	08,3	00	00,0	00	00,0

Variável	Porto Velho (n 35)		Ariquemes (n 15)		Ji-Paraná (26)		Rolim de Moura (n 12)		Cacoal (n 17)		Vilhena (n 22)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Acompanhamento de casos de violência com outros serviços (CRAS, Conselhos Tutelares)	26	74,2	13	86,6	25	96,1	09	75,0	14	82,3	17	77,2
Busca ativa de Crianças prematuras	31	88,5	15	100,0	25	96,1	10	83,3	15	88,2	20	90,9
Busca ativa de Crianças com baixo peso	32	91,4	15	100,0	26	100,0	11	91,6	16	94,1	20	90,9
Busca ativa de Puericultura atrasada	31	88,5	15	100,0	22	84,6	10	83,3	16	94,1	20	90,9
Busca ativa de Crianças com vacina atrasada	34	97,1	15	100,0	24	92,3	11	91,6	16	94,1	20	90,9
Não realiza busca ativa	01	02,8	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	05,8	01	04,5
Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses	32	91,4	15	100,0	26	100,0	12	100,0	17	100,0	22	100,0
Ações de introdução à alimentação saudável e aleitamento materno a partir dos seis meses	35	100,0	15	100,0	25	96,1	12	100,0	16	94,1	22	100,0
Conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	34	97,1	15	100,0	25	96,1	11	91,6	15	88,2	19	86,3

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Ao analisar a avaliação externa das equipes de saúde, identifica-se a baixa utilização de espelhos da caderneta de saúde da criança ou outra ficha de registro na unidade, que pode estar associada ao excesso de demandas ou atividades a se desempenhar na rotina de atendimentos da UBS, e, em especial, durante a puericultura. Os profissionais das equipes de saúde apontam utilizarem-se das cadernetas de saúde da criança para apontamento dos registros. Ao comparar o registro em fichas de espelho do atendimento de puericultura, a regional do Cone Sul foi, estatisticamente, a que apresentou o menor número de registros (24,3%), não tendo diferença somente quando comparada à regional do Café (48,4%). As regionais do Vale do Guaporé, Madeira-Mamoré e Central foram as que as equipes mais referiram ter ficha espelho quando comparada às demais regionais.

As ações de promoção do aleitamento materno exclusivo e introdução alimentar e aleitamento materno a partir dos seis meses tiveram bom desempenho entre as equipes e respectivas regionais de saúde. Ao se comparar as ações para o aleitamento materno exclusivo, a regional Madeira-Mamoré apresentou menor proporção quando comparada com as regiões Central, Zona da Mata e Cone Sul, que apresentaram ações na totalidade de equipes. Nas ações com relação à alimentação saudável a partir dos seis meses, a regional do Vale do Jamari se apresenta deficitária, sendo estatisticamente inferior às regionais Madeira-Mamoré, Zona da Mata, Vale do Guaporé, que atingem 100% das suas equipes, assim como a Central, que atinge 98,4%.

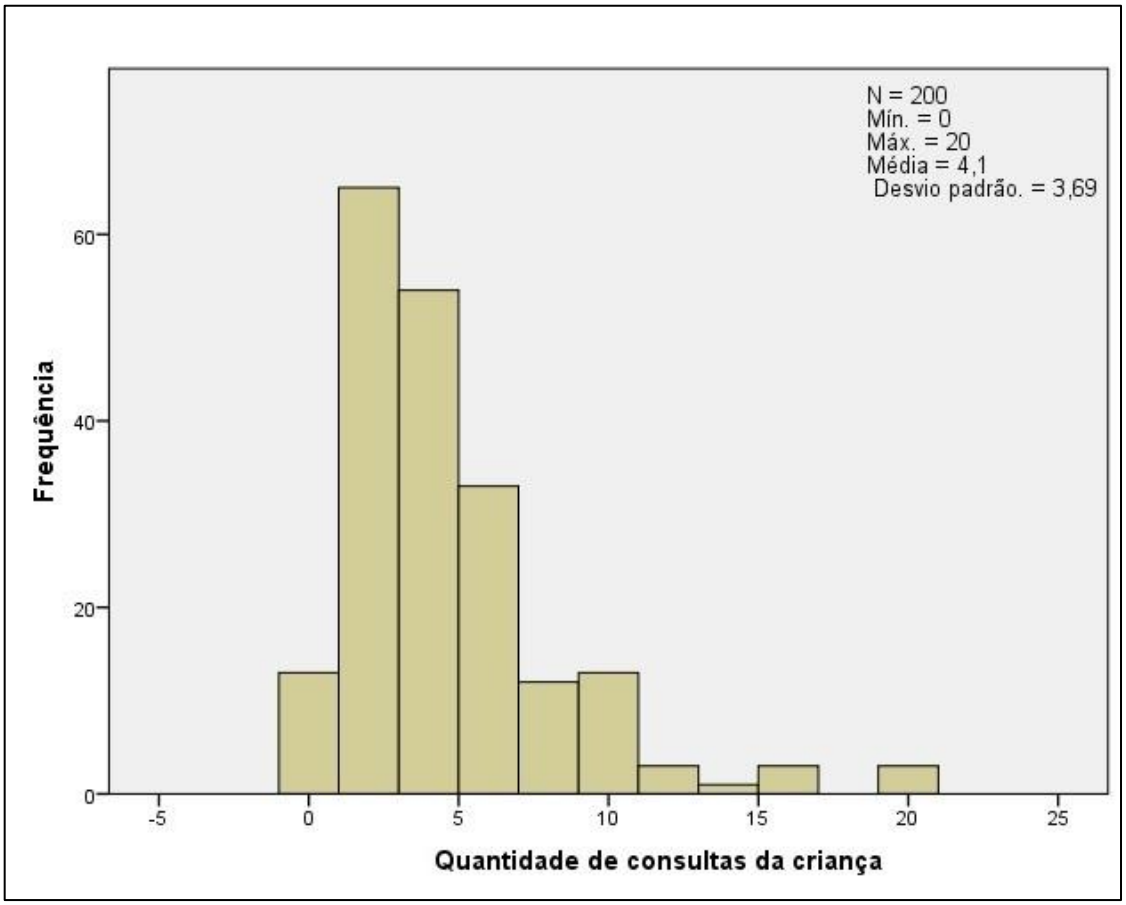
Sobre o acompanhamento dos casos de violência com os outros pontos de assistência na rede intra e intersetorial de enfrentamento à violência, quando comparada entre as regionais, a do Vale do Guaporé é inferior às demais, não havendo diferença estatística com a regional Madeira-Mamoré. A regional Central apresentou o maior índice de acompanhamento desses tipos de casos. Essa falha pode ser reflexo dos poucos registros de casos de violências e acidentes, pelas equipes de saúde, quando comparado aos demais pontos de avaliação na rotina da puericultura.

Dentre os municípios, destaca-se que as equipes de saúde de Rolim de Moura apresentam, em média, as proporções mais baixas quando analisados de uma forma global.

Dentre os usuários entrevistados para a avaliação externa do PMAQ – Terceiro ciclo, aqueles aptos para responder as perguntas relativas ao cuidado de condições em saúde da criança foram os que tinham crianças filho ou filha de até dois anos de idade (24 meses de vida). Dos 1105 usuários, a amostra final é de 20,1 %, representando um total de 223 usuários.

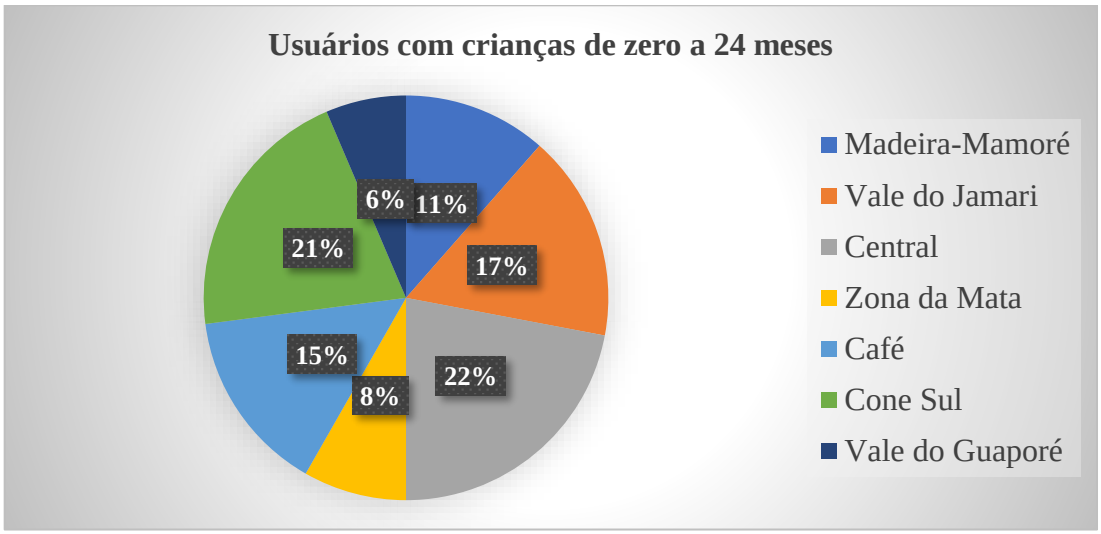
A média de idade, em meses, das crianças dos usuários entrevistados é de nove meses e vinte dias, variando entre zero a 24 meses de vida. A média de consultas realizadas pelas equipes de saúde para essas crianças foi de quatro consultas. A figura 1 distribui a quantidade de consultas no geral para crianças no estado de Rondônia. As figuras 2 e 3 apresentam a proporção dos usuários com crianças de zero a 24 meses por regional de saúde, e a distribuição das idades das crianças por regional. A tabela 7 apresenta a média de idade, em meses, e de consultas nos principais municípios do estado de Rondônia.

Figura 1 - Distribuição da quantidade de consultas das crianças de zero a 24 meses, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017



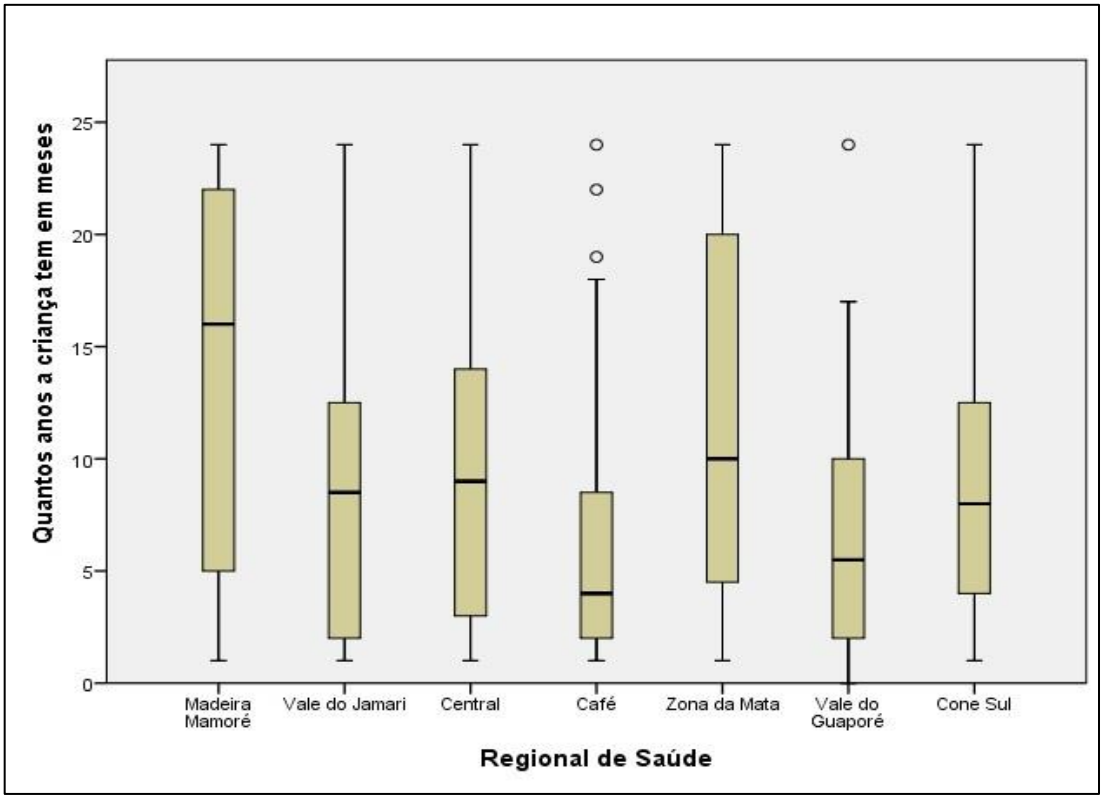
Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Figura 2 - Distribuição dos usuários com crianças acompanhadas pelas equipes de saúde, por regional de saúde, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017



Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Figura 3 - Distribuição das idades, em meses, das crianças acompanhadas pelas equipes de saúde, no estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017



Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 7 - Distribuição das médias de idade das crianças e de consultas dos usuários entrevistados com crianças de zero a 24 meses, por regional de saúde, dos municípios sede do estado de Rondônia, segundo o PMAQ – 3º ciclo, 2017

Localidade	Média da Idade (em meses)	Média de número de consultas
Porto Velho	14	6,2
Ariquemes	11	2,8
Ji-Paraná	12	3,6
Rolim de Moura	15	4,0
Cacoal	07	2,8
Vilhena	08	3,8

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Ao se comparar as regionais conforme a distribuição da proporção de usuários com crianças de zero a 24 meses, observa-se que as regionais do Café e do Cone Sul são, estatisticamente, as regionais com maiores proporções de usuários que tinham crianças elegíveis para responder as perguntas relativas aos cuidados de saúde da criança do PMAQ.

A média de idade das crianças da regional Madeira-Mamoré foi estatisticamente maior quando comparada com as demais regionais de saúde. A da regional do Café foi a que apresentou a menor média de idade, entre zero e 5 meses, tendo diferença estatística inclusive com a regional da Zona da Mata. Ao observar as médias de idade dos municípios sede das regionais de saúde do estado, são equivalentes às suas regionais de saúde.

A tabela 8 apresenta os resultados referentes à atenção à saúde da criança da entrevista com os usuários.

Tabela 8 - Frequência das variáveis relacionadas à atenção à Saúde da Criança por usuários entrevistados, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variáveis	n	%
Consulta na 1ª semana de vida	119	53,3
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	215	96,4
Vacinação atualizada	219	98,2
Motivos para a vacinação desatualizada	04	07,8
Na unidade não tem ou está em falta	03	75,0
A criança nunca recebeu	01	25,0
Busca ativa por crianças com vacinação desatualizada	00	00,0
Local para realização de vacinação na criança	220	98,6
Na unidade básica de saúde	135	60,5
Em outra unidade básica de saúde	60	26,9
Clínica particular	03	01,3
Outro lugar	22	09,8
Quantidade de consultas que a criança fez até o momento da avaliação	200	89,6
Nenhuma consulta	13	05,8
1 – 5 consultas	138	61,8
6 – 7 consultas	24	10,7
8 – 9 consultas	04	01,7
Mais que 9 consultas	21	09,4
Não sabe / não lembra	23	10,3
Consulta para criança na unidade	210	94,1
Atendimento pelo mesmo profissional	149	70,9
Agendamento de consulta	98	46,6
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	171	81,4
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	173	77,5

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

A partir da opinião dos usuários entrevistados, destaca-se positivamente a estratégia da vacinação, atualizada em 98,2% das crianças dos usuários entrevistados. Quando apontada

o local da realização, encontra-se que mais da metade dos usuários buscam a unidade de referência, enquanto os demais procuram em outras localidades. Outra estratégia bem-sucedida é a realização do teste do pezinho até sétimo dia de vida.

Em relação às consultas realizadas pela equipe de saúde na visão dos usuários, pouco mais da metade dos usuários (53,3%) apontam ter sido realizada a consulta na primeira semana de vida. A maioria das crianças, de zero a dois anos de idade, realizaram de uma a cinco consultas com a equipe de saúde. Observa-se que 5,8% dos usuários apontam ter realizado nenhuma consulta. Vale ressaltar que, na amostra, estavam inclusos usuários cadastrados e cobertos pelas equipes de saúde.

Sobre a consulta na unidade, o atendimento pelo mesmo profissional da equipe foi apontado por aproximadamente 70% dos usuários, e que o agendamento para as consultas conseguintes, somente 46% dos usuários referiram ter sido apontado ou orientado.

Chama a atenção que a orientação para aleitamento materno e alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida, medida que exige tecnologias leves e de baixa complexidade, foi referida por 77,5% dos usuários.

As tabelas 9 e 10 discriminam as informações dos usuários sobre a atenção à saúde da criança conforme as regionais de saúde e os principais municípios do estado de Rondônia.

Tabela 9 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, por Regional de Saúde no estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variáveis	Madeira-Mamoré (n 25)		Vale do Jamari (n 36)		Central (n 48)		Zona da Mata (n 18)		Café (n 32)		Cone Sul (n 45)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consulta na 1ª semana de vida	09	36,0	14	38,8	24	50,0	09	50,0	19	59,3	32	71,1	08	57,1	0,029
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	23	92,0	35	97,2	47	97,9	18	100,0	31	96,8	43	95,5	13	92,8	0,707
Vacinação atualizada	25	100,0	36	100,0	44	91,6	18	100,0	32	100,0	45	100,0	14	100,0	0,038
Vacinação desatualizada	00	00,0	00	00,0	04	08,3	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	-
Na UBS não tem/está em falta	-	-	-	-	03	06,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A criança nunca recebeu	-	-	-	-	01	02,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Local de vacinação	25	100,0	36	100,0	47	97,9	18	100,0	32	100,0	45	100,0	14	100,0	0,038
Na UBS do território	20	80,0	19	52,7	28	58,3	09	50,0	20	62,5	29	64,4	09	64,2	-
Em outra UBS	03	12,0	14	38,8	10	20,8	04	22,2	10	31,2	12	26,6	03	21,4	-
Clínica particular	02	08,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	03,1	00	00,0	00	00,0	-
Outro lugar	00	00,0	03	08,3	08	16,6	05	27,7	00	00,0	04	08,8	01	07,1	-
Não lembra/não sabe	00	00,0	00	00,0	01	02,0	00	00,0	01	03,1	00	00,0	00	00,0	-

Variáveis	Madeira-Mamoré (n 25)		Vale do Jamari (n 36)		Central (n 48)		Zona da Mata (n 18)		Café (n 32)		Cone Sul (n 45)		Vale do Guaporé (n 14)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Quantidade de consultas	18	72,0	32	88,8	37	77,0	18	100	26	81,2	41	91,1	11	78,5	0,585
Nenhuma consulta	01	04,0	01	02,7	04	08,3	00	00,0	04	12,5	01	02,2	02	14,2	-
1 – 5 consultas	13	52,0	22	61,1	26	54,1	14	77,7	19	59,3	31	68,8	09	64,2	-
6 – 7 consultas	02	08,0	06	16,6	03	06,2	02	11,1	03	09,3	07	15,5	01	07,1	-
8 – 9 consultas	00	00,0	01	02,7	01	02,0	00	00,0	01	03,1	01	02,2	00	00,0	-
Mais que 9 consultas	03	12,0	03	08,3	07	14,5	02	11,1	03	09,3	02	04,4	01	07,1	-
Não sabe / não lembra	06	24,0	03	08,3	07	14,5	00	00,0	02	06,2	03	06,6	01	07,1	-
Atendimento pelo mesmo profissional	13	52,0	21	58,3	28	58,3	12	66,6	21	65,6	37	82,2	11	78,5	0,100
Agendamento de consulta	11	44,0	13	36,1	18	37,5	06	33,3	16	50,0	21	46,6	09	64,2	0,107
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	16	64,0	26	72,2	37	77,0	15	83,3	24	75,0	37	82,2	12	85,7	0,354
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	19	76,0	21	58,3	35	72,9	15	83,3	26	81,2	39	86,6	14	100	0,022

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 10 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança dos usuários entrevistados, dos municípios sede das regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variáveis	Porto Velho (n 19)		Ariquemes (n 10)		Ji-Paraná (n 09)		Rolim de Moura (n 08)		Cacoal (n 18)		Vilhena (n 24)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consulta na 1ª semana de vida	07	36,8	03	30,0	05	55,5	05	62,5	12	66,6	18	75,0
Teste do pezinho na 1ª semana de vida	17	89,4	10	100,0	09	100,0	08	100,0	17	94,4	23	95,8
Vacinação atualizada	19	100,0	10	100,0	09	100,0	08	100,0	18	100,0	24	100,0
Local para realização de vacinação	19	100,0	10	100,0	09	100,0	08	100,0	18	100,0	24	100,0
Na unidade básica de saúde	15	78,9	07	70,0	05	55,5	07	87,5	12	66,6	15	62,5
Em outra unidade básica de saúde	02	10,5	03	30,0	03	33,3	01	12,5	04	22,2	07	29,1
Clínica particular	02	10,5	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	5,55	00	00,0
Outro lugar	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	02	08,3
Não lembra/não sabe	00	00,0	00	00,0	01	11,1	00	00,0	01	5,55	00	00,0
Quantidade de consultas por criança	14	73,6	08	80,0	06	66,6	08	100,0	14	77,7	22	91,6
Nenhuma consulta	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	03	16,6	01	04,1
1 – 5 consultas	09	47,3	07	70,0	06	66,6	06	75,0	10	55,5	17	70,8
6 – 7 consultas	02	10,5	01	10,0	00	00,0	01	12,5	02	11,1	03	12,5
8 – 9 consultas	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	5,55	01	04,1
Mais que 9 consultas	03	15,7	00	00,0	00	00,0	01	12,5	01	5,55	01	04,1
Não sabe / não lembra	05	26,3	02	20,0	03	33,3	00	00,0	01	5,55	01	04,1

Variáveis	Porto Velho (n 19)		Ariquemes (n 10)		Ji-Paraná (n 09)		Rolim de Moura (n 08)		Cacoal (n 18)		Vilhena (n 24)	
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
Atendimento pelo mesmo profissional	11	57,8	03	30,0	06	66,6	07	87,5	11	61,1	19	79,1
Agendamento de consulta	10	52,6	02	20,0	04	44,4	03	37,5	09	50,0	14	58,3
Perguntas ou observações sobre o desenvolvimento	14	73,6	06	60,0	08	88,8	07	87,5	12	66,6	20	83,3
Orientações sobre alimentação até os dois anos de vida	16	84,2	08	80,0	06	66,6	06	75,0	15	83,3	22	91,6

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Uma avaliação positiva apresentada nos dados coletados pela avaliação externa do PMAQ é que as estratégias como a vacinação e o teste do pezinho, tem cobertura satisfatória sob a ótica dos usuários, sendo apontada a realização adequada por mais de 90% dos usuários entrevistados. A vacinação atualizada foi estatisticamente significativa quando comparada a regional Central com as demais regionais, visto que essa foi a única regional que os usuários não referem 100% das crianças com vacinação atualizada.

Em contrapartida, em relação às orientações sobre alimentação até os dois anos de idade, fica evidenciado que a regional Vale do Jamari é a que apresenta o pior desempenho, sendo significativo quando comparada às regionais do Vale do Guaporé, Cone Sul e Zona da Mata.

A tabela 11 apresenta informações sobre as ações que a equipe de saúde desenvolve, assim como o local de realização, conforme apontaram os 119 usuários que receberam essa orientação na consulta da primeira semana de vida. As tabelas 12 e 13 estão com as distribuições conforme as regionais de saúde e os principais municípios do estado de Rondônia.

Tabela 11 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, em Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	N	%
Local da consulta de 1ª semana de vida	119	100%
No domicílio	14	11,7
Na unidade básica de saúde	78	65,5
Em outra unidade básica de saúde	13	10,9
Em clínica particular	2	1,6
Em hospital particular	5	4,2
Outro serviço	7	5,8
Realização da pesagem da criança	97	81,5
Realização da medição da criança	96	80,6
Avaliação da amamentação da criança	78	65,6
Avaliação do umbigo da criança	89	74,7
Avaliação do registro de nascimento	95	79,8
Orientação sobre a posição adequada para a criança dormir	74	62,1
Entrega da caderneta de saúde da criança	82	68,9

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 12 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, conforme as regionais de saúde do estado de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Madeira-Mamoré (n 09)		Vale do Jamari (n 14)		Central (n 24)		Zona da Mata (n 09)		Café (n 19)		Cone Sul (n 32)		Vale do Guaporé (n 08)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consulta da 1ª semana de vida	09	100,0	14	100,0	24	100,0	09	100,0	19	100,0	32	100,0	08	100,0	0,029
No domicílio	01	11,1	00	00,0	03	12,5	00	00,0	04	21,0	04	12,5	02	25,0	-
Na UBS	06	66,6	08	57,1	18	75,0	09	100	10	52,6	21	65,6	03	37,5	-
Em outra UBS	02	22,2	01	07,1	01	04,1	00	00,0	02	10,5	05	15,6	01	12,5	-
Em clínica particular	00	00,0	01	07,1	00	00,0	00	00,0	01	05,2	00	00,0	00	00,0	-
Em hospital particular	00	00,0	03	21,4	01	04,1	00	00,0	00	00,0	01	03,1	00	00,0	-
Outro serviço	00	00,0	01	07,1	01	04,1	00	00,0	02	10,5	01	03,1	02	25,0	-
Realização da pesagem da criança	08	88,8	08	57,1	21	87,5	08	88,8	14	73,6	29	90,6	05	62,5	0,854
Realização da medição da criança	08	88,8	07	50,0	20	83,3	09	100	14	73,6	29	90,6	05	62,5	0,580
Avaliação da amamentação da criança	07	77,7	04	28,5	18	75,0	07	77,7	12	63,1	24	75,0	04	50,0	0,632

Variável	Madeira-Mamoré (n 09)		Vale do Jamari (n 14)		Central (n 24)		Zona da Mata (n 09)		Café (n 19)		Cone Sul (n 32)		Vale do Guaporé (n 08)		Valor-p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Avaliação do registro de nascimento	07	77,7	08	57,1	20	83,3	09	100,0	14	73,6	29	90,6	05	62,5	0,500
Orientação sobre a posição adequada para a criança dormir	06	66,6	07	50,0	16	66,6	05	55,5	12	63,1	22	68,7	04	50,0	0,729
Entrega da caderneta de saúde da criança	08	88,8	05	35,7	22	91,6	08	88,8	12	63,1	23	71,8	02	25,0	0,023

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

Tabela 13 - Frequência das variáveis em relação à atenção à Saúde da Criança, por usuários entrevistados, das ações desenvolvidas na consulta de primeira semana de vida, nos principais municípios de Rondônia, segundo PMAQ – 3º ciclo, 2017

Variável	Porto Velho (n 07)		Ariquemes (n 03)		Ji-Paraná (n 05)		Rolim de Moura (n 05)		Cacoal (n 12)		Vilhena (n 18)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Local da consulta da 1ª semana de vida	07	100,0	03	100,0	05	100,0	05	100,0	12	100,0	18	100,0
No domicílio	01	14,2	00	00,0	01	20,0	00	00,0	01	08,3	02	11,1
Na unidade básica de saúde	04	57,1	03	100,0	03	60,0	05	100,0	07	58,3	13	72,2
Em outra unidade básica de saúde	02	28,5	00	00,0	01	20,0	00	00,0	01	08,3	02	11,1
Em clínica particular	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	08,3	00	00,0
Em hospital particular	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	01	05,5
Outro serviço	00	00,0	00	00,0	00	00,0	00	00,0	02	16,6	00	00,0
Realização da pesagem da criança	07	100,0	03	100,0	04	80,0	04	80,0	09	75,0	16	88,8
Realização da medição da criança	07	100,0	03	100,0	04	80,0	05	100,0	09	75,0	16	88,8
Avaliação da amamentação da criança	07	100,0	02	66,6	03	60,0	05	100,0	07	58,3	14	77,7
Avaliação do umbigo da criança	06	85,7	03	100,0	04	80,0	05	100,0	08	66,6	15	83,3
Avaliação do registro de nascimento	06	85,7	03	100,0	04	80,0	05	100,0	08	66,6	16	88,8
Orientação sobre a posição para dormir	06	85,7	03	100,0	03	60,0	04	80,0	07	58,3	12	66,6
Entrega da caderneta de saúde da criança	06	85,7	03	100,0	05	100,0	04	80,0	06	50,0	13	72,2

Fonte: Banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 3º Ciclo, 2017.

A consulta da primeira semana de vida do recém-nascido é uma estratégia que atingiu aproximadamente 50% dos usuários entrevistados, tendo maior proporção para regional do Cone Sul. O principal local de realização dessa consulta é na própria UBS de referência dos usuários. Ao se comparar a realização de consulta na primeira semana de vida das crianças dos usuários entrevistados, encontra-se diferença estatisticamente significativa entre a regional do Cone Sul em relação às regionais Central, Vale do Jamari e Madeira-Mamoré.

Observa-se que as medidas de orientação de cuidados e educação em saúde, como a avaliação e orientação para a amamentação, condições do umbigo e posição para dormir, não atingem mais de 20% dos usuários. Sobre a entrega da caderneta de saúde, observa-se que 68,9% dos usuários referem ter recebido na primeira semana de vida. Ao comparar entre as regionais, a regional Central é a que apresenta a maior proporção de usuários que receberam a caderneta nesse primeiro encontro.

A macrorregião que engloba o norte do estado – Madeira-Mamoré, Vale do Jamari e Central, foram as que menos apresentaram a realização da estratégia de visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de vida – por vezes, sem a realização da visita domiciliar, como ocorre na regional do Vale do Jamari e Central. A regional do Vale do Jamari é a que apresentou menor proporção de realização das atividades inerentes à primeira semana de vida.

Ao avaliar os principais municípios do estado de Rondônia, Cacoal foi o município que apresentou as menores proporções da realização das atividades da consulta da criança na primeira semana de vida – pesagem, medição, avaliação da mamada, condições do umbigo, orientação sobre posição de dormir, resgate do registro de nascimento e entrega da caderneta de saúde da criança.

7. DISCUSSÃO

Os resultados apontam que as ações voltadas para a saúde da criança, como a orientação para amamentação e alimentação, se encontram fragilizadas, com uma baixa cobertura desses pelas equipes de saúde da família em concordância com o que os usuários apontam. Damasceno e colaboradores (2016) apontam que a ESF é a principal estratégia para vigilância de saúde infantil, devido à adoção de instrumentos como monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, e imunização, mas que ainda prevalece o atendimento individual, com visão biomédica e pautada na queixa-conduta, não atendendo integralmente às necessidades das crianças e suas famílias.

Damasceno e colaboradores (2016) também apontam que a maioria das unidades dispõe apenas de balança, fita métrica, régua e termômetro para desenvolver o atendimento voltado à criança, porém carecendo de ambiência para o atendimento. Pedraza (2016) aponta que a escassez de estrutura de saúde pode ter um efeito negativo no monitoramento de crianças e adolescentes. No estudo, apesar de apresentar falta de materiais como a régua antropométrica, ou oferta irregular de imunobiológicos, não está prejudicada a avaliação antropométrica das crianças, tanto na visão do profissional como dos usuários, nem a cobertura e acompanhamento da vacinação na visão dos atores.

A puericultura é pautada na educação em saúde, e observa-se que, domínios como a amamentação e alimentação, assim como a exploração do desenvolvimento na infância e cuidados com o recém-nascido, não estão sendo trabalhados adequadamente, tanto na visão das equipes de saúde como dos usuários.

Devido à predominância do modelo biomédico no atendimento à puericultura, observa-se que o crescimento se apresenta como uma das principais atividades desenvolvidas no âmbito das unidades de saúde por estar ligado aos fatores biológicos, comumente priorizados, enquanto o desenvolvimento pode estar sendo mascarado pela abordagem simultânea com o crescimento, e por vezes não apresentando registros nas cadernetas de saúde da criança (SAMELLI et al, 2019).

Em relação à nutrição, Pedraza (2016) em sua revisão apontam que a deficiência no treinamento de profissionais de saúde da ESF são um dos maiores fatores limitantes na vigilância nutricional em municípios brasileiros. Palombo e colaboradores (2018), no seu

estudo em uma cidade no interior de São Paulo, aponta déficit do conhecimento na interpretação dos índices antropométricos e manejo clínico nutricional entre 83 profissionais de saúde da família, e Samelli e colaboradores (2019), ao analisar a rede de cuidado para bebês de risco na região oeste do município de São Paulo, reforçam baixa oferta de programas de suplementação nutricional para a estratégia, dentre os 81 profissionais, afetando assim em seu julgamento clínico.

Santos e colaboradores (2018) e Palombo e colaboradores (2018) apontam que, para amamentação, apesar das capacitações e educação permanente voltadas aos profissionais de saúde, ainda apresenta lacuna e profissionais de saúde ainda não se sentem preparados para orientação e avaliação da amamentação exclusiva e total na infância.

Enloft e colaboradores (2018) completam que a educação materna e seu empoderamento, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde, apresentam-se como fatores para projeção de intervenções mais eficazes na saúde infantil, particularmente na questão da amamentação e da alimentação complementar.

Ao olhar para o trabalho de educação em saúde e orientação da puericultura, exemplificados no PMAQ através das orientações para a amamentação e alimentação saudável, assim como, na consulta da primeira semana de vida, orientações para condições do umbigo e posição para dormir, percebe-se a pouca recordação dos usuários para essas ações. No modelo biomédico, observa-se o profissional de saúde como detentor do conhecimento, e a família como receptor de informações, reforçando assim relações assimétricas de subordinação. Essas ações de âmbito educativo e preventivo periféricas, com foco na assistência médica individual interferindo no processo de empoderamento e cuidado da família para a criança e fragilidade na construção de vínculos e o desenvolvimento do cuidado compartilhado (DAMASCENO et al, 2016; ENLOFT et al, 2018).

Por outro lado, a vacinação é um dos domínios com melhor cobertura, tanto pelo monitoramento das equipes de saúde da família e pelo olhar dos usuários de saúde, inclusive com a manutenção conforme o calendário vacinal, apesar da oferta de imunobiológicos estar aquém do desejado pelo Ministério da Saúde. Outra estratégia efetiva está na realização da triagem neonatal – teste do pezinho, com cobertura em mais de 90% das equipes e usuários, mas com necessidade de reforçar a importância da realização na primeira semana de vida.

Santos e colaboradores (2018), em seu estudo em 115 unidades de APS, em três municípios do Brasil, sendo dois na Região Sul (Cascavel e Londrina, Paraná), e um na Região

Nordeste (João Pessoa, capital do Estado da Paraíba), envolvendo 1484 usuários, apresentam sucessos para ações de vacinação e triagem neonatal, justificadas pela melhoria na oferta das atividades como a imunização na atenção primária a saúde, seja por unidades em ESF como nas tradicionais.

Para a as ações em Saúde da Criança, observa-se programas que fortaleceram suas estratégias devidos aos investimentos na área ao longo dos anos, no Brasil, como a própria Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, Programa Nacional de Triagem Biológica, ampliando o acesso aos serviços e incrementando ações de prevenção e promoção, impactaram diretamente na redução da mortalidade infantil (CRUZ et al, 2019).

Em relação às situações de violências e acidentes, observa-se poucos registros por parte das equipes de saúde, sendo questionado se há subdiagnóstico ou subnotificação dos casos, ou ausência da ocorrência destes problemas. Egry e colaboradores (2016) apontam que há dificuldades para o reconhecimento de que existe a violência, e que, em estudos na região metropolitana de São Paulo, com 22 profissionais de saúde da APS, apresentam que o não enfrentamento dessas situações se dá por medo do contexto de narcotráfico no território, gerando medo e insegurança; sentem-se ameaçados e não reportam os casos de violência; consideram o âmbito familiar como privado e portanto não passível de intervenção – o que pode interferir no acompanhamento desses casos na rede intrassetorial da saúde assim como nos demais setores de assistência aos casos de violência.

Carlos e colaboradores (2016), em um estudo qualitativo com profissionais da APS e famílias envolvidas com violência contra crianças e adolescentes, no interior do estado de São Paulo, apontam que as redes de apoio são fragilizadas e apontam lacunas, tanto para os profissionais, no que tange ao preparo para o seguimento e a organização dos serviços, como para os usuários, pela falta de acolhimento, não somente da criança ou adolescente vítima, mas como da família. As reflexões apresentadas podem ser as explicações para a dificuldade das equipes de saúde da APS realizarem o acompanhamento interdisciplinar.

Apesar do PMAQ não apresentar uma avaliação, do ponto de vista dos usuários, sobre a abordagem às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, pode-se levantar algumas barreiras que poderiam interferir nesses casos: rotatividade de profissionais e dificuldade para o acesso aos serviços de saúde e falta da integração da rede de serviços.

Como a puericultura é uma estratégia de cuidado contínuo e programado na atenção primária a saúde, precisa ser avaliado questões apontadas na avaliação externa, como a

rotatividade de médicos no atendimento às crianças, atendimento por um mesmo profissional, assim como a falta de agendamento ou planejamento para o cuidado contínuo do usuário, que acaba por romper com a integralidade do cuidado e na construção de vínculo com a criança e sua família. Ao recordar os atributos da atenção primária, observa-se fragilidade do atributo de longitudinalidade do cuidado.

A longitudinalidade e integralidade do cuidado são atributos da atenção primária à saúde. Coutinho e colaboradores (2020), em seu estudo, apresentam 344 usuários na Paraíba e 531 usuários no Paraná apontando uma boa experiência de cuidados com ações derivadas daqueles atributos, principalmente pela relação dos profissionais e o conhecimento da situação de saúde da criança. A longitudinalidade permite diagnósticos e tratamentos mais precisos, maior resolutividade em nível da APS, e, em se tratando de criança, maior interação com a família (DAMASCENO et al, 2016).

Para esse acompanhamento a longo prazo, identifica-se dois problemas, tanto do ponto de vista dos profissionais, como dos usuários: a limitação para acesso às Cadernetas de Saúde da Criança e a falta de registro em espelho, prontuário ou fichas similares pelas equipes de saúde.

A caderneta de saúde da criança tem por objetivo promover maior envolvimento da família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mas hoje associada somente a melhores taxas de imunização. Possui informações destinadas tanto às famílias como aos profissionais de saúde, da gravidez, parto, nascimento e durante o acompanhamento da criança, e estudos como de Amorim e colaboradores (2018), realizado em Belo Horizonte – MG, assim como de Costa e colaboradores (2014), realizado no interior do estado do Piauí, apresentam deficiências no preenchimento desse instrumento.

O Ministério da Saúde aponta como fundamental o uso da caderneta de saúde da criança para registrar as principais informações sobre a saúde da criança, sendo elemento preconizado por políticas públicas voltadas à saúde integral das crianças, incluindo a APS (AMORIM et al, 2018). Há também a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para promover a valorização e o preenchimento de forma adequada do instrumento, para que assim cumpra com seus objetivos e garanta a integralidade do cuidado (COSTA et al, 2014; AMORIM et al, 2018).

Neste estudo, nota-se que, a baixa disponibilidade da caderneta de saúde da criança interfere diretamente nos resultados para distribuição e entrega de cadernetas para as famílias,

como apontado nos dados apresentados para a Zona da Mata do estado de Rondônia, por exemplo. Um momento oportuno para a entrega dessas cadernetas de saúde da criança é nas maternidades ou na visita domiciliar realizada pelas equipes de saúde na APS. O município de Cacoal, também, foi o que apresentou menor proporção de cadernetas, assim como, na fala dos usuários, o menor recebimento deste instrumento na consulta da primeira semana de vida.

Damasceno e colaboradores (2016) apontam que a visita domiciliar é um facilitador de acesso à ESF, porém não foi evidenciado entre as ações das equipes de saúde no estado de Rondônia, visto a ausência da estratégia da visita domiciliar na primeira semana de vida entre a maioria das equipes. Santos e colaboradores (2019) salientam a importância da visita domiciliar para o estímulo à participação ativa das famílias na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.

Frente à rotatividade dos profissionais no atendimento às crianças, há a fragilidade no estabelecimento de vínculo. A vinculação do usuário aos serviços depende diretamente do conhecimento do nome do médico, motivação da consulta e suas implicações (DAMASCENO et al, 2016; SANTOS et al, 2019).

Na ESF, há a regularidade de atendimento pelo mesmo profissional, com estabelecimento de vínculo dos usuários com a equipe a unidade, sendo referência em saúde, aumentando assim a resolutividade. (SAMELLI et al, 2019; COUTINHO et al, 2020). Outros estudos apontam barreiras, como agendamentos, falta de estrutura, filas para atendimento, entre outros, como possíveis causas para a quebra da longitudinalidade e integralidade do cuidado (DAMASCENO et al, 2016).

Santos e colaboradores (2018) apresentam em seu estudo que o modelo de saúde da família não apresenta resultados satisfatórios para o cuidado à saúde da criança, por limitações em reconhecer a criança como sujeito integral no processo saúde-doença, mas destaca-se em relação ao modelo tradicional, principalmente por priorizar o acompanhamento com a equipe de saúde e os profissionais de referência, o que vai de encontro aos resultados deste estudo, devido à falta de reconhecimento desses profissionais de referência e do acompanhamento adequado sob o olhar dos usuários.

Damasceno e colaboradores (2016), em sua revisão, apresentam que a ESF, em comparação às UBS tradicionais, tem maior integração entre os profissionais, o acompanhamento sistemático da criança e continuidade do cuidado, favorecendo a integralidade.

Nos Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, recomenda-se sete consultas no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano e uma consulta anual a partir dos 2 anos de idade. Ao avaliar a média de consultas e a faixa etária dos filhos dos usuários entrevistados pela Avaliação Externa do PMAQ, observa-se que a média de consultas está aquém do preconizado para a APS no estado de Rondônia, com média de quatro consultas por criança. Vale ressaltar que a variabilidade de idades foi grande para a amostra, o que prejudica para aproximação com a realidade. Porém, um agravante é que os usuários entrevistados são de áreas cobertas pela ESF, e mesmo assim se apresenta uma baixa quantidade de consultas.

A puericultura é uma proposta de acompanhamento da criança e sua família a longo prazo, tendo a educação em saúde como método primordial para a promoção e cuidados em saúde, com a necessidade da construção de vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. Santos e colaboradores (2019) apontam, a partir do estudo qualitativo com famílias acompanhadas por meio de visitas domiciliares, que o vínculo é potencializador das relações da criança no ambiente familiar e nas ações em saúde, com vistas para o estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil, e reforça a necessidade de fortalecimento das redes na atenção à saúde para o atendimento integral a crianças.

É importante também o olhar do usuário no processo de melhoria das ações em saúde da criança. Araújo Filho e colaboradores (2019), em sua revisão, ainda apontam problemas relativos aos processos e estruturas, assim como má avaliação, por parte dos usuários, em relação às orientações prestadas pelos profissionais de saúde. No geral, em Rondônia, foi identificado que o acesso dos usuários e as orientações realizadas são fragilidades na perspectiva do usuário – a partir da observação da média e agendamento de consultas, e das perguntas sobre orientação na consulta na primeira semana de vida, sobre o desenvolvimento e alimentação.

Por outro lado, Araújo Filho e colaboradores (2019) reforçam o forte grau de afiliação dos usuários aos serviços da APS, como principal ponto de referência dos cuidados em saúde. Neste estudo, alguns achados podem reforçar essa afirmativa: vacinação atualizada, realização de teste do pezinho e a busca pela UBS do território (para consulta, realização de vacinação), foram as maiores proporções na amostra.

Outros estudos que avaliam ações programáticas a partir do PMAQ, como o Matta-Machado e colaboradores (2016) e Cruz e colaboradores (2019), trazem pontos positivos no desenvolvimento das ações em saúde da criança. O primeiro, aponta que para a APS que conta

com apoio institucional, apresenta melhores graus de certificação, principalmente com processos de autoavaliação e avaliação – trazendo um impacto positivo do PMAQ para o cuidado. O segundo aponta que um alto nível de coordenação do cuidado pela APS apresenta alto grau de certificação para ações em saúde da criança, e com isso resulta na queda da mortalidade infantil e garantia de crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Vale ressaltar, que, apesar da afiliação positiva com a APS e os serviços públicos, foi encontrado também que os usuários por vezes buscam atendimento em serviços fora da rede, como, por exemplo, clínicas e hospitais particulares. Quando perguntado sobre a consulta na primeira semana de vida, é apontado em mais de 10% dos casos a busca por esses serviços, com destaque para a regional de saúde do Vale do Jamari.

A qualidade dos serviços da APS tem relação direta com o acesso e coordenação do cuidado, e programas como o PMAQ auxiliam para a melhoria dos serviços das equipes da APS, por identificarem fragilidades e potencialidades na estrutura, nos processos de trabalho da equipe de saúde e a visão do usuário.

Mendes (2016) destaca a importância da organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, objetivando melhoria no acesso e coordenação da saúde, garantindo integralidade do cuidado, a partir da planificação da APS. Em Rondônia, o processo de planificação se deu no ano de 2017, iniciado no interior do estado, com cidades como Vilhena, Cacoal e Ji-Paraná. Destaca-se que, mesmo após o processo de planificação, com ênfase na linha de cuidado materno-infantil, é possível identificar, através deste estudo, que ainda há dificuldades para o desenvolvimento dos atributos da APS nesses municípios citados, não os diferenciando de outras cidades onde o processo está incipiente, como em Porto Velho.

A regional de saúde do Vale do Guaporé, por ser a menor em termos de população e de serviços da atenção primária, apresentou bom desempenho no olhar da equipe e dos usuários, quando comparadas às regionais e cidades mais desenvolvidas do estado de Rondônia. Necessita de mais estudos para poder avaliar se a APS para menores populações são mais resolutivas ou se comparadas entre de zona urbana e rural se há ou não diferença o acesso e qualidade da APS.

8. CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado, foi possível identificar as principais fragilidades e potencialidades que os serviços da APS apresentam para as ações em saúde da criança no estado de Rondônia, refletindo nos atributos da APS, a saber: a dificuldade do acesso, falta de resolução dos problemas do território e a quebra do vínculo com os profissionais de saúde, acarretam à falha da integralidade do cuidado para as crianças e suas famílias.

A indisponibilidade de materiais como régua infantil e fita métrica prejudicam para a avaliação do crescimento pelos profissionais de saúde, como visto na regional de saúde da Zona da Mata e no seu município sede, Rolim de Moura. Outro material de relevância no acompanhamento de crianças na puericultura é a caderneta de saúde da criança, que, no geral, foi um material que se mostrou indisponível em muitas UBS, e reflete na ausência da entrega deste instrumento para as famílias na consulta na primeira semana de vida.

Apesar da oferta de vacinação não ter atingido 70% das UBS, observou-se que não acarreta prejuízos para a vacinação, sob a ótica dos profissionais de saúde e dos usuários, que apresentam na maioria dos casos a vacinação atualizada. A falta de oferta adequada de vacinação tem causas multifatoriais, mas algo que chama a atenção é a falta de geladeiras exclusivas para o armazenamento dos imunobiológicos em mais de 30% das UBS.

Em relação aos profissionais das equipes de saúde da APS, na avaliação foi identificado no geral um bom desempenho das equipes. Chama a atenção que, apesar de apontarem a aplicação dos protocolos de atendimento para crianças até dois anos em suas rotinas, vale ressaltar que o Ministério da Saúde prevê a puericultura como função básica da equipe de Saúde da Família, inclusive com materiais como o Caderno de Atenção Básica de Crescimento e Desenvolvimento Infantil como referência para o desenvolvimento de ações de puericultura, devendo ser aplicada por todas as equipes de saúde da APS. Cabe também as secretarias municipais e estaduais fomentarem materiais conforme as peculiaridades das suas localidades para auxiliar e capacitar o profissional da ponta.

Sobre a caderneta de saúde da criança, além da disponibilidade limitada, observou-se que as equipes de saúde não apresentam espelho ou fichas similares nas UBS para registro das informações, o que pode refletir a falha da continuidade do cuidado, caso haja troca de profissionais na equipe, ou a família não apresente a caderneta para o seguimento das consultas.

A falta de medidas de orientação, em especial, para a alimentação, reflete em usuários que alegam não terem recebidos orientações sobre alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida. Chama a atenção essa relação na regional do Vale do Jamari, por exemplo. Além disso, a falta de conhecimento e cumprimento de normas de comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. É necessário fortalecer a formação do profissional de saúde para a educação e promoção em saúde, e, em especial, para a alimentação saudável, que reflete diretamente no cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*.

As causas externas, como violências e acidentes, que figuram como causas de morbimortalidade entre crianças e adolescentes, são observados com menos registros e acompanhamentos quando comparados a outros quesitos, como o crescimento e desenvolvimento. Além disso, foi identificado dificuldade para o seguimento dos casos de violência na rede intra e intersetorial. É necessário tanto a organização e comunicação na rede como o preparo dos profissionais de saúde para acolhimento e seguimento dos casos.

A puericultura é estratégia voltada para a educação e promoção da saúde, de suma importância o trabalho de orientações para o desenvolvimento e alimentação, que refletem para uma infância saudável. As principais fragilidades apresentadas pelas equipes se encontram justamente nesses processos de orientação às famílias.

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, a primeira consulta de uma criança deve ser realizada na sua primeira semana de vida, e que, inclusive, possa ser realizada por meio da visita domiciliar – aproximando a equipe de saúde da família ao binômio mãe e recém-nascido. Porém, menos de 60% dos usuários realizaram essa consulta, e, quando realizada, foi na UBS de referência. O município que se destacou na realização de atenção domiciliar materno-infantil foi Vilhena, município sede da regional do Cone Sul.

Para corroborar com essas fragilidades, foi possível identificar que o acesso às consultas na APS se encontra prejudicado, visto a baixa média de consultas distribuídas nas regionais. Essa avaliação pode ter sido prejudicada também pela grande variabilidade entre as idades das crianças consideradas para a avaliação externa. Na garantia da integralidade e da promoção à saúde, verifica-se também a rotatividade de profissionais, que prejudica na construção do vínculo e referência, assim como a falta de agendamentos para consultas futuras, com a quebra da longitudinalidade do cuidado.

Potencialidades identificadas neste estudo estão nos outros serviços disponíveis na APS – vacinação e realização do teste do pezinho, que atinge a maioria dos usuários, tanto sob a ótica das equipes de saúde como dos próprios usuários. Estratégias reconhecidas pelo Ministério da Saúde para a prevenção de doenças infectocontagiosas e identificação precoce de agravos crônicos. A vinculação da população à UBS aparenta ser para realização de exames e consultas de livre demanda, não para o acompanhamento regular da puericultura em atividades de rotina.

Os municípios que passaram pela planificação da APS, como Vilhena, Cacoal e Ji-Paraná, não aparentaram ter um desempenho superior aos outros municípios mais desenvolvidos do estado de Rondônia. Chama a atenção que, mesmo após a planificação, as regionais do Café e Cone Sul, com sedes em Cacoal e Vilhena respectivamente, apresentam fragilidades na disponibilidade de materiais e processos de trabalho, como espelho das cadernetas de saúde da criança, falha na continuidade do cuidado na puericultura e média de quantidade de consultas de puericultura.

As limitações que podem ser apontadas para esse estudo é por se tratar de um estudo com uso secundário de um banco de dados formado a partir de um programa de avaliação e monitoramento que não apresentava foco exclusivo para ações em saúde da criança; a falta da adesão de 100% das equipes de saúde do estado de Rondônia, principalmente no município de Porto Velho e a ausência de municípios que não aderiram ao PMAQ, como Ouro Preto d'Oeste e São Felipe do Guaporé.

Os vieses apresentados são de memória e seleção dos avaliados pelo PMAQ – os usuários e profissionais de saúde apontam aquilo que eles recordam das perguntas feitas pelos avaliadores externos – por vezes não apresentando documentos que possam comprovar tais questionamentos; foram selecionados usuários que são cobertos e acompanham com as equipes de saúde nas UBS, não há participação de usuários de áreas descobertas ou que se encontram ausentes ou com dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Este estudo possibilita refletir sobre as ações que a APS hoje desenvolve em prol à saúde da criança, com necessidade de formalização de protocolos para capacitar e auxiliar as equipes de saúde para o cuidado com a criança e sua família, estimular a realização da consulta na primeira semana de vida – idealmente com a visita domiciliar – assim como reforçar a formação dos profissionais para promoção da saúde e orientações para as famílias, principalmente em relação à alimentação, que tem impacto direto na morbidade entre adultos, com as doenças crônicas não transmissíveis.

A nível de gestão, possibilita apresentar as fragilidades para melhoria das condições de trabalho das equipes de saúde para o desenvolvimento das atividades inerentes à puericultura e a manutenção de um crescimento e desenvolvimento saudável. Essas condições também devem refletir na fixação de profissionais, diminuindo assim a rotatividade de profissionais que prejudica na construção e fortalecimento do vínculo das famílias com a equipe e com a UBS.

Com esse estudo, pode-se explorar a realização de mais estudos, comparando o desempenho dos diferentes tipos de equipes de saúde, de diferentes localidades (zona rural e zona urbana), e associação do desempenho dessas equipes com as taxas de mortalidade infantil e nas repercussões para a saúde da população adulta.

Destaca-se a inovação com este estudo ao avaliar os cuidados em saúde da criança através da perspectiva do PMAQ, com uma amostra definida, instrumento de avaliação externa validado e já aplicado e banco de dados pronto e disponível *online*, com dados referentes às unidades básicas de saúde, equipes de saúde e usuários, contemplando todo o estado de Rondônia, permitindo uma visão ampla das ações programáticas em saúde da criança. Os estudos realizados nessa temática são pautados nas experiências profissionais com o trabalho em puericultura e ações intersetoriais.

A avaliação da saúde da criança através do PMAQ amplia o olhar para a quebra de barreiras do acesso e qualidade dos serviços da atenção primária à saúde, tirando da subjetividade dos estudos relacionados à importância da puericultura, trazendo dados objetivos para a avaliação das ações no estado de Rondônia, e permite visualizar os domínios que necessitam de fortalecimento para as ações efetivas dessa área, a fim de se preservar a manutenção e a plena saúde da criança e de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, L. P. et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(2):585-597, 2018.

ARAUJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. De Enfermagem.** p. 1000-7, 2014.

ARAUJO, W. R. M. et. al. Estrutura e processo de trabalho na Atenção Primária e internações por condições sensíveis. **Rev. de Saúde Pública**. 51-75. 2017.

ARAUJO FILHO, A. C. A.; et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica de cuidadores de crianças: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm.** USP. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica.** Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf. Brasília – DF. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade.** Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ Terceiro Ciclo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coberturas vacinais no Brasil – Período: 2010-2014**. Disponível: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf . Brasília – DF, 2015.

BRIGIDO, A.; SANTO, E.; DO PRADO, E. Qualificação do cuidado a puericultura: uma intervenção em serviço na estratégia de saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** vol: 11 (2). P. 448, 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis [online]**, vol.17, n.1, pp.77-93. 2007.

CARLOS, D. M.; DE PADUA, E. M. M.; FERNANDES, M. I. D.; LEITÃO, M. N. C.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016.

CHRISTAKIS, D. A.; KAZAK, A. E.; WRIHGT, J. A.; et al. What Factors Are Associated with Achieving High Continuity of Care?. **Family Medicine**, vol. 36, n. 1, p. 55-60, 2004.

COSTA, J. S. D. et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., Recife, 14 (3): 219-227, 2014.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5):1101-1109, 2007.

COUTINHO, S. E. D. et al. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. **Rev. Saúde Debate**, v. 44, n. 124, p. 115-129, Rio de Janeiro, jan-mar 2020.

CRUZ, M. J. B. et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cad. Saúde Pública**; 35(11):e00004019, 2019.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2961-2973, 2016.

EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na atenção básica: como os profissionais percebem? **Rev. Bras. Enferm.**;70(1):119-25, jan-fev 2017.

EINLOFT, A. B. N. COTTA, R. M. M. ARAUJO, R. M. A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):61-72, 2018.

FIELD, A. Descobrindo a estatística usando o SPSS. 2ª edição. Tradução Lorí Viali. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica. Universidade Federal de São Paulo - **UNA-SUS/UNIFESP**. 2012.

FINKLER, A. L.; VIERA, C. S.; TACLA, M. T. G. M.; TOSO, B. R. G. O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm**., vol. 27, n. 6, p. 548-53, 2014.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. **Rev. Saúde Debate**. Vol. 42. p. 81-99. Rio de Janeiro: setembro, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou Atenção primária à saúde?. **Cad. de Saúde Pública**, 34(8). 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Editora Fiocruz**, 2012.

MATTA-MACHADO, A. T. G.; SATOS, A. F.; ABREU, D. M. X; et al. Assistencia contexto, certificación de calidad y apoyo institucional: La atención primaria ver Brasil. **Salud Publica del Mexico**, v. 58, n.3, p. 358-365, 2016.

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

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 2005.

MOREIRA, L. M. C. et al. Políticas públicas voltadas para redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev. Médica de Minas Gerais**, 2012; 22, S48-S55.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018.

OMS. **Declaracion de Alma-Ata.** Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata. URSS. 1978; 6-12. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

PALOMBO, C. N. T. et al. Capacitação em aconselhamento nutricional: avaliação de conhecimento e aplicabilidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, 18 (1): 75-82, Recife, jan-mar 2018.

PEDRAZA, D. F. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 16 (1): 7-19, Recife, jan-mar 2016.

PEDRAZA, D. F.; ARAUJO, I. S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(4):847-855, out-dez 2017.

RONDONIA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Rondônia 2020-2023.** Secretaria de Estado de Saúde. Rondônia. 2019.

SAMELLI, A. G. et al. Avaliação do cuidado ao bebê de risco: comparação de modelos de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**; 53:98, 2019.

SANTOS, G. S.; PIESZAK, G. M.; GOMES, G. C.; BIAZUS, C. B.; SILVA, S. O. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. **Rev Fun Care Online**. 2019.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**; 34(1):e00014216, 2018.

SANTOS, N.; VAZ, E.; NOGUEIRA, J.; et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, vol: 34 (1), 2018.

SANTOS, T. C.; OZORIO, J. C.; FERREIRA, A. V.; RIBEIRO, D. T.; NASCIMENTO, D. T.; CUNHA, F. M., et al. PMAQ-AB e os Pactos do SUS: função, dispositivo ou repetição? In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA (Org.). Atenção Básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: **Rede UNIDA**. 2016.

SILVA, R. M. M.; VIEIRA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Vol: 67 (5). P. 794-802. 2014.

SILVA, S.; FRACOLLI, L. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Vol: 69 (1). P. 54-61. 2016.

SOARES, D. G.; PINHEIRO, M. C. X.; QUEIROZ, D. M. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um município do estado do Ceará. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 29(1): 132-138, jan./mar., 2016.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Unesco/Ministério da Saúde**, 2002.

TESSER, C. D., NORMAN, A. H., VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 361-378, Rio de Janeiro, setembro de 2018.

ANEXOS

ANEXO A

Figura 4 - Regiões de Saúde e População Territorial do estado de Rondônia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Região de Saúde*	Município	População*	Densidade Demográfica (hab/km²)**	IDH**
Madeira-Mamoré População: 631.326	Porto Velho	519.531	12,57	0,736
	Guajará-Mirim	45.783	1,68	0,657
	Nova Mamoré	29.757	2,24	0,587
	Candeias do Jamari	25.983	2,89	0,649
	Itapuã do Oeste	10.272	2,10	0,614
Vale do Jamari População: 269.044	Ariquemes	106.168	20,41	0,702
	Buritis	38.937	9,92	0,616
	Machadinho do Oeste	39.097	3,66	0,596
	Cujubim	24.226	4,19	0,612
	Alto Paraíso	20.999	6,46	0,625
	Monte Negro	15.695	7,30	0,607
	Campo Novo de Rondônia	14.009	3,68	0,593
	Cacaulândia	6.190	2,92	0,646
	Rio Crespo	3.723	1,93	0,643
Central População: 344.033	Ji-Paraná	127.907	16,91	0,714
	Jaru	51.933	17,66	0,689
	Ouro Preto do Oeste	36.340	19,25	0,682
	São Miguel do Guaporé	22.931	2,93	0,646
	Presidente Médici	19.409	12,69	0,664
	Alvorada do Oeste	14.722	5,56	0,643
	Urupá	11.665	15,60	0,609
	Mirante da Serra	11.080	9,97	0,643
	Theobroma	10.494	4,85	0,589
	Vale do Anarí	11.028	2,99	0,584
	Governador Jorge Teixeira	8.095	2,07	0,596
	Vale do Paraíso	6.998	8,50	0,627
	Nova União	7.047	9,28	0,587
	Teixeirópolis	4.384	10,63	0,643
Zona da Mata População: 136.153	Rolim de Moura	54.702	34,74	0,700
	Alta Floresta do Oeste	23.167	3,45	0,641
	Nova Brasilândia do Oeste	20.459	11,67	0,643
	Alto Alegre dos Parecis	13.227	3,24	0,592
	Novo Horizonte do Oeste	8.751	12,14	0,634
	Santa Luzia do Oeste	6.781	7,42	0,670
	Parecis	5.947	1,89	0,617
	Castanheiras	3.119	4,00	0,658
Café População: 171.275	Cacoal	84.813	20,72	0,718
	Pimenta Bueno	36.434	5,42	0,710
	Espigão do Oeste	32.047	6,36	0,672
	Ministro Andreazza	9.762	12,97	0,638
	São Felipe do Oeste	5.280	11,11	0,649
	Primavera de Rondônia	2.939	5,82	0,641
Cone Sul População: 156.201	Vilhena	97.448	6,62	0,731
	Colorado do Oeste	16.227	12,81	0,685
	Cerejeiras	16.444	6,12	0,692
	Chupinguaia	10.886	1,62	0,652
	Corumbiara	7.567	2,87	0,613
	Cabixi	5.438	4,80	0,650
	Pimenteiras do Oeste	2.191	0,38	0,665
Vale do Guaporé População: 49.557	São Francisco do Guaporé	19.842	1,46	0,611
	Costa Marques	17.855	2,74	0,611
	Seringueiras	11.860	3,08	0,598
Total		**1.757.589**	**6,58**	**0,690**

***População estimada de 2016 a 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**
****Dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**

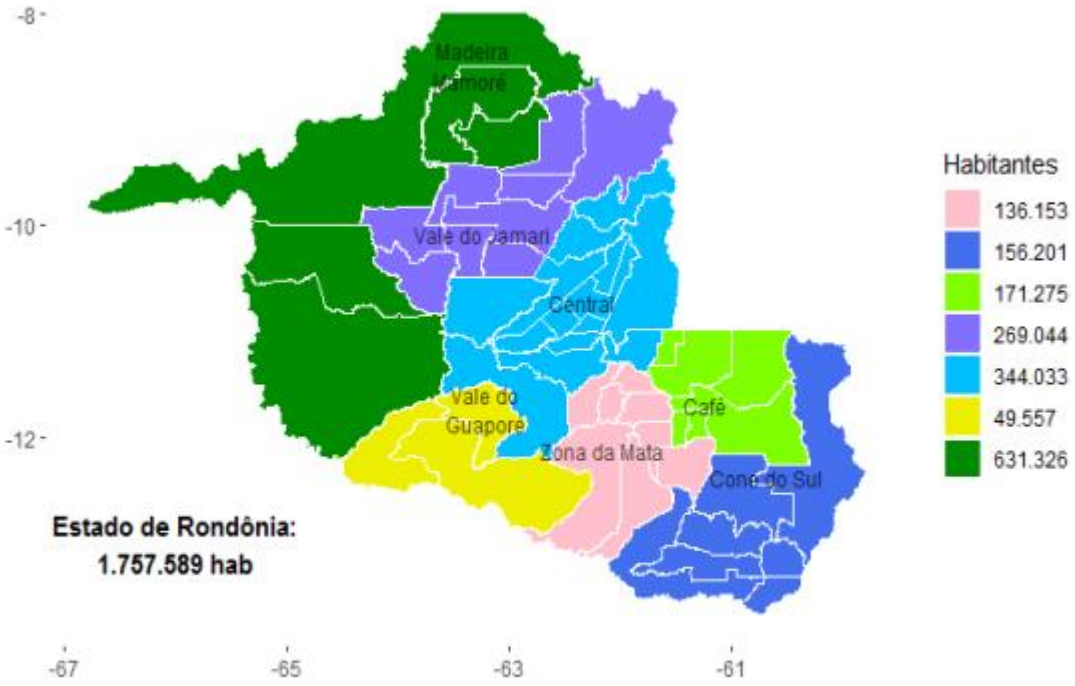
ANEXO B

Figura 5 - Mapa de Saúde do Estado de Rondônia

Fonte: Plano Estadual da Saúde de Rondônia 2020-2023 (2019).

ANEXO C

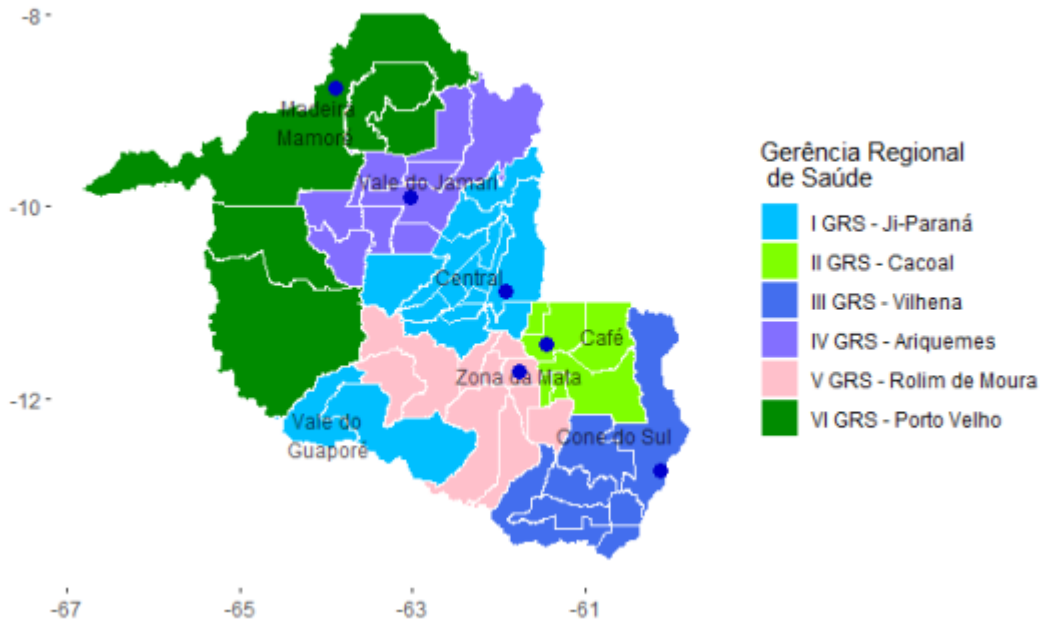
Figura 6 - População estimada segundo região de saúde em 2018, Rondônia



Fonte: Plano Estadual da Saúde de Rondônia 2020-2023 (2019).

ANEXO D

Figura 7 - Abrangência e localização das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e as cidades de maior porte no estado de Rondônia



Fonte: Plano Estadual da Saúde de Rondônia 2020-2023 (2019).

ANEXO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ/AB- 3º Ciclo

Pesquisador: Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02396512.8.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.441.293

Apresentação do Projeto:

No Brasil, frente à importância do tema qualidade em saúde, no ano de 2011, o Ministério da Saúde propõe mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde e por meio das equipes de Saúde da Família. Neste contexto, inscreve-seo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB-PMAQ-AB, cujo objetivo é apoiar tecnicamente e induzir economicamente a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade comparável e passível de acompanhamento público. Assim, essa pesquisa seinsere na terceira fase do PMAQ-AB, que consiste na avaliação externa das equipes de saúde e gestão da atenção básica, em que se realizará um conjunto de ações para averiguar o acesso da população aos serviços de saúde equalidade das equipes da Atenção Básica, que aderiram ao Programa. O Nescon também vai subsidiar as fases de desenvolvimento, recontratualização e certificação por meio da disponibilização de conteúdos,

elementos e instrumentos técnicos para aprimorar o PMAQ. Serão verificadas as condições de infraestrutura de todas as unidades básicas de saúde dos estados do Acre, Roraima e mesorregiões de Minas Gerais e São Paulo, assim distribuídas nas seguintes modalidades: Equipes de Atenção Básica - 2416; Equipes de Saúde Bucal – 3.282 e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - 745. O instrumento de avaliação externa será organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações:

- Módulo I – Observação direta: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe avaliada;
- Módulo II – Entrevista com profissionais das equipes de atenção básica: objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e sobre a organização do cuidado com o usuário;
- Módulo III – Entrevista com usuários: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização;
- Módulo IV – Entrevista com profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF): objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe NASF e sobre a organização do apoio matricial às equipes de atenção básica;
- Módulo V – Observação direta: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos do Consultório Odontológico. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de saúde bucal avaliada;
- Módulo VI – Entrevista com profissionais de saúde bucal: objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e sobre a organização do cuidado com o usuário.

Houve alteração da metodologia da avaliação da satisfação do usuário da Atenção Básica no Brasil no PMAQ 3º Ciclo, no que se refere ao acesso, utilização e participação da população geral. A população alvoé a população geral, a unidade amostral são os domicílios particulares permanentes e a unidade observacional são as pessoas acima de 18 anos moradoras de domicílios particulares permanentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Realizar a avaliação externa das equipes de atenção básica no âmbito do PMAQ-AB, de acordo com a Portaria 1.654/19/07/2011;
- Realizar um censo para avaliar as condições de infraestrutura de todas as UBS em funcionamento na totalidade dos municípios brasileiros.
- Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.
- Subsidiar as fases de desenvolvimento, recontratualização e certificação por meio da disponibilização de conteúdos, elementos e instrumentos técnicos para aprimorar o PMAQ.

Objetivo Secundário:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Na medida em que os sujeitos da pesquisa participam dando informações de natureza opinativa e não pessoal, sobre as condições de funcionamento da atenção básica, não existe risco previsível nem qualquer constrangimento de ordem pessoal para os participantes. Ainda assim, os participantes responderão às questões, apenas se o desejarem, podendo desistir de participar do estudo em qualquer momento. Ademais, no relatório técnico da pesquisa, os entrevistados não serão identificados nominalmente.

Benefícios: Esta pesquisa, ao propor avaliar o desempenho da ABS representa uma iniciativa relevante parao Sistema Único de Saúde-SUS e para a população brasileira. Construir um sistema de monitoramento que contemple mecanismo de premiação ao melhor desempenho e apoio técnicocientífico sistêmicos pode estimular a melhoria nas Unidades Básicas de Saúde-UBS/Saúde da Família-SF e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde nos territórios dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda: O Projeto de pesquisa PMAQ está entrando no terceiro ciclo, assim tem se tornado um estudo longitudinal, com um grande numero de informações que está possibilitando a gestão e a academia avaliar e indicar caminhos possíveis para a atenção primária no Brasil. Este projeto de pesquisa, desta forma passa por ajustes metodológicos e de pessoal para aprofundar e qualificar as informações. Encaminhamos este projeto referente ao 3º ciclo, solicitamos que seja analisado pelo COEP, uma vez que ocorreu alteração de pesquisadores, do cronograma e do orçamento. Para melhoria das informações sobreo funcionamento e satisfação dos usuários a metodologia foi modificada e está detalhada no projeto de pesquisa. Com a abertura pelo Ministério da Saúde para que equipes de atenção básica, de saúde bucal e dos Nasfs aderissem ao PMAQ, mais equipes estão participando da avaliação, resultando em acréscimo nos abordados diretamente por esse centro de pesquisa.

Previsão de término da pesquisa em 18/12/2017. Orçamento financeiro de R$ 8.033.856,22.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes:

Folha de Rosto TCLE usuario.docx

TCLE representante equipe.docx

Projeto de Pesquisa

Instrumento Usuários.

Instrumento avaliacao externa ABeSB.Instrumento avaliacao externa NASF. Parecer Câmara Departamental.

Currículo Alaneir de Fatima dos Santos.Currículo Ana Lucia Escobar.

Currículo Angela Maria de Lourdes Dayrell de Lima.Currículo Daisy Maria Xavier de Abreu.

Currículo Delcio da Fonseca Sobrinho.Currículo Janne Cavalcante Monteiro. Currículo Erica Araujo Silva Lopes.

Currículo Valeria Rodrigues.

Currículo Lucas Henrique Lobato de Araujo.

Currículo Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado.

Currículo Cristiano Lucas de Menezes Alves.

Recomendações:

Gentileza acrescentar nos TCLEs:

“Os únicos riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto e constrangimento em responder a entrevista como Profissional do NASF, emitindo opinião sobre as atividades profissionais e sobre a equipe PMAQ (no TCLE do representante da equipe) (ou seu atendimento na Unidade Básica de Saúde (no TCLE dos usuários)”. De acordo com a Res.466/12 toda pesquisa envolve riscos, mesmo que mínimos (estes riscos não devem ser negados no TCLE e no projeto).

“Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, assim também como não será remunerado por participar”.

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ/AB- 3º Ciclo" do Pesquisador Responsável Prof. Dr. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado, com ajustes metodológicos e de pessoal para aprofundar e qualificar as informações, alteração de pesquisadores, do cronograma e do orçamento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG/ COEP-UFMG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-sepela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda naPlataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_608853_E2.pdf	02/03/2016 09:32:43		Aceito
Outros	CurriculoCristianoLucasdeMenezesAlves.pdf	01/03/2016 12:09:58	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAntonioThomazGonzagadaMattaMachado.pdf	01/03/2016 12:08:34	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoLucasHenriqueLobatodeAraujo.pdf	01/03/2016 12:07:20	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoValeriaRodrigues.pdf	01/03/2016 12:06:52	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoEricaAraujoSilvaLopes.pdf	01/03/2016 12:01:17	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoJanneCavalcanteMonteiro.pdf	01/03/2016 11:59:44	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoDelciodaFonsecaSobrinho.pdf	01/03/2016 11:59:27	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoDaisyMariaXavierdeAbreu.pdf	01/03/2016 11:59:10	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAngelaMariadeLourdesDayrelldeLima.pdf	01/03/2016 11:58:29	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAnaLuciaEscobar.pdf	01/03/2016 11:58:12	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	CurriculoAlaneirdeFatimadosSantos.pdf	01/03/2016 11:57:27	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	ParecerCamaraDepartamental.pdf	01/03/2016 11:27:33	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	InstrumentoavaliacaoexternaNASF.doc	01/03/2016 11:25:31	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	InstrumentoavaliacaoexternaABeSB.doc	01/03/2016 11:21:25	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	InstrumentoUsuarios.doc	01/03/2016	Antonio Thomaz	Aceito

Outros	InstrumentoUsuarios.doc	11:16:58	Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaPlataformaBrasilfinal.docx	01/03/2016 11:10:04	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErepresentanteequipe.docx	01/03/2016 11:09:20	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/03/2016 11:07:15	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuario.docx	01/03/2016 11:06:39	Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado	Aceito
Outros	Termos_de_compromisso_pesquisadores.pdf	25/04/2012 11:40:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Março de 2016

Assinado por:

Telma Campos Medeiros Lorentz(Coordenador)

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU

MESTRADO PROFISSONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil

Mariana Marques Barison

PORTO VELHO
2021

MARIANA MARQUES BARISON

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil

Dissertação apresentada como requisito para defesa no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia.
Área de concentração: Saúde da Família.
Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Orientador: Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

PORTO VELHO
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

B253c Barison, Mariana Marques.

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis á gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil / Mariana Marques Barison. -- Porto Velho, RO, 2021.

46 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Gravidez na adolescência . 2.Atenção primária à saúde . 3.Saúde do adolescente . I. Pereira, Dhelio Batista. II. Título.

CDU 618.2-082-053.6

Bibliotecário(a) Luã Silva mendonça CRB 11/905

MARIANA MARQUES BARISON

Caracterização epidemiológica e análise de variáveis associáveis à gravidez entre adolescentes em um município da Região Norte do Brasil

Dissertação apresentada em 01 de março de 2021 ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família e aprovada em sua forma final.

Ata da banca examinadora:

Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Prof. Dr. Juan Miguel Vilalobos Salcedo

Prof. Dra. Priscilla Perez da Silva Pereira

Prof. Dra. Ana Lúcia Escobar

PORTO VELHO
2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador Professor Doutor Dhelio Batista Pereira, pelas orientações, incentivo e apoio ao meu trabalho. Obrigada pelo papel importante que teve nesta caminhada.

Á minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência durante nossa formação.

Aos meus pais, Maria Elisabete da Silva Barison e Antonio Fernando Barison, que tanto me apoiaram nessa jornada. Á minha irmã, Camila Maria Marques Barison, por todas as palavras de apoio.

Aos funcionários e usuários da Unidade Básica de Saúde Dom Bosco, o auxílio de todos foi de valor inestimável para o bom êxito desta dissertação, sem a participação e colaboração de todos este projeto não seria possível, muito obrigada.

BARISON, Mariana Marques. Caracterização epidemiológica e variáveis associáveis á gravidez entre os adolescentes do município de Ji-Paraná – RO. Porto Velho – RO. 2021. Defesa (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Núcleo de Saúde. Fundação Universidade Federal de Rondônia.

RESUMO

A atenção primaria à saúde é um canal que pode servir para intervenção nessa fase de vulnerabilidade, com programas de abordagem à saúde do adolescente, como políticas de educação e informação sexual e formas de prevenção da gravidez. Por isso reconhecer o perfil da população jovem, identificando as principais variáveis associáveis para gravidez na adolescência, pode incentivar os profissionais da saúde a atuarem com mais empenho no combate a esse evento, que pode ser prevenido adotando-se as condutas mais acertadas de forma a criar um relacionamento com os adolescentes e gerir programas de inclusão desse público nas Unidades Básicas de Saúde. Este projeto de pesquisa, realizado entre Janeiro e Março de 2020, buscou descrever as principais variáveis associáveis envolvidas na gravidez na adolescência em um município do estado de Rondônia, região Norte do País, utilizando-se de um estudo transversal, baseado em respostas obtidas em um formulário semiestruturado a partir da técnica da entrevista, realizada individualmente com 70 participantes integrantes de dois grupos (GA e NGA), que foram definidos pela presença ou não de gestação durante a adolescência. Os resultados demonstraram que nenhum adolescente entrevistado recebeu orientação sexual de um profissional da saúde antes da primeira relação sexual, evidenciando o grande abismo existente entre os profissionais de saúde e a população jovem. Ficou evidente que uma parcela importante dos jovens analisados em nossa amostra não interrompeu seus estudos e a grande maioria é proveniente de famílias de baixo nível socioeconômico e famílias desestruturadas de sua configuração inicial, ou seja, não residem com ambos os genitores.

Palavras-chaves: Gravidez na adolescência; atenção primária à saúde; saúde do adolescente

BARISON, Mariana Marques. Epidemiological characterization and main variables associated with teenage pregnancy in the municipality of Ji-Paraná – RO. 2021. Defense (Professional Master's in Family Health) – Health Center. Fundação Universidade Federal de Rondônia.

ABSTRACT

Primary health care is a channel that can be used for intervention in this phase of vulnerability, with programs to address adolescent health, such as sexual education and information policies and forms of pregnancy prevention. For this reason, recognizing the profile of the young population, identifying the main variables associated with teenage pregnancy can encourage health professionals to act with more commitment in combating this event, which can be prevented by adopting the most appropriate behaviors to create relationship whit teenagers and manage programs for inclusion of this public in Basic Health Units. This research project carries out between January and March 2020, sought to describe the main variables associated involved in teenage pregnancy in a city in the state from Rondônia/Brazil, North region of the country, using a transversal study, based on responses obtained in a semi-structured form based on the interview technique, carried out individually with 70 participants from two groups (GA and NGA), which were defined by presence or absence of pregnancy during adolescence. The results showed that no adolescent interviewed received sexual orientation from a health professional before the first sexual intercourse, showing the great gap between health professionals and the young population. It was evident that an important portion of the young people analyzed in our sample did not interrupt their studies and the vast majority came from families with low socioeconomic status and families that were not structured from their initial configuration, that is, they do not live with both parents.

Keywords: teenage pregnancy; primary health care; adolescent health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa de localização do município de Ji-Paraná. 188

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Informações sobre relação sexual antes da primeira relação. 22
Tabela 2 – Conhecimento sobre métodos contraceptivos e história familiar. 23
Tabela 3 – Análise da proporção das respostas do questionário entre o grupo GA (gravidez na adolescência) e controle (Não gravidez na adolescência). 24
Tabela 4 - Análise das medidas de tendência central relativas a idade e eventos do questionário entre os casos (gravidez na adolescência) e controle (Não gravidez na adolescência). 266
Tabela 5 - Análise da variável de idade da primeira relação sexual e idade com que a mãe engravidou pela primeira vez entre os grupos GA (gravidez na adolescência) e NGA (não gravidez na adolescência) de acordo com o sexo (feminino/masculino) 27
Tabela 6 - Resultado da análise exploratória das apresentações segundo o sexo entre os grupos que relataram e não relataram gravidez na adolescência 28

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição de idade dos participantes 211
Gráfico 2 - Idade da menarca das adolescentes entrevistadas. 211
Gráfico 3 - Idade da primeira relação sexual 222

1. INTRODUÇÃO....10
DESENVOLVIMENTO....12
2. OBJETIVOS....12
2.1. Objetivo Geral....12
2.2. Objetivos específicos....12
3. JUSTIFICATIVA....12
4. REFERENCIAL TEÓRICO....13
5. MÉTODO....17
5.1. Abordagem e tipo de estudo....17
5.2. Cenário do estudo....17
5.3. População/Amostra....18
5.4. Coleta de dados e instrumento de pesquisa....19
5.5. Análise dos dados....19
5.6. Critérios de inclusão e exclusão....19
5.7. Aspectos éticos....20
6. RESULTADOS....20
7. DISCUSSÃO....32
CONCLUSÃO....34
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS....34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....35
9. APÊNDICES....41
9.1. Questionário (instrumento de pesquisa)....41
9.2. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)....42
9.3. Termo de assentimento (TA)....44

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é reconhecida como o período de transição entre infância e a idade adulta caracterizando-se por grandes transformações, vulnerabilidade e risco, impondo-se para o exercício da atenção integral à saúde e a prevenção que é realizada, por excelência, pela rede básica de saúde (SAITO MI, 2014).

A gravidez na adolescência pode ser considerada de alto risco, principalmente em menores de 15 anos. Nos países em desenvolvimento as complicações na gestação e no parto estão entre as principais causas de hospitalização e morte entre os adolescentes (OLIVEIRA FCJ, 2014).

Anemia, pré-eclampsia e hemorragia pós-parto ocorrem em uma proporção muito maior em adolescentes quando comparadas com mulheres adultas. No Brasil, 42% das gestantes adolescentes sofrem de anemia, o que pode ser explicado pelo estado nutricional precário e má alimentação que ocorre nessa faixa etária (KIRBAS A, 2016).

A gravidez na adolescência é freqüente em todos os níveis sociais, mas a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda. Mães adolescentes pobres residem em piores condições, tem menor renda per capita e escolaridade em comparação com as adultas da mesma classe social.

Por isso, expõem seus filhos a um maior risco de doença e morte. A baixa renda aumenta a proporção de recém-nascidos com baixo peso (<2500g), desnutrição e morte no primeiro ano de vida (GOLDENBERG P, 2005; KROEFF LR, 2004; PHIPPS MG, 2002).

Existem mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais que colocam suas vidas em risco. Como conseqüência, a maioria dos adolescentes se expõe a gravidez indesejada, práticas sexuais casuais, estupro, gravidez precoce, aborto de alto risco, HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Mães adolescentes também estão em maior risco de pobreza, dependência de serviços sociais e menores níveis de escolaridade (CROSBY RA, 2006; UNICEF 2011; UNICEF 2008).

Especialistas em adolescência alertam que de 1,1 milhões de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil, 25% já tem um filho. O fato mais preocupante é que grande parte delas afirma que a sucessiva gravidez não foi planejada. Um dos fatores que tem sido apontado como importante na recorrência da gravidez entre os jovens é a negligência quanto à contracepção, considerando-se que adolescentes com vida sexual ativa estão expostos a uma nova gravidez dentro de um ano se não for utilizado nenhum método contraceptivo, com chance de nove para cada dez adolescentes.

Outro fator que contribui para repetidas gestações é a antecipação da primeira relação sexual, em média, aos 13 anos de idade ou menos. Atualmente com 50 milhões de adolescentes, representando 23,8% da população brasileira, o país possui uma taxa de 68,4 nascimentos para cada mil garotas de 15 a 19 anos, com médias acima da latino-americana e caribenha (65,5 nascimentos a cada mil garotas adolescentes) e muito acima da média americana (24,2 nascimentos a cada mil garotas de 15 a 19 anos) (IBGE, 2019; ONU, 2018; SEKEF G, 2001).

Para entender os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, é preciso perceber a complexidade e a multicausalidade desses fatores, que tornam os adolescentes especialmente vulneráveis (LIRA JB & DIMENSTEIN M, 2004).

São diversos os fatores nos quais a gravidez na adolescência pode estar implicada, como sociais, pessoais e familiares, em muitos casos, está relacionada com situação de vulnerabilidade social, ocorrência de violência sexual, bem como a falta de informações e acesso aos serviços de saúde.

Porém, é importante termos em mente que, em alguns casos, a gravidez na adolescência pode fazer parte do projeto de vida e dos desejos da adolescente. (CAMARANO AA, 2006).

A atenção à saúde dos adolescentes pelo sistema de saúde representa um grande desafio devido a três critérios de saúde pública: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A magnitude remete às taxas de morbidade e mortalidade, os adolescentes representam um grupo geralmente saudável, em que a maior parte dos problemas de saúde é passível de prevenção.

O critério de transcendência significa que as ações de saúde para adolescentes trazem a possibilidade de impactar positivamente a sociedade como um todo. Por estarem formando suas identidades, os adolescentes são particularmente permeáveis a ações de promoção da saúde, incluindo educação em saúde (UNICEF, 2018; TAKIUTI AD, 2018).

Devido à grande prevalência de gestação na adolescência e do impacto que este fato traz para a vida dos adolescentes e da comunidade como um todo, identificar os principais fatores de risco associados à ocorrência de gestação precoce e intervir neles representa um importante passo para uma mudança de comportamento dos mesmos.

Ao se conhecer as possíveis causas reais da gravidez na adolescência e sua recorrência, de acordo com a análise dos fatores predisponentes, presume-se que é possível formular estratégias eficazes para reduzir esta problemática que acomete a população brasileira, além de abrir novos horizontes para estudos posteriores que busquem o mesmo ideal e dessa forma impactar de forma positiva o futuro desses jovens.

Diante do exposto, este projeto de pesquisa visa caracterizar as principais variáveis associáveis para gravidez na adolescência entre dois grupos de usuários de UBS em um município do Norte do Brasil.

2. OBJETIVOS

2.2. Objetivo Geral

Descrever as possíveis variáveis associáveis para gravidez entre os adolescentes de uma Unidade Básica de Saúde no município de Ji-Paraná/RO.

2.3. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes da Unidade Básica de Saúde, no município de Ji-Paraná/RO.
- Avaliar possíveis associações entre as características sociais e comportamento sexual com a gestação na adolescência.

3. JUSTIFICATIVA

Os estados da região Norte possuem a maior porcentagem de adolescentes grávidas do país. Dos dez estados que ocupam as primeiras posições, sete são da região Amazônica e outros dois (Maranhão e Mato Grosso) fazem fronteira com a região. As meninas da região Norte engravidam com mais frequência do que as adolescentes do resto do país devido provavelmente á falta de acesso aos serviços médicos.

A taxa de gravidez na adolescência no município de Ji-Paraná é de 21%, pouco maior que a taxa do país que é de 18%. A taxa da região Norte é de 23,4% (IBGE, 2019).

A gravidez precoce tem um efeito profundo na trajetória de vida das adolescentes, dificultando o desenvolvimento psicossocial, e repercutindo negativamente em suas oportunidades educativas e laborais, contribuindo por perpetuar os ciclos intergeracionais de pobreza e saúde precária.

A gestação na adolescência apresenta implicações de ordem biológica, familiar e econômica. As práticas sexuais cada vez mais precoces e sem prevenção são as principais causas deste problema. Por ser um tema de interesse social que causa grande impacto na vida dessas adolescentes, com consequências em longo prazo tanto para a mãe quanto para o filho, faz-se necessário esforço para tentar minimizar os danos e prevenir novos casos, ou seja, fazer da Unidade Básica de Saúde (UBS) um local de refúgio, informação e segurança para esses adolescentes e seus filhos (SPIGARELLI MG, 2007).

Assim, ao identificar os principais fatores de risco e implementar programas e políticas públicas de saúde que facilitem o acesso aos serviços sociais e médicos na atenção primária a adolescentes e seus filhos, ampliam-lhes as chances de um futuro melhor.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A adolescência é um momento de transição, em que se espera a progressão da dependência para a independência em relação à família de origem. Os primeiros estudos focados no tema basearam-se na ideia de que essa transição seria procedimental e poderia ser confirmada a partir dos marcos das histórias de vida que ocorreria sequencialmente e unidirecionalmente (final dos estudos, entrada no mercado de trabalho, saída da casa dos pais, casamento e primeiro filho) (CAMARANO AA, 2006).

As mudanças biológicas e psicossociais que ocorrem durante a adolescência são únicas. A puberdade é a marca registrada da progressão fisiológica da mudança corporal da criança para o adulto. É um período crítico de desenvolvimento na vida de um jovem, repleto de mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais (SHLAFER R, 2014; SULEIMAN AB, 2017).

A importância de abordar a saúde física e mental dos adolescentes tornou-se mais evidente, com investigadores em diversos estudos apontando para o fato de que necessidades de saúde não atendidas durante a adolescência e na transição para a vida adulta predizem não apenas problemas de saúde quando adultos, mas também menos qualidade de vida na idade adulta. (ACGME, 2013).

Devido às mudanças na sinalização do sistema de recompensa em que o cérebro motiva o comportamento e a maturação contínua do controle dos impulsos, os adolescentes podem ter uma propensão maior a se envolver com comportamentos de maior risco e ter maior resposta a situações emocionalmente carregadas.

Eles frequentemente são confrontados com situações para as quais ainda podem não estar preparados, resultando em envolvimento em comportamentos de risco como: abusos do álcool e tabaco (mais recentemente com uso de cigarro eletrônico), prática de sexo sem proteção e engravidar precocemente, sem planejamento (JENSSEN BP, 2019; HUGHES K, 2017).

Tais padrões podem ser estimulados ou inibidos por padrões culturais, contudo, sempre estão presentes. Tomando como exemplo a sexualidade, na maioria das sociedades prevalece um duplo padrão pelo qual se espera que as meninas sejam modestas, ternas, submissas e

passivas, enquanto os meninos são incentivados a se envolver em comportamentos que afirmam sua masculinidade, autonomia e ambição (MUHANGUZI, 2011).

Existem 1,8 bilhões de adolescentes no mundo, sendo que 87% deles vivem em países em desenvolvimento (Organização das Nações Unidas, 2019), o Brasil possui 50 milhões de adolescentes, o que representa 23,8% da população brasileira (IBGE, 2019). A cada ano, estima-se que 21 milhões de gestações ocorram entre meninas adolescentes de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento, sendo que quase metade (49%) não foi programada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018; DARROCH J, 2016).

A taxa de gravidez na adolescência no Brasil é de 68,4 nascimentos para cada mil garotas de 15 a 19 anos. A média do país está acima da mundial (46 nascimentos a cada mil garotas adolescentes) e da latino-americana e caribenha (65,5 nascimentos a cada mil garotas adolescentes), segundo dados divulgados pela Organização das Nações Unidas em 2018 (ONU, 2018).

Além disso, 66% dessas gestações não foram intencionais e cerca de 75% das mães adolescentes não frequentavam a escola. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstram que de cada dez jovens de 15 a 19 anos grávidas sete são negras e seis não trabalham e não estudam (IBGE, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

As questões socioeconômicas são relacionadas como causa e consequência da gravidez em adolescentes. A gravidez ocorre com maior frequência entre adolescentes que vivem na pobreza e os que são socialmente vulneráveis, com menos educação e que tem barreiras culturais e financeiras ao acesso dos serviços públicos. A gravidez precoce e não intencional está associado a vários resultados adversos em saúde, educação, social e economia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O parto é um risco para meninas adolescentes e as condições relacionadas à gravidez são a segunda maior causa de morte entre meninas adolescentes em países em desenvolvimento. As adolescentes de 15 a 19 anos têm duas vezes mais chance de morrer durante a gravidez e parto, em comparação com as mulheres na faixa etária dos 20 anos enquanto as menores de 15 anos têm cinco vezes mais chances de morrer (OMAR K, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; CHEN XK, 2007).

A jovem grávida tem maior dificuldade de concluir sua educação formal, a cada dez adolescentes entre 15 e 17 anos que tem um filho ou mais e menos de três continuam estudando, pondo em risco suas futuras oportunidades econômicas, incluindo a redução das oportunidades do mercado de trabalho. (UNESCO, 2017).

Mães adolescentes também têm maior probabilidade de ter um desempenho ruim na escola, vêm de lares com baixo nível socioeconômico e um ambiente menos vantajoso, repetindo e mantendo o ciclo, por serem elas mesmas filhas de mães com educação escolar limitada e uma história também de gravidez indesejada na adolescência (ELFEBEIN, 2003).

Os efeitos da gravidez na adolescência também se estendem a saúde de seus bebês com evidências de maiores mortes perinatais. Um bebê nascido de mãe adolescente tem maior probabilidade de viver na pobreza, ser abusado ou negligenciado, ser preso se for um menino e continuar o ciclo de gravidez na adolescência quando menina (BERQUÓ E, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; CHEN XK, 2007; CONDE-AGUDELO A, 2005; GANCHIMEG T et al., 2014).

Além disso, quase um quarto das mães adolescentes engravida pela segunda vez aos 20 anos de idade. Diminuir a taxa de repetição de adolescentes é de extrema importância para os adolescentes, os bebês e para o bem-estar da sociedade (HAMILTON BE, 2012).

Muitos estudos examinaram os fatores de risco e proteção associados à gravidez na adolescência identificando fatores multidimensionais que influenciam a gravidez na adolescência. Entre os vários fatores nos diferentes níveis revisões sistemáticas mostraram que pobreza e menor nível educacional estão consistentemente associados à gravidez na adolescência (YAKUBU I, 2018; LAURA L, 2015; IMAMURA M et al., 2007).

A pobreza e a privação socioeconômica expõem as adolescentes a realizarem sexo precoce e sexo intergeracional, e evidências das influências da escolaridade no adiamento da gravidez na adolescência e na maternidade precoce também são relativamente bem relatadas. As revisões sistemáticas mostram que estrutura familiar interrompida também está constantemente relacionada à gravidez na adolescência (IMAMURA M, 2007; MILLERA C, 2001; LECLERC-MADLALA S, 2008; KEARNEY M, 2012; GIRMA S, 2015; KOPPENSTEINER MF, 2016).

Uma grande quantidade de fatores contribui para as altas taxas de gravidez indesejada e nascimentos não planejados entre adolescentes, como: pouco conhecimento sobre os serviços de saúde sexual e reprodutiva, barreiras legais ao acesso a serviços, preconceito de prestadores, estigma em relação ao sexo antes do casamento e menor autonomia de decisão dos adolescentes casados estão entre os fatores de risco que contribuem para uma gravidez indesejada (CHANDRA-MOULI V, 2014-2017; DENNO DM, 2015).

Ainda entre os solteiros, o aumento da acessibilidade às mídias sociais e compartilhamento de pornografia, influências transculturais e diminuição da supervisão por

adultos resultam em início precoce da atividade sexual entre os adolescentes (RAKHAKONDA L, 2014; JOESEPHINE P, 2016).

Especialistas sugerem que para reduzir a gravidez na adolescência, intervenções devem ser planejadas para abordar múltiplos antecedentes sexuais e não sexuais que se correlacionam com a sexualidade do adolescente e que podem estar relacionados aos adolescentes, suas famílias, escolas, comunidades e fatores culturais - notavelmente a religião.

As intervenções também devem incluir campanhas de mídia de massa com financiamento público e expansão dos serviços de planejamento familiar subsidiados pelo governo (THOMAS, 2012; KIRBY, 2002).

Intervenções que foram rigorosamente avaliadas e encontradas para impactar comportamentos associados à gravidez e reduzir a probabilidade de engravidar evidenciam a importância do aumento do uso de contraceptivos entre os adolescentes para a diminuição das taxas de natalidade, e o aumento do acesso de adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade (ROMERO LM, 2015; LINDERBERG L, 2012; SANTELLI JS, 2007).

Envolver a comunidade mobilizando seus membros para que participem ativamente nos esforços de mudança têm sido fatores para o sucesso das intervenções. Deixar de envolver segmentos chave da comunidade ou fornecer às jovens intervenções que não sejam culturalmente sensíveis pode reduzir a probabilidade de que as intervenções tenham efeito positivo (KREUTER MW, 2003; VILARRUEL AM, 2005; HAWKINS JD, 2008; WANDERSMAN A, 2003).

Antes da instituição da Atenção Primária a Saúde (APS) e das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o público adolescente não tinha nenhuma política voltada ás suas necessidades. Com a expansão do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde passou a oferecer uma política de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente, através da distribuição das Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA), com versões masculinas e femininas, e a distribuição de métodos contraceptivos, juntamente com o Programa Saúde na Escola que tem o objetivo de oferecer informação de educação em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A gravidez na adolescência teve uma queda de 17% no Brasil entre o período de 2004 a 2015. No entanto, o que de fato é possível perceber na prática, é que os adolescentes fazem parte de uma população ainda invisível e que as políticas voltadas para esse público ainda são falhas, justificando-se o alto nível de gravidez na adolescência existente nas regiões menos desenvolvidas do país (SINASC, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

5. MÉTODO

5.1. Abordagem e tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal para fazer o levantamento e análise de variáveis associáveis com a gravidez na adolescência.

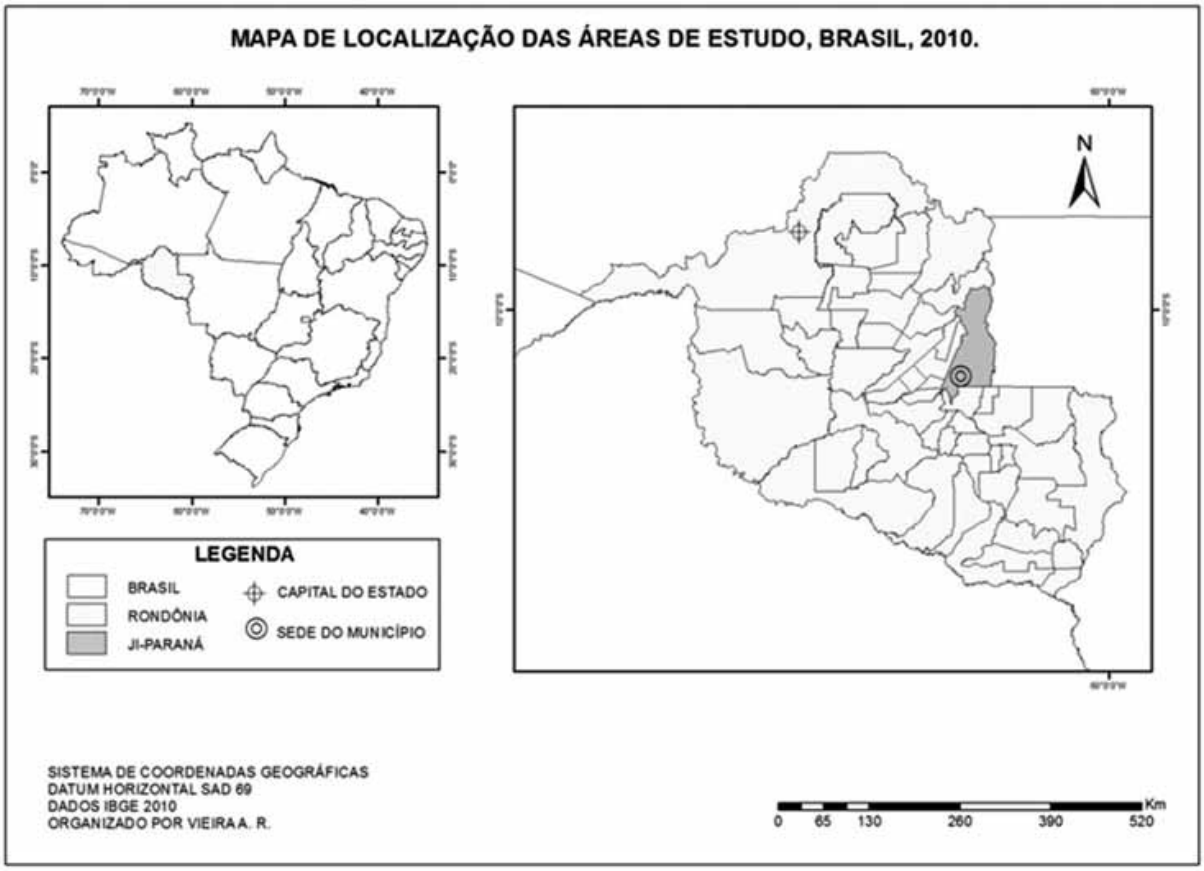
5.2. Cenário do estudo

Esta pesquisa foi conduzida no município de Ji-Paraná, localizado na região Norte do Brasil. É um município do estado de Rondônia, apresenta 20,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 17,3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 6,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio), segundo fontes do IBGE 2019.

Salário mensal médio estimado em dois salários mínimos, a taxa de escolarização entre 6 e 14 anos é de 96,6%. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11,22 para cada 1.000 nascidos vivos. Possui uma população estimada de 128.969 pessoas (2019), sendo o segundo maior município do estado, atrás apenas da capital Porto Velho. O município recebeu oficialmente o nome de Ji-Paraná em 1977 com a emancipação política decretada, Figura 1 (IBGE, 2019).

A pesquisa ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em um bairro central da cidade, o município possui 23.183 famílias, com o total de 73.185 pessoas cadastradas. Os adolescentes somam: 6.411 na faixa etária entre 10 a 14 anos, 6.839 entre 15 e 19 anos, totalizando 13.250 adolescentes, sendo que a UBS possui 1.897 adolescentes cadastrados, e é composta por três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A média de gestantes atendidas por cada equipe é de 90 consultas mensais, sendo que aproximadamente 23,6% são adolescentes.

Figura 1 - Mapa de localização do município de Ji-Paraná.



Fonte: VIEIRA, A. *et al.* Evaluation of water quality of Rio Bonzinho in the city of Ji-Paraná, RO. *Boletim do Observatório Ambiental Alberto Ribeiro Lamego*, v. 7, p. 11–17, 1 set. 2013Tradução.

5.3. População/Amostra

O estudo tem uma amostra de conveniência não calculada, incluído um total de 70 participantes divididos em dois grupos, definidos por relatarem gestação ou não na adolescência.

O número da amostra de gestantes na faixa etária dos 10 aos 19 anos foi limitado pelos casos existentes na área que na ocasião era de aproximadamente 30 adolescentes gestantes. O grupo sem gestação na adolescência foi recrutado aleatoriamente dentro da área da UBS.

A maior parte dos adolescentes entrevistados tinha entre 16 e 18 anos. Contudo, devido à recusa de participação de alguns adolescentes foi necessário aumentar o intervalo da faixa etária dos participantes do grupo dos casos, em que foram selecionados pacientes da área de abrangência que foram pais na adolescência (até os 19 anos), mas que tinham no momento da entrevista mais de 19 anos.

5.4. Coleta de dados e instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário semiestruturado aplicado por meio da técnica de entrevista, visando levantar dados pertinentes aos objetivos do estudo. O questionário engloba questões relacionadas a condições socioeconômicas, comportamento sexual, história gestacional, histórico familiar, situação conjugal, nível de escolaridade e religião. O questionário utilizado se encontra no anexo I. Os dois membros recrutadores padronizaram a ampliação do questionário em treinamentos e simulações antes do início das atividades.

O instrumento de pesquisa (questionário semiestruturado) abordou questões como: data da menarca, data da primeira relação sexual, o grau de informação antes da primeira relação e de quem esses adolescentes receberam informações, se estavam estudando antes de engravidar, se pararam de estudar após engravidar, se moram ou não com o parceiro de quem engravidaram, se moram com ambos os pais, renda familiar, se as mães também tiveram filhos na adolescência.

O questionário foi aplicado individualmente entre os meses de janeiro a março de 2020, com consulta pré-agendada, pela médica ou enfermeira da equipe, em seus respectivos consultórios de atendimento com duração de 20 minutos por consulta.

5.5. Análise dos dados

Os dados foram digitados em formulários online do Google com geração automática de planilhas e analisados utilizando Epi-info7 (CDC, 2020) e Microsoft Excel 365 para descrição das proporções, médias e avaliação de relacionamento entre as variáveis, com métodos paramétricos e não paramétricos, com Intervalo de Confiança de 95% ou valor de $p < 0,005$.

5.6. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão contemplaram os adolescentes entre 10 e 19 anos ou mais que foram pais até os 19 anos, de ambos os sexos, grávidos e não grávidos cadastrados na UBS.

Grupo GA (Gravidez na Adolescência): grávidos e/ou que já tiveram filhos entre 10 a 19 anos;

Grupo NGA (Não Gravidez na Adolescência): adolescentes que ainda não tiveram filhos.

Critérios de exclusão: participantes com deficiência cognitiva referida.

5.7. Aspectos éticos

Entre os riscos inerentes à aplicação do instrumento (questionário) temos: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas, desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento, alteração na autoestima provocada pela evocação de memórias e o medo da quebra de sigilo. Os benefícios incluem maior acesso à informação com a participação nas ações decorrentes do projeto e empoderamento.

Medidas foram tomadas para minimizar os riscos, como a retira do nome das fichas de pesquisa, acesso limitado aos dados aos diretamente envolvidos no estudo. Este projeto de pesquisa recebeu aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer 3.767.819, conforme a Resolução 466/2012 sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

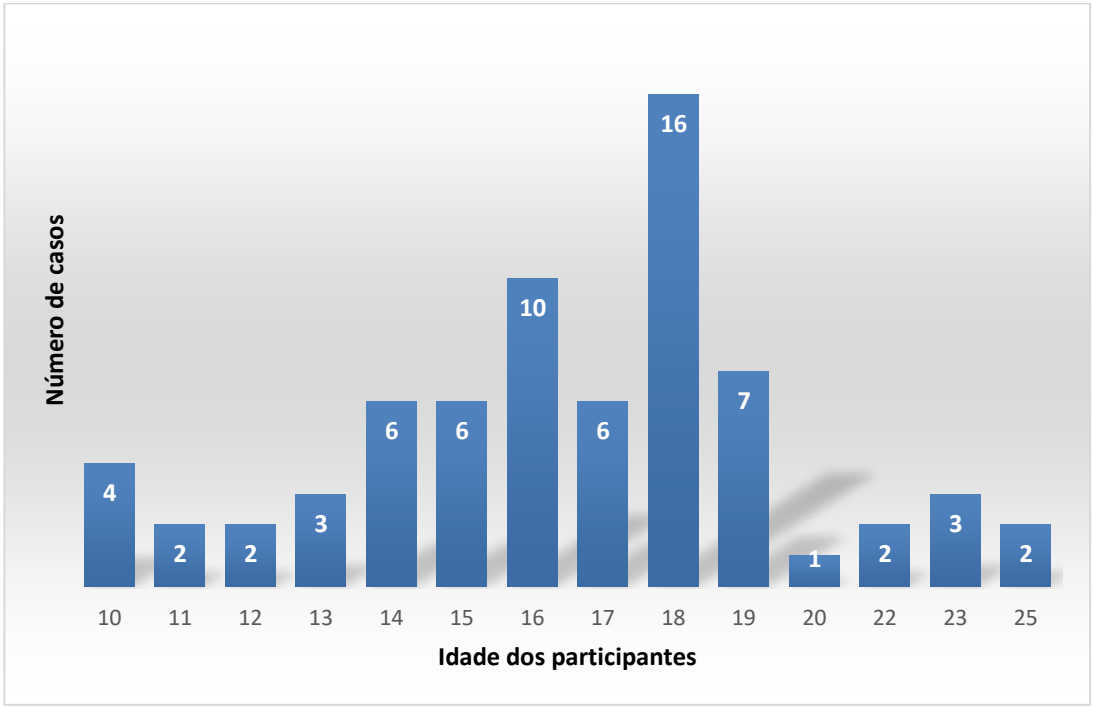
Os participantes foram convidados para participar do estudo e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por eles ou pelos pais ou responsáveis, o Termo de Assentimento (TA) pelos menores de 18 anos os questionários foram aplicados individualmente pela médica ou enfermeira da equipe durante uma consulta previamente agendada.

Os questionários possuem uma identificação numérica para proteger a identidade do entrevistado. As informações da ficha de pesquisa não foram para o prontuário do participante, foi reforçado ao adolescente seu direito ao sigilo e os recursos implementados para sua garantia.

6. RESULTADOS

Foram selecionados e entrevistados um total de 70 participantes, sendo 71,4 % (n= 50) do sexo feminino e 28,6% (n=20) do sexo masculino. Entre os participantes, 55,7% (n=39 pessoas) representam o grupo GA, ou seja, que engravidaram na adolescência, e 44,3% (n=31) representa o grupo NGA, os adolescentes que não tiveram filhos na adolescência. No gráfico 1 podemos observar a distribuição etária dos pacientes no momento da entrevista.

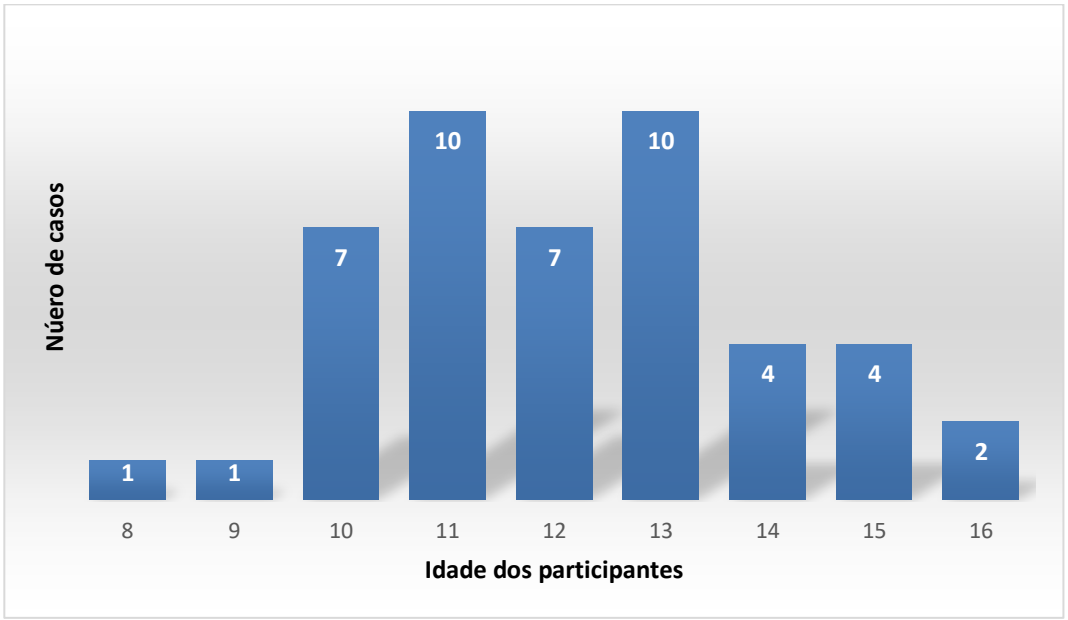
Gráfico 1 - Distribuição de idade dos participantes



Fonte: BARISON, MM 2021.

A maior parte das adolescentes entrevistadas relatou menarca entre 10 e 13 anos, e uma minoria relatou menarca mais tardia, ou seja, após os 14 anos, conforme ilustrado no gráfico 2.

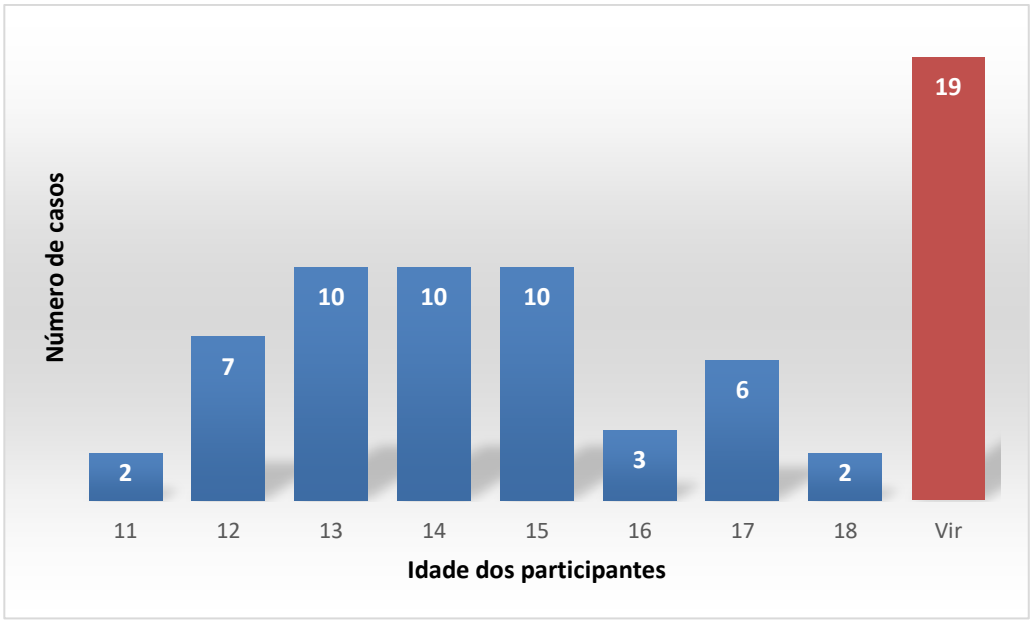
Gráfico 2 - Idade da menarca das adolescentes entrevistadas.



Fonte: BARISON, MM 2021.

Em relação á idade declarada da primeira relação sexual, 42,9% (n=30) dos entrevistados relatou que tiveram sua primeira relação sexual entre os 13 e 15 anos e 27,1% (n=19) dos adolescentes se declararam virgens, conforme ilustrado no gráfico 3.

Gráfico 3 - Idade da primeira relação sexual.



Fonte: BARISON, MM 2021.

Uma grande parte dos adolescentes (41,4%) respondeu ter tido informações sobre o assunto somente na escola, através das palestras ministradas sobre sexualidade e prevenção de gravidez, enquanto 21,4% relataram que além da escola também tiveram informações por parte de um dos genitores e nenhum relatou ter tido informação com um profissional da área da saúde, conforme podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Informações sobre relação sexual antes da primeira relação.

Onde recebeu orientação sobre sexo antes da primeira relação?	**N***	**%****
Dos pais	25	36%
Da escola	47	67%
Pais e escola	17	24%
Não recebeu	14	20%
Do serviço de saúde	0	0%

* o N não é 70 porque cada participante pode entrar em mais de uma categoria ** porcentagem por linha com n=70.

Fonte: BARISON, MM 2021.

O período predominante em que os adolescentes estudavam ou estudam é o diurno, representando 74,3% (n=52) das respostas. Entre os adolescentes que tiveram filhos durante esse período 22,9% (n=16) pararam de estudar após se tornarem pais e 32,9% (n=23) mantiveram seus estudos. A escolaridade média dos entrevistados foi o ensino médio incompleto representando 40% (n=28) das respostas, seguido pelo ensino fundamental incompleto representando 31,4% (n=22) e, 12,9% (n=9) relataram ter cursado o ensino fundamental completo.

Somente 25,7% (n=18) dos adolescentes relataram morar com ambos os pais e 74,3% (n=52) relataram morar com apenas um dos genitores e seus respectivos parceiros atuais, o que demonstra que grande parte dos adolescentes participantes da pesquisa é proveniente de lares com famílias desestruturadas de sua configuração inicial. As mães de 46 adolescentes entrevistados também engravidaram na adolescência e 24,3% (n=17) dos entrevistados tem irmãos que engravidaram antes dos 19 anos, demonstrando os ciclos viciosos de repetição de gravidez na adolescência entre as gerações, conforme é possível visualizar na Tabela 2.

Tabela 2 – Conhecimento sobre métodos contraceptivos e história familiar.

Descritor da população do estudo	**n=70**	**(%)**
Conhece algum método anticoncepcional feminino?		
Sim	60	85,7%
Não	10	14,3%
Já tinha atividade sexual antes de engravidar?		
Sim	42	60,0%
Não	6	8,6%
NSA*	22	31,4%
Idade com que a mãe engravidou pela primeira vez		
< 20 anos	46	65,7%
≥20 anos	23	32,9%
NSA	1	1,4%
Irmão ou irmã já teve filhos antes dos 19 anos?		
Sim	17	24,3%
Não	47	67,1%
Não sabe informar	1	1,4%
NSA	5	7,1%

*NSA: Não se aplica. Fonte: BARISON, MM 2021.

A maior parte (35,7%) das mães dos adolescentes tem grau de escolaridade ensino fundamental incompleto, 24,3% (n=17) têm ensino médio completo e pouco mais de 5% (n=4) tem ensino superior completo. A renda familiar foi de 40% (n=28) entre um e dois salários mínimos, seguido de 27,1% (n=19) de até um salário mínimo e 21,4% (n=15) entre dois e três salários.

Em relação à dependência financeira, 75,7% (n=53) dos adolescentes relataram que são totalmente dependentes financeiramente: 64,3% (n=45) de seus pais, 24,3% (n=17) do companheiro, 1,43% (n=1) dos pais do companheiro (a), enquanto 18,6% (n=13) relataram dependência parcial e 5,7% (n=4) relataram não ser dependentes.

Foi possível perceber que a grande maioria (75,7%) dos entrevistados se declarou como solteiros, 18,6% (n=13) declararam união estável e apenas 5,7% (n=4) relataram ser casados. Entre as religiões a mais prevalente foi a católica representando 37,7% (n=26) seguido da evangélica com representatividade de 34,8% (n=24).

A maior parte dos adolescentes (85,7%) relatou conhecer pelo menos um método anticoncepcional, porém somente 21,4% (n=8) das meninas entrevistadas faziam uso (regular ou irregular) de métodos contraceptivos. Na tabela 3 podemos visualizar as respostas dos participantes divididos por grupos.

Tabela 3 – Análise entre os grupos GA (gravidez na adolescência) e grupo NGA (não gravidez na adolescência).

Descritivo	**Gravidez na**			**Não Gravidez na**		
	N (39)	*%*	*IC95%*	*N (31)*	*%*	*IC95%*
Sexo						
Masculino	10	25,6	(13,0 - 42,1)	10	32,3	(16,7 - 51,4)
Feminino	29	74,4	(57,9 - 87,0)	21	67,7	(48,6 - 83,3)
Situação conjugal						
Casada	3	7,7	(1,6 - 20,9)	1	3,2	(0,1 - 16,7)
Solteira	25	64,1	(47,2 - 78,8)	28	90,3	(74,3 - 98)
União estável	11	28,2	(15,0 - 44,9)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Mora com parceiro						
Sim	14	35,9	(21,2 - 52,8)	4	12,9	(3,6 - 29,8)
Não	25	64,1	(47,2 - 78,8)	27	87,1	(70,2 - 96,4)
Mora com ambos os pais						
Sim	4	10,3	(2,9 - 24,2)	14	45,2	(27,3 - 64)
Não	35	89,7	(75,8 - 97,1)	17	54,8	(36 - 72,7)
Renda familiar						
Até 1/2 sm	1	2,6	(0,1 - 13,5)	0	0	
Até 1 sm	10	25,6	(13,0 - 42,1)	9	29	(14,2 - 48)
Entre 1 e 2 sm	17	43,6	(27,8 - 60,4)	11	35,5	(19,2 - 54,6)
Entre 2 e 3 sm	9	23,1	(11,1 - 39,3)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
Mais que 3 sm	1	2,6	(0,1 - 13,5)	5	16,1	(5,5 - 33,7)

Não sabe informar	1	2,6	(0,1 - 13,5)	0	0	
Dependência financeira						
Não	3	7,7	(1,6 - 20,9)	1	3,2	(0,1 - 16,7)
Sim, parcial	8	20,5	(9,3 - 36,5)	5	16,1	(5,5 - 33,7)
Sim, total	28	71,8	(55,1 - 85,0)	25	80,7	(62,5 - 92,6)
De quem depende financeiramente						
Companheiro	15	38,5	(23,4 - 55,4)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Não depende	3	7,7	(1,6 - 20,9)	1	3,2	(0,1 - 16,7)
Pais	19	48,7	(32,4 - 65,2)	26	83,9	(66,3 - 94,6)
Pais do companheiro	1	2,6	(0,1 - 13,5)	0		
Outros	1	2,6	(0,1 - 13,5)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Conhece algum método						
Sim	35	89,7	(75,8 - 97,1)	25	80,7	(62,5 - 92,6)
Não	4	10,3	(2,9 - 24,2)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
Usava algum método						
Sim	8	20,5	(9,3 - 36,5)	7	22,6	(9,6 - 41,1)
Não	29	74,4	(57,9 - 87,0)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
NSA	2	5,1	(0,6 - 17,3)	18	58,1	(39,1 - 75,5)
Gravidez atual?						
Sim	28	71,8	(55,1 - 85,0)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
Não	11	28,2	(15,0 - 44,9)	25	80,7	(62,5 - 92,6)
Após ter engravidado parou de						
Sim	15	38,5	(23,4 - 55,4)	1	3,2	(0,1 - 16,7)
Não	20	51,3	(34,8 - 67,6)	3	9,7	(2 - 25,8)
NSA	4	10,3	(2,9 - 24,2)	27	87,1	(70,2 - 96,4)
Estuda atualmente?						
Sim	19	48,7	(32,4 - 65,2)	27	87,1	(70,2 - 96,4)
Não	20	51,3	(34,8 - 67,6)	4	12,9	(3,6 - 29,8)
Período que estuda ou estudava						
Diurno	29	74,4	(57,9 - 87,0)	23	74,2	(55,4 - 88,1)
Noturno	9	23,1	(11,1 - 39,3)	5	16,1	(5,5 - 33,7)
Não estudava	1	2,6	(0,1 - 13,5)	3	9,7	(2 - 25,8)
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto	13	33,3	(19,1 - 50,2)	9	29	(14,2 - 48)
Ensino fundamental completo	7	18	(7,5 - 33,5)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Ensino médio incompleto	12	30,8	(17,0 - 47,6)	16	51,6	(33,1 - 69,9)
Ensino médio completo	3	7,7	(1,6 - 20,9)	3	9,7	(2 - 25,8)
Ensino superior incompleto	3	7,7	(1,6 - 20,9)	1	3,2	(0,1 - 16,7)
Ensino superior	1	2,6	(0,1 - 13,5)	0	0	
Escolaridade da mãe						
Analfabeta funcional (<4 anos de	1	2,6	(0,1 - 13,5)	0	0	
Ensino fundamental incompleto	19	48,7	(32,4 - 65,2)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
Ensino fundamental completo	8	20,5	(9,3 - 36,5)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Ensino médio incompleto	2	5,1	(0,6 - 17,3)	6	19,4	(7,5 - 37,5)
Ensino médio completo	8	20,5	(9,3 - 36,5)	9	29	(14,2 - 48)
Ensino superior incompleto	0	0		4	12,9	(3,6 - 29,8)
Ensino superior	1	2,6	(0,1 - 13,5)	4	12,9	(3,6 - 29,8)
Irmão ou irmã já teve filhos antes dos						
Sim	13	33,3	(19,1 - 50,2)	4	12,9	(3,6 - 29,8)

Não	25	64,1	(47,2 - 78,8)	22	71	(52 - 85,8)
Não sabe	1	2,6	(0,1 13,5)	5	16,1	(5,5 - 33,7)
Religião						
Adventista	2	5,3	(0,6 - 17,8)	2	6,5	(0,8 - 21,4)
Católica	10	26,3	(13,4 - 43,1)	16	51,6	(33,1 - 69,9)
Evangélica	15	39,5	(24,0 - 56,6)	9	29	(14,2 - 48)
Espírita	0	0		1	3,2	(0,1 - 16,7)
Seicho-no-ie	0	0		1	3,2	(0,1 - 16,7)
Sem religião	11	29	(15,4 - 45,9)	2	6,5	(0,8 - 21,4)

Fonte: BARISON, MM 2021.

Na tabela 4, é possível perceber que a maior parte das meninas do grupo GA teve mães que também engravidaram precocemente, em contrapartida, no grupo NGA, a minoria teve mães que engravidaram na adolescência. Podemos perceber diferença estatisticamente significativa (com p menor 0,005) em dois quesitos: idade com que a mãe engravidou pela primeira vez (p=0,001) e no quesito idade da primeira relação sexual (p=0,005).

Tabela 4 - Descrição das medidas de tendência central relativas à idade e aos eventos do questionário entre o grupo GA (gravidez na adolescência) e o grupo NGA (não gravidez na adolescência).

Descritivos	**Obs***	**Média**	**Dev-pad**	**Min**	**Mediana**	**Max**	**p-valor****
Idade (n=70)							
Gravidez na adolescência	39	17,67	3,05	13	18	25	0,003
Não Gravidez na adolescência	31	15,35	3,36	10	15	23	
Idade com que a mãe engravidou pela primeira vez (n=69)							
Gravidez na adolescência	39	17,7	3,4	12	17	27	0,001
Não Gravidez na adolescência	30	21,7	6,3	14	19	38	
Idade da Menarca (n=46)							
Gravidez na adolescência	29	12,1	2,03	8	12	16	0,695
Não Gravidez na adolescência	17	12,3	1,57	10	12	15	
Idade da primeira relação sexual (n=50)							
Gravidez na adolescência	36	13,8	1,75	11	14	18	0,005
Não Gravidez na adolescência	14	15,4	1,5	13	15	18	

*Obs: valores observados; **p-valor: valor de p, significativo quando <0,005.

Fonte: BARISON, MM 2021.

Na tabela 5, é possível observar a descrição entre os grupos e entre os sexos e em relação à idade com que a mãe engravidou pela primeira vez. Em relação à idade, não houve diferenças estatísticas entre os grupos (GA/NGA) e sexo (masculino/feminino). Quando levamos em consideração a variável da idade com que a mãe engravidou pela primeira vez percebemos que as meninas do grupo GA são filhas de mães que tiveram sua primeira gestação em idade mais precoce do que as mães do grupo NGA, conforme exposto na tabela 4. A média de idade de início da atividade sexual foi significativamente menor em ambos os sexos para o grupo GA.

Tabela 5 – Descrição das variáveis de idade, idade da primeira relação sexual e idade com que a mãe engravidou pela primeira vez entre os grupos GA (gravidez na adolescência) e NGA (não gravidez na adolescência) de acordo com o sexo (feminino/masculino).

	Sexo feminino (43)				**Sexo masculino (19)**			
	GA (23)		NGA (20)		GA (9)		NGA (10)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	16,56	2,02	15,3	3,18	16,4	1,30	14,7	3,50
Média da idade com que a mãe engravidou pela primeira vez	17,73	3,35	21,95	7,25	16,78	2,17	21,2	4,67
Média de idade da primeira relação sexual sem VR	13,9	1,89	15,78	1,30	12,75	0,70	15	1,63

GA: Gestantes na Adolescência; NGA: Não Gestante na Adolescência; DP: Desvio-padrão. Fonte: BARISON, MM 2021.

É possível observar na tabela 6, uma dependência importante da gestante pelo companheiro, mas também maior parte de dependência dos pais em todos os grupos, como é de se esperar nesta faixa etária da adolescência. A dependência financeira entre todos os grupos é maior do que 90% (n= 58), exceto para os GA do sexo masculino que alcançou 20% (n=2) de independência financeira. Um dado de extrema importância a ser avaliado é que cerca de 40% (n=22) dos adolescentes de ambos os sexos abandonaram a escola após engravidar.

Para ambos os sexos, o grau de instrução menor da mãe parece estar associado a maior prevalência de GA. Em ambos os sexos a família não é estruturada com mais de 80% (n=45) não vivendo com ambos os pais. Acima de 60% (n= 47) dos parceiros na gravidez não moram juntos.

Em relação à religião, apenas houve diferença significativa OR=9,6 (IC 95% 0,85-108,7) para adolescentes do sexo feminino em relação positiva para GA. No entanto, o IC 95% é por demais variado. Para a renda familiar, de forma semelhante, existe para ambos os sexos uma distribuição de baixa renda típica da região onde se localiza a UBS. Sem, contudo, mostrar diferença entre os grupos GA e NGA.

Para o sexo masculino, 33% (n=3) estavam em alguma relação de casal formal (casado ou união estável), enquanto todas as adolescentes do grupo GA se consideravam solteiras e 10% (n=2) das do grupo NGA em relação formal ou união estável como é possível observar na tabela 8.

Tabela 6 - Resultado da análise exploratória das apresentações segundo o sexo entre os dos grupos que relataram e não relataram gravidez na adolescência.

Item	**Sexo feminino (43)**				**Sexo masculino (19)**			
	GA (23)		NGA (20)		GA (9)		NGA (10)	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Situação conjugal								
Casada	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Solteira	17	73,9	18	90,0	6	66,7	10	100,0
União estável	0	0,0	1	5,0	3	33,3	0	0,0
Mora com parceiro								
Sim	9	39,1	3	15,0	2	22,2	1	10,0
Não	14	60,9	17	85,0	7	77,8	9	90,0
Mora com ambos os pais								
Sim	4	17,4	9	45,0	0	0,0	4	40,0
Não	19	82,6	11	55,0	9	100,0	6	60,0
Renda familiar								
Até 1/2 SM	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Até 1 SM	5	21,7	6	30,0	4	44,4	3	30,0
Entre 1 e 2 SM	11	47,8	6	30,0	2	22,2	4	40,0
Entre 2 e 3 SM	5	21,7	5	25,0	3	33,3	1	10,0
Mais que 3 SM	0	0,0	3	15,0	0	0,0	2	20,0
Não sabe informar	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dependência financeira								

Não	1	4,4	1	5,0	2	22,2	0	0,0
Sim, parcial	3	13,0	2	10,0	2	22,2	2	20,0
Sim, total	19	82,6	17	85,0	5	55,6	8	80,0
De quem depende financeiramente								
Companheiro	9	39,1	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Não depende	1	4,4	1	5,0	2	22,2	0	0,0
Pais	12	52,2	16	80,0	6	66,7	10	100,0
Pais do companheiro	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Outros	1	4,4	2	10,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade								
Ensino fundamental incompleto (4-7 anos de estudo)	8	34,8	7	35,0	2	22,2	1	10,0
Ensino fundamental completo	4	17,4	1	5,0	3	33,3	1	10,0
Ensino médio incompleto	7	30,4	10	50,0	4	44,4	6	60,0
Ensino médio completo	3	13,0	1	5,0	0	0,0	2	20,0
Ensino superior incompleto	1	4,4	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Estuda atualmente?								
Não	11	47,8	1	5,0	3	33,3	2	20,0
Sim	12	52,2	19	95,0	6	66,7	8	80,0
Após ter engravidado parou de estudar?								
Não	11	47,8	2	10,0	5	55,6	1	10,0
Sim	9	39,1	0	0,0	4	44,4	9	90,0
Nsa	3	13,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade da mãe								
Ensino fundamental incompleto (4-7 anos de estudo)	14	60,9	4	20,0	0	0,0	1	10,0
Ensino fundamental completo	0	0,0	2	10,0	8	88,9	0	0,0

Ensino médio incompleto	2	8,7	2	10,0	0	0,0	4	40,0
Ensino médio completo	7	30,4	7	35,0	1	11,1	2	20,0
Ensino superior incompleto	0	0,0	3	15,0	0	0,0	1	10,0
Ensino superior	0	0,0	2	10,0	0	0,0	2	20,0
Religião								
Adventista	1	4,3	1	5,0	0	0,0	1	10,0
Católica	6	26,1	10	50,0	3	37,5	5	50,0
Espírita	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Evangélica	12	52,2	5	25,0	1	12,5	4	40,0
Seicho no ie	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Sem religião	4	17,4	2	10,0	4	50,0	0	0,0

GA: Gestantes na Adolescência; NGA: Não Gestante na Adolescência. Fonte: BARISON, MM 2021.

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstraram que grande parte dos adolescentes é proveniente de lares com famílias desestruturadas, o que está de acordo com as pesquisas realizadas por outros autores que fizeram estudos semelhantes em outros países em desenvolvimento, um dos estudos no país de Uganda, com adolescentes de 13 a 19 anos, com uma amostra de 120 participantes, evidenciou que estrutura familiar interrompida também está constantemente relacionada à gravidez na adolescência (IMAMURA M, 2007; MILLERA C, 2001, YAKUBU I, 2018; LAURA L, 2015).

A maior parte dos adolescentes se declarou como solteiros e uma pequena minoria relataram ter união estável com seus parceiros, repetindo ciclos de desestruturação familiar. A renda familiar média declarada pelos participantes de ambos os grupos foi entre um e dois salários mínimos, reforçando o que estudos anteriores demonstraram sobre a questão do nível social, evidenciando que pobreza e menor nível educacional estão consistentemente associados à gravidez na adolescência (YAKUBU I, 2018; LAURA L, 2015).

Foi possível perceber que uma grande maioria dos adolescentes entrevistados tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, porém não fazia uso regular dos mesmos, o que reforça a importância que outro autor já havia destacado para reduzir a gravidez na adolescência, de que intervenções devem ser planejadas para abordar múltiplos antecedentes sexuais e não sexuais que se correlacionam com a sexualidade do adolescente e que podem estar relacionados aos adolescentes, suas famílias, escolas, comunidades e fatores culturais - notavelmente a religião (KIRBY, 2002).

A pobreza e a privação socioeconômica expõem as adolescentes a realizarem sexo precoce e sexo intergeracional e evidências das influências da escolaridade no adiamento da gravidez na adolescência e na maternidade precoce também são relativamente bem relatadas (GIRMA S, 2015; KOPPENSTEINER MF, 2016; LECLERC–MADALA S, 2008; KEARNEY M, 2012).

Em nossa pesquisa foi possível perceber que a maioria dos adolescentes que tiveram filhos não abandonou seus estudos. Em relação ao grau de escolaridade a maioria relatou não ter terminado o ensino médio e uma pequena parcela de 22,9% (n = 16) dos adolescentes que se tornaram pais pararam de estudar, dados demonstram que cerca de 75% das mães adolescentes não frequentavam a escola quando engravidaram, demonstrando o fator protetor da escola na prevenção da gravidez na adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) demonstram que de cada dez jovens de 15 a 19 anos grávidas sete são negras e seis não trabalham e não

estudam, evidenciando mais uma vez o papel protetor dos estudos quanto à gravidez na adolescência. Em nossa pesquisa, no entanto, foi possível observar que a maioria freqüentava a escola no momento em que engravidaram e não pararam de estudar mesmo após o nascimento do filho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa deste determinado grupo de jovens da região norte do Brasil, evidenciou a necessidade de maior comprometimento por parte dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária do país, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, para abordar e gerir programas de ação e educação em saúde para este público ainda invisível na esfera na Atenção Primária á Saúde, no sentindo de educar a sexualidade e prevenir a gestação precoce.

É possível perceber que, embora exista um Programa do Ministério da Saúde voltado para a adolescência, inclusive com a confecção das Cadernetas de Saúde do Adolescente, na prática diária das Unidades Básicas de Saúde esses programas não existem e muitas vezes o próprio servidor não tem conhecimento e não sabe acolher e abordar esses usuários quando os mesmos procuram atendimento.

Os resultados obtidos demonstraram que grande parte dos adolescentes na população estudada é de baixo nível socioeconômico (pobreza e baixo nível educacional) e proveniente de lares com desestruturação familiar. Em contrapartida, a maioria dos adolescentes continuou seus estudos após terem engravidado, uma grande parte tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, porém não fazia uso regular.

A análise geral dos dados obtidos demonstrou que a maior parte dos adolescentes entrevistados do grupo GA (gravidez na adolescência) possui fatores de risco em relação á menor idade materna e início precoce da primeira relação sexual quando comparados com os adolescentes do grupo NGA.

A maioria dos adolescentes relatou que obtiveram informações sobre sexualidade na escola, uma minoria com os pais ou responsáveis e nenhum recebeu informação com um profissional da área da saúde, o que destaca a importância de um olhar diferenciado pelos profissionais da saúde a essa população de grande vulnerabilidade na esfera da Atenção Primária à Saúde objetivando diminuir os índices de gravidez precoce.

Entre as fragilidades do presente estudo podemos relatar que a amostra de participantes por seleção de conveniência e sem um número calculado, afeta a capacidade de medir a força das associações encontradas, bem como a validade externa dos dados. Ainda, um possível viés de aferição, uma vez que, a entrevista foi realizada por dois entrevistadores diferentes. A investigação pode apresentar ainda viés de informação, pois as respostas foram obtidas pelo autorrelato do entrevistado e por se tratarem de informações íntimas da vida do participante pode levar a algum grau de desconforto e inibição.

Apesar das limitações, através da pesquisa foi possível traçar um perfil de determinado grupo de adolescentes que vivem na região Norte do país e suas características sociodemográficas, descrevendo claras situações de riscos para gestação entre adolescentes e suas consequências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accreditation Council on Graduate Medical Education, ACGME program reqquirements for graduate medical education in pediatrics. 2013. Disponível em: https://www.acgme.org/Specialties;Program-Requirement-and-FAQs-and-Application/pfcatid/16/Pediatrics. Acessado em 12 de Maio de 2020.

BERQUÓ E, CAVENAGUI S, **Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução do número médio de filhos por mulher no Brasil**; São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000100001. Acessado em 12 de Maio de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica** n. 26 Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.

CHANDRA-MOULI V, et al. **Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and Access.** Reprod Health;11(1):1; Uganda, 2014. Disponível em: https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-1. Acessado em 12 de Maio de 2020.

CHANDRA-MOULLI V, et al. **A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it.Rprod Health**;14(1):85. Uganda, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28728586/. Acessado em 12 de Maio de 2020.

CAMARANO A.A, **transição para a vida adulta ou vida adulta em transição,** Rio de Janeiro, IPEA, 2006.

CONDE-AGUDELO A, Belizan JM, Lammers c. **Maternal-perinatal morbidity and mortalitiy associated with adolescent pregnancy in Latin American: cross-sectional study**. Am J Obstet Gynecol;192(2):342-9. 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15695970/. Acessado em 12 de Maio de 2020.

COATES V., Sant'anna M.J.C., **Gravidez na adolescência**. In: Gejer D. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência; p. 71-84.São Paulo: Atheneu; 2001.

DARROCH J, et al. **Adding it up: costs and benefits of meeting contraceptive needs of adolescents.** Guttmacher Institute; Nova York, 2016. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf. Acessado em 12 de Maio de 2020.

DENNO DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. **Effective strategies to provid adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support.** J Adolescent Health;56 (Suppl 1): S22-41. Uganda, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528977/. Acessado em 12 de Maio de 2020.

GANCHIMEG T, et al. **Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study**. BJOG;121(Suppl 1):40-8. Nova

York, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641534/. Acessado em 12 de Maio de 2020.

GIRMA S, Paton D. **Is education the best contraception: the case of teenage pregnancy in England?** Soc Sci Med;131:1-9. Boston, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795361500132X. Acessado em 12 de maio de 2020.

GOLDENBERG P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública; 21: 1077-86, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400010. Acessado em 12 de Maio de 2020.

HAMILTON B.E, Ventura SJ. **As taxas de natalidade para adolescentes americanos atingem mínimos históricos para todas as faixas etária e etnias**, Atlanta, 2012.

HAWKINS JD, Brown EC, Oesterle S, et al. **Early effects of communities that care on tageret risks and initiation of delinquent behhavior and substance use.** J Adolesc Health;43:15-22. Boston, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18565433/. Acessado em 12 de Maio de 2020.

HUGHES K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. **The effect of multiple adverse chidhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis.** Lancet Public Health. 2(8):e356-248. Londres, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29253477/. Acessado em 15 de Maio de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE), 2019, **Dados do último censo: adolescentes**. Disponível em: https://ibge.gov.br. Acessado em 08 de maio 2020.

IMAMURA M, et al. **Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review.** Eur Pub Health. 2007;17(6):630-6. União Européia, 2007. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/17/6/630/472583. Acessado em 15 de Maio de 2020.

JENSSEN BP, Walley SC, **Section on Tabaco Control. E-cigarettes and similar devices**. *Pediatrics*.;143(2):e20183652. Nova York, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835247/. Acessado em 15 de Maio de 2020.

JOESEPHINE P, PREMRAJ C. **Adolescent sexual and reproductive health**. Global Journal for Research Analysis. 2016;5(5). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26433504/. Acessado em 15 de Maio de 2020.

KEARNEY M, Levine P. **Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter?** J Econ Perspect;2(2):141-63. Boston, 2012. Disponível em: https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.26.2.141. Acessado em 15 de Maio de 2020.

KIRBAS A, Gulerman HC, Daglar K. **Gravidez na adolescência; é um risco obstétrico?** Pediatric Adolesc Gynecol, 29 (04): 367-371, Atlanta, 2016.

KREUTER MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, et al. **Achieving cultural appropppiateness in health promotion programs: Targeret and tailored approaches.** Health Educ Behav ;30:133-46. EUA, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12693519/. Acessado em 15 de Maio de 2020.

KROEFF LR, Mengue SS, Schmdt MI, Duncan BB, et al. **Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras**. Rev. Saúde Pública 38:261-7, Brasília, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000200016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 15 de maio de 2020.

KOOPENSTEINER MF, Matheson J. **Acess to education and Teenage Pregnancy, CINCH Working Paper Series** 1604, Universitaet Duisburg-Essen, Competent in Competition and Health. Duisburg, 2016. Disponível em: https://econpapers.repec.org/paper/duhwpaper/1604.htm. Acessado em 15 de maio de 2020.

LAURA L, et al. **Realising the health and wellbeing of adolescents.** BMJ.351(Suppl 1):15-8. Nova York, 2015. Disponível em: https://www.bmj.com/content/351/bmj.h4119. Acessado em: 02 de maio de 2020.

LECLERC-MADLALA S. **Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability.** AIDS;22(Suppl 4): S17-25. Pretória, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19033752/. Acessado 02 de maio de 2020.

LINDERBERG L, Santelli J, Desai S. **Understanding the decline in adolescent fertility in the United States**, 2007-2012. J Adolescent Health;54:499-507. Boston, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27595471/. Acessado 02 de maio de 2020.

LIRA, J. B., DIMENSTEIN, M. **Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.1, pag. 37-45, jan/abr. 2004. Disponível em: ww.scielo.br/scielo.php?scriptsci_arttes&pid=S1413-73722004000100006&Ing=pt&nrm=isso. Acesso em 11 de maio de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), **A gravidez na adolescência no Brasil**, 2019. Disponível em: https://saude.gov.br. Acessado em 12 de maio 2020.

MILLERA C, Bensona B, Galbraith K. **Family relanshionships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis.** Dev Rev;21(1):1-38. Atlanta, 2001. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641534/. Acessado 02 de maio de 2020
Acessado 02 de maio de 2020.

MAHANGUZI FK, BENNETT J, MUHANGUZI HR. **The construction and mediation of sexuality and gender relations: experiences of girls and boys in secondary schools in Uganda**. Feminist Formations;23(3):135-52. Uganda, 2011. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/41301676?. Acessado em 02 de maio de 2020.

OLIVEIRA FCT, Surita FG, Pinto e Silva JL, et al; **Rede Brasileira de Vigilância de Grupo de Estudos sobre Morbidade Materna Grave. Morbidade materna grave nos extremos da idade reprodutiva: resultados de um estudo multicêntrico transversal nacional**. BMC Gravidez e Parto, 14: 77; Nova York 2014.

OMAR K, HASIM S, MUHAMMAD NA, JAFFAR A, HHASHIM SM, SIRAJ HH **Adolescent pregnancy outcomes and risks factors in Malaysia**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 111(3):220-23. Malásia, 2010. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729210003772. Acessado 02 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). O**s índices de gravidez na adolescência no mundo**, 2018. Disponível em: https://nacoesunidasorg. Acessado em 03 de maio 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), A **gravidez na adolescência**, 2018 Disponível em: https://nacoesunidasorg. Acessado em 03 de maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), **Folha de gravidez na adolescência**, 2018. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs364/en/. Acessado em 14 de abril 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS), **Global health estimates 2013 summary tables: DALYs, YLLs and YLDs by cause, age and sex by WHO regional group and World Bank income classification**, 2000-2012 (provisional estimates). Geneva, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO), **A gravidez na adolescência e a sociedade, 2017**. Disponível em: https://en.unesco.org. Acessado em 02 de maio 2020.

PHIPPS MG, Sowers M. **Defining early adolescent childbearing Am Pubblic Health**; 92: 125-8, 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447401/. Acessado em 03 de maio 2020.

RACHAKONDA L, RAWATE S, SHIRADKAR S. **Teenage pregnancy.** International Journal of Current Medicial and Applied Sciencies;4(2):2059-63, África do Sul, 2014. Disponível em: http://www.ijcmaas.com/images/archieve/IJCMAAS_OCT_2014_VOL04_ISS02_03.pdf. Acessado em 03 de maio de 2020.

ROMERO LM, Middleton D, Mueller T, et al. **Improving the implementation of evidence-based clinical practices in adolescent reproductive health care services.** J Adolesc Health;57:4-95. Nova York, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26381918/. Acessado em 03 de maio 2020.

SAITO M. I., **Atenção Integral á Saúde do Adolescente.** In Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3 ed. São Paulo, 2008.

SANTELLI JS, Linderberg LD, Finer LB, Singh S. **Explining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. Am J Public Health**;97:150-6. Nova York, 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17138906/. Acessado em 03 de maio 2020.

SEKEF G., **Outro bebê a caminho**. Veja, São Paulo, 2001.

SPIGARELLI MG. **Adolescent sexual orientation**. Adolesc Med State Art Ver; 18(3): 508-518; EUA, 2007.

SULEIMAN AB, Dahl RE. **Leveraging neuroscience to inform adolescent health: the need for na innovative transdisciplinary developmental science of adolescence**. J Adolesc Health.; 60 (3): 240-248. Nova York, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28235453/. Acessado em 03 de maio 2020.

SHLAFER R, Hergenroeder AC, Jean Emans S, et al. **Adolescence as a critical stage in the MCH Life Course Model:** commentary for the Leadership Education in Adolescent Health (LEAH) interdisciplinary training program projects. *Matern Child Health J.*2014;18(2): 462-466. EUA, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23435919/ Acessado em 03 de maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMNIDADE. Desafios do Ensino e da Aprendizagem da Atenção Primária á Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na Graduação e Pós-Graduação em Medicina. Relatório de Oficina. 45 Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Disponível em www.sbmfc.org.br. Uberlândia – MG, 20 de outubro de 2007.

TAKIUT, A.D., Um sonho: Programa de Saúde do Adolescente – Sentir, viver e agir. In: JESUS, N.F. DE; SOARES JUNIOR, J. M; MORAES, S.D.T. DE A. (Ed.). **Adolescência e Saúde 4 – construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos.** p. 290. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

THOMAS M.H., **Abstinence-based programs for prevention of adolescent pregnancies**. Journal of Adolescent Health; 26:55—17 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih..gov/10638713/. Acessado em 03 de maio 2020.

THOMAS D.V., Looney SW. **Effectiveness of a comprehensive psychoeducation intervention with pregnant and parenting adolescents: a pilot study**. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing; 17(2):66-77 2004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15366313/. Acessado em 03 de maio de 2020.

UNICEF. **Convenção sobre os direitos da criança, 2018.** Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.html. Acesso em: 17 jul. 2019.

UNESCO. **Early and unintended pregnancy & the education sector: Evidence review and recomendations.** Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; União Européia, 2017. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000251509. Acessado em 03 de maio 2020.

WANDERSMAN A, Florin P. **Community interventions and effective prevention**. Am Psychol;58:441-8. Washington, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971190/. Acessado em 03 de maio 2020.

YAKUBU I, SALISU WJ. **Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. Reprod Health.**15(1):15. Luanda, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29374479/. Acessado em 03 de maio 2020.

8. APÊNDICES

8.1.Questionário (instrumento de pesquisa)

Versão completa acessível no endereço: https://forms.gle/aWte3GLCckVuY2Su9

QUESTIONÁRIO - GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

NUM ID

Sua resposta

Untitled Title

DATA DA ENTREVISTA

DD MM AAAA

/ / 2020

DATA DE NASCIMENTO

DD MM AAAA

/ / 2020

8.2.Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Seu filho (a) ou responsável está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do projeto "PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE OS ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ/RO". Neste estudo pretendemos descrever os principais fatores de risco para gravidez entre os adolescentes no município, caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes, caracterizar o comportamento sexual dos adolescentes, determinar a prevalência de gestação em adolescentes (independentemente do desfecho: aborto ou parto) e propor medidas para promoção e proteção da saúde destes adolescentes, incluindo os resultados e experiências da comunidade.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de que a gravidez precoce tem um efeito profundo na trajetória de vida dos adolescentes, dificultando o desenvolvimento psicossocial, e repercutindo negativamente em suas oportunidades educativas e laborais, contribuindo por perpetuar os ciclos intergeracionais de pobreza e saúde precária.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: aplicação de questionário através da técnica de entrevista, para os adolescentes (10 a 19 anos) de ambos os sexos que já tiveram filhos e para os que ainda não tiveram. Este estudo apresenta risco mínimo, entre os riscos inerentes à aplicação do instrumento (questionário) temos: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas, desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento, alteração na autoestima provocada pela evocação de memórias e o medo da quebra do sigilo. Os benefícios incluem maios acesso á informação com a participação nas ações decorrentes do projeto e empoderamento.

Rúbrica responsável_____

Rúbrica menor_____

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outras será fornecida a você, terão todas as páginas rubricadas por você e por mim, onde constam os meus contatos e o do CEP, e você poderá entrar em contato a qualquer momento.

Pesquisador: Mariana Marques Barison
Rua Mato Grosso, 3006, Bairro Dom Bosco
Cep: 76.907-810
Email: dramarianabarison@gmail.com
Contato: (069) 34210729

Comitê de ética em Pesquisa (CEP)
Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos,
Sala 216-2C Bairro: Zona Rural, Porto Velho - RO
Cep: 76.801-059
Email: cep@unir.br
Contato: (069) 21822116

Eu_____,
portador do RG/CPF_____ na qualidade de responsável do menor _____, venho declarar que autorizo o mesmo a participar do projeto de pesquisa em Saúde do Adolescente da Unidade Básica de Saúde Dom Bosco, e responder o questionário sobre sua vida pessoal.

_____

Assinatura Responsável

_____

Assinatura Pesquisador

JI PARANÁ, ___DE _____DE_____

8.3.Termo de assentimento (TA)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do projeto "PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDEZ ENTRE OS ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ/RO". Neste estudo pretendemos descrever os principais fatores de risco para gravidez entre os adolescentes do município, caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes, caracterizar o comportamento sexual dos adolescentes, determinar a prevalência de gestação em adolescentes (independentemente do desfecho: aborto ou parto) e propor medidas para promoção e proteção da saúde destes adolescentes, incluindo os resultados e experiências da comunidade.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de que a gravidez precoce tem um efeito profundo a trajetória de vida dos adolescentes, dificultando o desenvolvimento psicossocial, e repercutindo negativamente em suas oportunidades educativas e laborais, contribuindo por perpetuar os ciclos intergeracionais de pobreza e saúde precária.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: aplicação de questionário através da técnica de entrevista para os adolescentes (10 a 19 anos) de ambos os sexos que já tiveram filhos e para os que ainda não tiveram.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Os questionários terão uma identificação numérica para proteger a identidade do entrevistado. As informações da ficha de pesquisa não irão para o prontuário do participante. Este estudo apresenta risco mínimo, entre os riscos inerentes á aplicação do instrumento (questionário) temos: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas, desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento, alteração na autoestima provocada pela evocação de memórias e o medo da quebra de sigilo.

Rúbrica menor_____

Rúbrica pesquisador_____

Os benefícios incluem maios acesso à informação com a participação nas ações decorrentes do projeto e empoderamento.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado se a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você, terão todas as páginas rubricadas por você e por mim, onde constam os meus contatos e o do CEP, e você poderá entrar em contato a qualquer momento.

Pesquisador: Mariana Marques Barison
Rua Mato Grosso, 3006, Bairro Dom Bosco
Cep: 76.907-810
Email: dramarianabarison@gmail.com
Contato: (069) 34210729

Comitê de ética em Pesquisa (CEP)
Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos,
sala 216-2C Bairro: Zona Rural, Porto Velho - RO
Cep: 76.801-059
Email: cep@unir.br
Contato: (069) 21822116

Eu_____ fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Rúbrica menor_____
Rúbrica pesquisador_____

_____

Assinatura do menor

_____

Assinatura do pesquisador

JI PARANÁ____DE____DE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMILIA

Thiago Lobianco Viana

Saúde Mental Na Atenção Primária: Análise Comparativa De Um Município Da Amazônia Ocidental A Partir De Dados Do Terceiro Ciclo Do PMAQ-AB

Porto Velho
2020

THIAGO LOBIANCO VIANA

Saúde Mental Na Atenção Primária: Análise Comparativa De Um Município Da Amazônia Ocidental A Partir De Dados Do Terceiro Ciclo Do PMAQ-AB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado a UNIR como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Porto Velho

2020

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

L797 Lobianco, Thiago.

Saúde Mental na Atenção Primária: análise comparativa de um município da Amazônia Ocidental a partir de dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB / Thiago Lobianco. -- Porto Velho, RO, 2021.

38 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Saúde mental . 2.Sofrimento psíquico . 3.Atenção primária à saúde . 4.Saúde da família . I. Pereira, Dhelio Batista. II. Título.

CDU 159.91(81)

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça CRB 11/905

THIAGO LOBIANCO VIANA

Saúde Mental Na Atenção Primária: Análise Comparativa De Um Município Da Amazônia Ocidental A Partir De Dados Do Terceiro Ciclo Do PMAQ-AB.

Dissertação aprovada em 30 de março de 2021 ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Mestrado profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família, apresentado em sua forma final.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Prof. Dr. Juan Miguel Vilalobos-Salcedo

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Prof. Dra. Priscila Perez da Silva Pereira

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Porto Velho

2021

RESUMO

O acesso e a qualidade do atendimento para o indivíduo com sofrimento psíquico tem sido assunto de grande debate desde o surgimento da Reforma Psiquiátrica, que derribou o modelo de hospitalocêntrico de assistência ao usuário com sofrimento psíquico (UcSP). A readequação do modelo assistencial demandou a necessidade de fortalecer a rede de atenção psicossocial e organização da atenção e cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Este trabalho é baseado na Avaliação Externa do terceiro ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado entre 2016 e 2017. Utilizando-se das variáveis do componente do Módulo II, seção 23, referentes ao cuidado ofertado para o indivíduo com sofrimento psíquico, o estudo descreve e compara os resultados das equipes do município de Vilhena-RO e as demais equipes do estado de Rondônia. O universo do estudo contemplou 309 equipes distribuídas em 51 cidades, configurando 81,7% do total das equipes existentes no ano de 2017. Os resultados demonstram que Vilhena possui uma cobertura de atendimento aos UcSP de 100% e o Estado de Rondônia de 89%. Para usuários de crack, álcool e outras droga, o relato de atendimento está presente em 95,8% e 82,2% das equipes de Vilhena e Rondônia, respectivamente. Sobre o registro dos UcSP, Vilhena apresenta 95,8%, e para os usuários de crack, álcool e outras drogas, 70,8%, enquanto Rondônia apresenta, respectivamente, 75,1% e 65,7%. No que tange a construção de estratégia específica para o cuidado dos UcSP, encontra-se que: - consulta específica com tempo maior, em 95,8% em Vilhena e 75,1% em Rondônia; - registro da história de vida, em 70,8% em Vilhena e em 65,7% em Rondônia. Os indicadores de serviço e atividade indicam que Vilhena está acima da média do Estado na oferta de assistência a UcSP. Contudo, evidencia-se que o cuidado em saúde mental ainda se encontra fragilizado, com grandes desigualdades em sua operacionalização, negligenciando estratégias de cuidado integral e interdisciplinar. Recomenda-se maior fortalecimento nas ações de promoção e prevenção para os indivíduos que se encontram em vulnerabilidade e já sofrem com desordens psíquicas.

Palavras-chave: saúde mental, sofrimento psíquico, atenção primária à saúde, saúde da família.

ABSTRACT

Access and quality of care for individuals with psychological distress has been a subject of great debate since the emergence of the Psychiatric Reform, which overthrew the hospital-centered model of assistance to users with psychological distress (UcSP). The readjustment of the care model demanded the need to strengthen the psychosocial care network and the organization of mental health care and care in Primary Care. This work is based on the External Evaluation of the third cycle of the Quality and Access Improvement Program in Primary Care (PMAQ-AB) carried out between 2016 and 2017. Using the variables of the component of Module II, section 23, referring to care offered to the individual with psychological distress, the study describes and compares the results of the teams in the municipality of Vilhena-RO and the other teams in the state of Rondônia. The study universe included 309 teams distributed in 51 cities, making up 81.7% of the total of existing teams in the year 2017. The results show that Vilhena has a coverage coverage of 100% for UcSP and the State of Rondônia of 89% . For users of crack, alcohol and other drugs, the service report is present in 95.8% and 82.2% of the teams in Vilhena and Rondônia, respectively. Regarding the registration of UcSP, Vilhena presents 95.8%, and for users of crack, alcohol and other drugs, 70.8%, while Rondônia presents, respectively, 75.1% and 65.7%. Regarding the construction of a specific strategy for the care of UcSP, it is found that: - specific consultation with a longer time, in 95.8% in Vilhena and 75.1% in Rondônia; - life history record, 70.8% in Vilhena and 65.7% in Rondônia. The service and activity indicators indicate that Vilhena is above the State average in offering assistance to UcSP. However, it is evident that mental health care is still fragile, with great inequalities in its operation, neglecting comprehensive and interdisciplinary care strategies. Further strengthening of promotion and prevention actions is recommended for individuals who are vulnerable and already suffer from psychic disorders care strategies, recommending greater strengthening in the promotion and prevention actions for individuals who are in vulnerability and already suffer from psychic disorders.

Keywords: mental health, psychic suffering, primary health care, family health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação na realização ou não de consultas para usuários com sofrimento psíquico em Vilhena demais equipes de RO – PMAQ-AB, 3° ciclo 25

Tabela 2 - Comparação se há ou não registro das pessoas com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO - PMAQ-AB 3° ciclo.....25

Tabela 3 - Comparação de estratégia específica para o cuidado dos usuários com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO PMAQ-AB 3° ciclo 26

Tabela 4 - Comparação entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO que possuem registros de usuários com quadro de maior gravidade e necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção - PMAQ-AB, 3° ciclo 27

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EqAB	Equipe de Atenção Básica
eAB/SB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEP	Instituição de Ensino e Pesquisa
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PIB	Produto Interno Bruto
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASP	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIR	Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 10
2. OBJETIVOS 12
2.1. Objetivo Geral 12
2.2. Objetivos Específicos 12
3. JUSTIFICATIVA 13
4. REFERENCIAL TEÓRICO 13
4.1. Histórico 13
4.2. Atenção Básica 15
4.3. Rede de Atenção a Saúde Mental 16
4.4. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 17
5. MÉTODO 20
5.1. Delineamento do Estudo 20
5.2. Local da Pesquisa 20
5.3. População / Amostra 22
5.4. Critérios de Inclusão 22
5.5. Critérios de Exclusão 22
5.7. Variáveis de Análise 23
5.8. Análise de Dados 24
5.9. Aspectos Éticos 25
6. RESULTADO 25
7. DISCUSSÃO 28
8. CONCLUSÃO 31
REFERÊNCIAS 333

1. INTRODUÇÃO

Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e perfil resolutivo é um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica (AB). Estabelecer mecanismos que garantam acessibilidade e acolhimento presume que a unidade de saúde deva proporcionar espaço de escuta para todas as pessoas que a procurem (COSTA et al., 2012).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estruturar-se de forma a assumir sua função principal de acolher, escutar e ofertar cuidado. A capacidade de acolher, vincular, corresponsabilizar e ser resolutiva são fundamentais para a concretização da AB como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (COSTA et al., 2012).

Incorporar o cuidado em saúde mental no âmbito das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio desde o início das discussões sobre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira.

Dentre as diversas denominações que classificam as alterações na saúde mental temos os transtornos mentais que é descrito como uma alteração do padrão ideal de funcionamento da função psíquica, afetando o pensamento, sentimento, percepções, sensações e o modo de se relacionar com o mundo, já sofrimento mental ou psíquico está relacionado as sensações como ansiedade, tristeza e somatizações (TOLEDO, 2011).

O processo de sofrimento psíquico quando analisado da ótica do acesso e qualidade de atendimento aos indivíduos leva ao debate e à busca pela compreensão do cenário, intensificados após a instituição da reforma psiquiátrica (MARTINS RV et al., 2012).

Durante muitos anos, a pessoa com sofrimento mental era vista como alguém sem possibilidade de discernir, sendo considerada uma constante ameaça à sociedade. Com o tempo, esse sentimento pode ter contribuído para o processo de exclusão ou marginalidade da pessoa. Validou-se, dessa maneira, a concepção da inevitabilidade do isolamento como forma de tratamento (MARTINS RV et al., 2012).

Durante o século XX, a administração de psicofármacos e realização de experiências terapêuticas inadequadas, com grande capacidade de causar maior sofrimento, foi usada como meios de tratamento à pessoa em sofrimento mental. No entanto, a institucionalização e o modelo hospitalocêntrico de cuidado fortaleram desrespeito a autonomia e a cidadania das pessoas em sofrimento (ZURITA, 2013).

As mudanças determinadas pela Reforma Psiquiátrica na esfera de cuidado, deixando o foco hospitalar centrado no modelo biomédico, para o cuidado fundamentado na atenção psicossocial prestado ao usuário no território impõe que a Atenção Primária à Saúde (APS)

esteja apta a garantir o acesso e o cuidado ao portador de sofrimento psíquico (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Ofertar cuidado em saúde mental na APS é sustentar o princípio da integralidade, diretriz que rege tanto a APS quanto o Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, é importante destacar que a APS tem papel fundamental na coordenação das redes, devendo assegurar ao usuário o acesso de acordo com as suas necessidades (GIOVANELA, 2009). Conforme discutido por Barros e Dimenstein et al. (2010), essa incorporação auxiliaria o direcionamento dos fluxos da rede e incentivaria uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e AB.

Com objetivo de possibilitar tal articulação, Campos GWS (1999) sugere uma metodologia de trabalho em saúde denominada Apoio Matricial, que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada, tanto em nível técnico-pedagógico quanto em nível assistencial, às equipes e profissionais de saúde, com a finalidade de ampliação e qualificação de suas ações. Além das atividades de apoio, também é proposta a construção de laços de cogestão no trabalho, ou seja, diálogos com base no compartilhamento de saberes e de poder (OLIVEIRA & CAMPOS, 2015).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi estabelecido em 2011 com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da APS e ampliar seu acesso. O PMAQ-AB está em seu terceiro ciclo, a avaliação externa do Programa foi realizada entre os anos de 2016 e 2017, o cuidado em saúde mental integra a avaliação das equipes de atenção básica (EqAB), expresso em uma parte do questionário da avaliação externa (BRASIL, 2011). A avaliação dos itens referentes à saúde mental permite classificar as EqAB quanto ao nível de cuidado que oferecem.

Diante disso, aplica-se ao modelo de atenção psicossocial, em novas tecnologias em saúde, principalmente nas chamadas tecnologias leves, evidenciando resultados positivos, aumento das relações interpessoais, sendo elas mais dialógicas e sensíveis, abrindo uma possibilidade de interagir com as diferenças na sociedade (NUNES, 2007). Em consequência, estimula-se o sujeito a desenvolver sua autonomia, corresponsabilizando-o em seu tratamento, gerando um movimento de ressocialização.

Em consonância a esses preceitos, pode-se destacar três dos principais objetivos específicos do PMAQ-AB, sendo eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017):

1 – Utilização de estratégias para facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela AB, ampliando o impacto da mesma sobre as condições de saúde da população;

2 – Oferecer padrões de boas práticas e organização das UBS que direcionem a melhoria da qualidade da AB;

3 – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

Diante disso, este estudo visa contribuir com o tema de três maneiras:

1 - Analisar e identificar pontos positivos e negativos referentes a qualidade do acesso ao cuidado pelo indivíduo psiquicamente adoecido no município de Vilhena em comparação aos dados obtidos para o estado de Rondônia.

2 - Orientar, através de referencial teórico, estratégias competentes à gestão e coordenação do cuidado para ampliar acesso, garantindo longitudinalidade e continuidade do cuidado ao usuário com sofrimento psíquico.

3 - Apontar fragilidades presentes no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, referente ao cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico, como falta de questões que permitam avaliação continuada do cuidado.

Diante disso, o presente trabalho analisou os itens realizados na etapa de avaliação externa no terceiro ciclo do PMAQ-AB, fazendo estudo comparativo das variáveis componentes do Módulo II, seção 23, referentes ao cuidado ofertado para o indivíduo com sofrimento psíquico entre as Equipes de Atenção Básica (EqAB) do município de Vilhena-RO e as demais equipes do estado de Rondônia.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo Geral

Analisar o desempenho obtido pelas equipes da Atenção Primária à Saúde de Rondônia, utilizando os resultados do PMAQ-AB, em seu terceiro ciclo, no Módulo II - Atenção ao Usuário com Sofrimento Psíquico.

2.2.Objetivos Específicos

- Analisar a qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de Atenção Primária ao indivíduo com adoecimento psíquico no estado de Rondônia.
- Realizar análise comparativa do desempenho obtido entre as equipes de saúde participantes no município de Vilhena em relação às demais equipes de Rondônia.

3. JUSTIFICATIVA

O bem-estar mental do indivíduo é considerado como um dos parâmetros para definir o que é saúde. Desordens psiquiátricas estão em voga atualmente devido aos crescentes índices de sofrimento psíquico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, mais de 300 milhões de pessoas no mundo sofriam de depressão. Na América Latina, o Brasil é considerado o país com maior prevalência desses transtornos mentais. Globalmente, a depressão é a principal causa de incapacidade (WHO, 2017).

Além disso, no Brasil, a Atenção Psicossocial vivencia uma crise sem precedentes na história da Reforma Psiquiátrica. Por mais de 30 anos, o modelo de Atenção à Saúde Mental baseado na liberdade, respeito e autonomia de usuários com transtornos mentais progrediu lentamente, mas nunca parou. Ao longo dos anos, com base em redes de serviços de base comunitária, esses princípios se fortaleceram. No entanto, pela primeira vez desde 2016, vimos acelerar um movimento de retrocesso, através de mudanças governamentais propostas às Políticas Nacionais de Saúde Mental.

A oferta de atendimento a essa população é de suma importância e o Sistema Único de Saúde possui significativo papel para o fornecimento de atendimento, resolutividade, integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Diante disso, o papel da estratégia da saúde da família, dentro da Atenção Básica, é importante devido a articulação com a Rede de Atenção à Saúde Mental. Um ponto importante para o desempenho de tais programas é a qualidade de acesso e atenção dada aos pacientes. Assim, conhecer o desempenho das equipes da Atenção Primária à Saúde dentro do município de Vilhena e demais equipes de Rondônia, permite a compreensão do cenário de trabalho, qualidade da assistência e abrangência do cuidado ofertado a população.

Portanto, com base nos resultados da análise, será possível refletir sobre a situação da assistência a esses usuários no estado de Rondônia, além de comparar o desempenho obtido pelas diversas equipes analisadas. Por fim, compartilhar cientificamente esses dados com a comunidade, para gerar hipóteses que justifiquem as diferenças entre resultados e embasar possíveis planos de melhoria.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1.HISTÓRICO

O contexto de saúde no mundo passou por diversas modificações ao longo da história.

Na década de 1970, questões relativas à saúde foram amplamente debatidas, principalmente o papel da APS, em um cenário multidisciplinar. Os eventos culminaram na elaboração de documentos como a Declaração de Alma Ata, em 1978, e a Carta de Ottawa, em 1986, os quais propunham novas diretrizes para a área da saúde, considerando os determinantes sociais da saúde e enfatizando o processo saúde/doença (RANDEMARK, 2009; WHO, 1978; 1986).

Como resultado, APS ocupou lugar de destaque, sendo considerada como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, bem como responsável pela abordagem não mais meramente assistencial, mas, sobretudo, com ações que visam a integração entre o tratamento, a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde (CAMPOS RO et al., 2011). O cuidado ofertado nesse nível de atenção tem como foco o desenvolvimento de instrumentos e conhecimentos compartilhados entre os profissionais e a comunidade (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Nas últimas décadas do século XX, o sistema de saúde brasileiro enfrentou profundas mudanças, sendo estas motivadas por mudanças econômicas, políticas e sociais que ocorreram ao longo deste século. Até o final da década de oitenta, os serviços de atenção à saúde no Brasil estavam estruturados em dois modelos (BRASIL, 2006; COHN, 2009).

O primeiro configurava-se como um modelo de seguro social previdenciário, no qual participavam apenas grupos ocupacionais afiliados a certas categorias trabalhistas autorizadas a possuir seguro. O segundo baseava-se em um modelo assistencial para a população que não possuía vínculos trabalhistas formais, inspirado em uma perspectiva filantrópica e em medidas compensatórias. Diante disso, os direitos sociais estavam subordinados à inserção do indivíduo na esfera trabalhista. Predominava até então um modelo de saúde baseado na assistência médica curativa e individual, pelo entendimento da saúde como ausência de doença (BRASIL, 2006; COHN, 2009).

Entretanto, ao decorrer dos anos 70, iniciou-se o esgotamento desse modelo de saúde, passando a ser questionado. Neste sentido, surge o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, movimento que envolveu estudantes, profissionais de saúde, residentes e professores universitários, que almejava a transformação do contexto de saúde no Brasil, com a finalidade de melhorar as condições de saúde da população, fomentando uma nova forma de pensar e de atuar no âmbito da saúde (ESCOREL, 2008).

A reforma sanitária permitiu uma nova abertura política, reavivando os preceitos democráticos que influenciaram a instituir um novo modelo de atenção à saúde pautado na defesa da saúde para todos e dever do Estado (FONTES et al., 2020).

Concomitante à Reforma Sanitária e suas conquistas no âmbito dos serviços de saúde

nacionais, surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica, processo que surge no contexto das lutas pela redemocratização do país, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, o qual se torna posteriormente ator social fundamental pelas reformas na área da saúde mental (VASCONCELOS, 2009).

Essa proposta quebra o ciclo das raízes psiquiátricas brasileiras atrelada ao processo colonizador, em que as primeiras intervenções feitas pela figura do Estado em relação ao que se considerava loucura são datadas da primeira metade do século XIX devido a vinda da família real portuguesa (YASUI & BARZAGHI, 2018).

O processo político e social, a Reforma Psiquiátrica brasileira teve início a partir da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e da eclosão dos esforços dos movimentos que lutavam pelos direitos e pela cidadania dos pacientes psiquiátricos (VASCONCELOS, 2009).

4.2.ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no contexto individual e coletivo, que engloba a promoção, proteção e a recuperação da saúde, com o intuito de promover uma atenção integral que impacte na situação de saúde e garanta autonomia aos usuários, fortalecendo determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Desenvolve-se com alto grau de descentralização, mantendo-se próxima da dinâmica de vida das pessoas. É operacionalizada por meio da execução de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob o contexto de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios definidos, assumindo por elas a responsabilidade sanitária, considerando as diversas dinâmicas existentes no território onde vivem essas populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Além disso, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde presentes em seu território, avaliando critérios de risco, vulnerabilidade e a competência ética de que todas essas necessidades ou sofrimento devem ser acolhidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Atenção Básica é o primeiro contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde. É direcionada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume características e funções específicas. Trata o sujeito em sua singularidade e considera seu contexto sociocultural, buscando produzir uma atenção integral, através da

promoção de sua saúde, da prevenção, diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da limitação de danos ou sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ressalta-se ainda a que a atenção básica ao promover maior acesso aos serviços de saúde pode contribuir para atenuar as dificuldades sociais, aumentar a qualidade do atendimento e reduzir os cuidados especializados, bem como focar precocemente nos problemas de saúde e na prevenção e promoção da saúde (SOARES & RAMOS, 2020).

4.3.REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica, segundo o relatório da IV Conferência de Saúde Mental e Intersetorial, realizada em Brasília no ano de 2010, preza pela desinstitucionalização, inclusão social e assistência de atenção psicossocial, substituição dos hospitais psiquiátricos com reformas centradas no sujeito, na singularidade e na capacidade dos mesmos de protagonizar seus modos de fazer e andar na vida (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à saúde mental articulada com a Atenção Básica, configura-se como a porta de entrada, recepção e fonte primeira de escuta à saúde mental. É responsável pela promoção da saúde a partir de uma proposta de produção de cuidados mais próximos das necessidades reais da comunidade, sendo capaz de orientar novos modos de cuidado (BARONI et al, 2009; DIMENSTEIN et al, 2005), sendo primordial para a produção de um cuidado integral e de maior qualidade aos indivíduos em sofrimento mental (DIMENSTEIN et al, 2005).

A resolutividade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, é definida como a exigência de que, quando um indivíduo buscar por atendimento, ou surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até seu nível de competência, conforme a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (ROSA et al, 2011).

Esta é uma referência para avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos com o atendimento aos usuários do local, porém não é um termo absoluto, uma vez que incorpora aspectos particulares de cada local (ROSA et al, 2011). Resolutividade pode ser compreendida, portanto, como uma resposta satisfatória do serviço à pessoa que busca atendimento para sua saúde. Essa resposta não se restringe exclusivamente a cura de doenças, mas ao alívio ou redução do sofrimento, à promoção e à manutenção da saúde.

Na área da saúde mental, a avaliação da resolutividade de um serviço está associada à mensuração de resultados referentes ao conjunto de ações que este oferece. Envolve o

conhecimento dos profissionais sobre variáveis como condições sociais, clínicas, severidades dos sintomas, assim como condições de trabalho e moradia dos usuários (AMARAL & MOREIRA, 2016). Trata-se da capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, garantindo acesso aos serviços e atenção das necessidades de forma integral (BULGARELI et al, 2018).

Assim, a resolutividade envolve aspectos como: acolhimento da demanda; satisfação da pessoa em relação às suas necessidades e às tecnologias oferecidas pelo serviço para atender a complexidade do nível de atenção. Também pressupõe que os serviços devem apresentar referências especializadas, garantia de acessibilidade e disponibilidade de profissionais qualificados para acolher os usuários na adesão e continuidade do tratamento. Os aspectos culturais e socioeconômicos, do mesmo modo, precisam ser levados em conta para o alcance da resolutividade quando estes aceitam ou rejeitam a patologia, incluindo as condições financeiras para subsidiar o tratamento, conforme a necessidade (SANTOS & PENNA, 2015).

4.4. PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Compreender acerca da satisfação dos usuários do sistema de saúde é relevante para gestão do sistema, visto que, é por meio desse indicador que as decisões sobre as estratégias operacionais podem contribuir para melhoria na qualidade dos serviços prestados (MARTINS AFV et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde indica que os serviços de saúde passem por uma avaliação periódica com o intuito de manter o objetivo e finalidade do processo de trabalho, quando analisado do ponto de vista da saúde mental, ressalta-se a importância para a ênfase na prática colaborativa evitando o retorno ao modelo manicomial (FIDELIS et al., 2020).

A qualidade do serviço em saúde depende da integração da responsabilidade do profissional, experiência, compromisso com a organização, com o usuário e com as atividades desenvolvidas (MARTINS AFV et al., 2014). Além disso, um dos indicadores de satisfação pode ser avaliado com base na visão do usuário e dentro do programa de saúde mental, soma-se a capacidade de adesão a terapêutica, continuidade ao tratamento e a presença ao longo de todo o tratamento (SILVA et al., 2018; VIEIRA et al., 2021).

O processo de avaliação da atenção em saúde é um dos principais mecanismos para compreensão da oferta de atendimento, os resultados de análises podem basear as decisões de intervenções pelos gestores para melhoria do sistema (STEIN, 2013).

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços.

Vuori (1982) afirma que historicamente, desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do início da década dos anos 80.

Para Ranci Ortigosa (2000), a qualidade acarreta na presença de culturas, competências e métodos de avaliação que vêm se desenvolvendo nos últimos 40 anos, quando foi reconhecida a centralidade do cidadão e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde.

A avaliação é a parte mais problemática da pesquisa social, pois não pretende somente compreender a ação social, mas visa, também, expressar um juízo. Neste sentido, Aguilar e Ander-Egg (1995) salientam que os juízos devem apoiar-se em dados e informações pertinentes.

Discussões atuais fomentam a reflexão sobre a necessidade da reorganização dos serviços de saúde do Brasil. O tema da qualidade e acesso dos serviços, em seus termos mais amplos, ganha relevância. Ao mesmo tempo, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde.

A avaliação em saúde pode ser classificada em duas categorias: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa baseia-se em critérios e normas, fazendo comparação da estrutura utilizada, processos desenvolvidos e recursos alcançados. A pesquisa avaliativa fundamenta-se em métodos científicos para avaliar os resultados de uma intervenção, norteando-se por critérios de pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimentos da intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A partir da concepção de atributos da APS apresentada por Starfield (2002) muitas avaliações têm sido estruturadas com o objetivo de medir a qualidade dos serviços de APS.

Nessa perspectiva de avaliação e no contexto de melhoria dos serviços de saúde, além da criação de estratégias para atenuar desigualdades no acesso, surgem no Brasil algumas iniciativas de institucionalizar o processo avaliativo. Dentre elas inclui-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (MALACARNE et al., 2016).

O objetivo do programa é incentivar melhorias na qualidade, ampliando o acesso da atenção básica, no intento de aumentar a transparência e eficácia das ações que são propostas

para este nível de atenção, bem como assegurar um padrão de qualidade que possa ser comparável em nível nacional, regional e local (BRASIL, 2015).

Conforme Pinto, Sousa e Ferla (2014), o PMAQ pode ser compreendido sob vários aspectos, tais como instrumento de avaliação e acompanhamento das ações da atenção básica; dispositivo capaz de induzir mudanças tanto qualitativas quanto quantitativas das práticas dos serviços; além de estratégia de enfrentamento dos determinantes e condicionantes da atenção básica, no sentido de aprimorar a qualidade da atenção e aproximá-lá do pactuado. O Programa foi instituído pela Portaria no 1654, de 19 de julho de 2011. Esta portaria foi revogada em outubro de 2015, passando a vigorar a Portaria GM no 1645 de 2 de outubro de 2015.

Suas principais características são: estabelecer parâmetros de comparação entre as equipes participantes; incentivar gestores e equipes de saúde a buscar melhoras constantes, instituindo pagamentos por cumprimento de metas; caráter voluntário para a adesão. (BRASIL, 2011a).

O processo de avaliação está subdividido em três fases:

- Fase 1 – Adesão e contratualização:

Consiste em na adesão voluntária da gestão municipal com a contratualização de indicadores para as equipes de atenção básica. É realizada pelas equipes que entraram no programa pela primeira vez a cada ciclo.

- Fase 2 – Certificação:

Compreende a avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica realizada in loco por entrevistadores representantes de instuições de ensino e/ou pesquisa. Verificação da autoavaliação realizada pelos profissionais das equipes. A certificação contempla a classificação das equipes, havendo as seguintes gradações: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim.

- Fase 3 – Recontratualização:

Caracteriza-se pela formação de novos padrões empregados por todos os agentes envolvidos e indicadores conforme os resultados obtidos na certificação.

A avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da Atenção Básica é componente da segunda fase, tendo sido realizada entre 2016 e 2017, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com renomadas Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) com reconhecida experiência em pesquisas de avaliação e na organização e aplicação dos trabalhos de campo. As equipes de Avaliação Externa foram compostas por coordenadores de campo, supervisores e orientadores, sendo responsabilidade dessas Instituições selecionar e

capacitar essas equipes. Em Rondônia, a Universidade Federal (UNIR) foi a responsável pela seleção, capacitação e coleta dos dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A etapa de avaliação externa caracteriza-se pelo levantamento de informações com base em instrumentos formulados pelo DAB em conjunto com as IEP e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A realização da avaliação é financiada pelo Ministério da Saúde, que arca com o custo do trabalho de campo.

Nesta fase, os entrevistadores realizaram a verificação in loco, conforme itinerário planejado pelas IEP e após contato com a gestão municipal. São avaliados padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão através da aplicação de questionários específicos a enfermeiros ou médicos, componentes das equipes, além de verificação de documentos comprobatórios.

5. MÉTODO

5.1.DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional descritivo, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, com análise comparativa de variáveis, realizada por meio de pesquisa documental no banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – terceiro ciclo. Os dados foram acessados a partir das bases nacionais, disponíveis no sítio: http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/.

O presente estudo foi realizado com base em dados coletados in loco pela equipe de pesquisadores responsáveis pela aplicação dos instrumentos da Avaliação Externa, selecionados pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e respondidas por profissionais componentes das equipes de saúde, sendo médico ou enfermeiro. Além do questionário, a equipe de entrevistadores realizou a verificação de documentação comprobatória das ações. Foram avaliados padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão.

5.2. LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi conduzida no município de Vilhena, localizado na região Norte do Brasil. O município é conhecido como Portal da Amazônia, por estar situado na entrada da região amazônica ocidental, além disso é conhecido como cidade clima da Amazônia, por ter uma temperatura média menor que outras cidades da região norte.

Vilhena está localizada na porção sul-leste do estado, na microrregião de Vilhena e na mesorregião do Leste Rondoniense, numa área de baixo planalto, com uma pequena inclinação em direção aos cursos d'água. Localiza-se a uma latitude 12º44'26" sul e a uma longitude 60º08'45" oeste, estando a uma altitude de 612 metros. Possui uma área de 11.519 km² representando 4,8% do estado, seu território tem como limite territorial as cidades de: Espigão d'Oeste-RO, ao noroeste, Chupinguaia-RO e Pimenta Bueno-RO, ao oeste, Colorado do Oeste-RO, ao sul e Comodoro-MT, ao sudeste.

Sua população está estimada em 97.448 pessoas, segundo dados de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo o quarto município mais populoso de Rondônia. Com o segundo melhor IDH de Rondônia, a cidade encontra-se em constante expansão nos setores da indústria, comércio e serviços, além de constituir um forte polo agrícola na região.

A cidade vem se tornando um grande polo educacional, atraindo diversos estudantes de uma macrorregião que abrange a região sul de Rondônia e norte do Mato Grosso. As principais atividades econômicas são a agricultura, pecuária, comércio e prestação de serviços. O salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos em 2017. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 22.9%.

Comparando-se com os outros municípios do estado, ocupava as posições 3 de 52 e 4 de 52, respectivamente. Em 2010, a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos era de 6,1%, sendo a taxa de escolarização de 6 a 14 anos representada por 97,8%, o que garantia 12ª posição entre os 52 municípios do estado. O PIB per capta, em 2017, era de R$ 26.723,64, garantindo-lhe a 8ª posição no ranking estadual.

O estado de Rondônia está situado na região Norte do país, com 52 municípios e 1.805.788 habitantes (estimativa para 2020, segundo IBGE). Apresentava um total de 368 Equipes de Saúde da Família, representando uma cobertura estimada em 67% de todo o estado, em 2016.

O Estado de Rondônia está dividido sete regiões de saúde:

1. Madeira Mamoré: Porto Velho (sede), Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Guajará-Mirim e Nova Mamoré;
2. Vale do Jamari: Ariquemes (sede), Cacaulândia, Machadinho do Oeste, Alto Paraíso, Campo Novo de Rondônia, Buritis, Monte Negro, Cujubim e Rio Crespo;
3. Região Central: Ji-Paraná (sede), e os municípios de Alvorada do Oeste, Governador Jorge Teixeira, Jaru, Theobroma, Teixeirópolis, Urupá, Mirante da Serra, Ouro Preto do Oeste, Presidente Médici, Vale do Anari, Vale do Paraíso e São Miguel do Guaporé;

4. Zona da Mata Rolim de Moura (sede), Alta Floresta do Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Castanheiras, Novo Horizonte, Nova Brasilândia do Oeste, Santa Luzia do Oeste e Parecis;
5. Zona do Café: Cacoal (sede), Espigão do Oeste, Pimenta Bueno, Ministro Andreazza, São Felipe do Oeste e Primavera de Rondônia;
6. Cone Sul: Vilhena (sede), Cabixi, Cerejeiras, Chupinguaia, Corumbiara, Colorado do Oeste e Pimenteiras do Oeste;
7. Vale do Guaporé: São Francisco do Guaporé (sede), Costa Marques e Seringueiras.

5.3.POPULAÇÃO / AMOSTRA

Rondônia continha um total de 368 Equipes de Saúde da Família no ano de 2016. A população do estudo é composta por 309 Equipes de Atenção Básica (eAB) e Atenção Básica com Equipes de Saúde Bucal (eAB/SB) participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, distribuídas em 51 municípios do estado de Rondônia, configurando um percentual de 83,96% de participação. Vilhena registrou 72,72% de participação (n=24) das equipes de saúde do município.

5.4.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo:

1. Equipes de Atenção Básica participantes e certificadas pelo PMAQ-AB – terceiro ciclo;
2. Avaliação externa aplicada na própria UBS;
3. Equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica tradicional;
4. Equipes de Atenção Básica com profissionais de nível superior que estavam presente no período da coleta.

As equipes certificadas foram comprovadas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 874, publicada em 10 de maio de 2019. No Brasil, um total de 42.975 equipes em 5.324 municípios aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB.

5.5.CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de exclusão do estudo:

1. Equipes consideradas como desclassificadas ou insatisfatórias no processo de certificação. Incluem-se como desclassificadas as equipes que se recusarem a realizar a

Avaliação Externa ou não possuírem o perfil de profissional previsto no ato da entrevista. As equipes consideradas como insatisfatórias correspondem àquelas que não alimentaram o Sistema de Informação da Atenção Básica.

2. Equipes de saúde para situações especiais, como as equipes do consultório na rua, sistema penitenciário e indígenas.

5.6.COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental no banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – terceiro ciclo, por meio do dispositivo de Avaliação Externa.

O instrumento de avaliação externa é composto por seis Módulos (I, II, III, IV, V e VI). Para este estudo foram considerados dados do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, grupo 23 (Atenção ao Usuário com Sofrimento Psíquico), que registra informações sobre processos de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários com transtornos de ordem psíquica.

Os dados foram acessados a partir das bases nacionais, disponíveis no sítio: http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/.

5.7.VARIÁVEIS DE ANÁLISE

As variáveis analisadas foram obtidas através do instrumento de avaliação externa, que é composto por seis Módulos (I, II, III, IV, V e VI). Para este estudo foram considerados dados do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, grupo 23 (Atenção ao Usuário com Sofrimento Psíquico), que registra informações sobre processos de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários com transtornos de ordem psíquica. As variáveis são agrupadas da seguinte maneira:

Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde.

II.23 - Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico:

II.23.1 - A equipe realiza consulta para:

- Usuários em sofrimento psíquico;
- Usuários de crack, álcool e outras drogas;

- Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor;
- Não realiza esse tipo de consulta.

II.23.2 - A equipe possui registro dos usuários do território:

- Usuários em sofrimento psíquico;
- Usuários de crack, álcool e outras drogas;
- Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor;
- Não realiza registro desses usuários.

II.23.2/1 Existe documento que comprove?

- Sim;
- Não.

II.23.3 - A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?

- Consulta específica com tempo maior;
- Registro da história de vida;
- Oferta de algum tipo de atendimento em grupo;
- Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial);
- Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos;

II.23.4 – A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:

- Usuário em sofrimento psíquico;
- Usuário de crack, álcool e outras drogas;
- Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor;
- Não realiza registro desses usuários.

II.23.4/1 Existe documento que comprove?

- Sim;
- Não.

5.8.ANÁLISE DE DADOS

Os dados utilizados foram inicialmente organizados no programa Excel para Windows e posteriormente analisados no programa estatístico Epiinfo7 (CDC, 2020). Foram realizadas

análises de tendência central, proporções e médias. Algumas comparações entre variáveis foram feitas, usando-se o Teste Exato de Fischer, com valor de significância de 5%, ou seja, valor – p < 0,05.

5.9.ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de conclusão de mestrado foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 do CNS.

A avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa não se fez necessária, visto que a busca foi realizada por meio de fonte de dados pública.

6. RESULTADO

Foi realizado estudo comparativo entre as informações produzidas pelas equipes de saúde de Vilhena em relação as demais equipes do estado de Rondônia. Participaram 309 equipes distribuídas em 51 cidades, configurando 100% do total das equipes existentes no ano de 2017. Vilhena registrou um total de 24 equipes.

Foram definidos como variáveis, usuários com sofrimento psíquico, dependentes de drogas lícitas e ilícitas e usuários em uso crônico de medicações de espectro psiquiátrico. Conforme mostra a tabela 1, verificou-se que Vilhena registra maior cobertura e acesso ao atendimento para todos esses usuários em relação à média estadual. Todas as equipes em Vilhena afirmaram realizar esse tipo de consulta, enquanto há registro de equipes no estado que não oferecem acesso a esses usuários.

Tabela 1 - Comparação na realização ou não de consultas para usuários com sofrimento psíquico em Vilhena demais equipes de RO - PMAQ-AB, 3° ciclo

Grupo	Variável	Resposta	Vilhena		Rondônia		
			N	%	N	%	p-valor
A equipe realiza consulta para:	Usuários em sofrimento psíquico	Sim	24	100%	275	89%	0,1518
		Não	0	0	34	11%	
	Usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim	23	95,8%	254	82,2%	0,1466
		Não	1	4,2%	55	17,8%	
	Usuários em uso crônico de psicotrópicos	Sim	24	100%	272	88%	0,0904
		Não	0	0	37	12%	
		Sim	0	0	25	8,1%	0,2368

	Não realiza esse tipo de consulta	Não	24	100%	284	91,9%

Fonte: VIANA TL, 2021.

Quase a totalidade das equipes em Vilhena possuem registros dos usuários citados. Em Rondônia, apesar da maior parte das equipes também realizarem e possuírem registros dessa amostra, o percentual das que não possuem é cerca de cinco vezes maior se comparado às equipes de mesma situação em Vilhena (tabela 2).

Tabela 2 - Comparação se há ou não registro das pessoas com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO - PMAQ-AB 3° ciclo

Grupo	Variável	Resp	Vilhena		Rondônia		
			N	%	N	%	p-valor
A equipe possui registro dos usuários do território:	Usuários em sofrimento psíquico	Sim	23	95,8%	232	75,1%	1
		Não	0	0	6	1,9%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim	17	70,8%	203	65,7%	0,2237
		Não	6	25%	35	11,3%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Usuários em uso crônico de psicotrópicos	Sim	21	87,5%	220	71,2%	0,6918
		Não	2	8,3%	18	5,8%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Não realiza esse tipo de consulta	Sim	1	4,2%	71	23%	1
		Não	23	95,8%	238	77%	

Fonte: VIANA TL, 2021.

Sobre as estratégias de atendimento específicas para este grupo de usuários, como tempo diferenciado de consulta, acompanhamento conjunto com profissionais do NASF e até a realização de grupos operativos com movimentos psicoterapêuticos, Rondônia possui uma parcela de 19,42% de equipes que não o fazem de nenhuma maneira. Já as equipes de Vilhena, em sua totalidade, registraram utilizar alguma estratégia específica para este tipo de atendimento (tabela 3).

Tabela 3 - Comparação de estratégia específica para o cuidado dos usuários com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO - PMAQ-AB 3° ciclo

Grupo	Variável	Resp	Vilhena		Rondônia		
			N	%	N	%	p-valor

A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	Consulta específica com tempo maior	Sim	23	95,8%	232	75,1%	1
		Não	0	0	6	1,9%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Registro da história de vida	Sim	17	70,8%	203	65,7%	0,2237
		Não	6	25%	35	11,3%	
		Não se aplica	1	4,17%	71	23%	
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	Sim	21	87,5%	220	71,2%	0,6918
		Não	2	8,3%	18	5,8%	
		Não se aplica	1	4,3%	71	23%	
	Atendimento com profissionais (NASF ou outro apoio matricial)	Sim	1	4,3%	71	23%	0,0363*
		Não	23	95,8%	238	77%	
	Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos	Sim	0	0	60	19,4%	0,0113*
		Não	24	100%	249	80,6%	
		Não se aplica	0	0	0	0	

Fonte: VIANA TL, 2021.

Usuários com sofrimento psíquico que desenvolvem agravos e apresentam algum risco ou gravidade maior para o quadro necessitam de encaminhamento para outro ponto de atenção da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS). A tabela 4 mostra se as equipes possuem registros desses usuários que estão em contato com outro ponto de atenção.

Não há percentual máximo de registros em Vilhena ou Rondônia, evidenciando que há perda de dados referentes a esses usuários, que por vezes ficam perdidos na RAPS, sem uma correta referência e contra referência, gerando, por vezes, cronificação em seus quadros. Ainda mais preocupante são os 20,83% de equipes em Vilhena e os 35,92% em Rondônia que não realizam nenhum tipo de registro desses usuários.

Tabela 4 - Comparação entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO que possuem registros de usuários com quadro de maior gravidade e necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção - PMAQ-AB, 3° ciclo

Grupo	**Variável**	**Resp**	**Vilhena**		**Rondônia**		
			N	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
A equipe possui o		Sim	19	79,2%	191	61,8%	0,1277
		Não	0	0	7	2,3%	

registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:	Usuários em sofrimento psíquico	Não se aplica	5	20,8%	111	35,9%	
	Usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim	14	58,3%	167	54,0%	0,3275
		Não	5	20,8%	31	10,0%	
		Não se aplica	5	20,8%	111	35,9%	
	Usuários em uso crônico de psicotrópicos	Sim	17	70,8%	181	58,6%	0,6755
		Não	2	8,3%	17	5,5%	
		Não se aplica	5	20,8%	111	35,9%	
	Não realiza esse tipo de consulta	Sim	5	20,8%	111	35,9%	0,1821
		Não	19	79,2%	198	64,1%	
		Não se aplica	0	0	0	0	

Fonte: VIANA TL, 2021.

7. DISCUSSÃO

Verifica-se que os tópicos selecionados mostraram boa competência para comparar as EqAB que participaram terceiro ciclo do PMAQ-AB em relação à oferta de cuidados em saúde mental. Os dados são úteis para avaliação da estrutura e oferecimento dos serviços nas UBSs e podem ser relevantes para definição de estratégias para o fortalecimento das atividades e referência para orientação de prioridades. Entretanto, a comparação entre os resultados de Vilhena e de Rondônia não obteve significância estatística na maioria das variáveis. Provavelmente pelo número de Equipes não serem suficientes para demonstrar a diferença. Contudo, os dados continuam relevantes para uma análise semi-qualitativa para a gestão pública. Dessa forma, utiliza-se as diferenças relativas dentro do aspecto semi-qualitativo para desenvolvimento da discussão dos dados aqui apresentadas.

A garantia de acesso em relação a realização de consultas para esse grupo de usuários, a produção de registros dos mesmos, estratégias de atendimento específicas para este grupo de usuários, como tempo diferenciado de consulta, acompanhamento conjunto com profissionais do NASF e até a realização de grupos operativos, além do registro de informações sobre usuários com necessidade de encaminhamento para outro ponto da RAPS foram os fatores utilizados com maior evidência na classificação do nível de oferta do cuidado em saúde mental.

As variáveis selecionadas na subclassificação proposta pelo MS no questionário de avaliação externa favoreceram a avaliação dos dados e comparação entre as frequências de Vilhena e das demais EqAB de Rondônia, uma vez que as questões referentes à oferta de

cuidado em saúde mental na atenção básica presentes no instrumento se relacionavam com o tema proposto por este estudo.

Sendo assim, foi possível avaliar e comparar as EqAB nessa dimensão, porém não permite avaliar o comportamento das mesmas ao longo do tempo mostrando a longitudinalidade e continuidade do cuidado, conceitos fundamentais na qualificação da oferta do cuidado em saúde mental.

A continuidade da atenção configura a sequência visitas à unidade de saúde ou frequência de consultas, não necessariamente com o mesmo profissional ou pela mesma demanda direcionada ao manejo dos problemas ou patologia e não à atenção ao indivíduo (STARFIELD, 2002).

Já a longitudinalidade permite reconhecer o usuário enquanto sujeito, ter percepção de seu contexto e dinâmica familiar e social, hábitos de vida, permitindo o planejamento de cuidados e intervenções adequadas. Desta forma, possibilita um cuidado integral, com ações de prevenção e promoção em saúde, reduzindo agravos e a necessidade do uso de serviços de alta complexidade, mantendo a máxima autonomia do indivíduo em relação ao seu contexto de vida (LEVESQUE et al., 2013).

A avaliação das variáveis referentes a realização de consultas para esses usuários (com sofrimento psíquico, usuários de crack, álcool e outras drogas, em uso crônico de psicotrópicos), permitiu analisar um dos preceitos da APS que está em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a garantia do acesso universal, fundamentada na compreensão da saúde como direito, relacionada com os processos de desenvolvimento social e da determinação social da doença, garantindo cuidado integral e acesso, além de cobertura universal com base em necessidades em saúde do sujeito e populações (RIFKIN & WALT, 1986).

A efetividade dos sistemas de saúde é definida pela qualidade do acesso, ou seja, pela facilidade com que os usuários têm de conectar-se a serviços adequados às suas necessidades (LEVESQUE et al., 2013). Na Austrália, a Medicina de Família e Comunidade como primeira fora de acesso um importante agente do sucesso dos cuidados de saúde primários desempenhando várias funções centrais no sistema de saúde, como primeiro ponto de contato para a oferta de cuidado, além de assegurar e coordenar os diversos pontos de atenção à saúde (AMA, 2016).

Na Austrália, a Medicina de Família atua como “guardiã” de todo sistema de saúde, já que o acesso à maioria dos cuidados especializados requer o encaminhamento de um médico

generalista (AMA, 2016). Assim, a Medicina de Família e Comunidade tem um forte papel na facilitação do acesso.

Na Inglaterra, médicos generalistas são avaliados por sua produtividade, através de um programa de pagamento por desempenho, que os monitora em relação ao atendimento e registro de dados clínicos de usuários com sofrimento psíquico. Além dos cuidados relacionados à saúde mental, os médicos devem também focar em outros fatores como aferição de pressão arterial, dosagem da glicemia e lipidograma. O cuidado não é restrito as queixas relacionadas ao sofrimento psíquico, devendo ser integral (MARTIN et al., 2014).

Observamos que em diversos países há estratégias para promover assistência no âmbito da saúde mental, o Brasil ao adentrar nesse meio possui grande significado visto que na América Latina e Caribe as taxas de prevalência de alteração na saúde mental são de 15 a 21% nos jovens (MORAIS et al., 2012).

Sobre o registro dos usuários em sofrimento psíquico pelas EqAB, verifica-se que este é um indicador fundamental para o planejamento de ações de acompanhamento. Além disso, ações de promoção em saúde mental são fundamentadas nesses indicadores, que auxiliam o processo de gestão e coordenação do cuidado quando há ausência de registros é um reflexo do despreparo da EqAB para lidar com os usuários (JUCÁ et al., 2009).

A informação em saúde é um componente fundamental para a avaliação da atenção em saúde em relação ao acesso. A informação gera um novo olhar para análise de eventos ou fenômenos, gerando significados antes invisíveis. Os registros das consultas evidenciam o acesso à assistência, pois mostram a efetividade de entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado ofertado. Porém, registros incompletos e falta de padronização no preenchimento dos prontuários da Atenção Básica demonstram suas fragilidades (RUSCHI et al., 2017).

Sobre as estratégias específicas utilizadas para o atendimento desses usuários, verificou-se que esse subgrupo de variáveis é o que melhor descreve a qualificação das equipes que responderam positivamente em ofertar um cuidado integral a esses indivíduos. Isso porque o trabalho em grupo é estratégia prioritária na promoção de saúde e abordagem de portadores de transtornos mentais, pois favorece a convivência e compartilhamento de histórias de vida, sofrimento e superação, proporcionando crescimento do sujeito frente às vivências do outro (ROCHA et al., 2018).

Associar a oferta de grupos operativos à promoção em saúde mental na APS pode aprimorar o estabelecimento e a preservação da longitudinalidade no cuidado aos portadores de sofrimento psíquico (ROCHA et al., 2018).

Um estudo brasileiro evidenciou que os grupos de saúde mental desenvolvidos na APS potencializaram a corresponsabilização do usuário no seu tratamento, auxiliando o portador de transtorno mental a reassumir sua posição de sujeito, agente e protagonista. Constatou-se, ainda, uma identificação dos usuários com sua doença, levando-os a busca de outras alternativas de vida, que os recolocaria no contexto social e familiar como sujeitos ativos. Ficou evidente, ainda, que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) potencializam a centralidade da atenção no território e na família, configurando um arranjo favorável para práticas humanizadas de cuidado em saúde mental (MINOZZO et al., 2012).

O apoio matricial foi um dos itens com maior índice de resposta positiva entre as equipes de Vilhena e Rondônia. Isso sugere que a estratégia de fornecer retaguarda às EqAB por meio de apoio especializado é adotada em larga escala. O apoio matricial foi idealizado para atuar de forma ampla, indo desde o compartilhamento e co-responsabilização pelo cuidado até ações de educação permanente oferecidas às EqAB (ROCHA et al., 2018).

Como reflexo de todas as mudanças voltadas para a atenção básica no sentido de garantia de acesso ao usuário com sofrimento psíquico, evidencia-se que os leitos psiquiátricos passaram de 86 mil em 1991 para 35.426 em 2009 (SILVA; FERREIRA, 2010). Em 2010, foram registrados 1541 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aumento ocorrido ao longo de vinte e três anos após a implantação do primeiro CAPS (BRASIL, 2010).

No entanto, a promulgação de leis e regulamentos não garante a validade de seu conteúdo. Nem todos os serviços alternativos planejados foram implementados na prática (VIDAL et al., 2008). A cobertura dos serviços psiquiátricos comunitários e os recursos financeiros investidos nos serviços existentes ainda são insuficientes, faltam profissionais qualificados para realizar esse trabalho e não há um preparo adequado para as famílias e comunidades que convivem com portadores de transtorno mental (BARROSO; SILVA, 2011).

8. CONCLUSÃO

Conclui-se, por fim, que Vilhena demonstrou bom desempenho quando comparado aos de outras equipes de Rondônia em todos os subgrupos avaliados. Porém, há muito para avançar no sentido de garantia de acesso, gestão e coordenação do cuidado ao indivíduo com sofrimento psíquico. É preciso repensar tanto as práticas de cuidado ofertadas na APS quanto a visão sobre o usuário psiquicamente adoecido, para que haja uma maior participação deste enquanto sujeito, corresponsabilizando-o em todos os processos relacionados ao seu plano terapêutico, visando o restabelecimento de sua autonomia dentro da dinâmica social e familiar.

A ausência de questões com temática longitudinal e de questões que evidenciem a oferta de continuidade do cuidado, estabelece uma limitação de análise para melhor qualificação da informação a partir dos dados. Como já citado, continuidade e longitudinalidade são fatores fundamentais na qualificação da oferta do cuidado em saúde mental, visto que refletem diretamente na construção da relação terapêutica que exige responsabilidade por parte do profissional e confiança a partir do usuário.

É imprescindível, diante desse estudo, frisar a necessidade de reforçar uma rede de cuidados integrada, com aumento da comunicação e apoio entre os diferentes pontos de atenção. É necessário buscar estratégias para perpetuar os resultados nos núcleos que conseguem promover uma boa oferta e ampliar o acesso naquelas regiões que se mostraram deficitárias, com capacitação profissional, qualificação do cuidado e educação da comunidade.

Para este fim, ressalta-se a importância da aplicação de instrumentos de avaliação, como o PMAQ, focando sempre na perspectiva da equipe de saúde e do usuário. Porém é necessário que o objetivo seja além do censitário. É preciso gerar informação a partir dos dados obtidos e, através de sua divulgação, instituir planos de intervenção para melhoria da qualidade do acesso.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, MJ; ANDER-EGG, E. **Avaliação deserviços e programas sociais**. Trad. Jaime A. Clasen; Lúcia MathildeE. Orth. Petrópolis: Vozes, 1994.

AMARAL CEM, MOREIRA CP. **Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia**. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016.

BARROS SCM, DIMENSTEIN M. **O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica**. Estud. pesq. psicol. 2010, 10(1). Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9017. Acesso 05.06.2018.

BARROSO, SM; SILVA, MA. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Revista da Spagesp, [F.L], v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/26-_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf. Acesso 24.02.2021.

Brasil (2006). **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 24.02.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas:** Saúde Mental em Dados. 7. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 22 jul. 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União.** 12 dez. 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf Acesso em: 05.06.2019.

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). Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27.06.2019.

CAÇAPAVA, J.R.; COLVERO, L.A. **Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 573-580, 2008. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7628. Acesso 27.06.2019.

CAMPOS, G.W.S. (1999). **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2), p. 393-403. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf. Acesso em 27.06.2019.

CAMPOS, R.O. et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.

4.643- 4.652, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf. Acesso em 27.06.2019.

CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 10. ed. OPAS-OMS, EDUSP: 2007.

COHN, A (2009). **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** Cadernos de Saúde Pública, 25 (7), p. 1614-1619. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20. Acesso em 28.06.2019.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, ZMA, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf . Acesso em: 02.02.2020.

ESCOREL, S. (2008). **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária**. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, J.C. &. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-16608. Acesso 02.02.2020.

FIDELIS, FAM *et al*. **Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental.** Escola Anna Nery, [*s. l*], v. 25, n. 3, p. 1-7, nov. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a07v56n4.pdf. Acesso em 17.02.2021.

FONTES, FLL *et al*. **Novas pautas de reivindicação do movimento pela reforma sanitária brasileira**. International Journal Of Health Management**,** [F.L], v. 2, n. 1, p. 1-17, jan. 2020; Disponível em: https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/225. Acesso 17.02.2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil/Rondônia/Porto Velho**. 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama . Acesso em: 08.06.20, 10:38.

JUCÁ VJS et al. **Programa saúde da família e saúde mental: impasse e desafios na construção da rede. Ciência**. Saúde coletiva. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a23v14n1.pdf. Acesso 17.02.2021.

MALACARNE, MP. et al. **Avaliação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva: uma sistematização em curso**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v.18, n.1, p.62-67, jan-mar, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15136/10717. Acesso em 17.02.2021.

MARTINS RV et al. **Mental health in the north of the rio grande do sul: experience report**. Rev Enferm UFSM. 2012 Sept/Dec;2(3):553-59. Doi: http://dx.doi.org/10.5902/217976923551. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3551/pdf. Acesso 17.02.2021.

MARTINS, AFV *et al*. **Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais.** Rfo**,** [F.L], v. 19, n. 2, p. 151-158, ago. 2014. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v19n2/a03v19n2.pdf. Acesso em 17.02. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você; PMAQ – 3º**

Ciclo; 2017. Brasília (DF); 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n° 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diario Oficial da Uniao*. 20 jul 2011; Seção 1:79.

MINOZZO, Fabiane et al. **Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde**. Fractal: Revista dePsicologia, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-340, maio/ago. 2012. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008. Disponívelem:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000200008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18.10.2020.

MORAIS, CA *et al*. **Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens**. Estudos de Psicologia, [F.L], v. 17, n. 3, p. 369-371, dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/04.pdf. Acesso em 24.02.2021.

NUNES, M., JUCÁ, V. J., & VALENTIM, C.P.B (2007). **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Cadernos de Saúde Pública, 23(10):2375-2384. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf. Acesso em 18.10.2020.

OLIVEIRA, M.M & CAMPOS, G.W.S. (2015). **Apoios matricial e institucional: analisando suas construções**. Ciência & Saúde Coletiva, 20 (1), p. 229-238. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf. Acesso 18.10.2020.

ORTIGOSA, RE (2000), **"La qualità nei servizi sanitari",** *in* E. Ranci Ortigosa (org.), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.

PINTO, H.A; SOUSA, A.N.N.; FERLA, A.A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**. **Saúde Debate**, v.38, p.358, 372, out 2014. Edição especial. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf. Acesso 17.02.2021.

RANDEMARK, N.F.R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias**. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009. Disponível: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20052009-113724/pt-br.php. Acesso 17.02.2021.

RIFKIN SB; WALT G 1986. **Why health improves: Defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care',** *23(6), 559–566.* Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3764507/. Acesso 17.02.2021.

ROCHA, EN; LUCENA, AF. **Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar**. Rev Gaúcha Enferm**,** [F.L], v. 39, n. 1, p. 1-11, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2017-0057.pdf. Acesso em 17.02.2021.

RUSCHI, GEC. **Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher.** Cad. saúde colet. [online]. 2018, vol.26, n.2, pp.131-139. ISSN 2358-291X. http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800020229. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-02-131.pdf. Acesso 17.02.2021.

SANTOS TVC, PENNA CMM. **Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais.** Pensar acadêmico (Manhuaçu) [Internet]. 2015; [cited 2018 Aug 12]; 12(1):98-108. Disponível em: http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213/185. Acesso 18.10.2020.

SILVA, J.; FERREIRA, E. C. **A transição de modelos em saúde mental em números, a reforma psiquiátrica e as demandas de dispositivos substitutivos: um desafio para a enfermagem**. Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental, v. 2, Supl. 1, p. 449-451, 2010.

SILVA, SN *et al*. **Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados**. Ciência & Saúde Coletiva**,** [F.L], v. 23, n. 11, p. 3799-3810, jan. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3799.pdf. Acesso em 17.02.2021.

SOARES, C; RAMOS, M. **Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica.** Saúde Debate, [F.L], v. 44, n. 126, p. 708-724, set. 2020. Disponível em: https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/708-724/pt/. Acesso 17.02.2021.

STEIN, AT. **A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados.** Epidemiol. Serv. Saúde, [F.L], v. 22, n. 1, p. 179-181, mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf. Acesso em 17.02.2021.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf. Acesso em 17.02.2021.

TOLEDO LM. **O que são os transtornos mentais? Noção básica.** / Organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelle Sabroza – Rio de Janeiro: ENPS/ Fiocruz 2011. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/TranstornosMentaisC1.pdf . Acesso em 24/02/2021.

VASCONCELOS, E.G. (2009). **Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual**. In: Vasconcelos E.M. (org), Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, p. 27-55.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

VIEIRA NFC et al. **Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica.** Interface (Botucatu). 2021; 25: e200516 https://doi.org/10.1590/interface.200516. Disponível em: https://scielosp.org/article/icse/2021.v25/e200516/. Acesso em 17.02. 2021.

VUORI, HV., 1982. **Quality Assurance of HealthServices. Concepts and Methodology.** Copen-hagen: WHO, Regional office for Europe. Disponível em: https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19832701462. Acesso 17.02.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Declaration of Alma Ata. Alma Ata: Cazaquistão, 1978. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf. Acesso em 17.02.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First International Conference on Health Promotion, Ottawa Charter for health promotion**. Ottawa: Canadá, 1986. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62915/WHO_ICP_HSR_649_case_studies.pdf. Acesso em 18.02.2019.

YASUI, S; BARZAGHI, Natália. **História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Convención Internacional de Salud, [F.L], v. 1, n. 1, p. 1-8, jan. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/anith/AppData/Local/Temp/792-5039-1-PB.pdf. Acesso em 18.02.2021.

ZURITA RCM et al. **Mental health and psychiatric reform in Brazil: reflections on the basis of the philosophical reference of kuhn**. J Nurs UFPE on line. 2013 Sept; 7(9):5604-10. Doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963- v7i9a13680p5604-5610-2013. Disponível em: file:///C:/Users/anith/AppData/Local/Temp/13680-35225-1-PB.pdf. Acesso 18.02.2021.