

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE A RESPEITO DO SEU PAPEL APÓS
EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE
A PREVENÇÃO DA FEBRE REUMÁTICA, EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE**

Lucivania da Silva Barbosa de Almeida¹, Danúbia Conceição Cajueiro da Silva Monte².

João Guilherme Bezerra Alves¹, Aline Angélica Pedrosa Campelo², Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo³, Liana Chaves Alves⁴.

Recife

2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE A RESPEITO DO SEU PAPEL APÓS
EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE
A PREVENÇÃO DA FEBRE REUMÁTICA, EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade
Pernambucana de Saúde como
requisito para conclusão do curso de
Bacharelado em Enfermagem.

Autoras: Lucivania da Silva Barbosa de Almeida e Danúbia Conceição Cajueiro da
Silva Monte

Orientador: João Guilherme Bezerra Alves

Coorientadoras: Aline Angélica Pedrosa Campelo, Carla Adriane Fonseca Leal de
Araújo, Liana Chaves Alves

Recife

2020

IDENTIFICAÇÃO

¹ Lucivania da Silva Barbosa de Almeida

Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde, do 10º Período do curso de Bacharel em Enfermagem

Telefone: (81) 987068454 e-mail: lu21mi.barbosa@gmail.com

² Danúbia Conceição Cajueiro da Silva Monte

Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde, do 10º Período do curso de Bacharel em Enfermagem

Telefone: (81) 987720850 e-mail: danubiaevelin@hotmail.com

¹ João Guilherme Bezerra Alves – Orientador

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE; Mestre em Pediatria pela UFPE; Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde; Professor adjunto da Universidade de Pernambuco; Diretor de Ensino do IMIP; Coordenador do programa de pós-graduação do IMIP.

Telefone: (81) 99974 6531 e-mail: joaoguilherme@imip.org.br

² Aline Angélica Pedrosa Campelo – Coorientadora

Mestra em educação para o ensino na área da saúde, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Tel.: (81) 99963 2728 e-mail: alinecampello@uol.com.br

³ Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo - Coorientadora

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE, Coordenadora adjunta do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 99294 2065, e-mail: carla.leal@fps.edu.br

⁴Liana Chaves Alves – Coorientadora

Mestra em educação para o ensino na área da saúde, Supervisora da Prática em Atenção Primária – PAP da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora do programa de extensão comunitária do IMIP.

Tel.: (81) 98165 6681 e-mail: liana.alves43@gmail.com

RESUMO

Cenário: O Agente Comunitário de Saúde está inserido na atenção básica, sendo ele considerado um profissional de grande importância para a comunidade. Nessa perspectiva, é importante que o ACS tenha conhecimento e autonomia para orientar os pacientes da comunidade assistida por eles. Entretanto percebe-se que as capacitações não atendem a essa necessidade. **Objetivo:** Compreender a percepção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a respeito do papel de replicador de conhecimento, na sua atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças dos usuários em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Sistema Único de Saúde (SUS), após uma intervenção educativa sobre a Prevenção da Febre Reumática. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, onde foram realizadas entrevistas com cinco agentes comunitários de saúde individualmente e aplicado uma entrevista semi-estruturada, utilizada a técnica de análise de conteúdo, o processo de análise e interpretação das falas foi feito sempre ancorado no referencial teórico. A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família – Coqueiral, Imbiribeira, Recife-PE, no período de maio a agosto de 2018. **Resultados:** Dentro do perfil das ACS deste estudo, todas eram do sexo feminino, com faixa etária entre 40 e 58 anos, exercendo a mesma função a mais de 15 anos. Com relação a prevenção da febre e cardiopatia reumática, todas as ACS referem nunca ter tido nenhuma capacitação sobre o assunto, porém colocaram como de extrema importância o novo conhecimento adquirido, para o desenvolvimento da atividade de educação em saúde. Após a análise de conteúdo das falas, os resultados foram elencados em seis categorias: Entendimento das intervenções educativas sobre a Febre Reumática na comunidade; Reconhecimento da função de promoção da saúde e prevenção de doenças dentro da estratégia de saúde da família; Compreensão do papel de replicador de conhecimento a partir da educação permanente vivenciada; Aprendizagem do conteúdo das capacitações pelas ACS; Aceitação da população para receber novas informações; Necessidades das capacitações oferecidas pelo SUS. **Conclusão:** Para que o ACS se veja como parte da equipe multiprofissional, é necessário que paradigmas sejam quebrados em relação a sua função nos primórdios do programa de saúde da família. Incluí-los em programas de educação em saúde é uma importante estratégia para a mudança da saúde da população.

Palavras chaves: Agente comunitário de saúde; Educação permanente; Febre reumática.

Abstract

Scenario: The Community health Agent is inserted in primary care, being considered a professional of great importance to the community. In this perspective, it is important that the CHA has knowledge and autonomy, to guide patients in the community assisted by them. However, it is clear that the training does not meet these needs. **Objective:** To understand the perception of the Community Health Agent (ACS) regarding the role of a replicator of knowledge, in promoting the health of users of the Family Health Unit (USF) of the Unified Health System (SUS), after an educational intervention on the Prevention of Rheumatic Fever. **Method:** This is a qualitative study, where interviews were conducted with five community health agents individually and a semi-structured interview was applied. Using the content analysis technique, the analysis and interpretation of the statements were anchored in the theoretical framework. The research was carried out at the Family Health Unit - Coqueiral, Imbiribeira, Recife-PE, from May to August 2018. **Results:** All the ACS in this study, were female, aged between 40 and 58 years old, having performed the same function for more than 15 years, with regard to the prevention of fever and rheumatic heart disease. All ACSs refer to never having had any training on the subject, however, they placed the acquisition of this new knowledge as extremely important, for the development of health education activity. After the content analysis of the statements, the results were listed in six categories: Understanding of educational interventions on rheumatic fever in the community; Recognition of the health promotion and disease prevention within the family health strategy; Understanding the role of knowledge replicator based on experienced continuing education; Learning of training content by ACS; Acceptance of the population to receive new information; Training needs offered by SUS. **Conclusion:** For the ACS to see itself as part of the multi-professional team, it is necessary that paradigms be broken in relation to their role in the beginning of the family health program. Including them in health education programs is an important strategy for changing the population's health.

Keywords: Community health agent; Permanent Education; Rheumatic fever.

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO.....	01
II. MÉTODO.....	03
III. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	06
IV. CONCLUSÃO.....	16
V. REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICES.....	
APÊNDICE 1 – Folder educativo para a comunidade	20
APÊNDICE 2 – Cartilha de orientação para as visitas domiciliares	21
APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido	38
APÊNDICE 4 – Questionário	40
APÊNDICE 5 – Roteiro de entrevista	41
APÊNDICE 6 – Matriz para análise da entrevistas	42

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
FRA	Febre Reumática Aguda
EPS	Educação Permanente em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
PAP	Prática em Atenção Primária

I. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 88, Art. 200 Inciso II, diz que ao Sistema Único de Saúde – SUS, também compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.¹ A Estratégia de Saúde da Família (ESF), une a equipe de saúde ao usuário, levando a conhecer a pessoa, a família e a vizinhança.²

Os objetivos da Estratégia de Saúde da Família ratificam o pressuposto da Constituição no que se refere: melhorar o estado de saúde da população, por meio de um modelo de atenção a família e a comunidade, incluindo desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e tratamento das doenças, promovendo atualização profissional supervisionada, com o objetivo de garantir qualidade do atendimento.³

Para que a qualidade fosse alcançada, na década de 90 foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), resultado da iniciativa da comunidade desenvolver ações de saúde entre seus pares na década de 80, em algumas cidades do nordeste do País. Hoje é reconhecida a profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como de suma importância no acolhimento e estabelecimento de vínculos entre indivíduos de uma mesma localidade.⁴ Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que entre as atribuições do ACS estão: cadastramento de usuários, orientação e acompanhamento das famílias. Quando treinado poderá identificar fatores de risco para desenvolvimento de doenças e agravos, contribuindo para a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Para isso esses agentes podem desenvolver ações de educação em saúde de forma individual ou coletiva na comunidade.⁵ Para tanto, esses profissionais necessitam estar bem informados sobre seus papéis e sobre a importância de cada atribuição confiadas a eles, para que possam atuar de fato como transmissores de conhecimento dentro da comunidade.⁶

Os ACS são lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde recebem os treinamentos a respeito dos agravos daquela região, como comorbidades, obesidades, doenças prevalentes na infância e sazonais.²

Ainda citando os agravos, a Febre Reumática Aguda (FRA) é uma complicação não supurativa que ocorre de duas a quatro semanas após um episódio de faringoamigdalite causada pelo estreptococo betahemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Acometendo populações geneticamente predispostas e principalmente que vivem sob condições socioeconômicas desfavoráveis. A faringoamigdalite trás como complicações a FRA e ainda a Cardiopatia Reumática Crônica (CRC), que apesar de redução nas últimas décadas ainda é um grande problema de saúde pública, e o maior risco de infecção se dá pelo fator vulnerabilidade social.^{7,8}

No Brasil os dados são escassos no que se referem a diagnósticos precoces em baixa complexidade, acarretando o aumento significativo de internações decorrentes das complicações da faringoamigdalite.⁹ No Estado de Pernambuco, de acordo com o DATASUS no período de janeiro de 2016 a março de 2018 foram registrados 1.793 casos de internações por FRA. No mesmo período a CRC foi responsável por 1.659 internamentos.^{10,11}

Sendo assim é relevante desenvolver ações preventivas na comunidade, estando de acordo com a definição de Educação Permanente em Saúde (EPS), na aprendizagem do cotidiano do trabalho, se fazendo assim necessário a atuação do enfermeiro como agentes educadores dos ACS, promovendo mudanças nas práticas profissionais.¹² Neste sentido uma intervenção educativa para ACS sobre a prevenção da FRA e CRC, contribui para a identificação precoce dos pacientes de risco e a disseminação de novos conhecimentos na comunidade em que os agentes estão inseridos.¹³

II. MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática.

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família de Coqueiral, situada na Rua Sargento Silvino de Macedo, 129, Imbiribeira, Recife – PE, comunidade em situação de vulnerabilidade social. A referida unidade possui duas equipes de saúde, constituídas por duas médicas, duas enfermeiras, duas técnicas em enfermagem e 12 ACS, porém, apenas uma equipe aceitou participar da pesquisa. A equipe participante assiste 3.201 habitantes, sendo 102 crianças e adolescentes na faixa etária de 05 a 15 anos de idade. As capacitações foram realizadas entre maio e julho de 2018, compostos por cinco encontros semanais, distribuição de material educativo a serem entregues para a comunidade (Apêndice 1) e cartilha de orientação (Apêndice 2) para auxiliar o ACS nas visitas domiciliares, e por fim, foram realizadas as entrevistas individuais no período entre novembro e dezembro 2018. A população do estudo foi composta por cinco ACS.

De acordo com os critérios de elegibilidade os selecionados a participarem da pesquisa, foram os ACS que aceitaram participar das capacitações oferecidas sobre a prevenção da Febre e Cardiopatia Reumática. Foram definidos para critérios de exclusão: ACS que estava de licença médica.

As ACS concordaram em participar e após a leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), responderam questionário de dados socioeconômicos (Apêndice 4) e tiveram as entrevistas agendadas conforme a sua disponibilidade de tempo. Foi definido junto com a coordenação o local para a realização das entrevistas, de tal forma, que foi garantida a privacidade do entrevistado, o seu conforto e uma boa acústica para não haver prejuízo da qualidade das gravações,

para preservar o anonimato das ACS, foi utilizado nomes de flores para citar as falas nas entrevistas.

Com a finalidade de favorecer as habilidades das pesquisadoras para a realização das entrevistas com qualidade e rigor, priorizando as falas das entrevistadas, a escuta diferenciada, o adequado manejo da transferência e a utilização do roteiro da entrevista (Apêndice 5), a primeira entrevista foi realizada como piloto, no entanto, como apresentou boa qualidade foi incluída no estudo. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, na medida em que foram sendo realizadas, objetivando a fidedignidade dos depoimentos.

A cada transcrição das entrevistas, o material foi analisado e discutido entre as pesquisadoras, buscando-se a partir dos diferentes olhares a construção interpretativa das falas e a avaliação dos aspectos de cunho transferencial, o que possibilitou a reavaliação do roteiro e a identificação da saturação. À medida que foram identificados novos aspectos emergindo das falas dos entrevistados e se caracterizaram como categorias empíricas, foram incluídas no roteiro das entrevistas subsequentes. O processo de análise e interpretação das falas foi feito sempre ancorado no referencial teórico adotado.¹⁴

Foi realizada uma entrevista com cada ACS, a qualidade e a suficiência das informações foram avaliadas na etapa de pré-análise do material, ou seja, da leitura flutuante e da constituição do Corpus, procedendo-se a seguir a um exame minucioso de cada entrevista com uma visão conjunta de todo o material, identificando-se as unidades de fala que remetiam aos elementos ou categorias de análise teóricas ou empíricas. Nessa etapa para a sistematização da análise foram construídas as matrizes pelas pesquisadoras a partir das categorias analíticas e empíricas, transcrição e trecho das falas.¹⁴ (Apêndice 6)

Por fim, foi realizada a interpretação, com discussão cuidadosa e permanente pelas pesquisadoras, privilegiando a subjetividade apreendida a partir do contexto das falas e do referencial teórico adotado. Foram seguidos os seguintes passos:

Pré-análise: ordenamento do material produzido por meio das entrevistas e referencial teórico; imersão no material coletado nas entrevistas; aprofundamento individual/vertical, identificação de conceitos a partir dos quais os materiais foram examinados e referenciados com base nos objetivos de análise do estudo ordenamento do material produzido por meio das entrevistas;

Exploração do material: conteúdo da fala foi organizado por categorias, como também os aspectos similares (horizontalização), recorrentes, ilustrados por recortes de transcrições, núcleos de sentido e temas centrais com subcategorias, (análise transversal do material).

Tratamento dos Resultados Obtidos e interpretação: as pesquisadoras fizeram inferências e interpretações das falas pautadas no referencial teórico.¹⁴

Esta pesquisa está vinculada a um projeto ancora intitulado: Intervenção educativa para a prevenção da febre e cardiopatia reumáticas: ensaio comunitário em um aglomerado urbano subnormal no nordeste do Brasil, com aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE, obedecendo aos critérios da Resolução nº 510/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer nº 2.644.840 e CAEE 87800718.0.0000.5201.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo procurou elucidar soluções para melhoria da qualidade no atendimento aos usuários do SUS no âmbito da atenção básica, e da valorização do agente comunitário de saúde como membros colaborativos dentro da equipe de saúde, incentivando-os a se verem como transmissores de informações importantes e influenciadores na vida dos pacientes assistidos por eles. Justificado pela experiência das estudantes dentro da Prática em Atenção Primária (PAP) desde o primeiro período do curso de enfermagem da FPS, onde fica claro, que muitos ACS são conduzidos ou influenciados pela falha das gerências, que não os dão seus devidos valores pessoais e profissionais. Seguidos da acomodação do extenso tempo de atuação do ACS e da falta de subsídios para desenvolvimento das suas práticas de trabalho.

Com o objetivo de favorecer a vivência da multiprofissionalidade, também foram convidados a participar das capacitações a médica e a enfermeira da equipe, o que não foi possível devido às demandas da rotina de trabalho da unidade.

Observou-se que dentre as ACS prevaleceu o sexo feminino, a faixa etária ficou entre 40 e 59 anos, e tempo de atuação maior de 10 anos.

O estudo atual procurou compreender a percepção do ACS a respeito do papel como replicador de conhecimento, na sua atuação da promoção da saúde e prevenção de doenças dos usuários de unidade de saúde da família do SUS, após uma intervenção educativa sobre a Prevenção da Febre e Cardiopatia Reumáticas. As ACS que participaram do estudo revelaram em suas falas nunca terem recebido nenhum tipo de curso ou capacitação sobre FR, como também demonstraram pouco entendimento em relação à diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Conforme a percepção dos ACS participantes da pesquisa em relação a sua prática e seus papéis após a intervenção educativa, as entrevistas foram desenvolvidas

em categorias analíticas e durante o processo de reinterpretação das falas houve a identificação de categorias, que são elas, analíticas: Entendimento das intervenções educativas sobre a Febre Reumática na comunidade; Reconhecimento da função de promoção da saúde e prevenção de doenças dentro da estratégia de saúde da família; As categorias empíricas são: Compreensão papel de replicador de conhecimento a partir da educação permanente vivenciada; Aprendizagem do conteúdo das capacitações pelas ACS; Aceitação da população para receber novas informações; Necessidades das capacitações oferecidas pelo SUS.

A partir das análises das entrevistas foi percebido que houve por parte das ACS um envolvimento e comprometimento em participar da pesquisa na perspectiva de aprender sobre FR, em que nunca tinham tido oportunidade, e conseqüentemente melhorar sua prática na atuação de prevenção de doenças da comunidade a qual está inserida.

Entendimento das intervenções educativas sobre a prevenção da Febre Reumática na comunidade

As participantes revelam a importância e a necessidade das intervenções educativas, como também trouxeram as dificuldades encontradas na sua prática, no que se refere ao processo da educação continuada no SUS: Margarida [...] foi rico pra gente, foi rico porque a gente nunca teve, entendeu, promovido pela prefeitura a gente nunca teve nenhum treinamento sobre a FR, e eu já tenho paciente com FR.

Complementando a fala de Margarida, Girassol traz em a importância das intervenções educativas:

Girassol [...] sobre febre reumática eu nunca tido nenhuma capacitação, então achei riquíssimo, riquíssimo, aprendi muito, não sabia de nada, tanto no primeiro dia eu disse: eu não sei de nada sobre febre reumática, eu só sabia que o tratamento era com bezentacil, mas porque era? Como era? Eu não sabia.

Percebe-se o reconhecimento da necessidade e da importância da intervenção educativa a fim de ampliar os conhecimentos dos profissionais da saúde em questão, mostrando a complexidade do processo de cuidar, já que ambas relataram conhecer pouco ou nada sobre febre e cardiopatia reumática, embora esteja descrito como uma das patologias mais frequentes em acolhimento e demanda espontânea das unidades básicas de saúde (UBS).^{15,16}

Compreendendo através do que lhe foi transmitido nas capacitações, Papoula entende que pode ser um agente transformador na sua área, propagando novos conhecimentos a população por ela assistida: [...] Foi bom, maravilhoso, porque hoje a gente já pode orientar né, as mães cuidado com as crianças. Eu me sinto realizada, chegar na casa da pessoa, levar uma informação que pode mudar a vida daquela pessoa!

As capacitações permitem aos ACS fortalecerem a posição de sujeitos educativos, produzindo o cuidado com os seus pacientes, baseado no novo aprendizado, e não apenas pela vivência da prática, promovendo a reflexão e conseqüentemente renovando sua atuação dentro do cenário no qual estar inserido.¹⁷

Um dos impactos percebidos foi a multiprofissionalidade na prática, a partir do conhecimento transmitido para as ACS, onde foram capacitadas para identificar o paciente com possível risco para a FR e encaminhá-los para a USF onde seriam

avaliados por um profissional médico para diagnóstico. O relato de Margarida mostra que para ela isto ficou claro: [...] agora eu já sei que se tiver, mas de um sintoma né, já é um sinal de alerta né, pra gente encaminhar ao pediatra pra poder fechar esse diagnóstico, se é realmente a doença ou não.

A ação multiprofissional busca não só promover a interação entre a equipe, como também uma prática colaborativa que resultem a qualificação na assistência ao paciente e resolutividade dos problemas vivenciados. Para isso a prática de educação permanente com participação de toda equipe, deve estar inserida na estratégia de trabalho, onde terão espaço de troca de saberes, através de conhecimentos e experiências.^{18, 19}

Reconhecimento da função de promoção e prevenção de doenças dentro da ESF

O papel dos ACS como peça fundamental para a prevenção de doenças é evidente no olhar de Girassol: [...] tudo o que a gente puder passar de orientação sobre higiene, sobre doenças, sobre como prevenir as doenças, então esse é o papel mais importante que eu acho do Agente de Saúde.

Margarida percebe a importância da boa prática de prevenção das doenças, que reflete na diminuição das demandas da unidade de saúde:

[...] eu acho que é fundamental, principalmente para que a gente não tenha tanta população doente, tá trabalhando é.... ta prevenindo doenças, ta fazendo com que os pacientes não adoça tanto, as UPAS não encham tanto né, até o próprio posto de

saúde, eu tava até questionando essa semana com essa greve dos médicos, a questão da prevenção, porque assim,... A procura foi pouca, porque a gente vem trabalhando anos a anos a prevenção né.

O fato dos ACS serem parte integrante da comunidade, e estarem mais próximos da realidade deles, os fazem profissionais mediadores do conhecimento entre a população e a USF, exercendo um papel primordial na prevenção de doenças levando as informações necessárias, e conseqüentemente havendo uma boa adesão as suas orientações.²⁰

Em contraponto, Lírio manifesta que na sua vivência há uma experiência insatisfatória no que se refere à prevenção de doenças.

[...] O nosso trabalho de prevenção hoje fugiu da prevenção, a gente tá tratando mais da doença, do doente, por mais que a gente tentou manter aquela prevenção lá do começo, ai no começo trabalhava com a prevenção mesmo da doença mais agora, a gente não ta fazendo mais isso tá tratando já a doença.

Entre os vários fatores que interferem no desvio da função foi percebido que a sobrecarga de trabalho, acolhimento dos pacientes, dificuldade de acesso as residências, falta de capacitação e reconhecimento profissional, desvalorização financeira, excesso de formulários e recursos digitais, são as principais queixas desses profissionais para justificar as dificuldades de manter o padrão ouro da visita domiciliar, porém o

profissional de saúde deve refletir sobre o seu papel, e inovar suas formas de trabalho, incluindo o planejamento das suas atividades diárias.^{21/23}

Com relação à função de promoção a saúde, percebemos que elas não identificam em sua prática este papel. Dentro da análise do estudo sobre tal temática, vimos que a única ACS que se referiu a esta função, foi Papoula: [...] é importante, porque o ACS tem como objetivo de salvar a vida e levar em si a promoção da saúde... é uma satisfação o amor que a gente tem a profissão de levar em si promoção da saúde né.

A promoção da saúde é definida em ações, que empoderem sujeitos na tomada de decisão em manter-se incorporado em ações de saúde e bem estar que tencionem hábitos de vida saudável e não uma doença específica. No entanto, percebe-se que não há o entendimento do que é promoção a saúde de acordo com a literatura. E consequentemente essa prática fica comprometida, uma vez que não há clareza por parte das ACS do que se refere.²⁴

Compreensão do papel de replicador de conhecimento a partir da educação permanente vivenciada

De acordo com as seguintes declarações, as ACS cada uma a sua maneira se identificam como agentes multiplicadores de conhecimento, após as capacitações oferecidas sobre FR, elas passaram para a população o que aprenderam. São elas: Girassol [...] Tudo o que eu aprendo eu passo para a comunidade... Foi muito bom e que venha outros, e se vier pode contar comigo. Como também Papoula [...] Foi maravilhoso, porque hoje a gente já pode orientar NE, levar uma informação que pode mudar a vida daquela pessoa.

Incrementada pela fala de Margarida que além de agente educador, faz com que suas declarações sejam bem compreendidas para que sejam replicadas dentro de sua área, paciente a paciente.

[...] Treinamento sobre febre reumática mesmo, a gente nunca teve, costume dizer a população e a comunidade, que nem toda hora vai ta com ACS presente, a forma de transmitir uma pra outra, de multiplicar porque eles são multiplicadores, eu digo: vocês são multiplicadores da prevenção de doenças também, não é só eu.

É imprescindível manter o ACS em constante aprendizado através dos cursos e capacitações, para que a função de agente educativo esteja em destaque na sua prática diária de visita domiciliar e lhes garantam maior autonomia e confiabilidade com os pacientes, favorecendo a comunicação horizontal e utilizando da sua melhor ferramenta que é ser parte da comunidade, porém, com bases e fundamentos para orientar, e encaminhar seus pacientes a USF quando for necessário.^{6, 25/27}

Aprendizagem do conteúdo das capacitações pelas ACS

Ancorado nas falas iniciais onde as ACS relataram nunca terem recebido informações sobre a FR, percebemos que as mesmas entenderam o conteúdo que lhes foi orientado nas capacitações, fazendo associação com a prática da sua atuação, portanto percebemos que dessa maneira favoreceu o aprendizado e consequentemente facilitou positivamente no momento de replicar à comunidade. De acordo com as falas: Girassol [...] a gente já vê uma amidalite de uma forma diferente, aqueles sintomas que tem no formulário, você já vai observar, a vermelhidão, inchaço, as dores articulares, a

gente já vão ficar alerta, então pra mim foi maravilhoso, foi sensacional. E Gérbera [...] a gente viu que é muito grave, esse aí do coração eu não sabia, só sabia que incha o joelho, aparece às manchas, dá uma dorzinha na articulação, mas eu não sabia que era tão grave até chegar no coração.

Complementada pela importante fala de Lírio:

[...] chegou na hora certa, a gente não sabia nada sobre febre reumática, a gente não sabia nada! Tais vendo que uma simples garganta inflamada pode ter coisas muito mais sérias, a gente já fica na expectativa, sempre tem que investigar, porque pode ter alguma coisa por trás, a gente ta já prevenindo pra não formar uma febre reumática. Pro futuro, por intermédio desse curso, voltando um pouquinho pra prevenção, o olhar clínico... né, 3 pontos daqueles, daqueles sintomas que poderia ser uma febre reumática.

Faz-se necessário que o profissional de saúde mantenha-se em constante atividade de educação e, interação multiprofissional, dessa forma possibilita a troca de saberes, que certamente leva-os a repensar sua prática e consequentemente a mudanças no seu papel na prevenção de doenças e promoção da saúde.^{15, 25}

Aceitação da população para receber novas informações

A boa comunicação e a relação de confiança entre a comunidade e o ACS, contribuem positivamente na visita domiciliar, a informação sobre patologias nunca

orientadas desperta curiosidade e conseqüentemente uma colaboração para o trabalho efetivo da prevenção de doenças. Segundo os discursos das ACS:

Papoula [...] as vezes que fomos na comunidade, não tem rejeição, elas abrem a porta, elas conversam então assim, eu me sinto realizada. Corroborando com essa idéia, Girassol trouxe em sua fala: [...] todos gostaram, e graças a Deus me recebem muito bem, eu, pelo menos, não tenho nenhuma queixa.

O reconhecimento por parte da comunidade serve de motivação para estar em constante busca de novos conhecimentos, vejamos na fala de Gérbera: [...] eles ficaram bem interessados e agradecidos também e participaram bem, eles viram que é importante.

A relação entre ACS e comunidade é facilitada pelo profissional estar inseridos no mesmo contexto social, com isso tem conhecimento da cultura e da linguagem que deve ser usada a fim de que seja bem aceito as informações, respeitando a necessidade e peculiaridade de cada família.²⁸

Necessidades das capacitações oferecidas pelo SUS

A capacitação sobre FR foi trazido como algo novo, no qual agregou importantes informações as ACS, conforme os seguintes relatos: Margarida [...] muitos treinamentos que a gente já sabe, FR foi uma coisa rica pra gente, a gente nunca teve treinamento de FR. Outra fala que ratifica a necessidade de novas capacitações, foi de Girassol [...] FR eu nunca tinha tido nenhuma capacitação, aprendi muito, não sabia de nada.

Corroborando com a idéia da importância das capacitações, Lírio manifesta do desejo de estar incluída com maior frequência nas metas de educação do sistema que elas estão inseridas: [...] as capacitações fazem tempo que parou, sempre fica voltando dengue a gente ta precisando mais capacitação porque todo dia tem coisa nova e a gente ta ficando pra trás.

A UBS se configura como porta de entrada para a população, e para que tal funcionamento seja efetivo e permanente, é necessário que os profissionais que nela trabalham estejam em constante aprendizado, incluindo o ACS, em que abarcam na sua função o privilégio da comunicação facilitada com a comunidade. É também incumbência do enfermeiro da atenção básica desenvolver atividades relacionadas ao treinamento e a educação dos profissionais da sua equipe, tendo em vista a importância de manter o que preconiza o SUS a respeito da educação permanente a qual faz parte de um das suas funções.^{28/30}

IV - CONCLUSÃO

Dentro de uma equipe multiprofissional o papel do ACS é fundamental na atenção básica, através deles a equipe tem a oportunidade de construir elos que possibilitem a melhoria da saúde daquela comunidade. É fundamental a educação permanente do ACS, abrangendo temáticas sobre, suas atribuições, direitos e deveres, o papel que exerce na prevenção de doenças na sociedade junto com conhecimento científico.

Como sugestão, entendemos que, deve-se realizar capacitações aos ACS partindo de um programa em nível das gerências regionais e de cada unidade de saúde, a fim de atender as demandas locais, sendo assim, construir intervenções educativas sistemáticas com o finalidade do desenvolvimento e melhoria na atuação dos profissionais de saúde, com elaboração e materiais educativos, realizando feedback das ações e dos impactos gerados na população.

Conclui-se que a educação é sempre o melhor caminho para crescimento de todos envolvidos na saúde, seja o profissional ou mesmo a população. Durante a pesquisa foi observado que após a intervenção educativa sobre Prevenção de FR, as ACS despertaram para seu papel de replicadoras de conhecimento na sua atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças dos usuários da USF. Outro aspecto importante encontrado na pesquisa foi o sentimento expressado por elas de valorização dentro da equipe multiprofissional, após a capacitação e o material de estudos oferecidos. Contudo, podemos dizer o quão é primordial reconhecer e promover o desenvolvimento do papel do ACS na saúde de uma população.

V - REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Saúde: Legislação de Saúde. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf> Acesso em 29 abr 2019.
2. Ministério da Saúde do Brasil. Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>> Acesso em 29 abr 2019.
3. Aguiar, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. _2. Ed. São Paulo: Martinari, 2015.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude> Acesso em 29 abr 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 05 mai 2019.
6. Educação continuada em saúde para agentes comunitários de saúde. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educa%C3%A7ao_continuada_saude.pdf> Acesso em 05 mai 2019.
7. Peixoto A, Linhares L, Scherr P, Xavier R, Siqueira SL, Pacheco TJ, Venturinelli G. Febre reumática: revisão sistemática. RevBrasClinMed 2011. mai-jun; 9(3):234-8.Acesso em 05 mai 2019.
8. Dodu, Silas R.A &Böthig, Siegfried. Rheumatic fever and rheumatic heart disease in developing countries /SRA>Dodu, Silas&S. Böthig Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/46841>> Acesso em 05 mai 2019.
9. Frequência de internações por febre reumática em um hospital pediátrico de referência em um período de 20 anos. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n2/v28n2a03.pdf>> Acesso em 20 mai 2019.
10. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Internações segundo Município - Febre reumática aguda. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niPE.def>> Acesso em 20 mai 2019.
11. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Internações segundo Município - Doença reumática crônica do coração. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niPE.def>> Acesso em 25 mai 2019.
12. Política-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf> Acesso em 15 mai 2019.
13. World Health Organization; Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation on rheumatic fever and rheumatic heart disease. Geneva,Disponível em:

<https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/trs923/en/> Acesso em 15 mai 2019.

14. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde-14.ed-

São Paulo: Hucitec , 2014.

15. Capacitação de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: análise do processo de educação permanente para o Sistema Único de saúde. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg60.pdf>> Acesso em 30 jun 2019.

16. Cadernos de atenção básica_28 acolhimento a demanda espontânea queixas mais comuns na Atenção Básica VOLUME II – Ministério da saúde. Disponível: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em 20 fev 2020.

17. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>> Acesso em 25 fev 2020.

18. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb-43-spe01-0097.pdf>> Acesso em 26 fev 2020.

19. Introdução à educação interprofissional – Hugh Barr & Helena Low. Disponível em: <<https://www.abeffarmacia.com.br/wp-content/uploads/sites/777/2018/02/Introduc%CC%A7a%CC%83o-a%CC%80-Ed.-Interprofissional-Port..pdf>> Acesso em 26 fev 2020.

20. Educação à distância como recurso para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para intervenções preventivas relacionadas ao álcool e outras drogas. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1593/2251>> Acesso em 30 abr 2020.

21. Dificuldades apontadas pelos agentes comunitários de saúde na realização do seu trabalho. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/23119-130217-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/23119-130217-1-PB%20(3).pdf)> Acesso em 30 abr 2020.

22. Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/e1800%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/e1800%20(4).pdf)> Acesso em 30 abr 2020.

23. Avaliação da efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde que acompanham pessoas com doença falciforme. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/Tese_LudmilaMourao.pdf> Acesso em 10 mai 2020.

24. Promoção e prevenção – diferença. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/66219-diferenca-entre-promocao-e-prevencao/>> Acesso em 10 mai 2020.

25. Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de Saúde Journal Heal th NPEPS. 2019 jul-dez; 4(2):10-330. ISSN 2526-1010310 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.30681/252610103730>> Acesso em 10 mai 2020.

26. Fatores associados ao conhecimento de agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal. Cad. saúde colet. [online]. 2018, vol.26, n.3, pp.292-297. Epub Aug 27, 2018. ISSN 2358-291X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462x201800030420>> Acesso em 10 mai 2020.
27. Almanaque do agente comunitário de saúde Secretaria de Gestao Estrategica e Participativa do Ministerio da Saude. OS0116/2014
28. Capacitação de agentes comunitários de saúde experiência. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a26v64n5.pdf>> Acesso em 11 mai 2020.
29. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 11 mai 2020.
30. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf> Acesso em 11 mai 2020.

APÊNDICE 1. Folder educativo para a comunidade**FEBRE REUMÁTICA
O QUE É ?**

A febre reumática, é uma doença inflamatória que se desenvolve uma ou duas semanas após uma infecção de garganta, por uma bactéria chamada *streptococo*.

OS SINTOMAS SÃO:



Febre



Dores nas juntas



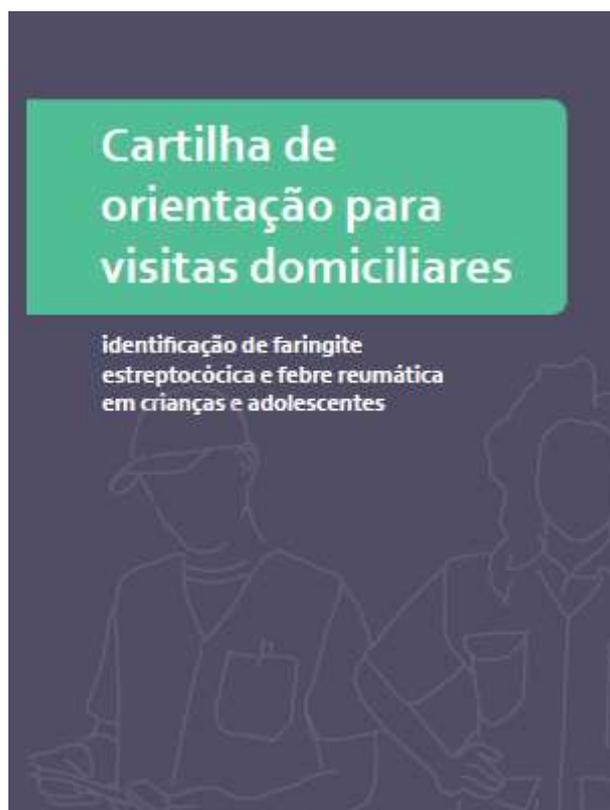
Coração

E ainda:

- Febre alta
- Inchaço em joelhos, cotovelo, tornozelos
- Juntas doloridas
- Dificuldade para andar devido as dores
- Cansaço constante
- Falta de ar
- Coração acelerado.

O tratamento deve ser indicado pelo médico, por isso, procure seu Agente Comunitário de Saúde ou a Unidade de Saúde da Família mais próximo de você.

APÊNDICE 2. Cartilha de orientação para as visitas domiciliares



Sumário

- 2 Apresentação
- 4 Introdução
- 7 Panorama geral da febre reumática
- 11 O que é febre reumática?
- 13 Quais são os principais sinais e sintomas?
- 14 Como é feito o diagnóstico de febre reumática?
- 16 O diagnóstico de faringoamidalite
- 18 Como é feito o tratamento da FR
- 20 Profilaxia da febre reumática
- 22 Passo-a-passo
- 24 Fluxograma

Apresentação

Olá, Agente Comunitário de Saúde!

Essa cartilha foi elaborada especialmente para você. Nela você irá encontrar informações pertinentes sobre a *febre reumática* e um *passo a passo* para orientação na busca ativa de casos de infecção na garganta em crianças e adolescentes de 05 a 15 anos.

O seu papel é muito importante na triagem desses casos e direcionamento para a efetivação do diagnóstico e consequente tratamento. Já que a Febre Reumática é uma doença com muitos efeitos maléficos, mas com tratamento relativamente simples.

Contamos com vocês,
muito obrigada!

Introdução

A febre reumática (FR) é uma complicação não supurativa que ocorre de duas a quatro semanas após um episódio de faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Decorre da resposta imune a esta infecção, acometendo principalmente populações que vivem sob condições socioeconômicas desfavoráveis e são geneticamente predispostas.

A febre reumática por se tratar de uma doença autoimune sistêmica pode apresentar manifestações em diferentes órgãos e tecidos, entre elas: cardiovasculares, osteoarticulares, neurológicas e cutâneas. Essas manifestações foram agrupadas por Dr. Jones em critérios maiores e menores para o diagnóstico da FRA.

6

Até o momento não existe um exame laboratorial ou por imagem que permita fazer com segurança o diagnóstico de febre reumática. Portanto, este diagnóstico deve ser baseado no quadro clínico e exame físico detalhado e os exames laboratoriais, como são inespecíficos, apenas apoiam o diagnóstico.

A profilaxia primária da febre reumática consiste no reconhecimento e tratamento adequados das infecções de vias aéreas superiores, como faringoamigdalites, causadas pelo SBGA. A recomendação visa reduzir a exposição do paciente as bactérias e impedir a propagação da doença, além de prevenir complicações agudas.

O grande desafio da profilaxia primária é fazer a distinção entre faringoamigdalites virais e bacterianas e assim instituir a terapêutica, preferencialmente, com penicilina G benzatina (BENZETA-

7

CIL). O risco de alergia a esse fármaco é mínimo e passível de ser resolvido com medicação. A Portaria no 3.161, de 27 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde no Brasil, normatiza a utilização de penicilina nas unidades básicas de saúde e em outras unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

As Diretrizes Brasileiras para o tratamento da FR recomendam que no caso de alergia comprovada à penicilina ou outros antibióticos betalactâmicos, a profilaxia primária deverá ser feita com os seguintes antibióticos orais: estearato de eritromicina, clindamicina ou azitromicina.

8

Panorama geral da febre reumática

A febre reumática possui uma distribuição universal, mas com marcada diferença nas taxas de incidência e prevalência entre os diversos países, constituindo a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens nos países em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, no final do século XX, a quase eliminação da FR e redução nas taxas de cardiopatia reumática foram atribuídas em parte à melhoria das condições socioeconômicas e ao uso generalizado de penicilina benzatina para tratar a faringite estreptocócica.

Entretanto, em países em desenvolvimento, a FR é um importante problema de saúde pública, principalmente

9

no que se refere à lesão cardíaca. Na Índia, por exemplo, a prevalência da FR/DRC varia de 0,5 a 11/100 habitantes. Além disso, em países com condições socioeconômicas desfavoráveis causa a maior parte da morbidade e mortalidade cardiovascular em jovens, levando a cerca de 250.000 mortes por ano em todo mundo.

Na América Latina, 21.000 casos de FR ocorrem anualmente. Os dados no Brasil são escassos. A frequência da febre reumática no Brasil é variável. No país, semelhante distribuição mundial, essa afecção é mais comum em áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis. Em 2002, 5.000 casos novos foram reportados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No Estado de Pernambuco, de acordo com o DATASUS no período de janeiro de 2015 a março de 2016 foram regis-

10



11

trados 1.793 casos de internação por febre reumática aguda (FRA). No mesmo período a doença reumática crônica do coração foi responsável por 1.659 internamentos.

Os números relativos a internação por FRA não revelam a real magnitude do problema na população, tendo em vista que muitos casos são assintomáticos ou não diagnosticados. Portanto, esses pacientes só procurarão assistência médica depois de uma ou duas décadas, quando apresentarem sintomas de doenças cardíacas decorrentes de lesões valvares.

12

O que é febre reumática?

A febre reumática (FR) é uma complicação que ocorre de duas a quatro semanas após um episódio de faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Decorre da resposta do próprio corpo, a esta infecção, acometendo principalmente populações que vivem sob condições socioeconômicas desfavoráveis e são geneticamente predispostas.

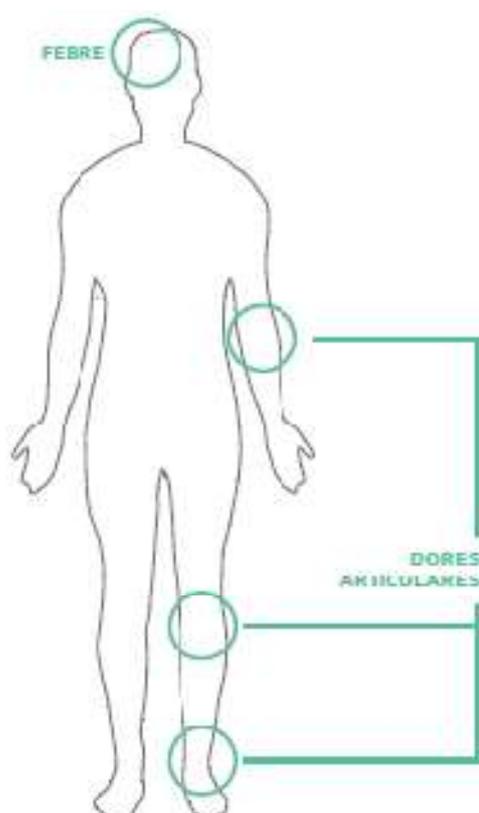
13

Quais são os principais sinais e sintomas?

A febre reumática aguda tem sintomas como febre, edema (inchaço) e dores articulares (principalmente joelhos, cotovelos e tornozelos), aproximadamente duas semanas após uma infecção de garganta mal curada.

Mais tardiamente na febre reumática crônica por se tratar de uma doença autoimune sistêmica pode apresentar manifestações em diferentes órgãos e tecidos, entre elas: cardiovasculares (causando cansaço constante, falta de ar e sensação de coração disparado), osteoarticulares mais graves, neurológicas e cutâneas.

14



15

Como é feito o diagnóstico de febre reumática?

Na FR não existe um sinal próprio da doença ou exame específico para diagnosticá-la. Portanto, o diagnóstico da doença reumática se dá pela clínica do paciente. Para auxiliar nessa diagnose utiliza-se um conjunto de critérios divididos em maiores e menores chamado Critérios de Jones, estabelecidos em 1944 e modificados em 1992.

A probabilidade de FR é alta quando há evidência de infecção estreptocócica anterior, determinada pela elevação dos níveis de anticorpo específico (ASLO), além da presença de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores, de acordo com os quadros.

16

Critérios de Jones modificados para o diagnóstico de febre reumática

Critérios maiores

Cardite
Artrite
Coreia de Sydenham
Eritema marginado
Nódulos subcutâneos

Critérios menores

Febre
Artralgia
Elevação dos reagentes de fase aguda (VHC, PCR)
Intervalo PR prolongado no ECG

17

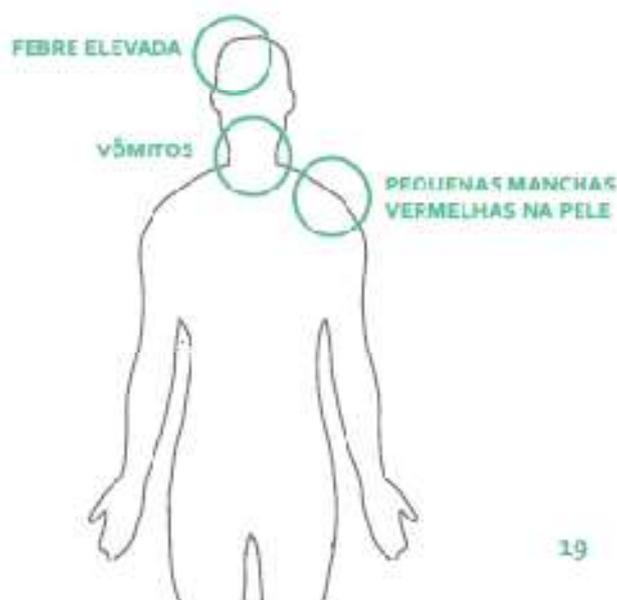
O diagnóstico de faringoamidalite

É de extrema importância o diagnóstico da infecção estreptocócica de orofaringe, em virtude desta ser responsável por cerca de 30% dos casos de faringoamidalite. Diante disto, a identificação dos casos de crianças e adolescentes com a infecção, pelos Agentes Comunitários dentro da comunidade, se faz fundamental por contribuir, assim, com a prevenção da Febre Reumática.

Esse diagnóstico de faringoamidalite estreptocócica pode ser feito pela presença dos critérios clínicos validados pela OMS, os quais incluem: mal-estar geral, vômitos, febre elevada, hipermia e edema de orofaringe, bem como petéquias (pequenas manchas avermelhadas na pele) e exsudato purulento,

18

além de gânglios cervicais palpáveis e dolorosos. Recomenda-se, ainda, a comprovação laboratorial da infecção.



19

Como é feito o tratamento da FR?

O tratamento da febre reumática aguda tem por objetivo cessar o processo inflamatório, diminuindo os possíveis reflexos desse mal em órgãos e estruturas como o coração, as articulações e o sistema nervoso central. Para isso algumas medidas gerais e específicas podem ser tomadas, como:

20

Medidas gerais

Hospitalização e internação: dependendo da gravidade da apresentação clínica do paciente

Repouso

Controle da temperatura

Eradicação do Estreptococo

Medidas específicas

Tratamento da cardite

Tratamento da artrite

Tratamento da coreia

21

Profilaxia da Febre Reumática

A Prevenção 1ª : se dá através do reconhecimento dos casos de faringomidialite, com a finalidade de prevenir o primeiro surto de FR por meio da diminuição do contato com o estreptococo e tratamento das infecções. A profilaxia é feita com a administração do medicamento Penicilina benzatina e após 24 horas de uso o paciente torna-se minimamente contagiante;

A Prevenção 2ª : consiste na administração contínua do antibiótico ao paciente com FR prévia ou cardiopatia reumática comprovada, com o objetivo de impedir nova infecção de via aérea com a bactéria;

22

Vale ressaltar ainda, que a duração da profilaxia depende da idade do paciente, do intervalo do último surto, da presença de cardite no surto, do número de recidivas, da condição social e da gravidade da cardiopatia reumática residual.

23

Primeiro passo

Triagem de sinais e sintomas de faringoamidalite estreptocócica através da aplicação de questionário direcionados para pacientes de 05 a 15 anos de idade.

24

1.1 Tem dor na garganta?	
SIM	NÃO
1.2 Tem manchas vermelhas no céu da boca (petêquias em região de palato)?	
SIM	NÃO
1.3 Teve garganta inflamada? se sim, há quanto tempo?	
SIM	NÃO
HÁ QUANTO TEMPO?	
1.4 Está tendo febre no presente momento?	
SIM	NÃO
1.5 Teve febre anteriormente?	
SIM	NÃO
1.6 Tem edema (inchaço) na articulação?	
SIM	NÃO

25

1.7 Tem dor na região da articulação?	
SIM	NÃO
1.8 Essa dor limita o movimento da articulação?	
SIM	NÃO
1.9 Essa dor articular é assimétrica, ou seja, dor presente só em um lado(esquerdo ou direito)?	
SIM	NÃO
2.0 Onde está localizada essa dor? (Anotar qual o local que apresentou a dor)	
PESCOÇO	FUNDO
COTOVELO	JOELHO
2.1 Fez uso de alguma medicação no período das dores articulares?	
SIM	NÃO
2.2 Você notou que após três semanas da amigdalite apresentou dor no peito e /ou coração acelerado?	
SIM	NÃO

26

2.3 Você percebeu que depois de sete meses do episódio de faringoamidalite estreptocócica a criança teve fraqueza nos músculos; ti ou chora sem motivos; tem movimentos descontrolados que quando dorme desaparece ?	
SIM	NÃO
2.4 Você percebeu que a criança cai quando anda, não consegue escrever, fala de maneira arrastada, não segura os brinquedos?	
SIM	NÃO
2.5 Em algum momento apresentou manchas no corpo (bordas vermelhas e centro claro)?	
SIM	NÃO
2.6 Apresentou algum nódulo (caroço) no corpo ?	
SIM	NÃO

Se as respostas forem "sim", atenção aos próximos passos.

27

Segundo passo

Reunir dados para triagem de possíveis casos de faringoamigdalite estreptocócica através da própria percepção do Agente Comunitário de Saúde durante a visita.

28

OBSERVAR SINAIS DE POSSÍVEIS CASOS DE FARINGITE NO MOMENTO DA VISITA DOMICILIAR?	
1.1 Supurativa (presença de pus)	
SIM	NÃO
1.2 Não supurativa (sem a presença de pus)	
SIM	NÃO
1.3 Petéquias em região de palato (manchas vermelhas no céu da boca)	
SIM	NÃO
1.4 Febre	
SIM	NÃO
1.5 Sem Febre	
SIM	NÃO

29

Terceiro passo

Utilizar o Critério Jones como ferramenta para análise de dados.

Observar os critérios de Jones:
 opção 1: Dois (02) critérios maiores
 opção 2: Um (01) critério maior e dois (02) critérios menores

30

CRITÉRIOS MAIORES	
Artrite	
Cardite	
Coreia de Sydenham	
Eritema marginatum	
Nódulos subcutâneos	
CRITÉRIOS MENORES	
Artralgia	
Febre	
Aumento do intervalo PR do ECG	
Eritema marginatum	
Exames laboratoriais reagentes de fase aguda	
VOCÊ CLASSIFICOU A CRIANÇA COMO FEBRE REUMÁTICA AGUDA?	
SIM	NÃO
VOCÊ CLASSIFICOU A CRIANÇA COMO GRA COM CARDITE?	
SIM	NÃO

31

Quarto passo

Comunicar ao médico da unidade de saúde

- 1.1 *Questionário preenchido;*
- 1.2 *Sinais e sintomas devidamente observados e identificados;*

32

Quinto passo

Dar continuidade ao elo firmado do ACS e o paciente, como também da parceria entre o ACS e o Médico da USF.

- Orientar o paciente ao comparecimento na USF;
- Explicar a importância do acompanhamento.

33

Sexto passo

No caso de uma confirmação de faringoamigdalite Estreptocócica pelo médico, reforçar importância da manutenção do tratamento como doses de penicilina nas visitas ao paciente.

1. ACS atento as doses do paciente;
2. Ter acesso a agenda da nova dose da penicilina;
3. Acompanhar o todo o tratamento.

34



APÊNDICE 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Percepção dos agentes comunitários de saúde a respeito do seu papel após experiência de intervenção educativa sobre a prevenção da febre reumática, em uma unidade básica de saúde da cidade do Recife.

Local do Estudo: Unidade de Saúde da Família de Coqueiral/Imbiribeira – DS VI.

Coordenador geral do projeto: Drº João Guilherme Bezerra Alves.

Pesquisadores: João Guilherme Bezerra Alves, Carla Adriane Fonseca Leal de Araújo e Liana Chaves Alves.

Pesquisadores colaboradores: Lucivania da Silva Barbosa de Almeida, Danúbia Conceição Cajueiro da Silva Monte.

Prezado (a) Sr (a) _____

Convidamos você a participar da pesquisa: **Percepção dos agentes comunitários de saúde a respeito do seu papel após experiência de intervenção educativa sobre a prevenção da febre reumática, em uma unidade básica de saúde da cidade do Recife.**

Este estudo tem como finalidade oferecer um espaço de escuta para o Agente Comunitário de Saúde, buscando compreender o significado e a importância de suas atribuições frente à comunidade por ele assistida. O ACS no momento da entrevista poderá expressar sentimentos relacionados à sua prática na comunidade. Espera-se a partir do aprofundamento das questões trazidas poderem contribuir para novas estratégias que facilitem o desempenho do ACS diante da disseminação do conhecimento adquirido.

Será solicitado que você responda a algumas perguntas relacionadas com aspectos sociodemográficos e de sua formação profissional. Poderá haver algum constrangimento para os participantes, uma vez que serão solicitados a falar sobre aspectos inerentes a sua subjetividade. Como forma de preservar a sua privacidade e evitar ou reduzir esse possível constrangimento os autores assumem o compromisso de garantir o total sigilo das informações dadas.

Serão utilizadas entrevistas individuais que serão gravadas e transcritas na íntegra para a análise. Durante o estudo das entrevistas e na apresentação dos resultados será utilizado um nome fantasia para que você não seja identificado(a).

Você deve se sentir completamente livre em relação à sua participação no estudo e a sua decisão não trará prejuízo para a sua rotina de trabalho.

Caso a sua escolha tenha sido a favor de participar, você terá todo o direito de pedir para sair da pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso cause qualquer constrangimento ou prejuízo.

Assinando esse documento, você garante que não recebeu nenhuma ajuda financeira ou de outra natureza para participar do estudo, que sabe que a sua participação não implicará em nenhum prejuízo para a sua vida e que poderá desistir de participar a qualquer momento.

Se você tiver qualquer consideração ou dúvida com respeito à pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 7:00 às 11:00 (manhã) e 13:30 às 16:00 horas (tarde).

O pesquisador responsável pelo estudo, Dr. João Guilherme Alves, pode ser contatado pelos telefones (81) 2122-4321 e (81) 999746351, e-mail: joaoguilherme@imip.org.br.

Consentimento da participação do investigado (a):

Eu, _____,
Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família de Coqueiral/Imbiribeira – DSVI declaro que fui devidamente informado (a) pelo (a) pesquisador (a) _____,

sobre a finalidade da pesquisa: **“Percepção dos agentes comunitários de saúde a respeito do seu papel após experiência de intervenção educativa sobre a prevenção da febre reumática, em uma unidade básica de saúde da cidade do Recife.”** Concordei em participar sem que recebesse nenhuma pressão:

Continuarei exercendo normalmente minhas atividades no serviço, independente da minha participação na pesquisa;

Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

Estou seguro (a) de que não serei identificado (a) e que será mantido caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;

Poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à minha atuação profissional.

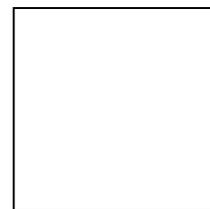
Esse documento tem duas vias e uma fica com você.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Testemunha em caso de analfabeto

Assinatura do (a) Pesquisador (a)



APÊNDICE 4. QUESTIONÁRIO**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**

Nº do Formulário: _____

Nome do participante: _____

Dados socioeconômicos e demográficos

1. Data de nascimento: ___ / ___ / _____

2. Idade: _____ anos

3. Sexo:

F () M ()

4. Raça:

Branca () Parda () Negra () Amarela ()

5. Escolaridade:

Nível fundamental incompleto () Nível fundamental completo () Nível médio

Incompleto () Nível médio completo () Nível superior incompleto () Nível Superior completo ()

6. Outros Cursos? Sim () Não ()

7. Se sim, qual? _____

8. Qual o seu tipo de vínculo com o município:

Contratado () Concursado ()

Outros: _____

9. Possui outro vínculo empregatício no momento?

Sim () Não ()

Quantos: _____

10. Quanto tempo em anos você tem de exercício na função de ACS?

11. Você se identifica com a atribuição de ACS?

Sim () Não ()

APÊNDICE 5. ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Fale um pouco sobre o seu papel enquanto ACS.
2. Fale um pouco da sua importância como ACS, dentro da estratégia em saúde da família como espaço de prática para prevenção de doenças na comunidade.
3. Desenvolvido a intervenção com a comunidade sobre Febre Reumática, fale um pouco sobre como você avalia esta intervenção?
4. Como você se sentiu após ter vivenciado as capacitações sobre Febre Reumática?
5. Você acha que as capacitações oferecidas pelo SUS as ACS são suficientes para uma boa prática de prevenção de doenças?
6. O que você identifica como pontos favoráveis ou desfavoráveis ao desenvolvimento da intervenção na prática com a comunidade?

APÊNDICE 6. Matriz para análise das entrevistas

Ponto Norteador básico (Categorias analíticas e empíricas e suas subcategorias ou elementos de análise)		Transcrição das falas(Recorte de fala da entrevista)	Núcleo de sentido (articulação entre as falas e o referencial teórico baseada nas nossas interpretações)	Trecho da fala (o conteúdo mais expressivo da fala – palavras chave)	Síntese do núcleo de sentido
CATEGORIAS ANALÍTICAS	Categorias I – Analisar o entendimento das intervenções educativas sobre a Febre e Cardiopatia Reumática na comunidade: observar o impacto das capacitações oferecidas sobre a temática de febre reumática;				
	Categoria II – Analisar como a ACS se reconhece na função de promoção e prevenção de doenças dentro da estratégia de saúde da família: Identificar a compreensão da ACS com relação ao seu papel na comunidade atuando de forma preventiva assim como o olhar da comunidade da atuação desse profissional;				
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Categoria III – Compreender sobre o papel de replicador de conhecimento a partir da educação permanente vivenciada: Sondar como a ACS leva a comunidade o conhecimento das prevenções de doenças e os impactos causados na saúde dos usuários;				
	Categoria IV – Analisar se as ACS aprenderam o conteúdo das capacitações: verificar a aprendizagem sobre o conteúdo abordado nas capacitações sobre febre reumática, observando o impacto na sua atuação como profissional;				
	Categoria V – Aceitação da população para receber novas informações: observar a resistência da população para receber novas informações levadas pelas ACS;				
	Categoria VI – Constatar as necessidades das capacitações oferecidas pelo SUS: Sondar se as capacitações oferecidas pelo SUS atendem a demanda para o desenvolvimento de uma melhor prática das ACS sobre prevenção de doenças.				