

Educação permanente como instrumento de qualificação da assistência em uma USF rural durante a pandemia**Permanent education as an instrument to qualify assistance in a rural USF during a pandemic****Educación continua como instrumento para calificar la asistencia en un USF rural durante la pandemia**

Alana Oliveira Porto¹, Letícia Bião Santos², Sélton Diniz dos Santos³,
Amanda Portela Silva⁴, Vaipscia Bitencourt Dantas⁵

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência da realização de ações de educação permanente em uma unidade de saúde da família rural no período de pandemia. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre o ciclo de atividades de educação permanente realizadas em uma unidade de saúde da família rural nos meses de agosto e setembro de 2020, sob a metodologia da pedagogia vivencial humanescente. **Resultados:** foram discutidos os temas tecnologias leves, abordagem familiar, acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e estratificação de risco cardiovascular na perspectiva de educação e promoção à saúde. **Conclusão:** a educação permanente permitiu ressignificar os conhecimentos e qualificar a assistência prestada na unidade no contexto de pandemia.

Descritores: Educação em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Tecnologias em Saúde; Acolhimento; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: report the experience of carrying out permanent education actions in a rural family health unit during the pandemic period. **Method:** this is a descriptive study, of the experience report type, on the cycle of permanent education activities

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira de família e Coordenadora no Programa de Saúde da Família Dr. Antônio Alberto Silveira Santos. Urandi, Bahia, Brasil. E-mail: alana.udi20@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8922-864X> Autor para Correspondência - Endereço: Rua José Valter Reis, 178, DC5, CEP 46350-000, Urandi, Bahia, Brasil.

²Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira de Família na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: leti.biao@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-7591-8372>

³Enfermeiro. Mestre em Saúde Comunitária. Professor na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: selton.diniz@yahoo.com.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-3992-4353>

⁴Médica. Especialista em Saúde da Família. Residente em Clínica Médica no Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: amandaportela.aps@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9917-3248>

⁵Cirurgiã Dentista. Especialista em Saúde da Família. Cirurgiã Dentista em Estratégia de Saúde da Família. Alagoinhas, Bahia, Brasil. E-mail: vaipsciad@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-4954-559X>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

carried out in a rural family health unit in the months of August and September 2020, under the methodology of humanescent experiential pedagogy. Results: themes discussed were light technologies, family approach, acceptance of spontaneous demand with risk classification and cardiovascular risk stratification from the perspective of education and health promotion. Conclusion: continuing education allowed us to redefine knowledge and qualify the care provided at the unit in the context of a pandemic.

Descriptors: Health Education; Comprehensive Health Care; Health Technologies; User Embrace; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: informar la experiencia de la realización de acciones de educación permanente en una unidad de salud familiar rural durante el período pandémico.

Método: se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, sobre el ciclo de actividades de educación permanente realizadas en una unidad de salud familiar rural en los meses de agosto y septiembre de 2020, bajo la metodología de la pedagogía vivencial humanante. **Resultados:** los temas tratados fueron tecnologías ligeras, enfoque familiar, aceptación de la demanda espontánea con clasificación de riesgo y estratificación del riesgo cardiovascular desde la perspectiva de la educación y promoción de la salud. **Conclusión:** la educación continua permitió dar un nuevo significado al conocimiento y calificar la atención brindada en la unidad en el contexto de una pandemia.

Descriptores: Educación en Salud; Atención Integral de Salud; Tecnologías de la Salud; Acogimiento; Estrategia de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 trouxe, em função da COVID-19, uma tragédia sanitária e humanitária sem precedentes e a nível global, que incitou a reflexão sobre as potencialidades e fragilidades dos sistemas de saúde de todo o mundo¹. No Brasil, esse evento culminou na reflexão sobre uma política de saúde nacional, pautada em princípios de universalidade, integralidade e equidade, com potencial para desenvolvimento de uma saúde pública e de qualidade, mas que necessita de valorização e financiamento para alcance de maior capacidade de

resposta frente aos agravamentos de uma crise sanitária².

São quatro décadas desde a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde (Alma-Ata 1978), sem dúvidas, um marco histórico que impulsionou uma gestão em saúde regionalizada, eficiente e participativa, e atualmente, o contexto de crise sanitária revela o quão indispensável é o exercício das atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de coordenar e monitorar ações de promoção da saúde e controle de agravos, bem como fomentar organizações comunitárias para apoiar o

território em suas vulnerabilidades e no combate à disseminação do vírus SARS-CoV2³.

As ações da APS têm apresentado resultados favoráveis ao processo de saúde da população, repercutindo principalmente no maior acesso aos serviços de saúde, redução de internações por situações sensíveis à atenção primária, bem como melhoria dos indicadores de saúde e desigualdades socio-regionais, o que, outrora, era um desafio. Esse resultado está atrelado, sobretudo, ao poder de alcance da APS à população, principalmente, de maior vulnerabilidade, atingindo-as com ações comunitárias de educação em saúde e prevenção de agravos^{1,2}.

Na perspectiva da área rural, ainda existem algumas particularidades de cunho cultural e histórico que desafiam as equipes de saúde no cuidado, pois além da saúde assumir uma perspectiva ampla e ao mesmo tempo particular, há predominância de trabalho braçal, condições insalubres, uso de produtos agrícolas nocivos à saúde e possíveis barreiras de acesso inerentes à localidade, como a distância geográfica, dificuldade de transporte e acesso aos recursos de saúde, ausência de articulação de redes de cuidado,

entre outras, evidenciando a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde⁴.

Percebe-se que esta população detém diferentes condições de saúde e cenários, agravada por um contexto sanitário instável, o que exige que as equipes de saúde tenham capacidade de promover mudanças práticas de gestão e atenção. Para tanto, é preciso utilizar a Educação Permanente (EP) como prática transformadora, no sentido de permitir a problematização das experiências no serviço local e a partir de então, integrar e consolidar conhecimentos, construindo novos caminhos. Nesse contexto, urge o fortalecimento da EP como instrumento de ressignificação profissional, bem como de análise da funcionalidade destes no espaço coletivo a fim de potencializar as ações de saúde no território, sobretudo, propiciando a integralidade e continuidade do cuidado em todos os ciclos de vida.

Diante o exposto, este estudo objetiva relatar a experiência da realização de ações de EP em uma Unidade de Saúde da Família (USF) rural no período de pandemia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre o ciclo de atividades de EP realizadas em uma USF localizada em um povoado rural no interior da Bahia, nos meses de agosto e setembro de 2020.

As atividades relatadas neste estudo foram produto de estágio eletivo de uma residência multiprofissional em saúde da família e propostas a partir de um projeto de intervenção da unidade de estágio, destinado aos profissionais em especialização em saúde da família que se interessassem em estagiar na instituição. Esse projeto dispunha de cinco eixos, a saber, monitoramento de condições crônicas, acolhimento, colegiado gestor, territorialização e educação permanente.

Participaram do ciclo de EP os seguintes profissionais: médica, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, recepcionista, cinco agentes comunitárias de saúde, auxiliar de serviços gerais, motorista e duas estagiárias em pós graduação, totalizando dezesseis pessoas.

O período de estágio foi de oito semanas, sendo quatro delas destinadas a atividades assistenciais e gestão, bem como análise observacional do fluxo da unidade. Posteriormente, a fim de

conhecer as demandas mais urgentes a serem trabalhadas na EP, segundo o contexto atual de vivência tanto da população, quanto do serviço de saúde, houve uma discussão com os profissionais, durante uma reunião de unidade, cuja uma das pautas foi a apresentação das estagiárias e do projeto de intervenção, a saber, o ciclo de educação permanente que seria executado. Essa reunião aconteceu na sala de reunião da unidade com duração de duas horas, onde 20 minutos foram dedicados a essa discussão. Tudo foi registrado em ata e todos os membros da equipe participaram. Como a instituição buscava projetos de intervenção, foi mostrado quais os eixos temáticos seriam abordados e a proposta de encontros semanais para discussão de temas de interesse da maioria da equipe.

A discussão inicial propiciou a necessidade de refletir e resgatar ações e atitudes imprescindíveis na APS para a garantia do direito à saúde aos usuários, o que determinou os quatro temas a serem trabalhados, sendo estes: tecnologias leves, abordagem familiar, acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e estratificação de risco cardiovascular na perspectiva de educação e promoção à saúde.

As atividades de EP foram desenvolvidas nas sextas-feiras, em um espaço reservado da reunião de equipe, com aproximadamente 90 minutos de duração, utilizando de materiais áudio-visuais e físicos, além da tecnologia de ensino, Pedagogia Vivencial Humanescente (PVH), baseada na teoria da aprendizagem significativa.

A PVH é uma metodologia de ensino que busca educação a partir da valorização das emoções na relação educador-educando, estimulando criatividade e pensamento crítico-reflexivo, para tanto, adota fases experienciais para promover aprendizado significativo, a saber, a) imaginar ou resgatar experiências prévias, b) expressar o imaginário através de uma técnica projetiva, c) promover a dissonância cognitiva, d) relacionar o imaginário com o real, e) ressignificar conceitos e práticas f) possibilitar mudanças através de um novo saber⁵.

Ressalta-se que este estudo respeitou todos os aspectos éticos e legais em pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pelas Resoluções 466/2012 e 520/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dificuldade expressada pelos profissionais no contato inicial se refere, principalmente, em manter a longitudinalidade do cuidado e o acesso durante as repercussões advindas da pandemia como, por exemplo, afastamento de profissionais que compunham grupo de risco, o que gera redução de oferta de serviços. Além disso, houve uma reforma estrutural do espaço físico, que, potencializado pelas medidas de segurança, bem como as características ímpares do território, propiciou limitação do acesso da população por um determinado período.

Tecnologias leves

É sabido que na atualidade, o planejamento de quaisquer ações de saúde devem ser direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado, que diz respeito a um conjunto de conhecimentos e métodos que ofertam recursos tecnológicos, como acesso, acolhimento e vínculo no estabelecimento de relações entre profissionais e usuários para alcance de produtos ágeis e resolutivos⁶. Dessa forma, o primeiro encontro, teve como tema tecnologias leves, buscando refletir sobre o atual modelo de atenção que compreende a saúde em sua

integralidade, no contexto da tecnologia das relações.

As tecnologias em saúde podem ser classificadas em leve (das relações), leve-dura (dos saberes estruturados) e dura (dos recursos materiais)⁷. As tecnologias das relações implicam na organização da saúde de modo mais coletivo, centrada no usuário, perpassando por humanização, acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde⁸.

Inicialmente, houve o questionamento se os profissionais já tiveram contato com o tema ou alguma vivência que julgassem pertinente, no entanto, não houve manifestação. Ao conceituar o termo e apresentar os elementos inerentes às tecnologias leves, surgiram experiências que envolviam, principalmente, acolhimento e vínculo, evidenciando a presença dessas tecnologias no cotidiano da USF.

A humanização e atenção integral caminham juntas, de forma que a humanização, enquanto tecnologia, pode ser considerada uma forma de gerenciar o trabalho das relações, enquanto que a atenção integral gerencia o processo de trabalho humanizado integral⁸. Na assistência humanizada, o primeiro contato entre trabalhador e um usuário que procura

um cuidado de saúde expressa uma relação de acolhimento⁶.

A discussão evidenciou que o ato de acolher se refere a ouvir e ajudar o próximo em um momento de dificuldade, ou minimamente conduzi-lo a quem possa ajudá-lo. Não é visto como uma competência profissional apenas, mas uma característica solidária inerente ao ser humano que é direcionada a qualquer pessoa e em qualquer espaço, seja na unidade ou fora dela. Essa referência diz respeito a uma das dimensões constitutivas do acolhimento, que é o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado, para além, a mesma pode ser verificada como mecanismo de ampliação/facilidade de acesso e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe⁹.

O vínculo, outro dispositivo da tecnologia leve, assume importante papel de produção de autonomia e autocuidado a partir do estreitamento de laços entre usuário e a equipe através de cuidado pautado na comunicação clara e compreensível direcionada pela dimensão ética e centrada na relação com o outro¹⁰.

Na instrumentalização das tecnologias leves, o trabalho em equipe é um fator indispensável, pois, para

além da riqueza individual de cada profissão, é sabido que a contribuição de diferentes saberes revitaliza o cuidado ao transformar os usuários em sujeitos autônomos e com suas singularidades e subjetividades valorizadas¹⁰.

Os profissionais foram incentivados a revisarem suas experiências em busca de mais elementos que corroborassem com a discussão, ampliando a ressignificação dos saberes e trazendo reflexões sobre o quanto o cultivo das tecnologias relacionais potencializa a qualidade do processo de produção de saúde.

Esse encontro foi dividido em duas partes: a teórica e a prática. Percebeu-se que muitos não conheciam o termo tecnologia leve, por isso foi importante trazer um aporte teórico para fazer a base para a parte prática, pois os profissionais após perceberem o significado conseguiram trazer exemplos de tecnologias leves usadas no dia a dia.

Percebeu-se que dentro do contexto social e de saúde durante a pandemia, houve uma fragilização dessas tecnologias devido as restrições necessárias para o momento. O consenso comum após o final da discussão foi que essas tecnologias deveriam ser fortalecidas mesmo durante a pandemia, já que ajudaria a manter o vínculo. No

entanto, uma dificuldade apontada diz respeito a estrutura da unidade de saúde no quesito tecnologia dura, como acesso a internet de qualidade, câmeras webcam para realização de atendimentos remotos e online, bem como para os próprios usuários rurais, o que comprometia manter esse contato, afetando diretamente os vínculos e a resolução de algumas demandas.

Abordagem familiar

Para o segundo encontro o tema abordagem familiar foi escolhido ao observar algumas demandas que não avançavam na abordagem individual e que demandava envolvimento da família para melhor compreensão da dinâmica e consequentemente, abordagem mais assertiva. A discussão iniciou com a seguinte indagação: o processo de adoecimento tem interferência da dinâmica familiar? A afirmativa foi unânime. Na sequência, cada profissional recebeu uma folha em branco com o comando inicial de expressarem livremente seu contexto familiar e apresentarem aos demais para que pudessem inferir. Em seguida, apresentamos alguns conceitos e os principais instrumentos de abordagem familiar como o que é família, contexto

familiar, genograma, ecomapa, ciclo de vida familiar, APGAR da família e conferência familiar, contextualizados a seguir.

Família é uma entidade que pode apresentar diversas definições que envolvem perspectivas biológica, antropológica, sociológica e psicológica, além de diversas estruturas e funções diferentes, no entanto, ao compreender a família como primeira instituição social ao qual o indivíduo tem contato, a transmissão de modos de pensar, agir e sentir revelam duas funções especiais, a socializadora e a de identificação social, sendo a primeira responsável pela transmissão da herança sociocultural, e a segunda pela conquista de posição social, que diz respeito às múltiplas identidades sociais, a saber, étnica, religiosa, classe, política, educacional¹¹.

O contexto familiar compreende laços biológicos, físicos e sociais que têm o potencial de contribuir de diferentes formas para o adoecimento e morte¹². Enquanto condição de inclusão social, por exemplo, um indivíduo encontra-se integrado à rede de pertencimento social caso possua trabalho e vínculos familiares, no entanto, a ausência de um desses pode deixá-lo vulnerável¹¹.

É válido ressaltar que desigualdades sociais somadas a outros

determinantes propiciam a busca, pelas famílias, de novas maneiras de viver na linha de exclusão, logo, as famílias tendem a criar mecanismos de enfrentamento baseados em crenças e valores culturais diante de problemas de saúde¹¹. Nessa perspectiva, compreender a inserção de um indivíduo no contexto familiar permite o manejo da enfermidade, e isso se dá através do uso da abordagem familiar, pois esta estratégia de cuidado permite conhecer as potencialidades, possíveis disfuncionalidades da família, bem como as limitações que podem interferir na abordagem terapêutica¹².

Os instrumentos de abordagem familiar discutidos na EP foram genograma, ecomapa, ciclo de vida familiar, APGAR da família e conferência familiar.

O genograma é uma ferramenta de representação gráfica da família, em que são representados membros de diferentes gerações, suas principais morbidades e fatores estressores, permitindo conhecer os problemas mais comuns e padrões de adoecimento enfrentados pela família, além do perfil de relacionamento entre os entes, o que revela conflitos e vínculos^{11,13}. O ecomapa complementa o genograma ao desenhar a estrutura relacional

intrafamiliar e no meio social na qual a família está inserida, o que compreende trabalho, igreja, escola, clubes, vizinhança, entre outros. Ambos instrumentos possuem valor diagnóstico e terapêutico¹³.

O ciclo de vida familiar informa estágios de desenvolvimento previsíveis na história familiar, apresentando eventos específicos de cada fase, com potencial de modificar a estrutura familiar, e conseqüentemente, gerar estresse caso a família não tenha preparo para compreender o período da transição¹⁴. Para além, conhecer o ciclo ainda ajuda a família a adaptar-se aos eventos inesperados como, por exemplo, o confinamento social decorrente da pandemia que trouxe a necessidade de refletir sobre a funcionalidade da família e os papéis de cada ente¹⁵.

O APGAR da família é um instrumento que avalia o grau de satisfação de cada indivíduo no contexto familiar, através de cinco perguntas que refletem *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Participação), *Growth* (Crescimento), *Affection* (Afeição) e *Resources* (Recursos), consecutivamente. Cada pergunta é pontuada de maneira que o resultado final classifica a família em altamente funcional,

moderadamente funcional ou intensamente disfuncional¹⁶.

A conferência familiar se refere à interferência direta de um profissional quando a família enfrenta problemas que ultrapassam os recursos próprios de resolução, seja pela falta de instrução, dificuldade de comunicação ou de tomada de decisões¹⁷. Nesse instrumento, o profissional assume papel de facilitador do espaço e, na presença de todos os membros, há compartilhamento do problema, discussão de papéis, regras, padrões de comportamento e estabelecimento de um plano terapêutico.

Após apresentação dos principais instrumentos de abordagem familiar, foi dado novo comando para que, com auxílio de material de apoio disponibilizado, aplicassem os instrumentos em sua obra inicial. Retomando aos comandos iniciais, as representações realizadas pelos profissionais no pré e pós apresentação dos instrumentos de abordagem familiar permitiram compará-las e compreender o quanto os instrumentos ampliam a percepção dos profissionais quanto ao usuário, seu contexto de vida, sua história, sua rede de apoio e os ciclos ao qual são submetidos.

Os participantes conheciam alguns instrumentos, mas não faziam a aplicação deles ou quando faziam era de forma empírica. Após a atividade, passaram a acreditar que através da abordagem familiar é possível aprofundar em algumas questões, sinalizar os problemas e as possíveis soluções. Viram como agente dificultador para o uso dos instrumentos, a inserção da família na construção do cuidado e possível sentimento de medo de exposição das pessoas por ser uma localidade em que há grande parentesco e todos se conhecem, além da dificuldade para aplicar os instrumentos durante a pandemia devido às restrições provenientes do período e a organização para a aplicação nas visitas domiciliares, já que exigia mais tempo da equipe e dos usuários.

Por fim, foi proposto o levantamento de um caso real do território para aplicação dos instrumentos de abordagem familiar. A construção do caso foi realizada de forma coletiva, dinâmica e participativa, evidenciando fragilidades na estrutura e dinâmica familiar com repercussões severas na saúde que dificilmente seriam identificados em abordagem individual.

Acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco

No terceiro encontro foi trabalhado acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco. Acolhimento como atitude é algo experimentado pela USF e que já havia sido abordado na discussão sobre tecnologias leves, no entanto, foi trazido neste momento como dispositivo de re(organização) do processo de trabalho em equipe com a finalidade de ofertar acesso ampliado e segundo os parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Esse serviço já existia na unidade, mas não tinha classificação de risco, pois a equipe não achava necessário no momento, visto que a demanda era baixa e com poucos casos de urgência e por acreditarem ser uma prática para a assistência ambulatorial. Durante a pandemia, o acolhimento foi realizado por conversas no aplicativo *whatsapp*, onde aconteciam as orientações e para as queixas agudas o atendimento era direcionado para consulta na unidade. Após a explanação teórica viram a necessidade de classificar alguns casos, principalmente, no que tange a vulnerabilidade social.

O primeiro momento retomou brevemente as definições de acolhimento em suas diferentes funções e a relação do mesmo com o atual processo de trabalho na unidade, deste modo, foram apresentados alguns casos fictícios para que os profissionais avaliassem as possíveis abordagens de acolhimento, que por sua vez, buscaram neste momento garantir o atendimento às demandas mais urgentes, com menor tempo de espera possível, através de acesso avançado.

Acesso avançado é um modelo de acesso cuja premissa “Faça hoje, o trabalho de hoje” garante ao usuário atendimento médico na data da procura ou em até dois dias, independente da natureza da demanda, com o objetivo de estabilizá-la em tempo hábil, bem como aumentar a capacidade de acesso¹⁸.

É sabido que o acolhimento em serviços de saúde reflete a prática de escuta qualificada e legitimação do que é apresentado pelo usuário, ocorrendo, portanto, em todas as relações de cuidado, além do mais, considerando que maioria das demandas espontâneas de saúde não necessitam de abordagem medicamentosa, as orientações de cuidado tornam-se um potente instrumento de desmedicalização,

fortalecimento do autocuidado e do vínculo profissional-usuário^{19,20}.

A organização de acolhimento à demanda espontânea exige refletir quanto às necessidades da população e os recursos disponíveis para lidar com as mesmas, envolve participação de toda equipe com atuação definida para cada profissional, ampliação da capacidade clínica, organização da agenda para comportar as demais ofertas de cuidado e avaliação de risco e vulnerabilidade do usuário¹⁹.

No que tange à avaliação de risco, no segundo momento da EP houve o questionamento sobre experiências com classificação de risco, havendo apenas um relato deste serviço no Centro de Saúde 24h do município. Na sequência, foram apresentados aos profissionais o protocolo de classificação de risco de *Manchester* e o Caderno de Atenção Básica 28, sendo solicitado que retomassem os casos fictícios do primeiro momento para exercício da classificação.

Percebeu-se que os profissionais compreendem a importância da classificação de risco nos serviços de saúde, associando-a a oferta de acesso facilitado e ao princípio de equidade, porém, mostraram dificuldade em classificar o risco a partir dos protocolos

apresentados por não corresponderem à demanda de APS ou ao perfil epidemiológico do território, principalmente, no que diz respeito à vulnerabilidade e vínculo.

A classificação de risco é uma etapa fundamental no processo de acolhimento, pois utilizar um instrumento adequado para este fim garante o princípio da equidade ao priorizar atendimento imediato ao usuário com maior grau de risco, ainda, estimula o fortalecimento de redes de cuidado e fornece ao usuário informações sobre sua condição de saúde e o tempo de espera, bem como aumenta a satisfação dos mesmos^{19,21}. Ressalta-se, porém, que a implantação de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) demanda qualificação dos envolvidos, diálogo com a comunidade sobre o novo formato de atendimento e principalmente, adoção de protocolos no intuito de uniformizar a linguagem e fomentar segurança aos profissionais de saúde²².

A escala de *Manchester* é um protocolo que permite aos profissionais de saúde classificar os usuários segundo queixa, sinais e sintomas em emergência (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul), o que

garante organização do fluxo de atendimento de forma rápida e objetiva e com prioridade às emergências, além de padronizar o encaminhamento e fornecer respaldo legal aos profissionais^{22,23}. No entanto, este instrumento mostrou-se ineficaz na APS, tendo em vista que os aspectos sociais, culturais e subjetivos não são considerados²⁴.

O Caderno de Atenção Básica de número 28 que aborda o acolhimento à demanda espontânea, orienta a organização das prioridades no atendimento a essas demandas segundo critérios clínicos e sociais, sendo a principal referência de classificação de risco da APS⁹. Vale ressaltar que, no âmbito do ACCR, o ato de classificar risco para um acolhimento não corresponde ao “acolhimento”, pois esta concepção reduz o ato de acolher à classificação do sofrimento do usuário para determinar ordem de atendimento²⁰.

No terceiro e último momento, foi solicitado que construíssem uma proposta de acolhimento à demanda espontânea que contemplasse as necessidades atuais da população, para além de acesso avançado, para tanto, foi disponibilizada a cartilha de Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde²⁵ que

contém algumas questões direcionadoras para a construção de um fluxo de ACCR. Como produto, os profissionais propuseram duas escalas, a primeira em que um profissional ficaria disponível por turno para ouvir a demanda, classificar risco e direcionar para o consultório onde ocorreria o acolhimento, e a segunda em que cada profissional ficaria escalado para acolhimento por duas horas e de forma consecutiva, a fim de garantir cobertura de acolhimento em todo horário de funcionamento da unidade, bem como as demais ofertas de assistência da unidade. As dificuldades apontadas para operacionalizar essa proposta foram a ausência de articulação do município quanto à oferta de capacitação e protocolos de classificação de risco e déficit de recursos, sobretudo humanos.

Estratificação de risco cardiovascular na perspectiva de promoção à saúde

No quarto e último encontro o tema escolhido foi a Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC) na perspectiva de promoção à saúde. Esse tema foi proposto a fim de fomentar conhecimentos e habilidades para que os profissionais possam captar usuários com potencial risco cardiovascular para

acompanhamento em saúde, além da manutenção aos pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis com necessidades mais urgentes, pois com o advento da pandemia associada às orientações de isolamento social, houve uma descontinuidade de cuidado que possivelmente culminou na piora dos quadros de saúde da população, logo, estratificar ou mesmo identificar fatores de risco presentes têm o potencial de permitir o manejo das situações mais críticas, além de propiciar o planejamento de ações de promoção à saúde direcionada ao controle dos fatores de risco modificáveis.

Inicialmente, os profissionais foram divididos em dois grupos. O grupo A foi orientado a discutir sobre os fatores de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, enquanto que o grupo B discutiria sobre as medidas preventivas para estes eventos. Cada grupo nomeou um relator responsável por elencar os principais elementos trazidos na discussão, desse modo, o grupo A citou os seguintes termos: tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, sobrepeso, diabetes, pressão alta e estresse como fatores de risco para episódios cardiovasculares. O grupo B citou, como fatores de proteção, dieta balanceada, atividade física, abstenção

de álcool e tabaco, uso adequado de medicações, atividades de lazer e exames de rotina. Os elementos referidos ficaram expostos no quadro para que fossem verificados e validados ao decorrer da exposição dialogada sobre fatores modificáveis e não modificáveis para doenças cardiovasculares.

Na sequência, foi apresentado aos profissionais o escore de risco de *Framingham* que representa uma ferramenta fácil e de baixo custo que, a partir de variáveis clínicas e laboratoriais simples, estima o risco de um indivíduo desenvolver uma doença cardiovascular no período de 10 anos²⁶. Casos fictícios foram apresentados aos profissionais a fim de que estimassem o risco cardiovascular, o que evidenciou facilidade tanto no manuseio da ferramenta, quanto na identificação de possíveis demandas de acompanhamento mais urgentes. O principal questionamento nesta EP foi sobre qual o profissional responsável por estratificar risco cardiovascular.

As doenças cardiovasculares (DCV) são um sério problema de saúde pública, consideradas as principais causas de mortes no Brasil e no mundo²⁷. Estudiosos inferem que a redução da morbimortalidade por DCV esteja

associada ao controle de fatores de risco relacionados a estes agravos, nessa perspectiva, conhecer tais fatores de risco, principalmente os modificáveis, permite a elaboração de estratégias de promoção da saúde para a redução dos mesmos, o que possibilita redução de morbimortalidade, além de melhor qualidade de vida e redução de gastos hospitalares²⁶.

Os fatores de risco para DCV compõem dois grupos, o de risco modificáveis e não-modificáveis. O primeiro inclui hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação e uso de contraceptivos, o segundo, inclui doenças crônicas, história familiar de DCV, idade, sexo e raça^{28,29}.

A ERC pode ser considerada como uma maneira de projetar o risco de um evento cardiovascular em um indivíduo ao longo do tempo, além de mostrar ao paciente como uma boa adesão ao tratamento pode reduzir esse risco³⁰. Nessa perspectiva, o escore de *Framingham* é recomendado pelo Ministério da Saúde para nortear resultados mais efetivos aos hipertensos acompanhados pela atenção primária^{30,31}.

Embora a estratificação de risco de *Framingham* não considere fatores de risco relacionados a eventos cardiovasculares mais severos, sua adoção rotineira permite direcionar intervenções mais precoce, sendo importante instrumento para prevenção primária³⁰. Além disso, sua aplicação pode ser realizada por qualquer profissional da saúde envolvido na assistência, estimando riscos para além de valores tensionais.

Vale ressaltar que o conhecimento sobre os fatores de risco prevalentes na população é o que oportuniza propor abordagens educativas individuais e coletivas voltadas ao autocuidado e conseqüentemente permite sensibilizar quanto à necessidade de mudanças de hábitos de vida, o que inclui redução/abstinência de álcool e tabaco, alimentação saudável, prática de atividade física, além do acompanhamento realizado pela equipe de saúde. Estratégias de educação em saúde são, sem dúvidas, uma resposta assertiva para problemas decorrentes das transformações no ambiente de atenção à saúde, pois seu produto é a formação de indivíduos informados e protagonistas de seu cuidado, o que repercute em qualidade de vida e longevidade.

No final da EP, cada profissional foi incentivado a estimar seu próprio risco cardiovascular ou listar os fatores de risco e de proteção presentes em seu dia-a-dia, para então refletir sobre quais cuidados poderiam ofertar a si mesmos. Não houve relatos de dificuldade. A discussão do tema despertou interesse em todos os profissionais. Alguns deles pontuaram que a classificação antes só era realizada pelo médico e nem sempre era feita em todos os pacientes. Os agentes comunitários de saúde identificaram alguns fatores que poderiam orientar a família durante visita domiciliar, principalmente, por se tratar de zona rural, sempre existem casos de hábitos irregulares de nutrição e movimentação, além disso, sinalizaram que a partir desse conhecimento poderiam priorizar os atendimentos, principalmente, nesse período pandêmico. E por fim, destacaram ser uma ferramenta importante para ajudar a melhorar e direcionar as ações de educação em saúde.

CONCLUSÃO

As ações de EP permitiram refletir sobre elementos fundamentais para a qualificação da atenção primária à saúde, principalmente na perspectiva

da USF, tendo em vista as particularidades de cada indivíduo, família e território, bem como as diferentes e imprevisíveis repercussões de uma crise sanitária, como a atual, na vida de cada núcleo, pois as ações supracitadas auxiliaram na discussão e planejamento de estratégias para manter o direcionamento do cuidado e acessibilidade da população rural cuja, em circunstâncias normais, possui uma dinâmica de cuidado e acesso aos serviços de saúde desafiadora, quando comparada às demais regiões. Ainda, a EP mostrou-se um importante instrumento no meio profissional ao validar e ressignificar os conhecimentos e experiências dos envolvidos, tornando o processo de aprendizado coerente e racional, motivando novos comportamentos e aprimoramento da gestão e assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 - Posicionamento da Rede APS, da Abrasco [internet] 2020 [acesso em 2020 Jan 31]. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/no>
2. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciênc saúde coletiva*. 2020; 25(4):1181-1188.
3. Llisterri Caro JL. La maldita pandemia: una oportunidad para la Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2020; 46(3):149-150.
4. Lima ÂRA, González JS, Ruiz MCS, Heck RM. Interfaces da Enfermagem no cuidado rural: Revisão Integrativa. *Texto contexto enferm*. 2020; 29:e20180426.
5. Alves KYA, Santos VEP, Dantas MSP, Martins CCF, Salvador PTCO, Assis YMS. Humanescent experiential pedagogy and the theory of significant learning. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(3):612-617.
6. Sousa ANA, Shimizu HE. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). *Ciênc saúde coletiva*. 2021; 6(8):2981-2995.

7. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
8. Merhy EE, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Morais APP, Almeida MI. O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2018; 22(3):e20170169.
11. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. Núcleo de educação em saúde coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG. A Família como foco da Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2011.
12. De Sá MAB, Almeida SG, Oliveira TA, Paiva KM, Campolina LR, Leão CDA, et al. Abordagem familiar na visão de uma equipe multiprofissional: estudo de caso. Rev Unimontes Científica. 2016; 18(2).
13. Rosário, MS, Veloso TPF, Rodrigues DB, Freitas KM, Sampaio TLA, Gomes DP, et al. Aplicação de Ferramentas de Abordagem Familiar no âmbito Estratégia Saúde da Família: um relato de caso. REAS. 2019; 25:E783:3-9.
14. Bello LD, Marra MM. O fenômeno da transgeracionalidade no ciclo de vida familiar: casal com filhos pequenos. Rev Bras Psicodrama. 2020; 28(2):118-130.
15. Fernandes CS, Magalhães B, Silva S, Edra B. Perception of family functionality during social confinement by Coronavirus Disease 2019. J nurs health. 2020; 10(n.esp.):e20104034.
16. Salazar-Barajas ME, Garza-Sarmiento EG, García-Rodríguez SN, Juárez-Vázquez PY, Herrera-Herrera JL, Duran-Badillo T. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. Enferme Univ. 2019; 16(4):362-373.
17. Silva RS, Trindade GSS, Paixão GPN, Silva MJP. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. Rev Bras Enferm. 2018; 71(1):218-26.

18. Canuto LE, Silva SFL, Pinheiro LSP, Canuto Júnior JCA, Santos NLP. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021; 16(43):2378.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. [internet] 2013 [Acesso em 2021 Jan 20] Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>.
20. Silva TFS, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde Debate*. 2018; 42(4):249-260.
21. Costa AB, Gouvea PB, Rangel RCT, Scneider P, Alves TF, Acosta AS. Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. *Enferm Actual Costa Rica*. 2018; 35:103-115.
22. Rossato K, Real VR, Oliveira GB, Araújo CDC. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia Saúde da Família: Percepção da Equipe de Enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2018; 8(1):144-156.
23. Grupo brasileiro de acolhimento com classificação de risco. Histórico da Classificação de Risco [internet]. [acesso em 2020 Dez 28]. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/>>.
24. Moreira DA, Tibães HBB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester Triage System in Primary Health care: ambiguities and challenges related to access. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 16(2).
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
26. Ferreira GS, Oliveira GVB, Campos GA, Mendes LFR, Afonso LAM, Silva MV et al. Risco cardiovascular pelo escore de Framingham em serviços de cardiologia de uma cidade de médio porte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2020; 30(4):S69-S76.
27. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA, et al. Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the

- Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 110(6):500-511.
28. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar COM, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4):787-891.
29. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico da função cardiovascular. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
30. Malta DC, Pinheiro PC, Azeredo RT, Santos FM, Ribeiro ALP, Brant LCC. Prevalence of high risk for cardiovascular disease among the Brazilian adult population, according to different risk calculators: a comparative study. *Ciênc saúde coletiva.* 2021; 26(4):1221-1231.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Porto AO, Santos LB.
- **Desenvolvimento:** Porto AO, Santos LB.
- **Redação e revisão:** Porto AO, Santos LB, Santos SD, Silva AP, Dantas VB.

Como citar este artigo: Porto AO, Santos LB, Santos SD, Silva AP, Dantas VB. Educação permanente como instrumento de qualificação da assistência em uma USF rural durante a pandemia. *J Health NPEPS.* 2022; 7(1):e5877.

Submissão: 14/10/2021

Aceito: 05/04/2022