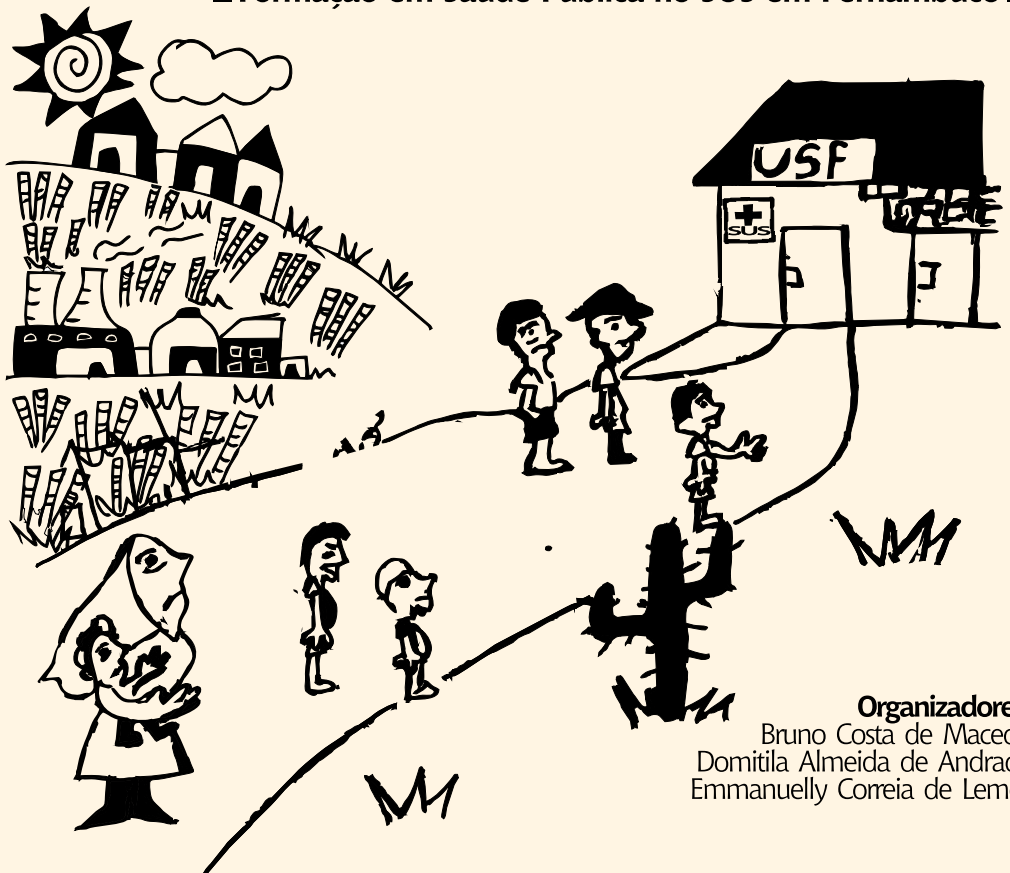




A Educação como Elemento Transformador do Trabalho em Saúde

■ Formação em Saúde Pública no SUS em Pernambuco ■



Organizadores:
Bruno Costa de Macedo
Domitila Almeida de Andrade
Emmanuel Correia de Lemos

Paródia Asa Branca

Luiz Gonzaga

Quando olhei a turma da ESPPE
Percebi o desafiozoão
Eu perguntei a Deus do céu, ai
Será que tenho condição
Eu perguntei a Deus do céu, ai
Será que tenho condição

Que turma, que pessoas animadas
Com um pouco de frustração
Por outras vivências, fiquei
preocupada
Mas logo veio a superação
Por outras vivências, fiquei
preocupada
Mas logo veio a superação

Mesmo com a vida de demandas
Procuraram união
Então eu disse, conseguiremos
Pouco a pouco com produção
Então eu disse, conseguiremos
Pouco a pouco com produção

Hoje faltam poucas léguas
Todos entregando o Projetão
Espero que completo e revisado
Por mim, colegas e orientação
Espero que completo e revisado
Por mim, colegas e orientação

Quando setembro chegar
Vai ser aquela comemoração
Eu te asseguro vai ser um choro, viu
Todos concluindo, viu
Com o Projetão
Todos concluindo, viu
Com o Projetão.

(Concluíntes do curso de
Especialização em Saúde Pública
da ESPPE)

A Educação como Elemento Transformador do Trabalho em Saúde

■ Formação em Saúde Pública no SUS em Pernambuco ■



Governo do Estado de Pernambuco | Paulo Henrique Saraiva Câmara

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES PE | José Iran Costa Júnior

Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SEGTES | Ricarda Samara da Silva Bezerra

Diretoria Geral de Educação na Saúde - DGES | Juliana Siqueira Santos

Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE | Célia Maria Borges da Silva Santana

Equipe Técnica Diretoria Geral de Educação na Saúde

Emanuella Margareth L. R. Martins | Fabiana Rufino | Fabiana Marinho | Michelle Melo | Fátima Lima | Jardane Campos | Hermann Luiz | Mônica Alves | Paulo José | Roseane Santos | Edson Soares | Elen Fraga | Andrea Fernandes | Luisa Macedo Cavalcante | Thiago Cavalcante De Almeida | Maria Cláudia Lins

Equipe Técnica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

Bruno Costa de Macedo | Neuz Buarque de Macêdo | Emmanuely Correia de Lemos | Arnaldo Cesar Alencar da Boaviagem | Tereza Cristina de Medeiros Sato

Conselho Editorial

Juliana Siqueira Santos | Célia Maria Borges da Silva Santana | Dara Andrade Felipe | Carlos Nobre da Silva e Filho

Comissão Executiva Editorial

Emanuella Margareth L. R. Martins | Carlos Nobre da Silva e Filho

Capa | Henrique Andrade | Darton Charles Pinto Cristiano | Sebastião André Barbosa Júnior

Projeto miolo | Diagramação | Maria Cristina Pacheco dos Santos Lima

Revisão textual | Correta Corretora de Redações S/C Ltda.

Impressão | Gráfica e Editora Cromos Ltda

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Pandita Marchioro CRB9/1972.

Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde.

A educação como elemento transformador do trabalho em saúde: formação em saúde pública no SUS em Pernambuco [recurso eletrônico] / Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

474 p.; 24 cm

Formato: PDF

ISBN: 978-65-80064-04-5

1. Saúde – Pernambuco 2. Serviços de promoção da saúde – Pernambuco. I. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde.

CDU: 614.25

Bruno Costa de Macedo
Domitila Almeida de Andrade
Emmanuelly Correia de Lemos
(Organizadores)

A Educação como Elemento Transformador do Trabalho em Saúde

■ Formação em Saúde Pública no SUS em Pernambuco ■

Recife
Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde
2019

Sumário

Apresentação	08
Prefácio	11
Sobre os autores	13
SEÇÃO 1: A Educação como Elemento Transformador do Trabalho em Saúde	23
Contextualizando a Formação em Saúde Pública em Pernambuco	24
O Protagonismo da Escola de Saúde Pública de Pernambuco na formação de sanitaristas no estado	34
Abordagem da temática étnico-racial na formação das/os Profissionais Residentes do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns-PE	49
Educação Permanente em Saúde relacionado à segurança do trabalho para auxiliares de serviços gerais no município de Salgueiro-PE	63
Testes Rápidos para HIV e Sífilis no Pré-Natal: Educação continuada para enfermeiras (os) das Unidades Básicas de Saúde do município de Arcoverde-PE	72
Capacitação Profissional para a Implantação de Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite no Pré-natal nos Municípios da XI Região de Saúde – PE	81
Educação permanente em saúde para reabilitação de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus na II Regional de Saúde de Pernambuco	92
A Educação Permanente como estratégia de fortalecimento das ações de imunização em Salgueiro-PE	99
Educação Permanente em Saúde: um projeto de extensão de uma instituição de ensino técnico de enfermagem no município de Lagoa de Itaenga-PE	103
A Educação Permanente em Saúde como estratégia no controle do vetor da doença de Chagas na zona rural do município de Quixaba-PE	111
Governança Interfederativa na Comissão Intergestores Regional da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco: uma proposta de intervenção em educação continuada para os secretários municipais de saúde	116
Implantação de um check-list para qualificar a visita domiciliar do agente de combate a endemias no monitoramento e controle do <i>Aedes aegypti</i> no município de São Bento do Una-PE	125

Reestruturação da educação permanente na enfermagem hospitalar: provocando a transformação de práticas junto aos técnicos e auxiliares de enfermagem em um Hospital Municipal em Petrolândia-PE	139
Projeto de intervenção para implementação de um grupo itinerante de educação continuada em saúde para a melhoria da cobertura de exames citopatológicos do município de Inajá-PE	151
Educação Continuada para Enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde quanto ao preenchimento adequado das Cadernetas das Gestantes do Município de Tupanatinga-PE	166
Instrumentalização da equipe multiprofissional na estimulação cognitiva e motora em uma instituição de longa permanência para idosos no município de Salgueiro-PE: o olhar da Terapia Ocupacional	173
Inserção da Auriculoterapia como estratégia complementar a atividade física no controle da HAS em idosos acompanhados pelo NASF IX no município de Caruaru-PE	182
Projeto de Intervenção: Terapia em Grupo para Usuários com Diagnóstico de Gagueira Cadastrados na Atenção Básica do Município de Salgueiro-PE	191
Ações de Educação em Saúde como estratégia para aumentar a adesão ao exame citopatológico na policlínica de São Bento do Una-PE	200
Educação em saúde com ênfase na sexualidade e prevenção da gravidez na adolescência no município de Cedro-PE	211
Qualificação das práticas de saúde bucal em pré-escolares: educação permanente com educadores das creches municipais de Caruaru-PE	217
Projeto de Intervenção: Educação em Saúde Bucal para Escolares da rede municipal de Verdejante-PE	231
Fortalecimento da Atenção Básica e a qualificação do fluxo de referência e contrarreferência no Município de Serrita-PE	240
Soneto ao Ser Mais	248
SEÇÃO 2: Desafios Cotidianos da Gestão do SUS	249
Experiência é aquilo que nos atravessa: caminhos da construção e implantação do Curso de Especialização em Saúde Pública no estado de Pernambuco	250
Reorganização do fluxo de trabalho para integração entre as Equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Serra Talhada	265

Implantação de Grupo Terapêutico para Fumantes na Estratégia de Saúde da Família com a participação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF no Município de Salgueiro	274
Um olhar sobre a Síndrome de Burnout em profissionais de saúde	284
Implantação do grupo técnico de trabalho para planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde na VII Região de Saúde	293
Implantação de um núcleo de promoção da saúde no município de Exu-PE	301
Implantação do Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica do município de Toritama Juramento das turmas	310
Reflexão sobre as práticas adotadas ao cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas na VII Região de Saúde de Pernambuco	318
Rede de atenção psicossocial: estratégias de intervenção para expansão da implantação da RAPS na IX Região de Saúde-PE	328
Construção e Implantação de Protocolo de Enfermagem para a Assistência ao Pré Natal na AB em Arcoverde	338
Implantação do fluxo assistencial de pré-natal de alto risco e risco habitual no município de Garanhuns - PE	347
Implantação do Grupo Técnico de Discussão de Óbito Infantil Fetal nos Municípios da XI Regional de Saúde	357
Implantação de Discussão de Óbitos Neonatais Precoce por Causas Evitáveis nas Unidades de Saúde do Município de Caruaru	368
Plano regional para redução da mortalidade por acidentes de transporte terrestre na V Regional de Saúde de Pernambuco	376
Aperfeiçoamento do Monitoramento e Avaliação das Ações para Redução dos Acidentes por Transportes Terrestres nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco	390
A implantação de aplicativo para acompanhamento de consultas e exames como estratégia para diminuir o absenteísmo dos usuários no município de Caruaru-PE	404
Regulação em Saúde: sistematização no processo de trabalho para a otimização das cotas de especialidades em um município do Alto Pajeú	412
Definição de fluxo funcional e rotina na liberação das macas retidas nas grandes emergências do Estado de Pernambuco	422

Implantação de centro de custos na XI Gerência Regional de Saúde como ferramenta gerencial	431
Descentralização do teste rápido para triagem de sífilis no município de Toritama	438
A implantação do teste rápido humano de leishmaniose visceral nas unidades básica de saúde dos municípios pertencentes a VII região de saúde de Pernambuco	447
Desafios da formação interiorizada de sanitaristas “lato sensu” em Pernambuco: a experiência das Turmas Sertão e Agreste	457
Juramento das turmas	473

Apresentação

Esta obra está organizada em duas seções e representa os desafios cotidianos de trabalhadoras e trabalhadores que constroem diariamente o Sistema Único de Saúde (SUS) em diversos municípios e na gestão estadual da saúde em Pernambuco. É um dos resultados da experiência da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), entre 2016 e 2017, na construção e realização do Curso de Especialização em Saúde Pública, um dos componentes do projeto “Acreditação Pedagógica dos Cursos lato sensu em Saúde Pública e a Formação em Saúde Pública: uma possibilidade de caminhos convergentes”, coordenado pela Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA).

A primeira seção registra esse caminho desde o diagnóstico do histórico e necessidades de formação de sanitaristas no Estado, destaca os esforços e protagonismo da ESPPE e da Diretoria de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para a ampliação e fortalecimento dessa formação muito além da região metropolitana e, finalmente, compartilha as sínteses dos Projetos de Intervenção (PI).

Os PI foram construídos pelas novas e novos sanitaristas ao longo do curso e abordam os mais variados temas e áreas da saúde pública, em diversos municípios e Gerências Regionais de Saúde do estado. Nessa seção estão reunidos aqueles que se debruçaram sobre a Educação na Saúde enquanto estratégia para o fortalecimento e organização de ações, serviços e redes de atenção à saúde.

Representam a riqueza das miudezas, da sensibilidade e atenção para identificar problemas não tão óbvios e propor soluções tão despreziosas quanto revolucionárias, tão simples quanto a complexidade de se “fazer cuidado”.

A segunda seção apresenta a superação dos desafios desde a adesão, passando pela habilitação da instituição à certificação lato sensu, a construção do projeto político pedagógico do curso e a opção pela realização de duas turmas interiorizadas, ao mesmo tempo, em dois polos que agruparam trabalhadoras e trabalhadores de todas as regiões do estado e de todos os níveis de gestão e áreas do SUS.

Na sequência, figuram a síntese dos PI cujas intervenções estão centradas nos “processos” em detrimento daquelas motivadas por dimensões estruturais. Vão além da ausência de equipamentos e desbravam a implantação de fluxos e protocolos, do monitoramento epidemiológico e estratégico, da descentralização de procedimentos, além da incorporação de dispositivos assistenciais e do fortalecimento de redes de atenção à saúde.

Ao final, compartilhamos nossa análise sobre alguns resultados e impressões acerca do desenvolvimento do curso, ao tempo em que apontamos desafios ordinários e contextualizamos seu percurso desde o início, que coincide com um golpe parlamentar e a derrubada da presidenta eleita, seguindo pelas graves consequências que ameaçam a Saúde, enquanto direito e cidadania, e o SUS enquanto sistema sustentável.

Em tempos de incertezas quanto ao rumo do País e de ameaças cada vez mais claras à democracia e à garantia do direito a saúde pública e de qualidade para toda população brasileira, registros como esse se fazem cada vez mais necessários. Não apenas para compartilhar conhecimentos e saberes, mas para reafirmar que, apesar das constantes tentativas, por alguns setores político - econômicos, de impor uma retórica de fracasso ao SUS, cotidianamente nos rebelamos e ratificamos nosso compromisso com a igualdade e a integralidade de um sistema de saúde público e equânime.

Esperamos que nossos esforços para compartilhar nossas ricas miudezas inspire trabalhadoras, trabalhadores, gestoras e gestores à tal exercício e que, novamente, cumpram o papel de

reafirmar nossa resistência e compromisso com o direito à saúde pública e de qualidade, a cidadania e o estado democrático de direito.

Desejamos uma boa leitura e que nossos erros e acertos aqui registrados cumpram o papel de firmar essa resistência e compromisso.

Bruno Costa de Macedo
Domitila Almeida de Andrade
Emmanuelly Correia de Lemos

Prefácio

O convite para prefaciar a publicação intitulada “A Educação como Elemento Transformador do Trabalho em Saúde - Formação em Saúde Pública no SUS em Pernambuco “ é uma grande alegria, especialmente porque essa obra é a materialização de um sonho coletivo.

A experiência da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) se insere no escopo do projeto denominado A Acreditação Pedagógica dos Cursos Lato Sensu em Saúde Pública e a Formação em Saúde Pública: uma possibilidade de caminhos convergentes”, firmado entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), concebido e coordenado no âmbito da Rede Brasileira.

Fruto de uma construção coletiva, o curso de Especialização em Saúde Pública contou com a participação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), na fase de concepção e teve o protagonismo das dez instituições formadoras envolvidas nesse projeto, na concepção do projeto político-pedagógico e com todo o desenvolvimento do curso.

A Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE) desenvolveu as duas turmas previstas no projeto de maneira interiorizada, no intuito de capilarizar mais ainda a oportunidade e o acesso dos profissionais de saúde a formação lato sensu no interior do Estado, privilegiando, assim, a equidade na educação na saúde.

Imprimiu um conjunto de inovações ao realizar as duas turmas descentralizadas, uma em Garanhuns e outra em Serra Talhada e ao associar a arte ao processo de formação. No total foram formados 67 novos sanitaristas.

A Política de Educação Permanente foi norteadora de todo o processo formativo mediante a introdução de metodologias de aprendizagem significativa no intuito de transformar as práticas e promover transformações a partir de projetos de intervenção produzidos como atividade de conclusão de curso.

Dentre os valores que animam e oferecem suporte à RedEscola encontram-se o compartilhamento e a solidariedade e nesta medida a ESPPE avança ao publicizar essa experiência trazendo os projetos de intervenção produzidos, no âmbito do curso a conhecimento de todos os interessados nas temáticas que emergem como desafios no cotidiano do SUS.

A riqueza e diversidade de temas e suas respectivas abordagens presentes nesta publicação podem resultar em reais benefícios à gestão do SUS. É esta a intencionalidade que dá sentido a este livro.

Que os gestores possam apropriar-se dos achados e contribuições trazidas nesta publicação para melhorar a qualidade dos processos de gestão do SUS nas instituições aos quais estão vinculados. Este é um dos propósitos.

Parabéns aos 67 novos sanitaristas formados pela ESPPE! E parabéns à todos os que tornaram esse sonho possível!

Desejo a todos uma leitura curiosa e instigante de transformações!

Rosa Maria Pinheiro Souza

Vice-Diretora da Escola de Governo em Saúde. ENSP/Fiocruz
Coordenadora da Secretaria Técnica e Executiva da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. RedEscola

Sobre os Autores

Adriana Limeira do Nascimento

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE); Hospital Regional Inácio de Sá e Lar São Vicente de Paulo-PE; e-mail: adri_anascimento@hotmail.com.

Ana Ruth Barbosa de Sousa

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); e-mail: anaruthbs@hotmail.com.

Anderson Danilo Dario Lima

Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz); Apoiador Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE; e-mail: anderson_danilo_fisio@hotmail.com.

Andrea Maria da Conceição

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE); e-mail: andrea.maria76@hotmail.com.

Andréia Paula da Silva Lima

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE), Enfermeira graduada pela UPE, Especialista em Gestão de Serviços e Sistemas em Saúde pela FIOCRUZ, Especialista em Saúde da Família pela UFPE/UMA/SUS; e-mail: andreiapaula1404@gmail.com.

Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); e-mail: angelacontato@yahoo.com.br.

Ângela Maria Pereira

Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Responsável técnica do Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CER II) de Conde-PB; e-mail: fisiot.angelapereira@yahoo.com.br.

Bruno Costa de Macedo

Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE); Docente e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Gerente da Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE); E-mail: brunomacedo85@yahoo.com.br.

Carina Castro Toscano de Carvalho

Mestra em Clínica Integrada pela Universidade Potiguar RN; Coordenadora do PSE na Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru; e-mail: carinatoscانو@hotmail.com.

Cecília Graziosy de Siqueira Leite

Assistente Social; Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE); em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e em Saúde Mental pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/VII Gerência Regional de Saúde, Salgueiro– PE; e-mail: cecilia-graziosy@hotmail.com.

Célia Maria Borges da Silva Santana

Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde; Diretora Geral da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); e-mail: celiambasantana@hotmail.com.

Cícera Cruz Leite Pereira

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE); e-mail: ciceracruz-leite@bol.com.br.

Cicero Emanuel Alves Leite

Mestre em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); e-mail: emanoel.leite.ceal@gmail.com.

Dara Andrade Felipe

Mestre em Saúde Pública. Professora Substitua do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); e-mail: dara.andradef@gmail.com.

Domício Aurélio de Sá

Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Docente-Pesquisador e Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fiocruz – PE; Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); e-mail: domicio@cpqam.fiocruz.br.

Domitila Almeida de Andrade

Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/ Fiocruz-PE); Ex-coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Professora do curso de Medicina/NCV, Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); e-mail: domi.andrade@gmail.com.

Efraim Naftali Lopes Soares

Biomédico, Especialista em Saúde Pública e Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, Mestre e Doutorando em Ciência Animal Tropical pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFR-PE). Gerente de Vigilância em Saúde da IV Regional de Saúde de Pernambuco (IV GERES).

Elaine Cristina Pedrosa Barreto

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Coordenadora da Atenção Primária de Camocim de São Félix-PE; e-mail: ecpbarreto@hotmail.com.

Elaine Cristina Tôres Oliveira

Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Professora auxiliar da Universidade Estadual de Ciên-

cias da Saúde de Alagoas (UNCISAL); Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); e-mail: laineoliv@hotmail.com.

Emmanuelly Correia de Lemos

Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE) e Doutoranda em Educação Física pela Universidade de Pernambuco; Coordenadora de Educação Permanente da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); e-mail: emmanuellylemons@gmail.com.

Fábيا Maria de Santana

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Secretária de Desenvolvimento Social e Cidadania da Prefeitura de Serra Talhada; e-mail: fabiagarban@hotmail.com.

Fernanda Cardoso Silva

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); Especialista em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Coordenadora de Saúde Mental do Município Toritama - PE; e-mail: fernandalab@hotmail.com

Fernanda Thereza Martins Torres Severo

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); Setor de Regulação da X Gerência Regional de Saúde no Município de Afogados da Ingazeira-PE; e-mail: fernandatsevero@gmail.com.

Fernando Antônio Parente de Melo

Enfermeiro /FJN; Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE) e em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde /UFF; e-mail: zedbaia@hotmail.com.

Filipe Alencar de Souza

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); Gerente Administrativo da Unidade Municipal de Fisioterapia de Caruaru pela Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru; e-mail: filipealencar.iasd@gmail.com.

Gladyanny da Costa Veras Soares

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESSPE). Coordenadora da Unidade Básica de Saúde (UBSF) Severiano de Brito Freire do município de Arcoverde– PE; e-mail:

Jany Welma de Sá Albuquerque

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE). Gestora Técnica de Articulação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE); e-mail: janywelma@gmail.com.

Joelma de Jesus Rodrigues

Psicóloga, Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE). Gerente da IX Gerência Regional de Saúde/PE, Ouricuri – PE; e-mail: joelmadalto@hotmail.com.

Josefa Cinthia Pacheco da Silva

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Coordenadora da Policlínica Municipal de São Bento do Una; e-mail: cinthiasbu@hotmail.com.

Juliana Siqueira Santos

Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPE; Diretora-Geral de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; e-mail: jucasiqueira@gmail.com.

Karine de Albuquerque Vasconcelos

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Caruaru-PE; e-mail: karine_aalb@hotmail.com.

Karlla Priscila Monteiro Viana

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco da ESPPE; e-mail: karllavianna@gmail.com.

Leila Monteiro Navarro

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). e-mail: leilamnvarro@msn.com.

Lílian Silva Sampaio de Barros

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Mestranda em Educação, Culturas e Identidades /UFRPE. Coordenadora da Comissão Permanente de integração Ensino-Serviço (CIES) da V GERES e Coordenadora Assistencial do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da ESPPE; e-mail: lissampaiobarros@hotmail.com.

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello

Mestre em Saúde Coletiva; Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Professora Assistente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: liviamilenam@ufrb.edu.br

Lúcia Maria de Brito Tiago

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); Coord. Atenção à Saúde/ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE); e-mail: luciambrito@hotmail.com.

Luciana Camelo de Albuquerque

Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE); Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde do Recife; e-mail: lucianacamel@gmail.com.

Luciano Lindolfo

Graduado em enfermagem pela Universidade de Pernambuco (UPE); Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); e pós - graduado no curso didático-pedagógico para educação em enfermagem (UFPE); VII Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, Salgueiro-PE; e-mail: lucianoupe@bol.com.br.

Maria Auxiliadora de Sá Magalhães

Graduada em medicina veterinária pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Pós – graduada no curso em gestão de vigilância em saúde ambiental pela Fiocruz/Aggeu Magalhães e Mestre em saúde coletiva pela Fiocruz/Aggeu Magalhães. VII Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, Salgueiro-PE; -mail: auxiliadoramagalhaes@gmail.com.

Maria José Mourato Cândido Tenório

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE) e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; XI Gerência Regional de Saúde, Serra Talhada – PE; e-mail: vigilanciaxigeres@gmail.com.

Maria Luiza de Alcântara Santos Leme

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco da ESPPE; Especialista em Preceptoría no SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; e-mail: mluizaalcantara@hotmail.com.

Mauricéa Maria de Santana

Enfermeira Sanitarista; Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE); Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde do Recife; e-mail: mauriceasantana@gmail.com.br.

Mayra Solange da Costa e Silva

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); II Gerência Regional de Saúde (GERES) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; e-mail: mayra.2geres@gmail.com.

Mikaelly Vasconcelos Granjeiro

Enfermeira; Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE); em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/VII Gerência Regional de Saúde, Salgueiro-PE; e-mail: mikaellyvas@gmail.com.

Mônica Maria Silva Costa

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Coordenadora CTA/COAS/SAE da VI Gerência Regional de Saúde (GERES) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; e-mail: monicacosta_5@hotmail.com.

Nádia Alves Leite

Enfermeira; Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde Cedro-PE; e-mail: nadiaalves00_@hotmail.com.

Nathalie Mendes Estima

Mestre em Saúde Coletiva; Coordenação do SIM da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE); e-mail: thalie_estima@hotmail.com.

Neuza Buarque de Macêdo

Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE); Coordenadora de Ações Educacionais da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); e-mail: neuzabuarque@gmail.com.

Nikácio Adnner Tavares dos Santos

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Cirurgião-Dentista da Unidade Básica de Saúde Riacho Fundo em Betânia-PE; e-mail: adnner-tavares@gmail.com.

Pamella Nicolly Melo Valença

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Coordenadora de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Una; e-mail: pam_valenca@hotmail.com

Pedro Costa Cavalcanti de Albuquerque

Mestre e Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE); Apoiador Institucional de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador de Pernambuco (CEREST-PE) da

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; e-mail: pedro.calbuquerque@hotmail.com.

Renata da Silva Siqueira Medeiros

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE). Secretária Municipal de Saúde de Garanhuns – PE; e-mail: natasiqueira@gmail.com.

Rozângela Maria Alves

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE). Sanitarista do Departamento de Vigilância em Saúde, SMS Caruaru-PE; e-mail: rozangelamariaalves@yahoo.com.br.

Sandra Luzia Barbosa de Souza

Docente do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); Mestre em Avaliação em Saúde/ Curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-graduação stricto sensu em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP). Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife-PE; e-mail: sandra.luziaslbs@gmail.com.

Sebastião André Barbosa Júnior

Mestre e Doutorando em Ciência Veterinária pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE); Apoiador Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE (2016-2017); e-mail: sebastiaoandre.jr@hotmail.com.

Sérgio Murilo Coelho de Andrade

Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/ Fiocruz-PE); e-mail: sergiomcoelho@gmail.com.

Stefanya Rozze Neto Nascimento

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Coordenadora de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada-PE; e-mail: stefanyanetomacedo@outlook.com.

Tamine Poliane da Mota Miranda

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); e-mail: taminemota@gmail.com.

Tammy Angélica Torres de Carvalho Alves

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); XI Gerência Regional de Saúde, Serra Talhada – PE; e-mail: financeiroxigeres@gmail.com.

Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Coordenadora da Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco; e-mail: telma_melo@yahoo.com.

Thayse Cavalcante Barros

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família em Buíque-PE; e-mail: thayse_cavalcante@hotmail.com.

Vanessa Lopes Gomes da Silva

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco (ESPPE); e-mail: vannelopes@hotmail.com.

Seção 1



A Educação como Elemento Transformador do Trabalho em Saúde

Contextualizando a Formação em Saúde Pública em Pernambuco

Neuza Buarque de Mâcedo

Leila Monteiro Navarro

Ana Paula do Nascimento

As primeiras iniciativas voltadas para a formação em Saúde Pública surgiram na Europa, ainda no século XIX. Na Alemanha muitas das faculdades existentes já contavam com um Departamento ou um Instituto de Higiene que subsidiava os programas de investigação de disseminação de doenças infecciosas, enquanto na Grã-Bretanha a ênfase era em programas de treinamento para administradores na área de Saúde Pública (CANDEIAS, 1984).

No século seguinte os Estados Unidos propuseram a criação de Faculdades de Higiene e Saúde Pública no país e fora dele com o objetivo de formar profissionais para o ensino, pesquisa e prestação de serviço em saúde. Coube à Fundação Rockefeller, instituição norte-americana que atuava financiando projetos na área de saúde pública, auxiliar financeiramente instituições de ensino superior e Secretarias de Saúde que demonstrassem interesse em realizar formações nessa área (CANDEIAS, 1984).

A Universidade John Hopkins, em Baltimore, foi a primeira instituição de ensino a receber esse auxílio e em 1916 criou a Escola de Higiene e Saúde Pública, integrada à Universidade. A linha de base das formações ali oferecidas era o saneamento “higienista-educacional”, que se sustentava no tripé: educação sanitária nos centros de saúde, prevenção de doenças e formação de recursos humanos (CANDEIAS, 1984).

A segunda instituição a obter financiamento da Fundação Rockefeller foi a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. O objetivo era criar um Departamento de Higiene para ofertar disciplinas que qualificassem profissionais médicos para atuar na prevenção de doenças e realização de campanhas de saúde pública no Brasil. Dessa forma, em 1918 foi inaugurado o Laboratório de Higiene, como seção dessa faculdade, sendo mais tarde transformado em Instituto de Higiene de São Paulo (CANDEIAS, 1984; SANTOS; FARIA, 2006).

O acordo firmado com a Fundação Rockefeller previa recursos para a aquisição de equipamentos para os laboratórios, o assessoramento à estruturação e coordenação do Instituto nos primeiros anos por técnicos norte-americanos, além da concessão de bolsas de estudo para médicos brasileiros nas turmas do Curso de Saúde Pública oferecido na School of Hygiene and Public Health da Universidade John Hopkins (CANDEIAS, 1984).

A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro também recebeu auxílio financeiro e de colaboração técnica da Fundação Rockefeller para a realização de formação na área da Saúde Pública, mesmo que em proporção menor do que o financiamento concedido à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1926, em parceria com o Instituto Osvaldo Cruz (IOC), iniciou o 1º Curso Especial de Higiene e Saúde Pública. Esse curso marcou o reconhecimento no Brasil do sanitarismo como especialidade médica. Muitos de seus concluintes foram integralizados ao recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (BELISÁRIO, 1995 *apud* RUELA, 2013).

A forte influência estadunidense na atuação e formação dos sanitaristas no Brasil, em especial em seus primeiros tempos, justifica-se, uma vez que tanto os recursos financeiros como o assessoramento técnico para estruturação dos cursos aqui implantados tiveram origem naquele país. Ademais, os chamados “jovens turcos”, médicos brasileiros que contribuíram para o desenvolvimento do sanitarismo brasileiro, foram, alguns deles, formados nos Estados Unidos e naturalmente influenciados

pelo modelo biomédico e a proposta do saneamento higienista-educacional que relacionava o padrão de vida da população às ações sanitárias adotadas em cada contexto (CANDEIAS, 1984).

Para além dessa influência, tanto a formação como a atuação dos sanitaristas no Brasil sempre estiveram atreladas ao contexto político, econômico e social vigente no país. A sequência histórica a seguir demonstra essa afirmação.

A criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP) no governo de Getúlio Vargas (1930), que tinha como responsabilidade a assistência à saúde da população não coberta pela medicina previdenciária, foram desenvolvidas pelos técnicos do DNSP. Essa atuação reforçou a fase campanhista do sanitarista focada no controle de endemias e epidemias. Apesar disso, no período de 1930 a 1934 foi mantido na agenda política o apoio à formação de sanitarista (SANTOS; FARIA, 2006).

Em 1934 Gustavo Capanema assumiu a direção do MESP com a missão da reorganização institucional da área da saúde e educação. Propôs a Reforma Capanema e, no tocante à área da saúde, criou as Delegacias Federais de Saúde Pública, os Serviços Nacionais de combate e erradicação das doenças e as Conferências Nacionais de Saúde (ESCOREL, 2000 *apud* RUELA, 2013). Essa reformulação institucional fez crescer a demanda por profissionais formados na área de saúde pública. Assim, a partir de 1937 foram ofertados diversos cursos de especialização e aperfeiçoamento nessa área em vários estados do país (LIMA; FONSECA, 2004 *apud* RUELA, 2013).

Concluída a Reforma Capanema em 1941, a estrutura nacional de saúde pública resultou como verticalizada e organizada por doenças específicas. Nessa ocasião o Curso Especial de Higiene de Saúde Pública, que à época era subordinado ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) e oferecido pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ressurgiu. Essa nova edição do curso foi realizada sem vínculo com a Faculdade de Medicina e reorganizada pelo DNS e IOC (SANTOS; FARIA, 2006).

A criação do Ministério da Saúde em 1953 fez surgir a necessidade de especialistas para compor seu quadro de trabalhadores. Associado a esse fato, houve também a mobilização promovida pelos sanitaristas que atuavam no Departamento Nacional de Saúde (DNS), o que favoreceu o surgimento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), instalada no Rio de Janeiro, porém, de abrangência nacional.

No período do mandato de Juscelino Kubitschek (1956-1961) teve início a fase “Desenvolvimentista do Movimento Sanitário”, que fazia crítica ao modelo vertical e centralizador (modelo campanhista), uma vez que desvinculava as questões econômicas e sociais da época (RUELA, 2013).

Na ocasião foi realizado o I Curso de Especialização em Saúde Pública (1959), que teve como diferencial a inclusão de enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, médicos veterinários e engenheiros, além de médicos, caracterizando, assim, uma formação multiprofissional (RUELA, 2013).

Durante o regime militar, duas medidas legais tiveram impacto importante na formação de sanitaristas no Brasil: o Decreto Lei nº 200/67, que propôs a reforma administrativa do setor público, e a Lei nº 5540/68, que instituiu a reforma universitária. Os sanitaristas formados pela ENSP e pela Escola de Saúde Pública de São Paulo (USP) passaram a ser considerados administradores de saúde com atuação focada no controle, na disciplina e na eficiência, em sintonia com a perspectiva governamental prevista no Decreto Lei nº 200/67 para a formação do quadro de profissional (RUELA, 2013 *apud* NUNES, 1998). Essa perspectiva apresentava uma clara contraposição à concepção de formação de sanitarista até então vigente, que tinha como objetivo formar sanitaristas para serem dirigentes da saúde, com capacidade técnica e política para intervir nos problemas de saúde da população. No que se refere à influência da Lei nº 5.540/68, que instituiu a reforma universitária, as mudanças na formação de sanitarista se deram pela aproximação da medicina com os aspectos sociais do processo saúde-doença.

Em 1975 a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) coordenou o Programa de Cursos Descentralizados, que ofertou curso de especialização em Saúde Pública para diversos estados brasileiros e que se configurou como importante ação de expansão da formação para além do eixo Rio-São Paulo (RUELA, 2013).

Em Pernambuco a primeira turma desse projeto da ENSP aconteceu em 1976 e foi denominado Curso Regionalizado de Saúde Pública. Foi realizado por meio de convênio firmado entre a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz-RJ. Participaram dessa turma médicos, odontólogos e enfermeiros com experiência em saúde pública ou ensino universitário, abrangendo além de Pernambuco, os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas (MELO FILHO, 2000).

A Linha do Tempo apresentada a seguir aponta a oferta dessa formação pelas instituições acima descritas no decorrer das últimas quatro décadas, os vazios temporais no que tange a essa formação durante esse período e a retomada dessa oferta pela ESPPE.

As primeiras turmas do curso de especialização em saúde pública realizadas no período de 1976 a 1979 foram estruturadas com base no modelo biomédico de viés intervencionista. Essa orientação foi revista e alterada na quinta turma, realizada no ano de 1980, ocasião em que foram definidos outros princípios norteadores para a formação. Dentre as alterações: a mudança na estrutura curricular transformando-a em modular; uma maior aproximação dos conteúdos com a realidade local e suas especificidades; o estímulo a uma maior reflexão por parte dos discentes sobre a prática dos serviços nos quais estavam inseridos; e a inclusão no conteúdo programático de informações sobre os sistemas de saúde existentes em outros países, incluindo os não capitalistas (MELO FILHO, 2000).

Linha do Tempo dos cursos de Especialização em Saúde Pública realizados em Pernambuco, segundo instituição formadora, ano de realização e números de sanitaristas formados, no período entre 1976 a 2017

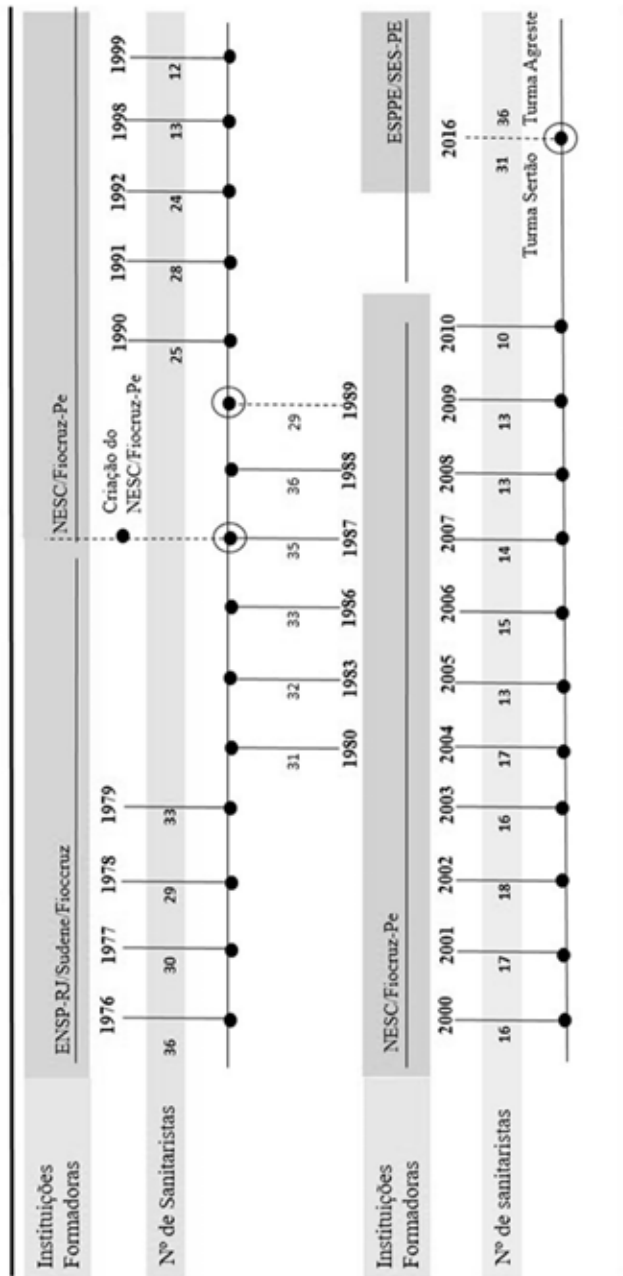


Figura elaborada pelas autoras com base em MELO FILHO, 2000; Secretaria Acadêmica do CPq-AM-Fiocruz-Pe; ESPPE/SES-PE

Essas mudanças representaram um marco na formação de sanitaristas em Pernambuco ao mesmo tempo em que foram interpretadas como subversivas pelo governo local e resultaram na substituição da coordenação do curso e interrupção da oferta dessa formação pelo período de dois anos. O Curso de Especialização em Saúde Pública voltou a ser ofertado em 1983, todavia, essa retomada se deu considerando a perspectiva do modelo médico biológico como princípio norteador da compreensão do processo saúde-doença, adotado nas primeiras turmas (MELO FILHO, 2000).

Nos dois anos seguintes não houve oferta do curso em Pernambuco. Em 1986 a sétima turma do Curso de Saúde Pública propôs uma nova concepção de sanitarista, influenciada pelas discussões que antecederam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada nesse mesmo ano. As três turmas que se seguiram tiveram a mesma estrutura curricular, abordando as seguintes temáticas: compreensão e análise dos determinantes do processo saúde-doença; estruturação da assistência à saúde no Brasil; teorias e técnicas para o diagnóstico de saúde (MELO FILHO, 2000).

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), instituído em 1987, como um departamento do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), manteve nas turmas subsequentes do curso de Saúde Pública o pensamento teórico-conceitual presente na Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a ruptura com as perspectivas biologicista e assistencialista da saúde, visando promover nos discentes o desenvolvimento de atitudes crítico-reflexiva sobre a realidade sanitária (MELO FILHO, 2000).

As publicações das Leis 8080/90 e 8142/90 e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o lema “Municipalização é o caminho”, apontaram a necessidade de adequações nos conteúdos dos cursos na área de saúde pública de forma a atender ao processo de municipalização da gestão da saúde. Nesse contexto, a partir de 1991, essas formações, em Pernambuco, tiveram enfoque voltado para o gerenciamento de ações e ser-

viços de saúde no nível municipal, com o objetivo de formar sanitaristas qualificados para gerir os processos de planejamento e gestão municipal no estado (MELO FILHO, 2000).

Sendo assim, entre os anos de 1993 e 1997 foram realizados cursos de especialização em áreas específicas da saúde pública em resposta às necessidades do contexto de implantação do SUS em Pernambuco. Foram oferecidos, nesse período, os cursos de Epidemiologia; Dirigentes da Vigilância Sanitária; Gestão Hospitalar; Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Epidemiologia e Controle Descentralizado de Endemias.

A partir de 1998, o NESC/IAM retomou o curso de especialização em saúde pública com oferta anual e regular até o ano de 2010. Desde então não houve mais oferta dessa formação pelo NESC/IAM (MELO FILHO, 2000).

A Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública – RedEscola, integra a ENSP/Fiocruz-RJ. É composta por 48 Escolas, Núcleos de Saúde e Centros Formadores, ligados aos sistemas estaduais e municipais nas cinco regiões do país. A RedEscola se constitui enquanto espaço de integração e de fortalecimento dessas instituições no âmbito da Educação na Saúde, visando à ampliação da produção do conhecimento e à qualificação da força de trabalho no SUS (SOUZA, 2017).

Enquanto um espaço de diálogo permanente entre instituições de ensino de saúde no Brasil e preocupada com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, a RedEscola realizou levantamento no âmbito de sua Rede. O resultado mostrou que a maior parte das Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública estavam centrando a oferta de formação em saúde pública por meio de cursos demandados e com apoio financeiro do Ministério da Saúde, e não mais ofertando regularmente cursos de especialização em saúde pública.

Diante desse cenário a RedEscola elaborou e aprovou, junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)

do Ministério da Saúde, o projeto “Acreditação Pedagógica dos Cursos *lato sensu* em Saúde Pública e Formação em Saúde Pública: uma possibilidade de caminhos convergentes”, sob Termo de Cooperação nº 224/2013 celebrado entre a ENSP/Fiocruz e a SGTES/MS. No âmbito desse projeto, foi organizada proposta de formação em rede, contemplando dez escolas de saúde públicas integrantes da RedEscola, dentre elas, a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

Dessa forma, em 2016, a ESPPE assumiu o desafio de retomar a oferta de curso de especialização em saúde pública no estado, tendo como preocupação a estruturação do curso em três eixos de aprendizagem (conhecendo o lugar da produção social da saúde; analisando e intervindo nos problemas de saúde; refletindo sobre o processo de trabalho e a gestão) de forma integrada, respondendo assim às necessidades de formação do novo sanitário.

Foram realizadas duas turmas, em período concomitante, nas regiões do Agreste e do Sertão pernambucano, possibilitando assim acesso a essa formação aos profissionais que residem em municípios distantes da capital de Pernambuco. Ao final dessa formação, a ESPPE certificou 67 novos sanitários no estado.

A ESPPE reforça assim seu protagonismo como instituição formadora para o SUS em Pernambuco ao realizar as turmas de Especialização em Saúde Pública de forma descentralizada, a exemplo de outras formações que já realiza.

Referências Bibliográficas

CANDEIAS, Nelly M. F. Memória Histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1918/1945). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, 1984. Edição especial.

RUELA, H. C. **A Formação de Sanitários e os cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil**. Dissertação de mestrado, 2013.

MELO FILHO, D. A. de. **Um domicílio para o movimento sanitário em Pernambuco**: breve história do núcleo de estudos em saúde coletiva – NESC (1987-1997), Recife. CPqAM, 2000.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 291-324, 2006.

SOUZA, R. M. P (Org). **Redeescola e a nova formação em saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/Redeescola, 2017.

O Protagonismo da Escola de Saúde Pública de Pernambuco na formação de sanitaristas no estado

Célia Maria Borges da Silva Santana

Juliana Siqueira Santos

Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

Introdução

A Escola de Saúde Pública do estado de Pernambuco (ESPPE), criada em 1989, tem uma vasta trajetória na área da Educação Profissional em Saúde e em cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pernambuco.

Considerando a responsabilidade do Estado de Pernambuco no fortalecimento da saúde pública, através da descentralização da gestão, da formação de recursos humanos para a área de saúde e do incremento no desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos, é missão e responsabilidade da ESPPE formular e desenvolver ações de formação para os trabalhadores do SUS PE fundamentadas nos marcos legais que orientam a docência, a pesquisa e a extensão alinhadas aos princípios do SUS.

A ESPPE desenvolve ao longo de sua trajetória diversos cursos de formação técnica para profissionais de nível médio, bem como cursos de qualificação/atualização nas áreas estratégicas do SUS.

Face às demandas advindas do sistema de saúde brasileiro e dos espaços institucionais vinculados às secretarias estaduais de saúde, a concepção de Escola de Governo potencializa os esforços dirigidos à ampliação da capacidade e da qualidade da gestão em saúde. Nesse sentido, em 2013, por meio da Lei nº 15.066, a ESPPE foi instituída como Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, ampliando sua atuação para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa e extensão no nível de pós-graduação. A referida Lei estabelece entre outras atribuições promover cursos em nível de pós graduação *lato sensu ou stricto sensu*, presenciais ou à distância, inclusive mediante convênio a ser celebrado com instituições de ensino superior; acompanhar e apoiar os programas e as comissões de residência médica, uniprofissional e multiprofissional na área de saúde vinculados à Secretaria de Saúde.

A ESPPE foi regulamentada como instituição formadora de pós graduação, modalidade Residência em Área Profissional de Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) ao ter aprovada em janeiro de 2015 a instituição da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde na Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (COREMU ESPPE) pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que reconheceu a ESPPE como Instituição Formadora da respectiva COREMU.

A ESPPE constitui-se, portanto, protagonista da articulação interinstitucional de troca de experiência, debate coletivo e difusão de conhecimento, com vista à implantação e ao aprimoramento da política de formação e educação permanente de trabalhadores do SUS de Pernambuco, gestores e representantes do controle social.

Para responder à necessidade de formação e fixação de especialistas do SUS PE, na modalidade Residência em Saúde, de forma regionalizada e descentralizada, a ESPPE, no ano de 2013, aprovou, por meio do Edital MS/MEC nº 28/2013, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde (PRMSC-Redes), com 56 vagas de

diversas áreas profissionais de saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O Programa é desenvolvido de forma descentralizada em oito das doze Regionais de Saúde do interior do Estado (IV, V, VI, VII, IX, X, XI, XII Regiões de Saúde).

Além desse Programa, a ESPPE também assume a execução do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado – Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns-PE), no Agreste do estado, que tem por objetivo desenvolver o processo de formação especializada de profissionais da área da saúde para desempenhar ações de forma interdisciplinar, reduzindo a fragmentação dos saberes e do processo terapêutico no âmbito hospitalar, integrando a gestão do cuidado à governança clínica.

Mais recentemente, no ano de 2016, avançando na interiorização da pós-graduação em saúde e atendendo a uma necessidade de enfrentar os desafios da rede obstétrica em Pernambuco, a ESPPE implantou o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica em quatro Regiões de Saúde (IV, V, VI e VII), no Agreste e Sertão do estado. A Secretaria Estadual de Saúde, através da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) e da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), tem investido na enfermagem obstétrica como estratégia potente de mudança do modelo vigente de atenção ao parto, principalmente com a da expansão e interiorização das residências em saúde da mulher e enfermagem obstétrica. Em 2015 a SES PE ampliou, com recursos próprios, em 48% as vagas nas residências de Enfermagem em Saúde da Mulher/Obstétrica, com maior concentração na região metropolitana, expandindo em 2016 para o interior do estado, por meio da Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE).

A COREMU ESPPE abarca ainda o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, que é um dos mais antigos na formação de sanitaristas no estado.

Nessa trajetória de avanços legais, firmamento de compromissos interinstitucionais e construções para a educação permanente no SUS-PE, a Escola tece um caminho institucional e pedagógico que busca integrar a formação de profissionais de saúde à gestão e fortalecimento da atenção à saúde. No tocante a saúde coletiva, é expressivo o esforço com essa concepção de formação, sobretudo com as experiências da residência e especialização *lato sensu*.

As residências em saúde e a formação de sanitaristas em Pernambuco

O estado de Pernambuco se apresenta no cenário nacional como referência na formação de especialistas para o Sistema Único de Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, através da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, vem estruturando a Política de Residências em Saúde tendo como principais diretrizes a gestão descentralizada, a regionalização e interiorização dos programas e articulação dos campos de prática em rede (PERNAMBUCO, 2016). O estado é um dos pioneiros na implantação de residências em saúde no Brasil e se configura como o principal financiador de bolsas de residência.

Em 2016, o estado de Pernambuco apresentou 2.773 residentes em atividade (médicos e em área profissional), o que representa um investimento de 111 milhões de reais em pagamento de bolsas de Residência por ano. Desse total, 15% são financiados pelo Ministério da Educação, 26% pelo Ministério da Saúde (Pró-Residência) e 59% com recursos do tesouro estadual. Esse percentual representou para o Governo do Estado de Pernambuco um investimento de, aproximadamente, 65 milhões de reais no ano de 2016.

Importante política de formação para o SUS, as primeiras Residências Médicas datam de 1958, no Hospital das Clínicas, com os programas de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Gineco-

logia, Psiquiatria, Cirurgia Geral e Oftalmologia. Posteriormente foram abertos em 1970, no complexo Hospitalar da UPE, os programas de Clínica Médica e Pediatria.

As primeiras residências em área profissional da saúde datam de 1977 com programas de enfermagem, nutrição e serviço social e eram desenvolvidas nos hospitais Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas e Barão de Lucena sendo encerradas em 1982. Na década de 90, foi retomado o processo de formação em área profissional da saúde inicialmente em Garanhuns e depois em Recife.

Para fins de organização político-administrativa para as ações de saúde, Pernambuco está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife-RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 regiões de Saúde. Atualmente, o estado conta com 45 instituições que ofertam Residência, sendo 35 na região metropolitana e 10 no interior (Vitória de Santo Antão, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Serra Talhada, Ouricuri, Afogados da Ingazeira, Salgueiro, Petrolina e Goiana). As residências médicas e em área profissional da saúde são modalidades de pós-graduação destinadas a médicos e profissionais de saúde de diversas áreas, caracterizadas por treinamento em serviço.

As Residências Multiprofissionais em Saúde constituem-se em formações na modalidade de pós-graduação *lato sensu* e em programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidas mediante a articulação entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2012). Com a sua metodologia educacional voltada à aprendizagem no serviço e pelo trabalho, tem sido consideradas, no processo histórico como estratégia para fortalecimento do SUS.

Tomando como base a experiência do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde do Centro de Ciências da Saúde, Silva (2013) reflete que a residência multiprofissional constitui-se como espaço de Educação Permanente em Saúde, provocando mudanças no âmbito mi-

cropolítico. Porém, na esfera macropolítica, ainda é limitante o poder de interferência a partir da atuação do trabalhador. Nesse aspecto, é relevante apontar os desafios quanto ao processo de regionalização, descentralização das ações e serviços de saúde, bem como da própria formação em saúde.

Destaca-se que as vagas em residências em área profissional de saúde (uni e multiprofissionais) no estado de Pernambuco dobraram nos últimos cinco anos, passando de 305 em 2014 para 623 em 2018. Esse incremento de 104% nas residências em área profissional de saúde é superior ao observado na residência médica (47,85%) no mesmo período (Tabela 1).

TABELA 1. Incremento das vagas de residências em saúde no estado de Pernambuco, 2014 a 2018.

Vagas em programas de residência/ano	2014	2015	2016	2017	2018
Médica	627	818	856	864	927
	INCREMENTO (%)				47,85
Área profissional de saúde	305	395	507	603	623
	INCREMENTO (%)				104,26
Total	932	1213	1363	1467	1550

Fonte: Diretoria Geral de Educação na Saúde/SES PE.

Outro aspecto fundamental que diferencia a residência médica da multiprofissional no estado é a distribuição no território, estando a residência médica presente em apenas cinco regiões de saúde, enquanto a multiprofissional encontra-se implantada em 10 regiões (Figura 1).

No contexto de Pernambuco, ainda há concentração de programas de residência na Região Metropolitana do Recife e escassez de oferta de processos formativos no interior do estado, onde há a necessidade de profissionais qualificados para constituir e fortalecer redes integradas que atendam às necessidades de saúde locais.

Como forma de fortalecer a atenção no SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são apontadas como modelo organizativo estratégico para a atenção e formação em saúde. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) orienta a formação de recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o funcionamento das redes de saúde. O Plano Nacional de Saúde reforça a importância do modelo organizativo de ações e serviços com base na RAS para a superação da fragmentação da atenção, o preenchimento dos vazios assistenciais e o aperfeiçoamento da gestão (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010; BRASIL, 2016).

A qualidade e adequação do perfil dos profissionais de nível superior às necessidades do SUS constitui-se como desafio, problemática que atravessa tanto a necessidade da educação profissional em diálogo com as diretrizes do SUS quanto a dificuldade de sua fixação nos municípios e precarização do trabalho (BRASIL, 2016). Partindo da perspectiva da RAS, em 2012, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde passaram a ter as RAS como eixo orientador através das áreas de concentração, que são campos de conhecimentos relacionados à saúde e gestão do SUS e objeto de estudo e formação técnica (BRASIL, 2012).

A formação de sanitaristas no estado por meio da residência multiprofissional em saúde coletiva data da década de 90, ainda com o nome de Medicina Preventiva e Social. Inicialmente ofertada pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz e pela Universidade de Pernambuco, teve a oferta ampliada ao longo dos anos por meio de outras instituições como Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e Secretaria de Saúde do Recife, todos concentrados em Recife, capital do estado.

Segundo Bezerra *et al.* (2013), apesar de o sanitarista ser um profissional antigo no Brasil, a clássica formação não responde completamente aos novos desafios do processo em curso de reforma sanitária. Os autores destacam o papel do sanitarista para a compreensão e intervenção nos determinantes sociais

dos processos de saúde-doença-cuidado, de maneira interdisciplinar e dinâmica, e descrevem-no como um profissional capaz, através da sua formação, de atuar como agente promotor da saúde, ajudando a encontrar soluções para a consolidação dos serviços de saúde.

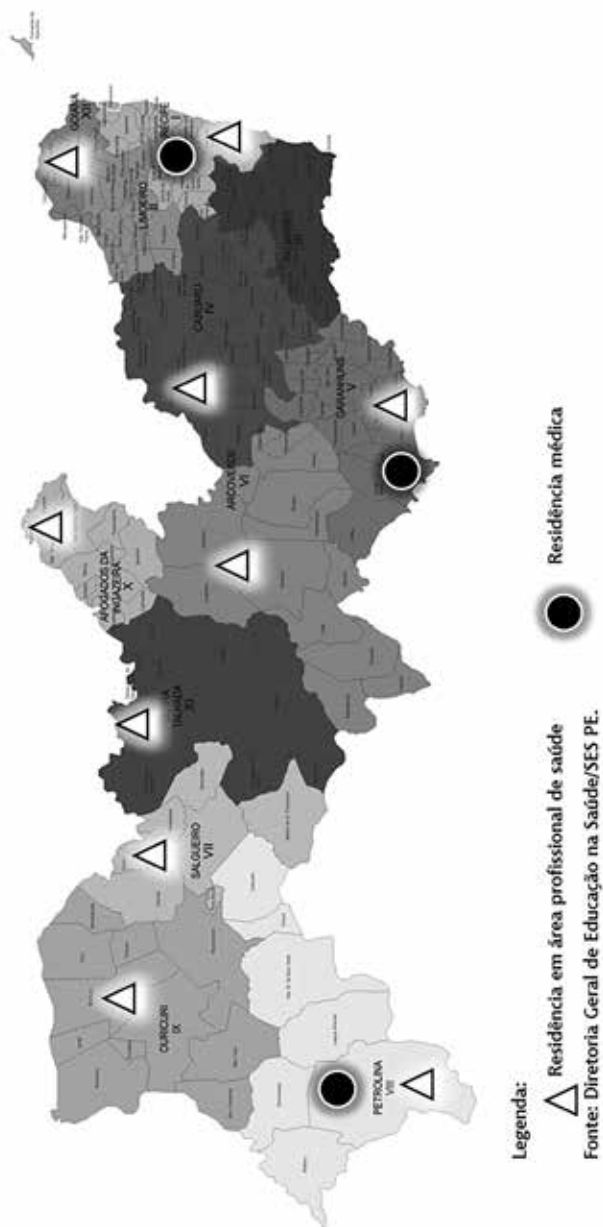
Ceccim (2002) destaca, nesse contexto, a necessidade de profissionais da saúde pública que deem existência a processos organizacionais, grupais e de liderança em oposição ao normativismo e tecnoburocratismo das administrações controladas por papéis e não por seus usuários. Segundo o autor, é a capacitação ou habilitação em saúde pública que orienta o exercício da gestão em organizações de saúde, a qual tradicionalmente possibilitou a formulação de instrumentos e conhecimentos necessários para que mudanças no sistema de saúde fossem viabilizadas.

Tendo em vista a necessidade de promover uma formação em saúde condizente com as necessidades atuais do SUS, atrelada à gestão da atenção, de forma descentralizada e regionalizada, a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco adotou a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de Atenção à Saúde como estratégia de formação de sanitaristas no estado. E esta é responsável por grande parte da ampliação da oferta de residências no interior do estado (IV, V, VI, VII, IX, X, XI e XII regiões de saúde), conforme demonstrado na Figura 1.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da ESPPE tem por objetivo formar especialistas de diferentes áreas da saúde para que se tornem sujeitos capazes de protagonizar, criar e liderar mudanças nos processos de gestão do cuidado e de constituição de redes de atenção por meio da formação em serviço, de forma regionalizada, interdisciplinar e integrada, articulada com as diferentes instâncias de gestão e de atenção do SUS (PERNAMBUCO, 2016).

Criada em 2014, inicialmente em parceria com a Universidade de Pernambuco e desenvolvida em sete das doze regionais de

Figura 1. Distribuição geográfica das residências em saúde no estado de Pernambuco, 2018.



saúde, oferta 56 vagas de residência em diversas áreas profissionais de saúde, a cada dois anos. Com duas turmas formadas (2014 e 2016), COREMU própria e atuando em oito regiões de saúde, a ESPPE reforça seu papel na formação de sanitaristas por meio da residência para atuarem no interior do estado e amplia o debate sobre outra lacuna, a necessidade de retomar a formação em saúde pública por meio da especialização.

A retomada da especialização em saúde pública e o protagonismo da ESPPE

A experiência pioneira no estado, de interiorização da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, protagonizada pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, foi terreno fértil para a ideia de retomar a especialização em saúde pública nesse estado.

A especialização em saúde pública foi ofertada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz) de forma regular até 2008 (SANTANA, 2017). Desde então, outras formações foram ofertadas com enfoques específicos, voltadas para áreas consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, mas sem o foco na formação do sanitarista generalista. Assim, as instituições privadas de ensino foram gradativamente incorporando essa demanda, concentradas na região metropolitana do Recife (SANTANA, 2017).

O estado de Pernambuco iniciou, ainda, a partir de 2013, a formação de sanitaristas por meio da Graduação em Saúde Coletiva, em duas Instituições Públicas, na Universidade de Pernambuco (UPE) e na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sendo esta última localizada no município de Vitória de Santo Antão, integrante da Mesorregião da Mata Pernambucana. E atualmente já conta com mais um curso de graduação no Agreste do estado, no município de Caruaru.

Recentemente, por meio do projeto Acreditação Pedagógica dos Cursos *lato sensu* em Saúde Pública e a Formação em Saúde Pública: uma possibilidade de caminhos convergentes, coordenado pela Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedESCOLA), foi possível retomar a formação pública de novos sanitaristas, por meio de curso de especialização, que pudesse atender a uma necessidade de interiorização e qualificação da gestão e da atenção à saúde no estado, voltada principalmente para profissionais que já atuam no Sistema Único de Saúde.

A experiência acumulada pela ESPPE na formação de sanitaristas no interior do estado por meio da residência proporcionou a construção de um projeto político-pedagógico para a especialização que buscasse dar conta de um novo perfil de sanitaristas necessário para o enfrentamento dos grandes desafios da efetivação da regionalização em saúde e do desenvolvimento do SUS em Pernambuco.

A Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, integrante da Rede Brasileira de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública – RedEscola, partindo das discussões realizadas com os outros centros formadores envolvidos no projeto, das necessidades identificadas nas regionais de saúde e municípios do estado de Pernambuco, instituiu um Grupo de Trabalho para elaborar um Projeto Político-Pedagógico que atendesse ao perfil de sanitaristas comprometidos ética e politicamente com as transformações das condições de saúde a partir da formação em serviço no SUS.

O foco, nesse momento de retomada, foi o fortalecimento da regionalização e a aproximação com trabalhadores e gestores que atuam no interior do estado e que há muito demandavam uma formação que pudesse apoiá-los na compreensão do contexto social e de saúde, qualificar a tomada de decisão e desenvolver a relação teórico-prática a partir do trabalho e para o trabalho.

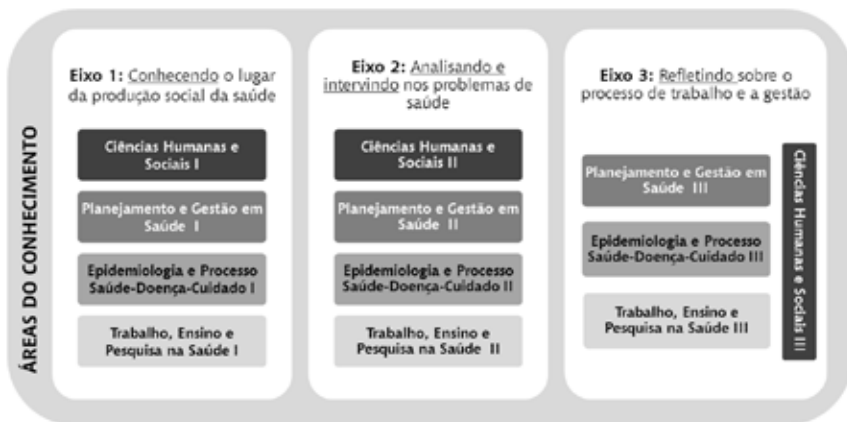
A definição do público-alvo, prioritariamente gestores municipais e estaduais, levou em conta que a gestão em saúde é um

dos aspectos estruturais para a transformação positiva da situação de saúde no país, no entanto ainda é fortemente ancorada em métodos e estratégias tradicionais, o que demanda da Secretaria Estadual de Saúde esforços no sentido de fortalecer a agenda da gestão pública no SUS em Pernambuco. Soma-se a isso a responsabilidade com o desenvolvimento da Rede SUS Escola Regional, compromisso assumido no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde por todas as Comissões de Integração Ensino Serviço nas 12 regiões de saúde (PERNAMBUCO, 2015).

O curso foi estruturado de forma modular, com 12 meses de duração, totalizando 360 horas-aula, encontros presenciais mensais e atividades complementares por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da ESPPE, como ferramenta de mediação e articulação entre os módulos.

A organização curricular do curso de especialização em Saúde Pública da ESPPE é composta de três eixos, desenvolvidos por meio de quatro áreas de conhecimentos que possibilitam ao profissional-educando a compreensão do espaço onde se insere profissionalmente, refletindo e aprimorando a capacidade de intervir na realidade local, como demonstrado na Figura 2.

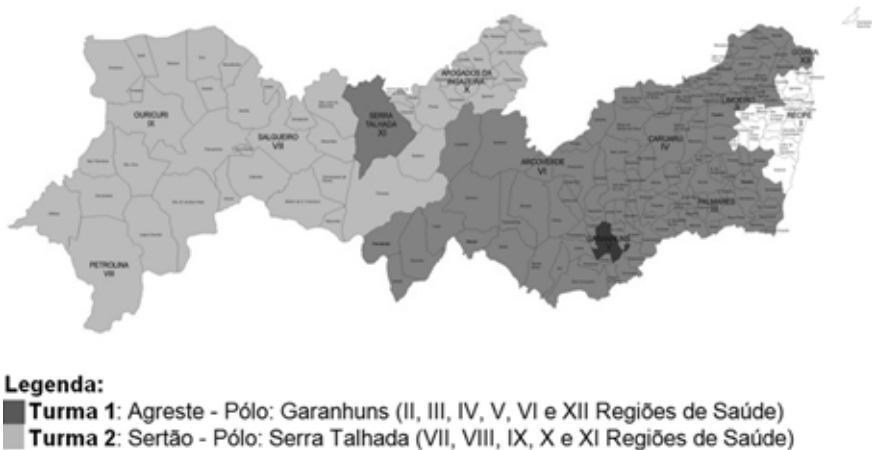
Figura 2. Organização Curricular do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública de Pernambuco.



Fonte: Plano de Curso da Especialização em Saúde Pública da ESPPE.

A decisão, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, foi executar, no primeiro momento, duas turmas, sendo uma que abrangesse a Região Agreste e outra que englobasse o Sertão Pernambucano (Figura 3). Formar novos sanitaristas no interior do estado foi ao mesmo tempo inovador e desafiador. A ESPPE, no exercício de sua capacidade de articulação interinstitucional, agregou parcerias que incluíram não só o Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz o qual colaborou desde a concepção do projeto, mas também outras instituições locais onde o curso foi desenvolvido.

Figura 3. Abrangência das duas turmas do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE. Pernambuco, 2017.



Considerações Finais

A expressiva expansão de cursos de residência e de graduação em saúde coletiva em todo o Brasil tem renovado o debate em torno do perfil que se faz necessário a esse profissional, de modo a consolidar um sistema de saúde que atenda às necessidades da população. Observa-se que o público de cada uma dessas ações educacionais é distinto, de modo que se complementam e formam uma nova massa de trabalhadores militantes.

É notória a necessidade de que as instituições públicas de ensino, especialmente as escolas de Saúde Pública, a partir de toda experiência acumulada ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde, retomem a formação expressiva de sanitaristas por meio de cursos de especialização, proporcionando a qualificação de trabalhadores e gestores que já atuam nos serviços de saúde.

A experiência da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco traz consigo o desafio da interiorização do ensino de forma articulada com o processo de regionalização e organização das redes de atenção à saúde, ao mesmo passo que busca renovar a organização curricular e a construção de produtos que emergem e são aplicáveis ao cotidiano dos profissionais de saúde-educandos.

Concluída essa primeira etapa do que podemos chamar de retomada da oferta de especialização em saúde pública em Pernambuco, fica o desafio da continuidade, de darmos sustentabilidade, de forma tripartite, à oferta regular e planejada de formação para trabalhadores e gestores que atuam no SUS, no âmbito da Política de Educação Permanente em Saúde.

Referências Bibliográficas

BEZERRA, A.P.S.; ANDRADE, B.B.L.; BATISTA, B.S.; REIS, C.R.; ARENHART, C.G.M.; PARENTE, C.G. et al. **Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?**. Tempus: ActasSaude Colet. 2013; 7(3):57-62.

BRASIL. **Resolução CNRMS** Nº 2, de 13 de abril de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15448&tmpl=component&format=raw&Itemid=>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde (PNS)** 2016-2019. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionalsaude_2016_2019.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

CECCIM, R.B. **Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva**. Bol. da Saúde, v.16,n.1, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso em : 05 ago. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2015-2016.** Recife, dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019.** Equipe de elaboração Ana Claudia Callou et al.; apresentação José Iran Costa Júnior. Recife, 2016. 338 p., il. Disponível em: <http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf>. Acesso em 29 abr. 2018.

SANTANA, C. M. B. S, et al. **Interiorização da formação em saúde pública: o compromisso da ESPPE na transformação do processo de trabalho e da gestão pública no SUS de Pernambuco.** In: SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; COSTA, Patrícia Pol (Orgs.). Redescola e a nova formação em saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP/REDESCOLA, 2017.

SILVA, Cristian Trivisio. **Educação Permanente em Saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional: estudo de caso.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7359/SILVA%2c%20CRISTIANE%20TRIVISIO%20DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 ago 2018.

Abordagem da temática Étnico-racial na formação das/os Profissionais Residentes do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns-PE

*Lílian Silva Sampaio de Barros
Sebastião André Barbosa Júnior
Ângela Maria Pereira*

Introdução

Na pesquisa censitária de 2010, a população brasileira somava 190.755.799 de habitantes e, destes, 15 milhões se autodeclararam pretos, 82 milhões pardos e 817 mil indígenas (BRASIL, 2017).

Para atender a essa diversidade populacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi planejado para dar assistência a seus usuários de forma universal e equânime na rede de atenção, diante de suas necessidades, independentemente de raça ou etnia, e preferencialmente o mais próximo da localidade onde moram esses usuários (BRASIL, 1990; 2011).

Considerando tais princípios, manter uma rede de saúde estruturada e preparada para atender as demandas é a premissa para conformação da Região de Saúde, assim como a compreensão pelos profissionais de saúde dos fatores do processo de doença e cura são essenciais para o trabalho junto com a comunidade (MENÉNDEZ, 2003; CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; BRASIL, 2011; LIMA; SILVA, 2013).

Aos profissionais do SUS compete a atenção ao usuário de diferenciadas culturas, como as populações indígenas e quilombolas, e lidar com os seus modos de interpretar a doença, o tratamento, os cuidadores, as lideranças como encantados, xamãs, benzedoras e pajés, suas sabedorias e relação com a natureza, diferente do que a civilização ocidental trouxe para os demais brasileiros. Portanto, o conhecimento e reconhecimento da população com o qual desenvolve sua atividade contribui para o sucesso da atuação do profissional, minimizando a interposição de barreiras culturais no cuidado (LUCIANO, 2006; BANIWA, 2012; MURA; SILVA, 2012; MATA et al., 2012).

Desse modo, a população negra começa a ter suas especificidades de saúde visibilizadas através da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Por sua vez, para os povos indígenas, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no sentido de proporcionar atendimento diferenciado para os usuários e atender a necessidades específicas e locais (BRASIL, 2009; 2017).

Em se tratando da concepção para os povos indígenas, a saúde e a doença são resultantes de uma conexão da relação com seu ser, com os seus (pares e comunitários) e com a natureza, e o adoecimento tem sua gênese provocada pelo desejo de outras pessoas (dado por elas), associadas à falta de desobediência aos mais experientes, às feitiçarias, encantamentos, a permanecer em locais desfavoráveis, a susto, a entrada corporal de espíritos malignos, entre outros motivos e fatores que venham a interferir no equilíbrio no próprio espírito. Ou ainda desobediência à natureza, que tem extrema importância para os indígenas. Desse modo, desrespeitá-la é interferir na sua condição material e espiritual que coexistem em todos os seres, animados e inanimados da natureza (LUCIANO 2006; BANIWA, 2012; MURA; SILVA, 2012).

Quando se trata das populações quilombolas, estas geralmente estão em territórios mais afastados das cidades e esse fato dificulta a implantação de serviços de saúde. Inúmeros estu-

dos mostram que essas comunidades preferencialmente lançam mão dos saberes tradicionais, utilizando as plantas medicinais para prevenção, tratamento e cura de doenças (PEREIRA et al. 2007; MATA et al., 2012; LIMA; SILVA, 2013).

Nesse sentido, os aspectos que envolvem o atendimento às especificidades populacionais que ora podem representar uma barreira para os profissionais, devem ser ultrapassados principalmente pela possibilidade real de atendimento ao cidadão, independentemente de sua raça ou etnia, em qualquer unidade de saúde do SUS, por direito e na contramão do racismo institucional que “atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, provocando uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial”, como afirma López (2012, p. 1). Portanto, cabe ao Estado o orientar a ajustar a formação dos profissionais de saúde com vistas ao atendimento nos serviços do SUS na perspectiva de acolher as especificidades da população (BRASIL, 2002; MENÉNDEZ, 2003; LUCIANO, 2006; LÓPEZ, 2012; GARNELO et al., 2012; LIMA; SILVA, 2013).

Dessa forma, Cavalheiro e Guimarães (2011, p. 61) enfatizam que para isso os profissionais precisam estar capacitados, orientados para enfrentar culturas, crenças e hábitos indígenas muitas vezes tão distintos dos seus, buscando desconstruir o profissional somente técnico-científico da academia e absorver ou, pelo menos, respeitar a individualidade e particularidades desses povos.

Desde 2003, através da Lei nº 10.639 e da Resolução do Conselho Nacional de Educação nº. 001/2004, incluiu-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, Nível Fundamental, Médio e Superior, a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Porém, nos programas de pós-graduação não há legislação específica para a inclusão de temas ligados a etnia e raça. Quando considerada a pós-graduação *latu sensu* na modalidade de re-

sidência, regulamentada através da Lei nº 11.129 de 2005 no Art. 13, também não há direcionamento para essa abordagem (BRASIL, 2005; CAVALLEIRO, 2006).

A maior parte dos programas de residência em Pernambuco são oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e financiados por esse ente e pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de unidades formadoras que possibilitam a realização de variados programas de residência na área da saúde, como os programas multiprofissionais da residência em Gestão do Cuidado (RGC) e uniprofissional como o de Enfermagem Obstétrica (REO). Esses programas têm como campo de ensino o Hospital Regional Dom Moura (HRDM), localizado no município de Garanhuns, que é um hospital geral administrado pela Secretaria Estadual de Saúde e funciona como uma importante referência para os usuários do SUS da V Região de Saúde, atualmente composta por aproximadamente 300 mil habitantes, e os profissionais residentes ali inseridos também (PERNAMBUCO, 2013; 2017a).

Dentre as populações da região assistidas pelo HDRM, há uma comunidade indígena com cerca de 3.903 mil habitantes da etnia Funi-ô e suas terras são localizadas em Águas Belas e Itaíba. Também, 20 comunidades remanescentes quilombolas de Garanhuns (10), Capoeiras (3) e Bom Conselho (3). Esse hospital rotineiramente presta atendimento a esses povos tradicionais o que é vantajoso para os residentes em formação nessa unidade considerando que a experiência vivida durante a formação na residência é indutora da qualificação desses profissionais e essa articulação eficiente é um contínuo desafio aos programas (ALBUQUERQUE et al, 2007; BATISTA; GONÇALVES, 2011; PERNAMBUCO, 2013; 2017a; 2017b; 2017c).

Por sua vez, as residências Multiprofissional em Gestão do Cuidado (GC) e em Enfermagem Obstétrica (REO) têm a Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE) como instituição formadora, a primeira iniciada em 2010 e a última em 2016. Para uma das autoras deste projeto, que atua como tutora, docente de módulo teórico e preceptora dos dois programas, as experiências com

esses profissionais permitiram observar que nos planos políticos pedagógicos não há a abordagem das temáticas étnico-raciais no que se refere à carga horária teórico-prática e/ou teórica. Dessa forma, o olhar específico para os usuários do SUS que residem em comunidades indígenas e quilombolas atualmente não é estimulado, portanto, observa-se a pouca aproximação dos residentes para as temáticas étnico-raciais e consequente dificuldade de acolherem, entenderem e atenderem as particularidades dessa população.

Convém ressaltar que as políticas de Saúde Indígena, Saúde da População Negra e de Educação Permanente orientam a adequação dos currículos para proporcionar condições de formação que contemplem a diversidade das populações tradicionais, fundamental para o processo de formação e qualificação dos profissionais; portanto, é fundamental problematizar durante a formação do profissional residente as políticas e a justificativa de sua publicação.

Nesse sentido, indaga-se quais os fatores que condicionam a não inserção da temática étnico-racial nos programas de residência do HRDM, as lacunas decorrentes da não inserção e se existe vantagem na abordagem das questões étnico-raciais no currículo das Residências do Hospital Regional Dom Moura, considerando que este é referência para comunidades indígenas e quilombolas da região. Diante da problemática descrita, o objetivo geral desse projeto de intervenção é de inserir a temática das relações étnico-raciais e atenção à saúde das populações tradicionais junto aos profissionais residentes do Hospital Regional Dom Moura (HRDM).

Desenvolvimento

O projeto de intervenção em questão constitui-se em uma pesquisa-ação que para Thiollent “é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação [...] supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional” (2011, p.7).

A proposta inicial da intervenção consistirá na articulação de lideranças da etnia Funi-ô através do Polo Base Funi-ô e da Atenção Primária de Águas Belas que atende a esse povo, e com a população de Castainho será realizado contato com a Coordenação de Atenção Primária de Garanhuns através da equipe de saúde da família, para apresentação do PI e planejamento dos momentos subsequentes.

A segunda etapa será a realização de oficina para aproximar os profissionais residentes das questões indígenas e quilombolas com mediação das lideranças e da pesquisadora, e ao final será aplicado um questionário para os profissionais de avaliação junto aos profissionais residentes. Essa atividade acontecerá no período de uma tarde, na sala de aula do programa de residência Multiprofissional do Hospital Dom Moura, que comporta 25 pessoas e fica no campus do próprio hospital. Nesse momento participarão os profissionais residentes, as lideranças e a pesquisadora.

Em seguida, no terceiro momento, serão realizadas vivências nas comunidades com a participação de profissionais da assistência à saúde locais convidados e estão programadas para acontecer durante uma tarde em dias diferentes pelas distâncias geográficas e de acordo como o cronograma da comunidade que será apontado pela liderança. A primeira vivência será na terra indígena Funi-ô em Águas Belas, a 82 km de distância de Garanhuns, e a viagem até a comunidade, que tem mais de 4 mil pessoas, dura em média uma hora a partir de Garanhuns. A segunda vivência será realizada no quilombo de Castainho, localizado na zona rural de Garanhuns, a cerca de 8 km do centro da cidade. Nessa comunidade vivem 107 famílias (PERNAMBUCO, 2017c).

Para avaliar os momentos da oficina (HRDM) e das vivências nas comunidades de Funi-ô e Castainho, serão utilizados questionários avaliativos a serem respondidos pelos residentes, os quais deverão responder livremente a um questionário fechado com três perguntas que têm o intuito de avaliar a importância

da abordagem da temática étnico-racial na formação da residência em saúde.

O questionário conterà a identificação da profissão dos residentes e será composto de perguntas fechadas. Como opções para cada pergunta, a marcação em “pouco”, “regular”, “razoável” ou “muito”. Para análise da satisfação as respostas marcadas como "razoável" e "muito" serão consideradas um indicativo de que o resultado do momento de vivência da temática étnico-racial na residência foi importante, enquanto as respostas marcadas como "pouco" ou "regular" indicarão o resultado como pouco importante.

A quarta etapa será de avaliação coletiva em local a ser apontado pelas lideranças Funi-ô e Castainho. A proposta é que essa etapa aconteça em um parque, um local histórico significativo. Cada profissional residente versará sobre a experiência vivenciada e a pesquisadora apresentará a avaliação dos questionários das etapas 2 e 3. Por final, a quinta etapa será concretizada com a construção coletiva de um material informativo pelos profissionais residentes para que os demais residentes de anos subsequentes se aproximem através desse material da temática étnico-racial. O material informativo produzido sobre a experiência com a temática étnico-racial também conferirá em um documento avaliativo a partir dos seguintes critérios: descrição da importância das populações, descrição de especificidades das populações indígenas e quilombolas e descrição da vivência.

Os residentes do segundo ano do HRDM serão os profissionais do estudo, sendo oito profissionais no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão do Cuidado e um enfermeiro do Programa de Enfermagem Obstétrica. O critério de elegibilidade, portanto, consistirá em ser profissional residente do segundo ano desses programas ligados à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

A pesquisa tem base ética na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual determina “respeito ao

participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida” (BRASIL, 2012).

Assim, a população estudada terá acesso aos objetivos do trabalho e só participará do estudo após a concordância e assinatura do termo de esclarecimento conforme preconizado. Tal projeto tem a finalidade de ser utilizado para fins específicos de melhoria dos Programas de Residência do HRDM. Cada profissional residente também participará do projeto de intervenção conforme vontade própria após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com todos os objetivos da pesquisa, podendo desistir de participar em qualquer um dos momentos sem prejuízos. A carta de anuência foi encaminhada ao HRDM, que procedeu à autorização para execução do referido projeto de intervenção. A viabilidade deste projeto de intervenção se dá pela necessidade de aproximação dos profissionais em formação no SUS e de populações tradicionais como é o caso das indígenas e das populações quilombolas. Também, é viável por atender às Políticas de Saúde Indígena, de Saúde da População Negra e a de Educação Permanente, que convergem no sentido de nortear a adequação da formação profissional para atender as questões específicas dos usuários do SUS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; LIMA; SILVA, 2013).

No que se refere ao financiamento, ele será dispensado pela Secretaria Estadual de Saúde e corresponderá ao transporte e combustível para a apresentação do projeto na etapa 1, na oficina correspondente à etapa 2 e nas etapas de vivência. Também, materiais para impressão que serão necessários nas etapas de avaliação.

Resultados

O período de estudo exploratório foi iniciado em abril de 2017 com o levantamento e leitura de artigos, dissertações e teses

sobre a temática, indígena, quilombolas, suas especificidades, ensino na saúde e o serviço do SUS, residência em saúde e informações da rede de saúde da V Região. A literatura encontrada na pesquisa estava na linha de formulação, delimitação e aplicação de políticas públicas tanto na saúde quanto na assistência social, como leis, decretos, portarias, manuais técnicos e políticos, isso referente aos povos quilombolas e um quantitativo maior referente aos povos indígenas. Contudo, mesmo nessa bibliografia normatizadora não foram encontradas as referidas temáticas associadas ao ensino de pós-graduação na modalidade de residência.

As demais metas referentes a articulação, oficina, vivência e avaliações, que estariam programadas a partir do mês de dezembro de 2017, e a finalização programada para março de 2018, contudo, não foram alcançadas, uma vez que o projeto não foi continuado em virtude do contexto vivido de redução de recursos e conseqüentemente, a alocação de gastos para prioridades.

Espera-se que quando houver a possibilidade de realização do PI por completo, ele possa cumprir o objetivo de aproximar os profissionais Residentes do HRDM das populações indígenas e das comunidades quilombolas, especialmente dentro dos seus territórios, de forma a fomentar a construção de um cuidado na saúde que respeite a diversidade, a identidade e as especificidades desses usuários no SUS.

A efetivação do PI trará também o cumprimento da ESPPE como instituição de ensino responsável pela formação através da residência em saúde com base nas necessidades da população onde esses profissionais irão atuar de forma inclusiva, à luz das portarias do MS e o cumprimento da premissa de uma formação na qual os seres humanos são respeitados como seres sociais nas suas individualidades e dentro da coletividade. Além desses fatores essenciais na formação da residência em saúde, Boers (2007, p. 307) destaca o ganho que os futuros especialistas têm em “se aproximarem de outros modelos ou sistemas de cuidado, entre eles, o familiar e o popular”.

O processo construtivo da Educação em Serviço necessita provocar o aprendizado dos processos de saúde e doença e também o conhecimento e reconhecimento dos pares e das populações culturalmente distintas, induzindo a construção da alteridade, da reflexão do profissional quanto a sua própria cultura e o respeito às demais e ao tratamento não racista (ARUTTI, 2017).

Considerações Finais

Os programas de formação na modalidade de residência vêm sendo expandidos no Brasil com sua implantação a interiorização, como é o caso das residências de Enfermagem Obstétrica e em Gestão do Cuidado no Hospital Regional Dom Moura no município de Garanhuns, a 232 km da Região Metropolitana do Recife. À medida que o programa de residência na saúde é instituído em uma unidade ou localidade, mesmo com o planejamento anterior descrito no projeto, as demandas específicas vão surgindo no decorrer do desenvolvimento das atividades, e modificações, adaptações e inclusões são feitas. Estima-se que, no caso dos programas apontados, a demanda tenha surgido a partir de um olhar do preceptor para a população presente na Região de Saúde.

Mesmo com a necessidade de aproximação da temática étnico-racial apontada para esses programas de residência, a problemática e o contexto que estamos vivendo de direcionamento dos poucos recursos disponíveis, o PI ainda não pôde ser desenvolvido em sua plenitude. Isso ocorrerá na medida em que as condições de financiamento forem compatíveis com a realização adequada das etapas do PI.

Iniciá-lo sem recurso garantido permitiria a realização de algumas etapas e a impossibilidade de cumprir outras, descaracterizando e fragilizando o projeto. A articulação junto à comunidade seria o passo menos custoso, porém, ao passar para as visitas, os transportes não estariam plenamente garantidos.

Assim sendo, reafirmamos a importância da realização do PI no

sentido de formar profissionais que prestem cuidado digno para as populações indígenas e quilombolas atendidas no HRDM e para os profissionais residentes que poderão desenvolver capacidade além do esperado no plano pedagógico.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 maio 2017.

ARRUTI, José Maurício. **Função de alteridade: o Cangume, a professora, a escola e a universidade**. Revista da FAEBA. Educação e Contemporaneidade, v. 26, n. 49, 2017. Disponível em: < >. Acesso em: 2 set. 2017.

BANIWA, Trinho Trujillo. Saúde e alimentação em áreas rurais e urbanas: um testemunho indígena. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**, c. 6, p. 184. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p., il., color.. ISBN 978-85-7994-063-7.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, jan. 2011. [Internet]. DOI. 10.1590/S0104-1 290201100400007. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725/31602>>. Acesso em: 17/06/2017.

BOEHS, Astrid Eggert et al. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis: 2007. [Internet]. Abr-Jun; 16(2): 307-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”**. [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. [Internet]. - 2ª edição - 40 p. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 11.129 de 30 de Junho de 2005 que Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.** [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm>. Acesso em: 1 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [Internet]. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 1 ago 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Internet]. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 1 ago 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [Internet]. - 2ª edição - 40 p. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 2 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2013 que Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** [Internet]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distritos Especiais Indígenas - DSEI.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [Internet]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/>>

principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9540-conheca-o-dsei>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. **Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço**. Caderno FNEPAS, v. 1, dez. 2011. Disponível em: < <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/13-Formacao-para-o-SUS.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2017.

CAVALLEIRO, Eliane. **Introdução: Valores civilizatórios dimensões históricas para uma educação anti-racista**. In: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais -ECAD, 2006. p. 15-28. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**, c. 1, p. 1-18. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p., il., color. (Coleção Educação para Todos). ISBN 978-85-7994-063-7.

LIMA E SILVA, Raullyan Borja et al. **Caracterização agroecológica e socioeconômica dos moradores da comunidade quilombola do Curiaú**. Biota Amazônia. Open Journal Sistem. UFAM: Macapá: 2013. [Internet]. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/biota/article/view/861/v3n3p113-138.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2017.

LÓPEZ, Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2012. SciELO Public Health. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000100010&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 8 jul. 2017.

LUCIANO, Gensem. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: MEC-SECADI, 2006. 233 p., il., color (Coleção Educação para Todos).

MATA et. al. **A participação das mulheres Wajãpi do Estado do Amapá (Brasil) no uso tradicional de plantas medicinais - um estudo de caso**. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine 2012. Dezembro, 2012. [Internet]. Disponível em: <<https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-8-48>>. Acesso em: 2 jun. 2017. DOI: 10.1186. / 1746-4269-8-48.

MENÉNDEZ, Eduardo L. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.** Ciênc. Saúde Coletiva: 2003. [Internet]. vol.8, n.1, pp.185-207. ISSN 1413-8123. Acesso em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>>. Acesso em: 02/07/2017.

MURA, Fabio; SILVA, Alexandra Barbosa da. Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**, c. 4, p. 128. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p., il., color.

PEREIRA, Luciano et al. **Plantas medicinais de uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental: Aspectos utilitários de espécies das famílias Piperaceae e Solanaceae.** Rev. Bras. de Agroecologia, v. 2, n. 2, out. 2007. [Internet]. Disponível em: <<http://www.iepa.ap.gov.br/biblioteca/artigo/2015/plantas-medicinais-comunidade-quilombola-piperaceae-solanaceae.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social de Direitos Humanos. **Relatório da Semana de Direitos Humanos – Agreste Meridional/2013.** Pernambuco: 2013. Disponível em: <http://www.sedsdh.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=af59b55b-e083-4df5-9db5-ea0e248b765a&groupId=17459>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **V GERES.** Pernambuco: 2017. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/v-geres>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Hospital Regional Dom Moura.** Pernambuco: 2017. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-regional-dom-moura>>. Acesso em: 25 jul. 2017

_____. Ministério Público de Pernambuco. **Comunidades Tradicionais. Comunidades Quilombolas de Pernambuco.** Disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/nucleos-e-gts/gt-racismo/fique-por-dentro-gt-racismo/comunidades-tradicionais-gt-racismo>>. Acesso em: 25 jul. 2017

THIOLLEND, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** 18. ed. Cortez: São Paulo, 2011. 136 p.

Educação Permanente em Saúde relacionada a segurança do trabalho para auxiliares de serviços gerais no município de Salgueiro-PE

*Andrea Maria da Conceição
Cicero Emanuel Alves Leite*

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia importante nos serviços de saúde no sentido de possibilitar a promoção de discussão das práticas no processo de trabalho para atender aos objetivos de uma determinada política de trabalho.

Os processos de capacitação, geralmente, objetivam melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção; contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança; servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão (ROSCHKE; BRITO; PALACIOS, 2002).

Além da finalidade educacional propriamente dita, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, nem sempre se instala uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos (BRASIL, 2009).

No tocante ao setor saúde de uma forma ampla, para os processos de EPS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) afirma que devem ser consideradas as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009).

Há lacunas importantes na implantação dessa política, principalmente com a utilização de metodologias diferenciadas, visando à integralidade, respeitando as necessidades de trabalhadores e usuários, permitindo-lhes autonomia e resolutividade frente às suas ações e, portanto, ser percebida por todos os trabalhadores como imprescindível para melhorar a forma de atuação, tal como propõe a PNEPS (CUNHA et al., 2014).

São também permeadas por dificuldades de infraestrutura material, de gestão e de recursos humanos para desenvolver ou continuar multiplicando e aplicando a educação permanente. Dessa maneira, torna-se desafio ainda maior implementar processos de ensino aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas e participativas do que promover mudanças nas diferentes realidades de cada serviço (MICCAS; BATISTA, 2014).

É possível inferir que a articulação educação e saúde encontra-se pautada tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras. É necessário realizar propostas de EPS com profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino a fim de que sejam incorporadas novas mudanças na estrutura do trabalho e do ensino (MICCAS; BATISTA, 2014). Dentre vários temas e áreas possíveis a serem abordados em EPS, vale ressaltar Segurança do Trabalho (ST), devido a sua importância para minimização/eliminação de riscos diversos no cotidiano dos profissionais que atuam no setor saúde.

As ações de ST pressupõem, por sua natureza, além de recursos

materiais, quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor, ou seja, uma política de estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores (COSTA *et al.*, 2013).

Entre os trabalhadores que compõem os serviços de saúde e que estão expostos diretamente a riscos ocupacionais, cabe considerar os Auxiliares de Serviços Gerais (ASG), devido ao contato com Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) contaminados colocando em risco sua saúde, dos demais profissionais e dos usuários do serviço, quando não se tem o devido cuidado com a ST. Assim, as pautas referentes à EPS devem sempre incluir os ASG em relação a essa temática.

Em hospitais de São Luiz-MA, Gomes (2016) identificou, entre trabalhadores da limpeza e conservação de hospitais, que os homens representaram cerca de 58% dos acidentes de trabalho e que a ocorrência foi associada a: ensino médio incompleto, tempo de serviço menor que 5 anos, segregação inadequada dos resíduos sólidos de saúde (RSS), ter realizado capacitação somente na admissão e o não uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Os profissionais envolvidos de forma direta com o gerenciamento de RSS devem ser capacitados em sua admissão e mantidos sob educação continuada para as atividades de manejo de resíduos. Além disso, deve-se abordar a importância da utilização correta dos EPIs e a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação (BRASIL, 2004).

Percebe-se que os ASG da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salgueiro apresentam um quadro de adoecimento recorrente, evidenciado por interposição de atestados médicos e readaptação de função, entre outros fatores, que parecem estar relacionados com o aspecto da segurança de trabalho. Essa situação despertou o interesse pela autora para desenvolver Projeto de Intervenção.

Os ASG que trabalham no setor saúde estão expostos de forma constante e direta a riscos devido à manipulação de produtos químicos, contato com fluidos e eliminações fisiológicas, por exemplo, evidenciando a necessidade do correto manejo destes, o que deve ser trabalhado de forma permanente como educação em saúde.

Gomes (2016) ressalta a importância da EPS que permita proporcionar orientação sobre a preservação, manutenção e promoção da saúde de trabalhadores da limpeza e conservação em estabelecimentos de saúde.

A EPS favorece o crescimento pessoal e profissional, melhora o trabalho em equipe e possibilita mudanças na prática e a melhora na qualidade da assistência (PAULINO; SOUZA; BORGES, 2010).

No contexto de Salgueiro-PE, os servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispõem do Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações em que está previsto o Programa de Qualificação Profissional, que foi construído tendo por base as demandas das necessidades daqueles servidores quanto a qualificações a serem executadas, em especial quanto à segurança do trabalho para os Auxiliares de Serviços Gerais. Até agosto/2017, não foi desenvolvida.

Dessa forma, mostra-se imperioso desenvolver projeto de intervenção (PI) para promover educação permanente em saúde quanto à segurança do trabalho para os Auxiliares de Serviços Gerais da SMS de Salgueiro-PE.

Realizou-se busca de trabalhos/experiências semelhantes no banco de dados da BIREME e Google Acadêmico utilizando os termos educação permanente em saúde”, “educação continuada”, “serviço de limpeza”, “serviço terceirizado” e “segurança do trabalho”, como descritores e como palavras de título/resumo. Não foram identificados estudos nessa linha que relatassem experiência ou avaliassem processo educativo continuado com ASG. No entanto, identificaram-se alguns estudos relacionados

à EPS e ASG, como, por exemplo, os de Peduzzi et al. (2009), Silva et al. (2010) e Gomes (2016).

Este PI poderá contar, de forma voluntária, com colaboração/apoio de servidores lotados na Secretaria de Saúde, em especial relacionados à Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

A realização deste Projeto de Intervenção poderá trazer como contribuição a diminuição de riscos ocupacionais para os ASG; gerenciamento e manipulação correta dos RSS; diminuição de infecções cruzadas; implementação de um Programa Municipal de Qualificação; redução de readaptação de função; redução de absenteísmo decorrente de adoecimento ocupacional, se houver; e valorização profissional.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo geral promover educação permanente em saúde para auxiliares de serviços gerais (ASG) da Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro-PE em relação à segurança do trabalho.

Métodos

Trata-se de um Projeto de Intervenção para promover educação permanente em saúde para ASG da Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro-PE em relação à segurança do trabalho. Será desenvolvido entre os meses de março a outubro de 2018.

O projeto de intervenção será realizado no município de Salgueiro-PE, pertencente a mesorregião do Sertão de Pernambuco, tendo 56.629 habitantes e densidade demográfica de 33,57 hab/km² (IBGE, 2010).

Os serviços de saúde ofertados no município são compostos por 01 Hospital Regional (HRIS), 01 Centro de Hemoterapia, 01 Centro de Hemodiálise, 01 UPAE, 01 Pronto Socorro (privado e conveniado ao SUS), 01 Policlínica Municipal, 01 Laboratório Municipal, 01 CAPS, 03 Polos de Academia da Saúde, 01 Central de Regulação Regional, 01 CTA/SAES, 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 05 nas sedes dos distritos.

Serão capacitados/qualificados 21 Auxiliares de Serviço Gerais lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro. O PI será executado pela autora e serão firmadas parcerias com servidores de setores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

As etapas a serem desenvolvidas no projeto estão descritas no Quadro 1.

As oficinas acontecerão uma vez por mês entre maio e julho/2018 com a duração de 08 horas.

1. Maio/2018

- Acolhimento dos participantes
- Abordagem do tema: “EPI e meu dia a dia no trabalho” com roda de conversa e apresentação de vídeos
- Dinâmica envolvendo uma situação do cotidiano dos profissionais envolvidos relacionada ao uso de EPI

2. Junho/2018

- Acolhimento dos participantes
- Abordagem do tema: “Ergonomia no trabalho” com roda de conversa e apresentação de vídeos
- Dinâmica envolvendo uma situação do cotidiano dos profissionais envolvidos relacionada à ergonomia no trabalho

3. Julho/2018

- Acolhimento dos participantes
- Abordagem do tema: “Resíduos de serviços de saúde: da produção à destinação correta” com roda de conversa e apresentação de vídeos

- Dinâmica envolvendo uma situação do cotidiano dos profissionais envolvidos relacionada aos resíduos de serviços de saúde

Os auxiliares de serviços gerais serão esclarecidos sobre os objetivos do projeto de intervenção, assim como será explicado que os mesmos têm de participar de livre espontânea vontade, não sendo remunerados pela participação. Será solicitada autorização através da declaração de anuência à Secretaria de Saúde do Município de Salgueiro. Serão atendidas as exigências contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 1 – Etapas de desenvolvimento do projeto de intervenção

Etapa	Quando	Onde	Quem vai participar
Reunião com a gestão para discussão do projeto de intervenção	Março/2018	Secretaria de Saúde	Andrea Gestores da Secretaria de Saúde
Apresentação do PI ao Conselho Municipal de Saúde	Março/2018	Auditório do CVT	Andrea Conselheiros de Saúde
Realizar diagnóstico situacional para identificar as necessidades que os ASG enfrentam em sua rotina de trabalho	Março e abril/2018	Unidades de saúde	Andrea Auxiliares de Serviços Gerais
Planejamento das oficinas de qualificação	Março e abril/2018	Auditório do CVT	Auxiliares de Serviços Gerais
Visitas às unidades de saúde para o conhecimento do contexto em que trabalham os ASG	Março/2018	Unidades de saúde	Andrea
Elaboração de instrumento para monitorização do processo de trabalho dos ASG após qualificação	Abril/2018	Auditório do CVT	Andrea Parceiros
Realização de oficinas com os ASG	Mai a julho/2018	Auditório do CVT	ASG Autora Parceiros
Avaliação do PI	Agosto/2018		Autora Parceiros ASG
Monitoramento do processo de trabalho após qualificação	Setembro a outubro/2018	Unidades de Saúde	Andrea

* Será responsável pela realização das ações a autora do projeto, estabelecendo parcerias quando necessário.

Resultados Esperados

1. Auxiliares de serviços gerais qualificados em relação à segurança do trabalho;
2. Diminuição de riscos ocupacionais;
3. Gerenciamento e manipulação correta dos RSS;
4. Valorização profissional;
5. Processo de trabalho dos ASG monitorado após qualificação.

Considerações Finais

O projeto não foi desenvolvido devido ao fato de a pesquisadora ter se desvinculado da Secretaria Municipal de Saúde antes do prazo de início de acordo com o cronograma. Pretende-se realizar novas articulações juntamente com a SMS para viabilizar o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em <http://www.portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%20Nacional%20de%20Educa%20C3%A7%20C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%20C3%20Ade%20Fc92db117-e170-45e7-9984-8a7c-db111faa&usg=AFQjCNGegFkkW1hLOWwCtgFoTaoPbpt_SA>. Acesso em 10 ago. 2017.

COSTA, D. et al. **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 abr. 2017.

CUNHA et al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 64-75, 2014. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19911/pdf_48>. Acesso em 26 abr. 2017.

GOMES, S. C. S. **Exposição ocupacional com resíduos de serviços de saúde entre trabalhadores da limpeza e conservação**. Dissertação (Mestrado) Saúde Coletiva. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2016. 81f. Disponível em <<http://tede2:8080/tede/handle/tede/1004>>. Acesso em 10 ago. 2017.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 abr. 2017.

PAULINO, V. C. P.; SOUZA, P. R.; BORGES, C. J. Contribuições da educação permanente em serviço no contexto da estratégia de saúde da família. **Intinerarius Reflectionis**, Jataí, v. 2, n. 9, 2010. Disponível em <<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/download/20365/19212>>. Acesso em 10 ago. 2017.

PEDUZZI, M. et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanente education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200900011>>. Acesso em 10 ago. 2017.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. **Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud**: manual del educador. Washington: OPS/ OMS, 2002. (Série Paltex, n. 44). Disponível em <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3284/Gestion%20de%20proyectos%20de%20educacion%20permanente%20en%20los%20servicios%20de%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 29 abr. 2017.

SILVA, L. G. et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 1, p. 158-63, 2010. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm>>. Acesso em 10 ago. 2017.

Testes Rápidos para HIV e Sífilis no Pré-Natal: Educação continuada para enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde do município de Arcoverde-PE

*Mônica Maria Silva Costa
Elaine Cristina Tôres Oliveira*

Introdução

A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência durante o período gestacional, visando à atenção humanizada, ao nascimento seguro e ao crescimento saudável, é um dos objetivos do modelo de atenção voltado à saúde da mulher e da criança implantado no Brasil desde 2011 (BRASIL, 2011).

Por meio da rede de cuidados à gravidez, parto, puerpério e nascimento, a Rede Cegonha busca garantir provimento contínuo de ações de atenção à saúde que proporcionem a realização de pré-natal em unidade básica de saúde, com captação precoce da gestante e a condução de atenção qualificada (BRASIL, 2011).

Entre as ações voltadas à saúde da mulher e da criança, preconizadas pela Rede Cegonha, que enfatizam a qualidade e resolutividade da atenção à saúde, encontra-se o diagnóstico oportuno e tratamento de IST/HIV/AIDS (BRASIL, 2011). Essa ação

se apoia na implantação da oferta e execução de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV e na triagem para sífilis, no âmbito das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013).

O incentivo ao diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é um dos determinantes para a redução da transmissão vertical dessas doenças, devido à implementação precoce do tratamento. Sem qualquer ação profilática, o risco de transmissibilidade vertical do HIV e da sífilis encontra-se em torno de 25% a 30% e de 70% a 100%, respectivamente. Com a implementação do tratamento oportuno, esse risco reduz drasticamente (BRASIL, 2013).

O enfrentamento da problemática da transmissão vertical no Brasil é algo abordado pelas políticas públicas desde a década de 1990, no entanto, os números de casos novos de crianças com HIV e sífilis congênita ainda são preocupantes. Sabe-se que para o efetivo enfrentamento da transmissão vertical dessas doenças, é preciso a cooperação e o trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Brasil, 745 casos de HIV em crianças menores de cinco anos foram notificados. Com relação à transmissão vertical da sífilis, as taxas de detecção, no ano de 2011, têm indicado cinco casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011).

Os números ainda representativos da transmissão vertical no Brasil podem estar associados a dificuldades no diagnóstico dessas infecções nas gestantes, em virtude, dentre outros motivos, de questões organizacionais e da necessidade de recursos tecnológicos para a realização dos exames laboratoriais convencionais. Dessa forma, o uso de testes rápidos se torna uma estratégia para qualificar o atendimento à gestante, uma vez que não requer tecnologias muito complexas e proporciona resultados em tempo hábil (MIRANDA et al., 2009).

A introdução de testes rápidos no âmbito das unidades básicas de saúde tende a contribuir para aumentar o acesso à testagem para HIV e sífilis, otimizar o tempo de diagnóstico e tratamento, bem como agilizar a adoção das medidas necessárias para a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2012). Contudo, é preciso que os serviços de saúde estejam preparados tanto para realizar os exames, quanto para a análise e abordagem dos seus resultados (NASCIMENTO et al., 2012; CARNEIRO; COELHO, 2013).

Os testes rápidos em unidades básicas de saúde estão em processo de implantação em todo o Brasil e para que as dificuldades sejam superadas, as capacitações são fundamentais para que essa estratégia seja concretizada com êxito (LOPES et al., 2016).

Considerando que no Boletim Sífilis (PERNAMBUCO, 2017) observa-se, entre 2011 e outubro de 2017, um registro de 122 casos notificados de sífilis entre gestantes no município de Arcoverde, sendo o maior número registrado em 2015, com 44 casos, e que dentro desse mesmo período foram registrados 64 casos notificados de sífilis congênita no município, verificando-se que a problemática necessita ser enfrentada pelas políticas públicas locais de modo a efetivar a qualidade do cuidado em saúde conforme preconizado pela Rede Cegonha.

Sabendo que os testes rápidos para HIV e sífilis são realizados segundo tecnologias simplificadas e que podem ser feitos nos próprios consultórios médicos e de enfermagem, torna-se imperativo investir para que a sua implantação ocorra efetivamente na atenção primária à saúde e durante o primeiro atendimento da gestante na atenção pré-natal.

Dessa forma, este trabalho versa sobre a proposta de intervenção voltada à descentralização da testagem rápida, por meio da educação continuada, para a implantação da realização dos testes rápidos de HIV e sífilis na rotina do pré-natal das unidades básicas de saúde do município de Arcoverde-PE.

Métodos

Trata-se de um projeto de intervenção na prática profissional, produto final para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Este projeto foi desenvolvido no âmbito da atenção primária à saúde e teve como público-alvo os(as) enfermeiros(as) que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde e que participavam da assistência ao pré-natal no município de Arcoverde-PE. Em sua totalidade, Arcoverde dispõe de 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo 20 localizadas na zona urbana e 02 na zona rural, com enfermeiros(as) cadastrados(as).

Este projeto ocorreu no âmbito da estratégia Rede Cegonha, que consiste na construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, em que é primordial que se qualifique o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestante e que o tratamento seja realizado em tempo oportuno na Atenção Básica. A implantação do diagnóstico em plataforma rápida para o HIV e para a triagem da sífilis no pré-natal tem como prioridade inicial a garantia de acesso às gestantes e suas parceiras sexuais com previsão da ampliação do acesso a toda a população.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem, mais uma vez, cumprir os princípios e diretrizes do SUS: equidade e integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde, conforme preconizados na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para tanto apoiará os Estados, Distrito Federal e os Municípios no processo de implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis nos serviços de saúde da Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha por meio da instituição de normas, recursos financeiros, materiais pedagógicos, envio de testes rápidos, entre outros (BRASIL, 2011).

Para a execução desta proposta de intervenção, construiu-se um plano de trabalho que constava da execução de uma oficina a ser realizada com objetivos de apresentar as recomendações da

estratégia Rede Cegonha e o panorama das infecções por HIV e sífilis em gestantes no município de Arcoverde, apresentar aos(as) enfermeiros(as) os protocolos preconizados pela Rede Cegonha sobre testes rápidos de HIV e sífilis, bem como sua interpretação e liberação dos resultados, e também apresentar a cartilha e a ficha de aconselhamento pós-teste rápido.

Devido ao impacto frente à problemática da sífilis e do HIV, esta proposta de intervenção teve como base um caráter contínuo e permanente, pois pretende se incorporar ao processo de trabalho dos enfermeiros das unidades básicas de saúde do município de Arcoverde. E o monitoramento de sua execução tem como sinalizador a planilha de produção mensal, na qual consta o número de gestantes cadastradas em cada unidade básica de saúde, o quantitativo de testes rápidos enviados para cada unidade de saúde e o quantitativo de exames realizados. A cada trimestre uma reunião para discutir casos clínicos, os entraves e sugestões para melhoria da atenção à gestante será realizada, com vistas a monitorar e avaliar o processo de trabalho implantado.

Resultados

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção, inicialmente, uma parceria entre a Coordenação da Atenção Básica e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município foi realizada, para que ocorresse a autorização da capacitação dos(as) enfermeiros(as) em testes rápidos de HIV e Sífilis. Após autorização, foi ofertada aos profissionais enfermeiros uma oficina para a realização dos testes rápidos e seguimento dos protocolos preconizados pela Rede Cegonha.

Construir processos de trabalho mais horizontais que fomentem a relação entre a atenção especializada e a atenção básica possibilita o desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde (ROCHA et al., 2016). Além disso, a proposta de pactuação com outros serviços da rede assistencial e com a

gerência da atenção básica tem por objetivo fortalecer a ação, de modo a evidenciar a importância da descentralização da testagem rápida e de sua contribuição para o cuidado em saúde da população do município.

Na execução deste projeto, participaram da oficina 16 enfermeiras das unidades básicas de saúde, 02 enfermeiras do Centro de Saúde da Mulher e 01 residente em obstetrícia, o que correspondeu a 72,7% dos enfermeiros(as) do município de Arcoverde-PE atuantes na atenção primária à saúde. Ressalta-se que não foi possível atingir os 100% do público-alvo em virtude da resistência à realização de testes rápidos por parte de alguns profissionais, que alegaram diversos motivos, entre eles a não existência de geladeiras ou ambiente climatizado nas unidades às quais estavam ligados.

O processo de descentralização da atenção às IST/HIV/AIDS, incluindo a testagem rápida, na atenção básica ainda é caracterizado como um fenômeno complexo e multifacetado. Diversas dificuldades são apontadas como tencionadoras desse processo, como a rotatividade das equipes de saúde, a sobrecarga de trabalho, as rotinas do processo de trabalho e a dificuldade no manejo do diagnóstico e aconselhamento (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016). Para enfrentar os desafios da implantação da testagem rápida nas unidades básicas de saúde é preciso compreender o contexto envolvido e subsidiar as equipes de aporte teórico-prático, para que as possíveis inseguranças diante dessa atividade sejam sanadas.

A oficina ocorreu no dia 03 de agosto de 2017 e foi organizada em dois momentos: no primeiro momento, houve uma roda de conversa sobre a importância da implantação dos testes rápidos nas unidades básicas de saúde, foi apresentado o protocolo para testagem de HIV e sífilis durante o pré-natal, preconizado pela Rede Cegonha, foi discutida a importância do aconselhamento pré e pós-teste e as estratégias de prevenção das IST/HIV/AIDS.

Além disso, foi discutido e elaborado o fluxo para o recebimento e dispensação dos testes rápidos, com planilhas padronizadas disponibilizadas pela equipe de logística dos testes rápidos da Coordenação Estadual de Pernambuco. No segundo momento os(as) enfermeiros(as) participaram da aula prática, seguida da testagem por pulsão digital, para avaliar o manuseio com o tampão, pipetas, cronometragem e precisão do tempo correto para o diagnóstico fidedigno. Ao final, para a comprovação da capacitação, foi disponibilizado um certificado de participação, com carga horária de 06 horas.

A escolha da estratégia oficina para este projeto de intervenção se baseou na possibilidade de aquisição/atualização dos conhecimentos e habilidades sobre a temática de forma mais ativa, tendo em vista a utilização de um processo pedagógico que partiu do reconhecimento da problemática enfrentada pelo município, assim como os desafios a serem enfrentados (BAGATINI et al., 2016).

Diante da execução das atividades, pretende-se monitorar e avaliar os reflexos dessa atividade por meio do acompanhamento do cuidado à saúde do público-alvo, mediante levantamento do número de gestantes que realizam o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Arcoverde, o número de gestantes com testagem positiva para HIV e sífilis realizadas nas unidades básicas de saúde e respectivos números de crianças expostas ao vírus HIV, com diagnóstico de sífilis congênita, com seus devidos encaminhamentos.

O que se pode antecipar é que os reflexos da oficina e da sensibilização dos(as) enfermeiros(as) podem ser observados, ainda que de forma tímida, pela verificação da implantação da testagem rápida no âmbito das unidades básicas de saúde, tendo em vista que uma unidade básica de saúde localizada na zona rural implantou os testes rápidos na rotina da assistência, sendo realizados um total de 40 testes, sendo 05 homens, 18 mulheres e 17 gestantes, tendo resultados negativos para HIV e sífilis positivo em gestante.

Considerações Finais

A assistência qualificada ao pré-natal repercute diretamente na prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno das IST/HIV/AIDS, diminuindo a incidência de transmissão vertical. Para que isso ocorra, torna-se necessário o estímulo a descentralização da testagem rápida para HIV e sífilis nas unidades básicas de saúde, pois estão localizadas no território de residência e possibilitam um maior acesso ao exame e tratamento dos usuários.

Diante da realização da oficina com os(as) enfermeiros(as) e com o início da implantação dos testes rápidos nas unidades básicas de saúde do município de Arcoverde, espera-se a ampliação e qualificação do acesso da população ao diagnóstico precoce do HIV e da sífilis, assim como assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, para que o tratamento seja realizado em tempo oportuno na atenção básica, sendo fundamental para a redução da transmissão vertical.

Referências Bibliográficas

BAGATINI, C. L. T. et al. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. 2(1): 81-95, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica – Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/Aids. Sífilis congênita: diretrizes para o controle**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/AIDS da Rede**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO A. J. S, COELHO E. A. C. Care integrality in HIV testing: the look of women. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2013 66(6):887-92.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2016;69(1):54-8. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>>.

MIRANDA, A. E. et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev Soc Bras Med Trop**. 2009 Jan 15;42(4):386-91.

NASCIMENTO M. I. et al.. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2012 ;34(2);56-62.

PERNAMBUCO. Programa Estadual IST/HIV/AIDS. **Vigilância em Saúde: Boletim Sífilis**, ano 7, out. 2017.

ROCHA, K. B. et al. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde debate**. 40(109): 22-33, 2016.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 26 (3): 785-806, 2016.

Capacitação Profissional para a Implantação de Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite no Pré-Natal nos Municípios da XI Região de Saúde – PE

*Eúde de Souza Almeida Sá
Ana Ruth Barbosa de Sousa*

Introdução

Costa et al. (2010) ressaltam que o pré-natal deve ser organizado de maneira que atenda às necessidades reais das gestantes, utilizando-se de conhecimentos técnico-científicos, assim como de recursos adequados e que estejam disponíveis para cada caso. Uma vez que a gravidez é reconhecida como sendo um dos determinantes do estado de saúde da mulher e que, em algumas situações, esse será o único momento de contato da mulher com os serviços de saúde, nesse período em que se encontra em idade reprodutiva, torna-se oportuno direcionar a assistência a essa mulher, de maneira a promover a saúde e de se prevenirem as doenças, através de rastreamento das enfermidades, o qual pode se dar, por exemplo, a partir da realização de Testes Rápidos (TRs) de HIV, sífilis e hepatites.

O acompanhamento da gestante durante o pré-natal favorece uma gestação segura, conseqüentemente, um parto saudável para a mãe e para o recém-nascido. Uma gestante bem assistida no primeiro trimestre terá uma melhor qualidade nesse cuida-

do. No Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado assegurado durante a gravidez ocorre primordialmente na Atenção Básica, através da Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família, na qual a gestante deverá iniciar o pré-natal, onde a mesma deverá ter suas necessidades acolhidas, de forma continuada e longitudinal no sistema de saúde. Nessa perspectiva, o enfermeiro está habilitado para acompanhar o pré-natal de risco habitual na rede básica de saúde, por meio da consulta de enfermagem, conforme assegurado pelo Ministério de Saúde (MS) e pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2013a).

Com o início precoce da consulta de pré-natal, devem ser solicitados exames complementares, dentre eles, o teste rápido de triagem para sífilis e o teste rápido diagnóstico anti-HIV, considerando que a transmissão vertical das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), como o HIV, a sífilis e a hepatite B, configuram um desafio significativo para saúde pública no Brasil (BRASIL, 2013b).

As testagens rápidas para essas doenças podem ser executadas presencialmente, sendo os resultados lidos e interpretados em 30 minutos, no máximo, por profissionais de saúde que tenham sido capacitados (BRASIL, 2017g), como estabelece a **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013** (BRASIL, 2013d). **Assim, entende-se que, nesse contexto, torna-se favorável a oferta desses exames na Atenção Básica, desde que os profissionais das equipes estejam qualificados.**

Santos (2016), em estudo na área, relata que em Porto Alegre já compõem a assistência ao pré-natal das gestantes, os serviços de aconselhamento e Teste Rápido de HIV, sífilis e hepatite. Silva et al. (2008) afirmam que é fundamental as gestantes se sentirem acolhidas no serviço de pré-natal, podendo tomar suas decisões com consciência e responsabilidade. E que esse serviço melhor qualificado possibilita reduzir efetivamente as taxas de transmissão do HIV, incluindo outras infecções sexualmente transmissíveis.

Abraão (2016) relata que a educação em serviço é importante na qualificação do SUS, referenciando, portanto, a reorganização do trabalho. A Educação Permanente (EP) está inserida nesse processo, voltada para a atividade de trabalho e com foco nas Unidades de Produção do Cuidado, nas quais há o encontro do trabalhador com o usuário, o que possibilita, a partir dessa experiência de cuidado, o resultado de um aprendizado sobre o processo de trabalho, sabendo que a EP tem o compromisso fundamental com a mudança dos serviços de saúde, acreditando que seja possível alcançar esse objetivo por meio desse tipo de prática.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída através da Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004 como estratégia do SUS, visando à formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004). A colocação de Ceccim (2005) é que “a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde”. Dessa forma, a EP é imprescindível tanto para qualificar profissionais na gestão do trabalho, diante das crescentes complexidades institucionais, como para ampliar o leque de formação, a partir dos relatos feitos pelos trabalhadores quanto à sua carência/necessidade de aprendizagem, seja por meio de cursos de atualização, seminários e oficinas, seja por outros instrumentos.

No contexto da XI Região de Saúde de Pernambuco, no qual atuamos frente à coordenação de Atenção Primária à Saúde, na XI Gerência Regional de Saúde (GERES), supõe-se haver enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF), nos municípios de abrangência dessa Região de Saúde, que necessitam de capacitação para que possam realizar os Testes Rápidos para HIV/sífilis/hepatites B e C, durante a consulta de pré-natal. Dessa forma, capacitar esses profissionais para que estejam habilitados a executarem TRs nesse nível de atenção à saúde, contribuirá para reverter esta situação de que ainda existem profissionais sem estarem capacitados para realização desses tipos de testes na

consulta de pré-natal, de maneira que estejam aptos a intervir oportunamente com ações adequadas que possibilitem a eliminação da transmissão vertical.

Métodos

Segundo Valeriano (2008 *apud* OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2015), o Projeto de Intervenção visa direcionar uma mudança ou transformação na realidade de uma estrutura ou de um processo. Ainda, Oliveira e Oliveira (2015) relatam que um Projeto de Intervenção interferirá em algo já existente e sua compreensão e desenvolvimento deverá se dar numa dimensão em conjunto e partilhada entre os diversos atores envolvidos no contexto.

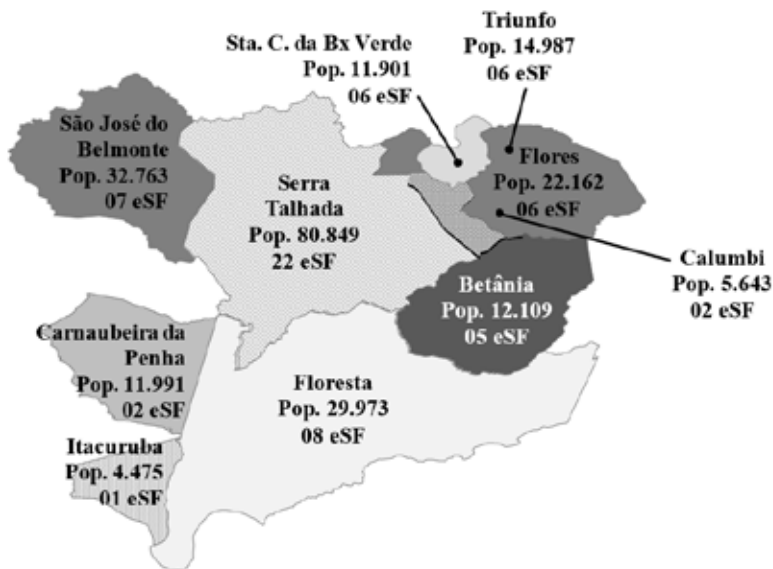
Neste sentido a intervenção proposta será realizada na XI Região de Saúde, a qual está inserida na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, denominada Macrorregião Sertão, juntamente com a VI Gerência Regional de Saúde (Arcoverde) e a X Gerência Regional de Saúde (Afogados da Ingazeira), totalizando 35 municípios. Na XI Região de Saúde encontram-se vinculados à XI GERES, 10 municípios, a citar, Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo, totalizando 226.493 habitantes (PERNAMBUCO, 2014). A Atenção Básica está organizada através da Estratégia Saúde da Família, correspondendo a 65 Equipes de Saúde da Família (Figura 1), com proporção de cobertura populacional estimada de 99,00%, segundo avaliação da área técnica de Atenção à Saúde da respectiva Região de Saúde (PERNAMBUCO, 2017).

A intervenção terá como objetivo principal a capacitação das equipes de Saúde da Família para a execução de Testes Rápidos na assistência ao pré-natal da Atenção Básica dos municípios da XI Região de Saúde.

Para tanto, a população considerada serão os profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família, nos municípios de abrangência da XI Região

de Saúde. Estarão inclusos todos os enfermeiros que não estão capacitados para a realização dos TRs. Serão excluídos os enfermeiros dos municípios que já passaram por capacitação no ano de 2016 e que já estejam realizando testes rápidos no pré-natal.

Figura 1 – Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família, através das equipes de Saúde da Família (eSF), por município, na XI Região de Saúde – Serra Talhada/PE



Fonte: Pernambuco (2014) / Atenção à Saúde - XI GERES

A previsão para a realização da intervenção compreende o período de novembro de 2017 a dezembro de 2018, seguindo as etapas de identificação dos municípios que não realizam testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na Atenção Básica; levantamento do quantitativo de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF); treinamento dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) e; monitoramento da realização dos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na Atenção Básica, conforme detalhado no Quadro 1.

Plano de Ação em 4 Passos

1: Identificar os municípios que não realizam testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na Atenção Básica.

Ação 1: Checar no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) a produção referente aos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na consulta de pré-natal;

Meta: Detectar 100% das Unidades de Saúde da Família que não ofertam testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C.

Responsáveis: Coordenação de Atenção Primária à Saúde da XI GERES

Ação 2: Solicitar aos gestores municipais de saúde a informação sobre as Unidades de Saúde da Família que não realizam testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na consulta de pré-natal.

Meta: Detectar 100% das Unidades de Saúde da Família que não ofertam testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C.

Responsáveis: Coordenação de Atenção Primária à Saúde da XI GERES

2: Fazer levantamento do quantitativo de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ação: Solicitar aos gestores municipais de saúde o quantitativo de enfermeiros da ESF a serem capacitados para realização dos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na consulta de pré-natal.

Meta: Ter conhecimento de 100% de enfermeiros que ainda não estão capacitados para realizarem testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C.

Responsáveis: Coordenação de Atenção Primária à Saúde em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde da XI GERES.

3: Realizar treinamento dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) para que os mesmos estejam aptos a executarem os testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na consulta de pré-natal.

Ação: Capacitar enfermeiros que atuam na ESF, por meio da Vigilância em Saúde da XI GERES, a fim de que esses profissionais possam executar os testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, no momento da consulta de pré-natal, bem como fazerem o aconselhamento.

A referida capacitação acontecerá em cada município que compõe a XI Região de Saúde, mediante cronograma elaborado pela área técnica da Vigilância em Saúde /XI GERES, assim como a definição da carga horária e a didática para aplicação da capacitação citada.

Quanto aos materiais necessários para efetivação dessa atividade, os responsáveis serão a SES, a XI GERES e os respectivos municípios, conforme itens descritos na planilha de orçamento estimado.

Meta: Capacitar 100% dos enfermeiros da Atenção Básica dos municípios para a realização de testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na consulta de pré-natal.

Responsáveis: Coordenação de Atenção Primária à Saúde em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde da XI GERES.

4: Monitorar a realização dos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na Atenção Básica.

Ação: Acompanhar a execução (produção) dos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, através do SIA/SUS e Planilha de Realização de Testes Rápidos na Estratégia de Saúde da Família.

Meta: Verificar, em 100% do sistema de informações e no instrumento de registros, a alimentação dos dados quanto à produção dos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na consulta de pré-natal.

Responsáveis: Coordenação de Atenção Primária à Saúde em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde da XI GERES.

Os dados envolvidos nesta intervenção, referentes ao número de TRs realizados nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, serão do tipo secundários, cujos valores absolutos serão coletados a partir da série histórica gerada no SIA/SUS, após alimentação sistemática do referido Sistema de Informação, bem como da Planilha dos Serviços de Atenção à Saúde/Atenção Primária da XI Gerência Regional de Saúde. Com fins de monitoramento e avaliação das ações, esses dados obtidos serão consolidados, analisados e apresentados em frequências absoluta e relativa, por meio de tabelas e gráficos trabalhados no Microsoft Excel 2010, para discussão e encaminhamentos pertinentes.

Vale salientar que o acesso a esses dados se dará mediante ciência da instituição de referência, via Declaração de Anuência da gerência da XI Regional de Saúde, estando de acordo com as normas Brasil (2012f), definidas na Resolução Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde nº 466/12.

Resultados Esperados

A partir das ações propostas neste plano, espera-se alcançar, como resultados, que todos os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família dos municípios da XI Região de Saúde estejam capacitados para realizarem testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, no momento da consulta de pré-natal, possibilitando assim melhoria da assistência e cuidado à saúde da mulher e da criança, a partir do acesso das gestantes aos referentes TRs, no momento da consulta de pré-natal. Dessa forma, almeja-se a redução dos casos de transmissão vertical dessas patologias.

Um outro produto almejado é que através do monitoramento dessa prática, o respectivo Sistema de Informação seja mantido atualizado com as produções dos testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, realizados pelos profissionais da Atenção Básica, nos municípios da XI Região de Saúde de Pernambuco.

Considerações Finais

Na organização para a realização da primeira etapa da intervenção, relativa à identificação dos municípios que não realizavam os testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, na Atenção Básica, foi identificado que na XI Gerência Regional de Saúde a coordenação de Atenção Primária à Saúde vem buscando, junto à coordenação da Vigilância em Saúde, articular as ações de promoção à saúde no território de abrangência, através de reuniões de colegiado ampliado, oportunizando, dentre outras ações, as discussões/acompanhamentos da execução dos TRs no momento do pré-natal. Logo, percebeu-se que as respostas aos encaminhamentos dessa articulação têm sido positivas, uma vez que até o momento todos os profissionais enfermeiros atuantes na Atenção Básica dos municípios estão capacitados para realizar os TRs, o que garante a oferta desse serviço às gestantes que procuram a assistência ao pré-natal junto às equipes de Saúde da Família. Portanto, não se fez necessária a execução das etapas posteriores de efetivação do treinamento específico para a realização dos TRs.

A ação de monitoramento da realização dos TRs nas Unidades de Saúde da Atenção Básica tem se dado, inserida no processo de trabalho cotidiano da XI Gerência Regional de Saúde, com a perspectiva da formalização do acompanhamento mensal e de realização de discussões colegiadas maiores com as equipes, previstas para ocorrerem no segundo semestre de 2018. Diante do exposto, o referido Projeto de Intervenção transcende ao seu período de execução anteriormente previsto, visto que a necessidade de capacitação dos profissionais não se apresenta enquanto demanda iminente; porém, guarda consigo a característica significativa da possibilidade de ser executado oportunamente, na perspectiva de que as equipes de Saúde da Família podem sofrer alterações em sua composição e que sempre haverá profissionais na Estratégia de Saúde da Família que precisarão passar por capacitação para, assim, estarem aptos a realizarem os testes rápidos de HIV/Sífilis/Hepatites B e C, no momento da consulta de pré-natal.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO (Org.). **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Niterói: UFF, CEAD, 2016, p. 21. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 318 p., il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32, p. 33, 37. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNICEF. **Brasil chegando a zero**. Diretrizes para Qualificação das Linhas de Cuidados da Transmissão Vertical do HIV, da Hepatite B e da Sífilis, 2013b, p. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, 13 de fevereiro de 2004**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do conselho de saúde nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012f**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013d**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2014/56078/portaria_n_29_pdf_18265.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Testes rápidos**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/testes_rapidos>. Acesso em: 16 mar. 2017g.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 116, p. 161-77, set. 2004, fev. 2005, p. 165. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

COSTA, G. R. C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no estado do maranhão, brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1005-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

LAKATOS, E., MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 214.

OLIVEIRA, C. M. C. S., OLIVEIRA, M. A. de. **Projeto de intervenção**. Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2015. p. 5. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em 30 jun. 2017.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde; XI Gerência Regional de Saúde – XI GERES. **Mapa da saúde**. Serra Talhada, 2014.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde; XI Gerência Regional de Saúde – XI GERES. **Atenção à saúde/atenção primária à saúde**. Serra Talhada, 2017.

SANTOS, R. R. G. dos. **Implantação do teste rápido de hiv e sífilis na rede cegonha, em porto alegre (RS)**: avaliação a partir da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde e gestantes. 2016. p. 21. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8371/1/000478724-Texto%2bParcial-0.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2017.

VALERIANO, D.L apud OLIVEIRA, C. M. C. S., OLIVEIRA, M. A. de. **Projeto de intervenção**. Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2015. p. 5. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em 30 jun. 2017.

Educação permanente em saúde para reabilitação de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus na II Regional de Saúde de Pernambuco

*Mayra Solange da Costa e Silva
Elaine Cristina Tôrres Oliveira*

Introdução

O diagnóstico, o manejo adequado e a ampliação da capacidade de atuação na ocorrência dos agravos a saúde são condições importantes para a intervenção e monitoramento das demandas em saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Estar atento a situações de surtos ou ao aparecimento de doenças inusitadas é essencial para o fortalecimento das respostas às emergências epidemiológicas (BRASIL, 2015).

Em novembro de 2015, o Brasil decretou situação de emergência em saúde pública em virtude do aumento da ocorrência de casos de microcefalia em recém-nascidos (VENÂNCIO, 2016). A magnitude do problema foi observada tendo em vista a identificação de que no período entre 2010 e 2014, o país apresentou uma média anual de 156 casos de microcefalia, enquanto que no ano de 2015, até o dia 1º de dezembro, já haviam sido registrados 1.247 recém-nascidos com essa malformação, prevalecendo o estado de Pernambuco com maior número de casos no período (646 casos) (BRASIL, 2015).

Diante da observação de que nos casos registrados de microcefalia existiam alterações de exames de imagem compatíveis com infecção congênita e que as mães apresentaram quadro de exantema na gestação, foi levantada a possível relação entre a ocorrência do aumento do número de casos de microcefalia com a circulação do Zika vírus em Pernambuco (BRASIL, 2015).

Em fevereiro de 2016, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) lançou um alerta epidemiológico, destacando a possibilidade de desenvolvimento de malformação neurológica congênita associada à infecção de gestantes pelo Zika vírus (OMS, 2016) e em abril de 2016, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), agência do departamento de saúde e serviços humanos dos Estados Unidos, evidenciou por meio de pesquisas, a existência de correlação entre a microcefalia e o Zika vírus (MLAKAR et al., 2016).

A microcefalia é uma condição neurológica rara em que o perímetro cefálico do recém-nascido se apresenta menor quando comparado ao padrão para a mesma faixa etária, e essa alteração pode provocar déficit cognitivo, auditivo e visual, com repercussões no desenvolvimento neurológico, psíquico e motor dessas crianças. De modo geral, a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) ocasiona danos cerebrais extremamente severos, em virtude da destruição das células cerebrais e depósito de cálcio, provocando calcificação. Essa é uma das características que distingue bebês com microcefalia ligada ao Zika vírus daquelas observadas em bebês com microcefalia proveniente de outras infecções (LINDEN et al., 2016).

Na perspectiva de enfrentar a problemática relacionada ao aumento de casos de microcefalia associados à SCZV, o Ministério da Saúde do Brasil organizou uma ação emergencial para conter novos casos, oferecer suporte às gestantes e aos bebês e intensificar as ações de combate ao mosquito transmissor. Por meio do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, o Brasil passou a atuar na prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, na melhoria da assistência às gestantes e crianças e na realização de estudos e pesquisas nessa área (BRASIL, 2016a).

Orientações de vigilância em saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública, com novas definições para notificação, investigação e classificação de casos, assim como novas orientações para investigação laboratorial e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), foram lançadas, de modo a qualificar a atenção à saúde e possibilitar a atuação do serviço de reabilitação no estímulo das crianças diagnosticadas (BRASIL, 2016b).

A fim de monitorar todos os procedimentos relacionados às famílias e crianças com a SCZV, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco instituiu, em maio de 2016, o Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia (NAFCM), que coordena e acompanha, de modo regionalizado, as crianças notificadas com a síndrome, além de prestar apoio às famílias e desenvolver estratégias para garantir seus direitos (PERNAMBUCO, 2016).

Por meio do NAFCM, busca-se sistematizar o cuidado integral às crianças e as respectivas famílias, resgatando seus vínculos com as referências de saúde e garantindo o direito a seguridade social (PERNAMBUCO, 2016). No entanto, para que a atenção à saúde seja oferecida com qualidade, é preciso que ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) sejam estabelecidas para qualificar o cuidado dos profissionais e promover melhor resposta das crianças às terapias.

Considerando as dificuldades observadas pelo NAFCM, por meio do convívio com as famílias afetadas, e diante da percepção da realidade em que as famílias estão inseridas, por vezes, em condições de fragilidade emocional, social, financeira e conjugal, verificou-se a necessidade de promover o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos na RAS pertencente à II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES), com vistas ao melhor funcionamento das ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças acometidas por microcefalia relacionada à SCZV.

Dessa forma, este estudo versa sobre proposta de intervenção voltada à EPS dos profissionais dos serviços de reabilitação especializada para crianças com a SCZV, residentes nos municípios que compõem a II GERES do estado de Pernambuco.

Métodos

Pretende-se contribuir para a qualidade de vida das crianças acometidas pela SCZV e seus familiares, por meio do aperfeiçoamento dos profissionais das policlínicas e centros de reabilitação municipais e, com isso, possibilitar o acesso aos serviços de reabilitação próximos às suas residências, a fim de amenizar o desgaste físico e emocional, além dos custos inerentes aos deslocamentos.

Estimava-se que mais de 60% dos acompanhamentos para reabilitação em virtude da SCZV, na II GERES de Pernambuco, eram realizados fora do município de residência. Frente a isso, as capacitações dos profissionais de saúde para atuar junto à SCZV têm por finalidade produzir transformação na prática profissional, utilizando práticas pedagógicas com foco na resolutividade, nos princípios do SUS e na oferta do cuidado descentralizado.

A proposta de intervenção prevê a realização de capacitações de profissionais, considerando dificuldades no processo de trabalho diante de pacientes acometidos por SCZV, tomando como base as necessidades existentes e o levantamento realizado junto aos municípios; e abordagem do fluxo do cuidado, englobando os atores envolvidos no processo de assistência e buscando promover um canal de diálogos entre os serviços especializados e as unidades de saúde da família.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção, considerou-se, inicialmente, a apresentação da proposta à gestão da II GERES, visando à adesão e apoio na liberação da pesquisadora para organização das atividades de EPS (rodas de conversa, oficinas, seminários e capacitação prática dos profissionais de reabilitação). Posteriormente, organização do seminário destinado

a fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos que trabalham com reabilitação, estimulação precoce e que atuam nos serviços de Atenção Especializada dos municípios da II GERES, visando à orientação quanto ao acompanhamento e o monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como para o manejo técnico da reabilitação e orientação às famílias de crianças comprometidas pela SCZV. Para que os processos de EPS sejam efetivos, serão vistos, em conjunto com os profissionais, os perfis e níveis de gravidade das crianças acometidas na II GERES, buscando refletir o modo de avaliar a evolução destas no tratamento.

A realização dessas atividades prevê continuidade e caráter permanente das ações, considerando que existem atualizações de técnicas necessárias para condução e atuação dos profissionais envolvidos. Para o monitoramento e avaliação da intervenção, programam-se momentos trimestrais, a partir de oficinas compostas pelos profissionais capacitados na busca de promover diálogos, discussão de casos, revisões e atualizações de técnicas de atuação destes com as crianças portadoras da SCZV.

A partir das discussões e trocas de práticas cotidianas, será possível monitorar e avaliar a capacitação realizada (intervenção inicial) para, em seguida, estabelecer possíveis ações de melhorias. Outrossim, será possível realizar o monitoramento e avaliação através da puericultura e acompanhamento mensal da Atenção Básica, no que se refere ao desenvolvimento das crianças a partir da frequência nos serviços vinculados e da qualificação dos profissionais. Em paralelo ao processo de trabalho, será avaliada a eficácia da capacitação, realizando levantamentos quanto ao número de oferta aos serviços especializados.

Resultados Esperados

Este projeto de intervenção tem o intuito de favorecer maior articulação entre a rede de saúde regional, buscando resolutividade nas ações compartilhadas, sob a lógica da rede de cuidado

integral. Pretende-se, com a realização deste projeto, contribuir com a descentralização dos serviços de reabilitação para crianças portadoras da SCZV, por meio do aperfeiçoamento técnico dos profissionais da rede de saúde da II GERES, garantindo a qualificação dos serviços de reabilitação através da melhoria da atuação do profissional e do uso de técnicas adequadas para o estímulo das crianças.

Espera-se que as famílias que possuem crianças portadoras da SCZV sejam beneficiadas, uma vez que se busca minimizar o desgaste físico e emocional dessas famílias envolvidas, favorecendo melhores práticas de reabilitação e contribuindo diretamente na melhoria da qualidade de vida das famílias, bem como no rendimento e desempenho das crianças no momento da reabilitação.

Considerações Finais

As crianças acometidas pela SCZV e seus familiares requerem atenção e cuidados intensivos, tendo em vista uma rotina exaustiva de exames, consultas, sessões de estímulo precoce e tratamentos. Para que esses cuidados se tornem de qualidade, almeja-se um melhor funcionamento das ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil e da reabilitação dos serviços da RAS da II GERES de Pernambuco. Para que essa intervenção alcance os objetivos pretendidos, as ações estão sendo incorporadas ao processo de trabalho da II GERES de Pernambuco, de modo que as práticas pedagógicas possam contribuir para amenizar o desgaste físico e emocional das famílias, fortalecer os serviços de reabilitação e qualificar os profissionais da região.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce de crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-deEstimulacao-Precoce.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de Saúde Pública de importância nacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoesintegradas-vigilancia-atencao.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde divulga novos casos de microcefalia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/21020-ministerio-da-saude-divulga-novos-dados-de-microcefalia>>.

LINDEN, V. V. D et al. Congenital Zika syndrome with arthrogryposis: retrospective case series study. **British Medical Journal**, 2016; 354:i3899. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/354/bmj.i3899>>.

MLAKAR, J. et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. **New England Journal of Medicine**. 2016; 374: 951-958. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600651#t=abstract>>.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Crianças com microcefalia da Mata Sul ganham festa de Natal Recife**, 2016. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-coordenacaogeral/criancas-com-microcefalia-da-mata-sul-ganham>>.

VENÂNCIO, R. **O Brasil vive uma epidemia de microcefalia?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/Brasil-vive-epidemia-demicrocefalia>>.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Zika Epidemiological Update.** Washington: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599&Itemid=41691&lang=en>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Psychosocial support for pregnant women and for families with microcephaly and other neurological complications in the context of Zika virus.** Interim guidance for health-care providers. Geneva: World Health Organization, 2016.

A Educação Permanente como estratégia de fortalecimento das ações de imunização em Salgueiro-PE

*Dallyane Mikaelle Gondim Matias
Luciana Camelo de Albuquerque*

Introdução

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 18 de setembro de 1973, regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Em 1977, foi publicado o primeiro calendário nacional de vacinação com intuito de assistir todas as pessoas, em todos os recantos do País, sem distinção de qualquer natureza. O programa vem conseguindo, através de suas ações, avançar na prevenção, controle e eliminação de doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2003).

Desde então, a vacinação vem ocupando um lugar de destaque no Ministério da Saúde, principalmente pelo seu potencial em contribuir para o declínio da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010).

Porém, o sucesso da vacinação não pode levar em consideração apenas o cumprimento da cobertura vacinal, e sim as condições ideais de armazenamento, preparo e administração dessas vacinas. Para isso, a organização dos serviços de vacinação, de acordo com as normas estabelecidas pelo PNI, é imprescindível.

O estabelecimento da rotina da sala de vacina deve contemplar, dentre outras instruções, o acolhimento para a promoção do cuidado e estabelecimento de vínculo com os usuários, a fim de garantir o seguimento dos esquemas vacinais. Outro ponto ressaltado nas normativas é a necessidade de supervisão dos serviços e a capacitação da equipe envolvida (TERTULIANO, 2014).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o enfermeiro é o responsável pelas ações de educação permanente da sala de vacina. Esse processo educativo tem como objetivo transformar as práticas de gestão e de atenção, com o aumento da responsabilidade de profissionais e gestores do sistema de saúde. Assim, torna-se necessária a atualização dos profissionais por meio do desenvolvimento de recursos tecnológicos do trabalho, norteados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de construir cotidianos como objetos de aprendizagem (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2004).

No entanto, o processo de supervisão tem sido desenvolvido de forma reducionista, não contemplando as ações de educação permanente dos trabalhadores. Nesse sentido, não tem avançado para concretizar a assistência da equipe de enfermagem e, por consequência, garantir uma assistência de qualidade à população (MARINELLE; CARVALHO; ARAUJO, 2016).

Espera-se que este projeto de intervenção possa contribuir para a socialização do conhecimento e das práticas e, dessa forma, gestores e servidores possam redirecionar o planejamento das ações em busca de serviços de imunização que funcionem para a efetivação da imunização, redução de doenças imunopreveníveis e melhor qualidade assistencial. Acredita-se, ainda, no despertar dos profissionais sobre a execução dessa prática, que requer responsabilidade e conhecimento científico, considerando a dinamicidade que envolve a ciência, quando se trata de salas de vacina e imunobiológicos.

Sendo assim, o presente projeto de intervenção tem como objetivo promover ações de educação permanente sobre imuniza-

ção para os técnicos em enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família - ESF do município de Salgueiro-PE.

Métodos

A intervenção será realizada com as dezoito equipes de saúde da família do município de Salgueiro-PE, no período de janeiro de 2018 a abril de 2018. A cidade tem aproximado 56.629 habitantes (IBGE, 2010), encontra-se localizada na VII regional de saúde. No que se refere à rede Atenção Básica, possui 18 Unidades Básicas de Saúde e 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF modalidade 1.

Primeiramente a proposta será apresentada para os gestores da vigilância em saúde, setor responsável pelo PNI, da Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro-PE, para análise da viabilidade e aprovação.

Com o projeto aprovado, terá início o planejamento da execução, com definição dos locais e horários para realização das atividades de educação permanente. As atividades educativas serão baseadas na perspectiva da Educação Permanente e deverão utilizar metodologias ativas, baseadas na problematização. Sendo assim, as principais lacunas de aprendizagem deverão emergir de problemas vivenciados na prática do trabalho.

Após a aplicação do projeto, as ações de educação permanente deverão acontecer trimestralmente e o monitoramento da sala de vacina deverá ser executado com mais qualidade.

Resultados Esperados

Além da melhoria das práticas dos profissionais da sala de vacina, impactando diretamente em melhores indicadores de cobertura vacinal e manutenção do controle das doenças imunopreveníveis, espera-se que a educação permanente seja incorporada na rotina de trabalho do PNI municipal.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Livro Programa nacional de imunização 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de rede de frio**. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS. **Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014..

MARINELLI, N. P.; CARVALHO K. M.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. **Revista Univap**. São José dos Campos, v. 21, n. 38, dez. 2015. ISSN 2237-1753.

MELO, G. K. M.; OLIVEIRA, J. V.; ANDRADE, M. S. Aspectos relacionados conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. **Epidemiologia. Serv. Saúde**, Brasília, 19(1):25-32, Jan/mar. 2010.

OLIVEIRA, V. C.; RENNÓ, H. M. S.; SANTOS, Y. R. Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem. R. Enferm. **Cent. O. Min**. set/dez; 6(3):2331-2341, 2016.

TERTULIANO, G. C. **Repensando a Prática de Enfermagem na Sala de Vacinação**, In: VIII mostra científica do CESUCA, ISSN – 2317-5915, Cachoeirinha, RS, 2014.

Educação Permanente em Saúde: um projeto de extensão de uma instituição de ensino técnico de enfermagem no município de Lagoa de Itaenga-PE

*Karlla Priscila Monteiro Viana
Mauricéa Maria de Santana*

Introdução

A estruturação da APS no Brasil tem como seu agente propulsor a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que se dissemina no país, deixando o formato inicial de programa governamental, para tornar-se uma política estratégica, passando então à denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma nova forma de atuação e organização dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novos eixos e critérios (BRASIL, 2012).

A ESF está organizada a partir de uma equipe mínima composta por enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde (ACS). Sua implantação fortaleceu a descentralização e interiorização de profissionais de saúde para municípios e territórios (BRASIL, 2006). Essa migração sem dúvida contribuiu para as melhorias na assistência à saúde, mas também evidenciou a necessidade constante de haver equipes

preparadas com profissionais treinados e capacitados, a fim de atenderem as inúmeras demandas (BRASIL, 2011).

O auxiliar de enfermagem, profissional com nível de escolaridade de primeiro grau, encontra na ESF um novo campo de práticas, que diferem das exercidas no âmbito hospitalar, que ainda são predominantemente voltadas para a execução de procedimentos, e aos poucos passa a apropriar-se de um novo território, que envolve famílias, sujeitos e comunidades (XIMENES NETO, 2008).

Nesse contexto a Educação Permanente em Saúde (EPS) representa um instrumento fundamental para a capacitação e qualificação desses profissionais, pois objetiva responder às lacunas de conhecimentos e atitudes, fornecendo elementos para que a equipe possa entender e atender às necessidades de saúde da população de maneira resolutiva (FIÚZA et al., 2012). O Ministério da Saúde está propondo a EPS como política de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. Dessa forma, A EPS se baseia em um processo pedagógico contínuo e intrínseco à rotina de serviços de estudantes em formação, trabalhadores, gestores e instituições (BRASIL, 2006).

Considerando que as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Lagoa de Itaenga funcionam como campo de prática da formação dos técnicos de enfermagem vinculados à instituição de ensino Grau Técnico, unidade do município de Carpina, registra-se que até o momento não existe a formalização de uma política de educação permanente, tampouco o desenvolvimento de projetos para o processo de integração ensino-serviço entre a instituição e o município de Lagoa de Itaenga. Diante do exposto, objetivou-se com o projeto de intervenção desenvolver um projeto de extensão de nível técnico nas USFs do município de Lagoa de Itaenga, na perspectiva de integrar o ensino-serviço no território.

Métodos

O presente trabalho consiste de estudo de intervenção, ou seja, uma proposta construída para ser aplicada em uma situação real visando à transformação da realidade e dos atores envolvidos no contexto (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

A intervenção foi realizada no município de Lagoa do Itaenga, localizado na região da Mata Norte de Pernambuco, tendo uma população estimada em 21.338 pessoas (IBGE, 2017). O município dispõe de 100% de área territorial coberta por equipes da Estratégia de Saúde da Família, composta por 9 USFs, 7 urbanas e 2 rurais.

A intervenção será realizada com os profissionais técnicos de Enfermagem de todas as USFs do município de Lagoa do Itaenga e também com estudantes do curso Técnico em Enfermagem da instituição Grau Técnico, unidade do município de Carpina.

A intervenção foi iniciada com a articulação com a gestão municipal de saúde, gestão da atenção básica do Município de Lagoa do Itaenga e coordenadores da instituição de ensino técnico, com a finalidade de apresentar os detalhes do projeto de intervenção, receber a anuência para realização deste, identificar as necessidades de EPS na atenção primária em saúde e na formação dos estudantes do curso técnico de enfermagem.

Após essa primeira articulação, foram realizadas oficinas de diagnóstico participativo com os técnicos de enfermagem da atenção primária em saúde de Lagoa do Itaenga para identificação das principais fragilidades do processo de trabalho e demandas de EPS.

Posteriormente, foi formalizado o projeto de extensão do curso técnico na instituição de ensino e o processo seletivo para os estudantes extensionistas, composto de duas etapas: média final na disciplina de Saúde Coletiva e uma apresentação oral sobre a proposta de formação com os técnicos de enfermagem.

Após a seleção, os estudantes selecionados pelo projeto ajudaram na organização das oficinas, que foram pensadas de maneira participativa, com exposições dialogadas e metodologias ativas de ensino, sendo norteadas pelas demandas diagnosticadas junto com os técnicos de enfermagem do município.

Resultados Parciais

Na primeira reunião de articulação com a gestão municipal, gestão da atenção primária e coordenadores da instituição de ensino técnico, foram pactuados os objetivos do projeto de extensão da intervenção e a identificação dos atores envolvidos. Nesse momento foram percebidas como principais necessidades da EPS o déficit no processo de trabalho, como gerenciamento de insumos, imperícia na realização de procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, bem como a dificuldade realizar ações de educação em saúde, e as principais demandas na formação dos estudantes do curso técnico argumentadas pelos coordenadores foram a pouca oportunidade de estágios, o acompanhamento da prática e a integração dessa prática com os conteúdos teóricos do curso.

A reunião com todos os técnicos de enfermagem atuantes na APS de Lagoa de Itaenga resultou nas seguintes demandas: dificuldades no gerenciamento e administração de vacinas, dificuldade em realizar práticas de educação em saúde com a população e também necessidade de qualificação voltada para métodos, técnicas e procedimentos comuns ao fazer diário, a exemplo da verificação de sinais vitais, administração de medicamentos e cuidado com feridas, entre outras, corroborando com as necessidades apontadas na reunião com os gestores.

O Projeto de Extensão “GRAU EM AÇÃO: Educação para à Saúde” contou com a participação de colaboradores e de por 14 estudantes do curso técnico de enfermagem, que passaram por um processo seletivo na instituição.

Após a seleção e organização de cinco oficinas participativas, foi realizada a apresentação dos temas e metodologias da oficina para a gestão municipal de saúde. Foram realizadas cinco oficinas com a participação de 10 técnicos de enfermagem, que totalizam todos os profissionais atuantes nas USFs do município. As oficinas foram realizadas na USF Vila Boa Esperança, os encontros eram mensais e no horário de expediente dos técnicos (13h às 16h) e foram encarados pela gestão como uma capacitação. Todos os técnicos e alunos que tiveram pelo menos 75% de presença e aproveitamento receberam certificado de participação no projeto de extensão emitido pela instituição de ensino técnico. Os temas abordados nas oficinas seguiram conforme as necessidades apresentadas pelo grupo (Quadro 1), melhorando o processo de integração ensino serviço, com a contribuição da instituição de ensino técnico enquanto contrapartida na educação permanente dos técnicos de enfermagem.

As oficinas promoveram um verdadeiro diálogo de saberes, entre a facilitação, os técnicos de enfermagem e os estudantes. Nelas houve grandes esclarecimentos teóricos e aplicações sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária em saúde (APS), a humanização em saúde, procedimentos de rotina e sobre Educação em Saúde. Sobre a PNAB a maioria dos técnicos e estudantes desconhecia a existência da política e nem ao menos conseguia identificar suas responsabilidades e apontar suas atribuições específicas. Com a APS, os técnicos puderam expor suas principais dificuldades e os alunos discutiram com eles possíveis soluções, melhorando assim a integração ensino-serviço. Na oficina de Humanização houve discussões sobre situações reais dos técnicos acerca da assistência humanizada e da importância da escuta das necessidades da população. Os alunos puderam ter um contato ainda maior com a realidade vivenciada no dia a dia dos técnicos nas USFs. A oficina dos procedimentos de rotina mostrou a grande necessidade de capacitação e o jogo de perguntas e respostas teve um papel importante tanto para os técnicos, quanto para os alunos.

Quadro 1. Oficinas desenvolvidas durante a intervenção.

Temas	Metodologia
1) PNAB- Política Nacional de Atenção Básica	Acolhimento; Apresentação expositiva dialogada sobre a PNAB e suas diretrizes; Roda de conversa para debater as principais mudanças entre a PNAB 2.488/2011 e a nova PNAB 2.436.
2) Atenção Primária à Saúde (APS)	Acolhimento; Dinâmica da teia da aprendizagem sendo a APS o eixo temático; Confeção de cartazes apresentando os maiores enfrentamentos na APS; Roda de conversa para discussão dos problemas elegidos por cada profissional.
3) Humanização	- Acolhimento; - Apresentação da Política de Humanização do SUS (HumanizaSUS); Simulação de situações nas quais os técnicos teriam que encenar um atendimento humanizado e não humanizado; Dinâmica com balões e frases para reflexão sobre uma assistência humanizada; Roda de conversa para reflexão e encaminhamentos.
4) Atualização dos métodos e técnicas de procedimentos em enfermagem	Acolhimento; Aula expositiva dialogada sobre: Cuidados com sala de vacina, Gerenciamento de insumos e Cuidados com feridas e coberturas; Jogo de perguntas e Respostas como forma de revisão dos conteúdos.
5) Educação Em saúde	Acolhimento; Sugestão de algumas ações educativas como: palestra em escolas, em grupos na própria UBS, criação de um evento com tema específico e ações porta-porta; Reflexão e discussão sobre as possibilidades; O grupo optou por uma Ação porta a porta em numa localidade escolhida pelos próprios técnicos; Simulação da organização e execução da atividade de Educação em Saúde.

Fonte: elaboração dos autores.

Na última oficina, de Educação em Saúde, houve uma grande resistência dos técnicos, que não encararam essa atividade como uma atribuição direta da sua categoria. Percebeu-se que, em geral, a atuação do técnico de enfermagem está relacionada a uma visão tecnicista e mecanizada do cuidar, com um fazer centrado ainda no cuidado instrumental, com um olhar para ainda apenas para a cura da doença.

Considerações Finais

Este trabalho trouxe resultados positivos às equipes de Saúde da Família do município de Lagoa de Itaenga, uma vez que a EPS possibilitou transformações no modo de fazer, nas práticas do serviço. Além disso, o problema a ser enfrentado com a proposta dessa intervenção vem do próprio cotidiano dessa categoria e é sentido por todos os profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família, sendo vista como passível solução na ausência de uma Política de Educação Permanente, necessária para o enfrentamento e melhoramento das práticas de saúde no município.

Observou-se, portanto, um engajamento de todos os envolvidos, tanto os alunos da instituição técnica, que construíram e realizaram as oficinas, que puderam interagir com a situação real do serviço, com os conhecimentos adquiridos em sala de aula, como os profissionais técnicos de enfermagem, que se mostraram bem entusiasmados com o projeto e novamente estimulados pelos novos conhecimentos construídos com o seu trabalho na APS.

No que se refere ao curso de especialização que deu origem a este trabalho, é importante destacar que cumpre suas finalidades, devido à possibilidade de fazê-lo em serviço e em benefício à Atenção Primária a Saúde, visto que tem como produto o compartilhamento de seus ensinamentos com as equipes de saúde da família ao desenvolver um projeto de intervenção fruto do trabalho de toda uma equipe.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Portaria nº 646 de 21 de março de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: ><http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS 2011**: atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS, p. 10-36, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, p. 43-54, 2012.

FIÚZA, T. M.; RIBEIRO, M. T. A. M.; GOMES, K. W. L.; PEQUENO, M. L.; BARRETO, I. C. H. C.; MIRANDA, A. S.; OLIVEIRA, P. R. S.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 139-146, 2012.

OLIVEIRA, C. M. C. S.; OLIVEIRA, M. A. de. **Projeto de intervenção**. Universidade Federal de São Paulo, Pró-Reitoria de Extensão, 2015. 37p.

XIMENES NETO, F. R. G.; COSTA, M. C. F.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 51-64, 2008.

A Educação Permanente em Saúde como estratégia no controle do vetor da doença de Chagas na zona rural do município de Quixaba-PE

Ângela Monick Ramos Barbosa
Luciana Camelo de Albuquerque

Introdução

A doença de chagas (DCh), também chamada de tripanossomíase americana, acometia apenas pequenos mamíferos (tatus, gambás, roedores, etc.), que habitavam as matas e campos das Américas. Esses animais dividiam o mesmo habitat com o “barbeiro” silvestre, principal vetor do protozoário *Trypanosoma cruzi*, causador da doença. Com o aumento da população e novas áreas de colonização, o homem foi invadindo os campos e as matas, provocando desequilíbrios ecológicos, que levaram esses insetos a migrarem para espaços próximos às casas dos lavradores e colonos, infectando o homem e mamíferos domésticos e dissipando, assim a doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Desde a década de 1950, para o controle específico de vetores que colonizam domicílios, o Ministério da Saúde (MS) adota algumas medidas como utilização de inseticidas de ação residual (controle químico) em casos nos quais a investigação entomológica indique haver triatomíneos domiciliados; melhoria habitacional (controle mecânico), aliadas a ações de caráter educativo

desenvolvidas concomitantemente junto às comunidades. Por volta do ano de 1975 foi organizado o Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh), que objetivava, por meio de controle químico, a diminuição e até mesmo a eliminação da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil. Em 2001, foram municipalizadas as ações de controle vetorial dessa doença, pesquisa entomológica (captura de triatomíneos nas unidades domiciliares) e o controle químico nas casas positivas com a presença de barbeiro (GALVÃO, 2014).

No ano de 2011, o estado de Pernambuco lançou um projeto pioneiro no Brasil, o Sanar, Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas, que objetiva combater sete enfermidades que têm em comum o fato de serem causadas por agentes infecciosos ou parasitas, além de serem consideradas endêmicas em populações de baixa renda: as chamadas doenças negligenciadas (tracoma, doença de Chagas, hanseníase, filariose, esquistossomose, helmintíase e tuberculose). O programa atua em municípios prioritários do estado, escolhidos através do percentual de incidência, priorizando a vigilância epidemiológica, o fortalecimento e capacitação das equipes de atenção básica para a identificação e manejo clínico adequados, a ampliação do diagnóstico e a melhora do acesso a tratamentos e medicamentos (PERNAMBUCO, 2013).

Atualmente, repensando novas estratégias e paradigmas voltados para as práticas de saúde que o SUS (Sistema Único de Saúde) oferece aos brasileiros, é de suma importância a inserção de ações de educação permanente aos profissionais, no que diz respeito ao vetor transmissor da doença de Chagas. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o processo de educação permanente pode facilitar o envolvimento de todos os profissionais proporcionando uma troca de saberes, uma reflexão das práticas de serviço, impactando na melhoria dos resultados advindos da transformação no processo de trabalho.

O município de Quixaba, localizado no semiárido brasileiro, no interior de Pernambuco, é considerado uma área de alto risco

da doença pelo Sanar, cujo critério utilizado é o indicador epidemiológico que retrata a presença do vetor por mais de um ano, entre os anos de 2005 a 2010.

Provavelmente os fatores que determinam e condicionam esses dados refletem a forma como essa população ocupa e explora o ambiente em que vive. Atualmente, as moradias de taipas, lugares propícios para reprodução dos triatomíneos, não fazem parte do cenário quixabense, porém criadouros como entulhos, galinheiros, chiqueiros e outros anexos à casa de moradores da zona rural são bastante frequentes, formando colônias domiciliares do vetor.

Diante desse cenário, um dos principais elementos para controlar ou eliminar a doença de Chagas é incorporar educação permanente nos profissionais de saúde que trabalham na detecção, prevenção e controle dessa doença. Nesse sentido, o projeto visa qualificar e intensificar as ações de campo no controle do vetor da doença de Chagas na zona rural do município de Quixaba-PE, através da educação permanente.

Métodos

O presente projeto de intervenção é voltado para ações de educação permanente no controle do vetor transmissor da doença de Chagas. Será realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona rural do município de Quixaba-PE, localizado a 412 km da capital do estado de Pernambuco, no semiárido nordestino. Estima-se que a cidade tenha em média 6.735 habitantes, sendo 2.491 residentes na zona urbana e 4.244 na zona rural (IBGE, 2010). A rede de saúde da atenção básica conta com 03 estratégias de saúde da família (ESF): 01 ESF urbana e 02 ESF rurais. O projeto de intervenção terá como participantes: 12 agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam nas ESF rurais e 4 agentes de controle de endemias (ACE).

O projeto de intervenção será desenvolvido em 12 meses, com perspectiva de tornar-se permanente.

As duas primeiras fases de aplicação do projeto serão para apresentação e divulgação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde e com o apoiador do PCDCh da X GERES. Posteriormente, está prevista a realização de 2 oficinas com os ACS e ACE.

As oficinas estarão ancoradas no pressuposto da aprendizagem significativa, os alunos/trabalhadores serão convidados a valorizar a investigação e reflexão da experiência cotidiana. Sendo assim, durante o processo educativo estarão pressionados pelas problematizações a reinventar-se, diante dos seus coletivos e das suas instituições (LEMOS, 2016).

Resultados Esperados

A intervenção objetiva, através da Educação Permanente em Saúde, deverá qualificar 100% dos ACS e ACE da zona rural município de Quixaba-PE, sobre a doença de Chagas. Após o processo educativo, espera-se que a mudança da prática dos profissionais fortaleça as ações de vigilância em saúde no território. De maneira prática, almeja-se a diminuição dos criadouros dos triatomíneos, a diminuição da incidência da doença e maior diálogo sobre a doença de Chagas com a população.

Referências Bibliográficas

GALVÃO, C. (Org.). Vetores da doença de Chagas no Brasil. In: **Zoologia:** guias e manuais de identificação séries. Curitiba: Sociedade Brasileira de Zoologia, 2014. 289 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_pernambuco.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2017.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. **Doença de Chagas: textos de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde, 1989. 52 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa de enfrentamento às doenças negligenciadas, 2011 - 2014.** Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2014. 96 p. Relatório de Gestão do Sanar.

Governança Interfederativa na Comissão Intergestores Regional da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco: uma proposta de intervenção em educação continuada para os secretários municipais de saúde

*Lúcia Maria de Brito Tiago
Anderson Danilo Dario Lima
Bruno Costa de Macedo*

Introdução

Em 2006 é instituído o Pacto pela Saúde, estruturado, por sua vez, em três campos estratégicos para o Sistema Único de Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto pela Gestão, este último, trazendo dentro de suas diretrizes a reorientação da forma de organização dos sistemas de saúde locais mediante a regionalização (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014).

Nesse contexto, como ferramenta de governança regional, são instituídos os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que pos-

teriormente, diante do decreto 7.508, recebem nomenclatura de Comissão Intergestores Regional (CIR) de forma análoga aos outros espaços de exercício da governança no SUS, a saber: a Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014).

Para Mendes (2010), a CIR surge como uma ferramenta de fortalecimento da governança da região, tendo caráter consultivo e deliberativo, sendo fóruns privilegiados para a negociação, pactuação, planejamento e avaliação da gestão das políticas de saúde no estado entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), através de seus gestores.

Em Pernambuco, no início de 2009, foi deflagrado o movimento de construção da regionalização da saúde. O processo foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do estado, reorganizando as Regiões de Saúde a partir da elaboração de um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), de modo a subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva (PERNAMBUCO, 2011).

A partir desse desenho, foram instituídas Comissões Intergestores Regionais distribuídas nas 12 Regiões de Saúde. Buscou-se, assim, fortalecer a governança nesses espaços priorizando a responsabilização dos entes, de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral a assistência à saúde (PERNAMBUCO, 2006).

De acordo com o estudo de Santos e Giovanella (2014), em uma região de saúde do estado da Bahia, que teve como objeto de análise o processo de governança regional, foram observados um conjunto de avanços como também desafios ao fortalecimento das regiões de saúde como espaços de negociação e pactuação intergestores. Entre os desafios relacionados à atuação do gestor público municipal em saúde, destacam-se: as ausências, desatenção, desinteresse principalmente nas discussões de assuntos de cunho regional.

Soma-se a esse contexto a formação dos secretários em áreas, nem sempre relacionadas à saúde pública, interferindo, dessa forma, na compreensão de temas debatidos nas reuniões do colegiado. Por sua vez, isso leva muitos gestores a omitirem seus posicionamentos e ceder espaço aos secretários com formação na área da saúde pública e/ou com maior experiência. Outro ponto trazido pelos autores é o da baixa autonomia executiva dos secretários, que se caracteriza como uma barreira para a participação e tomada de decisão em um contexto de colegiado, posicionando a regionalização em segundo plano (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Dessa forma, este projeto de intervenção tem como estratégia central, possibilitar aos gestores maiores conhecimentos sobre a dinâmica locorregional em saúde, bem como sobre as ferramentas de negociação e discussão em âmbito regional para fortalecimento da Região de Saúde, partindo da seguinte pergunta norteadora: a intervenção em educação continuada para os gestores públicos municipais pode contribuir para o fortalecimento do processo de negociação locorregional, mediante o exercício da governança exercida através da Comissão Intergestores Regional?

Métodos

A I Região de Saúde abriga toda a Região Metropolitana do Recife (RMR), com um total de 19 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha. Com uma população de 4.116.153 habitantes, os municípios que fazem parte dessa Região são: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão. Essa GERES representa o maior polo médico hospitalar, onde 60% dos equipamentos de saúde se encontram (PERNAMBUCO,,2016).

A primeira Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído pelo agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (SES-PE), e está subdividida em três microrregiões e compõe a I Macrorregião de Saúde. Possui 4.171.255 habitantes em uma área de 3.729 quilômetros quadrados, o que lhe confere uma densidade demográfica de 1.119 hab/km². Apresenta um IDH que varia entre 0,592 (Araçoiaba) e 0,772 (Recife).

As ações de educação continuada para os secretários municipais de saúde das Regiões de Saúde já vêm ocorrendo, todavia, não são uma atividade sistematizada. Logo, o que se discute nesses processos formativos depende em grande parte das compreensões dos envolvidos sobre o processo de negociação localregional em saúde. Assim, este projeto se movimenta no sentido de fortalecer e qualificar o processo de educação continuada para os secretários municipais de saúde, partindo da vontade política dos profissionais envolvidos com a condução do projeto.

Figura1– Divisão político-administrativa do estado de Pernambuco por Macrorregiões de Saúde e Regiões de Saúde.



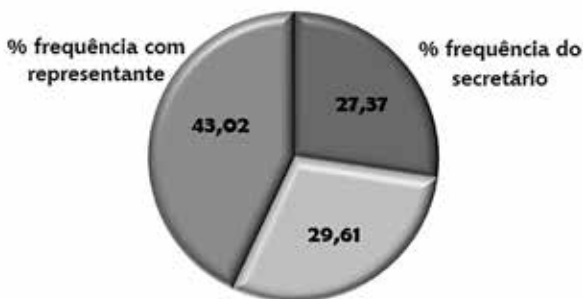
Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, 2012.

A intervenção será incluída como uma atividade do cronograma habitual do setor de Diretoria Geral de Planejamento (DGP) a ser implementada em duas situações: logo após o processo eleitoral para a mudança de gestores municipais de saúde, o que geralmente demanda mudança de toda a estrutura administrativa e organizacional da administração pública municipal, e por solicitação extraordinária dos profissionais das Regiões de Saúde, ou da própria estrutura administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Como faremos

A intervenção tem como disparador a primeira oficina a ser realizada na I Região de Saúde, dessa forma, caracterizando-se como uma etapa “piloto” para posterior avaliação e implementação da proposta nas demais regiões de saúde de Pernambuco. Tal escolha, dentre outros fatores, deriva da baixa taxa de participação nas plenárias CIR do ano de 2016 na I Região de Saúde (Gráfico 1). Apesar de ser uma região de fácil locomoção entre os municípios membros, os secretários municipais de saúde participaram de apenas 27% das reuniões, ao passo que em 30% enviaram seus e em 43% das reuniões tiveram ausência total desses gestores ou de representação oficial (Gráfico 01). Frente a essa realidade, o presente projeto de intervenção tem caráter qualitativo e como principal característica provocar uma modificação intencional em um grupo ou uma população, com controle do pesquisador (BLOCH; COUTINHO, 2009).

Gráfico 01 – Descrição da frequência dos secretários municipais de saúde da Comissão Intergestores Regional da I Região de Saúde, 2016.



Fonte: elaboração dos autores com base nas atas e pautas das reuniões da Comissão Intergestores Regional da I Região de Saúde do ano de 2016;.

Ao final da primeira etapa, com proposta de data para o mês de março de 2018, pretende-se acumular um conjunto de experiências e contribuições dos membros participantes, principalmente pensando na construção do Manual do Gestor Público Municipal. No período compreendido entre final de março e início de setembro, a autora e os colaboradores da DGP/SES-PE estarão envolvidos mais proximamente da construção do Manual do Gestor Municipal, tendo como base as contribuições realizadas durante a oficina e o levantamento da literatura que tem tratado da temática de negociação em saúde, no contexto de regiões de saúde (Quadro 01).

A terceira e última etapa do projeto terá início no segundo semestre de 2018, com data de finalização no segundo semestre de 2019, levando em consideração o elevado quantitativo de regiões de saúde presentes no estado de Pernambuco. Ao final de todo o processo de execução, a autora junto aos colaboradores da DGP/SES-PE irão organizar um relatório sobre todo o processo de execução da intervenção, com vistas ao amadurecimento da proposta para que a mesma seja incorporada à rotina de trabalho da DGP/SES-PE (Quadro 01).

Monitoramento e Avaliação do Projeto de Intervenção

O processo de monitoramento do Projeto de Intervenção vai ter como norteador o cronograma de execução do projeto e suas respectivas etapas de execução, com ênfase às etapas e suas respectivas datas previstas de realização. Nos momentos dos encontros presenciais visando articular os atores ou na própria realização da oficina, será reservado um momento de discussão sobre a dinâmica e conteúdos abordados e, se for possível, aproximar-se-á da proposta macro do trabalho, que é o fortalecimento da condução da política de saúde na região de saúde.

Esse processo se torna necessário quando se tem em mente que a primeira oficina irá possibilitar o amadurecimento da propos-

ta para execução nas demais regiões de saúde de Pernambuco, sendo essencial essa etapa de análise da dinâmica de condução do Projeto de Intervenção.

Quadro 01 – Ações para implantar ações de educação continuada para os secretários municipais de saúde com ênfase ao fortalecimento da governança pública local/regional

Ações	Descrição das Ações	Metas
Realizar oficina com os secretários municipais de saúde da I Região de Saúde para subsidiar a construção de Manual de Exercício da Governança Pública para o Gestor Público Municipal	1. Construir programação	Realizar 1ª oficina piloto na I Região de Saúde no primeiro semestre de 2018
	2. Convidar palestrante	
	3. Definir a formatação do Manual (documento piloto)	
	4. Articular espaço físico/ equipamentos audiovisual/ material	
Ações (continua)	Descrição das Ações	Metas
Construir Manual de Exercício da Governança Pública para o Gestor Público Municipal no Contexto da Região de Saúde, com ênfase nos marcos legais e teóricos das pactuações e deliberações	1. Analisar as contribuições, produto da oficina piloto, realizada na I Região de Saúde	Construir Manual de Orientação aos gestores municipais de saúde até o final do primeiro semestre de 2018
	2. Fazer levantamento dos principais instrumentos legais de orientação a negociação pública baseado na literatura	
Ações	Descrição das Ações	Metas
	3. Organizar conteúdo do manual considerando produto da oficina e a revisão de literatura	
	4. Realizar a revisão ortográfica e diagramação do manual	
Realizar oficinas para os secretários municipais de saúde partindo do Manual de Exercício da Governança Pública para o Gestor Público Municipal	1. Construir programação	Realizar 11 Oficinas (II à XII Região de Saúde) até o segundo semestre de 2019
	2. Convidar palestrante	
	3. Articular espaço físico/ equipamentos audiovisual/ material	

Fonte: elaboração dos autores.

Resultados Esperados

Após a realização da oficina piloto na I Região de Saúde no primeiro semestre de 2018, espera-se estruturar o Manual de

Orientação aos gestores municipais de saúde até o final do primeiro semestre de 2018 e, após o processo de avaliação da execução dessas etapas e amadurecimento da proposta, iniciar as articulações para a realização das outras 11 oficinas nas regiões de saúde do estado de Pernambuco até o segundo semestre de 2019.

No âmbito dos gestores públicos municipais e do processo de governança regional, essa intervenção vem problematizando a participação desse ator no colegiado da CIR a fim de fortalecê-los técnica, administrativa e politicamente, buscando aumentar a adesão às reuniões e ampliar as estratégias e ferramentas de pactuação e negociação partindo da realidade dos atores na colocação de suas dificuldades, problemas e soluções para o SUS de sua região de saúde.

Além disso, este estudo poderá contribuir nas atividades da Diretoria Geral de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, das regionais de saúde, bem como de outros setores da área de saúde, considerando que o mesmo é factível e elenca as etapas necessárias para sua execução.

Referências Bibliográficas

AGUILLAR, L. F. **Gobernanza: normalización conceptual y nuevascuestiones**. [2009]. Barcelona: ESADE; Cátedra Liderazgo y Gobernanza Democrática, 2009. Disponível em: <http://itemsweb.esade.es/wi/research/catedra_liderazgos/Catedra_Lideratge/Publicacions/catedra17_baja.pdf>. Acesso em: 22 out 2017.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. (Org.) **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, p. 107-113, 2003.

CUNHA, R. E. **Federalismo e Relação Intergovernamental**: O caso do Comitê de Articulação Federativa. Trabalho elaborado como requisito do Curso de Aperfeiçoamento – EPPGG, ENAP, 2004, mimeo.

GONÇALVES, A. **O Conceito de governança**. [2012]. Disponível em: <<http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKI, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Londres, Série Saúde no Brasil, p.11-31, maio 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Cadernos de Informação em Saúde**, 2016 Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2016/mapa_geres.html>. Acesso em: 23 out. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011. 20 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**, 2006.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014.

VIANA, A. L. A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jun. 2015.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. 215 p.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-26, 2010.

Implantação de um *check-list* para qualificar a visita domiciliar do agente de combate a endemias no monitoramento e controle do *Aedes aegypti* no município de São Bento do Una-PE

Pamella Nicolly Melo Valença

Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

Sebastião André Barbosa Junior

Introdução

O mosquito *Aedes aegypti* é o principal vetor das arboviroses, doenças virais que podem ser transmitidas ao ser humano através de vetores artrópodes, como a febre amarela, dengue, chikungunya e zika. O mosquito teve sua origem na África e posteriormente se estendeu a 23 países do continente americano, em regiões tropicais e subtropicais. Por apresentar grande potencial de adaptação, tornou-se um mosquito urbano e se encontra espalhado por todo o mundo (WOMACK, 1993; REY, 2008; KANTOR, 2016).

Possivelmente os primeiros registros do *A. aegypti* no Brasil tenham acontecido entre os séculos XVI e XIX, no período colonial (CONSOLI; OLIVEIRA, 1994; FORATTINI, 2002). Mas foi

a partir do século XX que se iniciou um melhor entendimento da relação do mosquito com as arboviroses, mais propriamente com a febre amarela, a qual causou grandes prejuízos econômicos devidos às epidemias que acometiam as populações das cidades portuárias, prejudicando dessa forma as relações comerciais do Brasil com outros países. A principal medida preventiva adotada nessa época foi o controle vetorial, sem discussões e propostas voltadas ao saneamento básico, organização da urbanização etc. (COSTA et al. 2011).

O grande número de casos de febre amarela na década de 50, em nosso país, levou à criação do Programa de Erradicação para Prevenção da Febre Amarela Urbana, coordenado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Tal estratégia foi eficaz na eliminação do vetor do Brasil, mas não abordava outras questões de relevância para o controle ambiental, como o saneamento básico, educação em saúde, programas de incentivo a organização das comunidades e melhorias das moradias, dentre outras condições de vulnerabilidade. Sem estratégias intersetoriais para o controle do mosquito e mudanças estruturais nas comunidades, na década de 70 do mesmo século, o *A. aegypti* reapareceu e foi eliminado novamente. Pouco tempo, depois no fim da década de 70, início de 80, o vetor foi reintroduzido novamente, para até os dias atuais ser responsável pelos quadros de endemias e epidemias das arboviroses em nosso país (PINHEIRO; NELSON, 1997; TEIXEIRA et. al., 1999; BRAGA; VALLE, 2007; DICK et. al., 2012; DINIZ, 2016).

Após essa reintrodução do *A. aegypti*, apesar dos inúmeros esforços para o combate de um vetor de difícil controle e que vem se adaptando cada vez mais a diversos ambientes, pode-se dizer que atualmente no Brasil está presente nos 26 estados e no Distrito Federal. Entre as arboviroses que têm mais circulação estão o dengue, o chikungynia e o zika vírus (BRASIL, 2015; BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as arboviroses são um problema global de saúde pública, por sua alta dissemina-

ção territorial, e por isso necessitam cada vez mais de ações de controle e prevenção mais complexas, principalmente quanto ao mosquito vetor, o *Aedes aegypti* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Levando em consideração características epidemiológicas estima-se que 50 milhões de infecções por dengue ocorram por ano e que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas morrem em países onde existam endemias desse agravo. Em território nacional a transmissão vem acontecendo de forma contínua desde 1986. Pode-se dizer que o maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados (BRASIL, 2017). Com isso, cada vez mais esse agravo tem despertado o interesse dos pesquisadores (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

Dentre os métodos diretos de controle do *A. aegypti* estão os métodos: mecânico, químico e biológico. Alguns deles podem ser executados no domicílio pelo morador e outros são de responsabilidade dos Agentes de Combate a Endemias (ACEs).

Pode-se dizer que a principal forma de combate ao vetor se dá através do controle mecânico, que consiste na adoção de práticas capazes de impedir a reprodução do vetor, e sua principal função é o extermínio ou destinação adequada de criadouros. Essas ações de controle devem ser realizadas sob uma perspectiva de diálogo entre os ACEs e a população.

Uma estratégia relevante nesse diálogo é a visita domiciliar, na qual, além de auxiliar na busca dos criadouros do mosquito na moradia das pessoas, também se desenvolve no processo de Educação em Saúde, dando a oportunidade aos ACEs de orientar os moradores sobre o ciclo biológico do *A. aegypti*, eliminação dos criadouros e as medidas preventivas que devem ser realizadas para cada situação encontrada (BRASIL, 2009).

Entretanto, torna-se difícil implantar tais ações com os ACEs, sem que estes entendam o seu importante papel como elo entre

o serviço de saúde e a população, sendo os ACEs, fundamentais no controle do vetor e, por isso, há necessidade de se desenvolverem processos de educativos e de gestão do trabalho com esses profissionais (BRASIL, 2009). Principalmente em situações de epidemias, esses trabalhadores são bastante exigidos, então as ações educativas dos ACEs sobre os fatores biológicos, físicos e sociais são de extrema importância para as orientações individuais e também mobilização da comunidade (FONSECA, 2016).

Atuando como Coordenadora de Vigilância em Saúde do município de São Bento do Una-PE por volta de 3 anos e entendendo que as arboviroses são consideradas assunto de grande urgência na saúde pública nacional e internacional, é possível perceber ainda mais a realidade do município acima citado, pelo número relevante de notificações realizadas por essa tríade de agravos dengue/chikungunya/zika, pelos casos de microcefalia e pelo estado atual de risco que nos encontramos devido aos altos índices de infestação predial no município, conforme apresentado na Tabela 1, sabendo que os parâmetros oficiais para o Índice de Infestação Predial são: < 1 = satisfatório; 1 – 3,9 = Alerta e > 3,9 Risco (BRASIL, 2009).

Tabela 1. Índice de Infestação Predial por ciclo entre os anos de 2015 a 2017 no município de São Bento do Una – PE.

Ciclos 60 dias	2015	2016	2017
1º	4,0	11,6	11,1
2º	9,3	9,1	11,5
3º	15,3	10,5	12,5
4º	8,1	7,4	10,7
5º	8,9	5,7	9,3
6º	8,9	6,0	5,6

Fonte: elaborado pelos autores.

Nesse contexto, o presente estudo tem como problema a gestão do processo de trabalho dos ACEs e a baixa eficiência no

combate ao *A. aegypti* no município de São Bento do Una-PE. O objetivo do projeto é implantar um *check-list* para a visita domiciliar do Agente de Combate a Endemias como ferramenta de monitoramento e controle do *Aedes aegypti* no município de São Bento do Una-PE.

Métodos

Este projeto de intervenção segue um padrão de roteiro semelhante ao de um projeto de pesquisa, mas com a pretensão de identificar, refletir e agir em um determinado contexto com intuito de provocar a transformação de uma determinada realidade (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

A intervenção está sendo desenvolvida na vigilância ambiental do município de São Bento do Una, Pernambuco. O município está situado a 206 km de Recife, capital de Pernambuco, conta com uma área de 712,9 km², com uma população estimada, em 2016, de 58.251 habitantes. Seu acesso é feito pela BR-232, BR-423 e PE-180, limitando-se ao norte e nordeste com o município de Belo Jardim, ao sul com as cidades de Lajedo, Jupi e Jucati, ao leste com o município de Cachoeirinha e ao oeste e noroeste com as cidades de Capoeiras, Sanharó e Pesqueira. O clima da cidade é do tipo tropical chuvoso, com verão seco (Prefeitura de São Bento do Una-PE, 2015; IBGE, 2016).

Em São Bento do Una existem os seguintes equipamentos em saúde: um Hospital Municipal com serviço de urgência e emergência, com disponibilidade de 22 leitos de internamento, nove Unidades Básicas de Saúde, sendo quatro na zona urbana e cinco na zona rural, um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) composto por duas enfermeiras, dois médicos, uma técnica de enfermagem cada, um serviço de atendimento domiciliar (SAD) composto por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o qual conta com os serviços de psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico, um Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU), uma Central de Marcação onde se realizam as marcações para aquelas demandas não disponíveis no município, um Centro Odontológico, um Centro de Referência Especializada da Assistência social (CREAS), um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), uma Academia das Cidades e uma Policlínica Municipal.

A Vigilância em Saúde do Município de São Bento do Una está situada na sede da Secretaria Municipal do município, faz parte das Vigilâncias dos 32 municípios que o IV GERES representa e é composta por três vigilâncias: a epidemiológica, a sanitária e a ambiental. Funciona de segunda-feira a sexta-feira, no horário das 07h00 às 13h00, atendendo demanda espontânea por parte da população. Dentre os seus diversos serviços, estão ativos os programas: Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD, Programa de Chagas, Programa de Controle da Esquistossomose - PCE, Programa de Leishmaniose, Programas de Tratamento de Tuberculose e Hanseníase, SINAN, SINASC, SIM, entre outros.

As ações realizadas pela Vigilância Ambiental são executadas pelos Agentes de Combate a Endemias, Coordenação de Vigilância em Saúde e Digitadora dos Sistemas. Está associada aos programas ativos, cujas principais atividades são: visita domiciliar, realização do LIRAA, ações educativas nas escolas/ associações/ CRAS e CREAS, inspeção de prédios públicos, tratamento químico e mecânico, pesquisa no domicílio, borrifação e bloqueios em áreas positivas, disponibilização de exames e sorologias e supervisões direta e indireta com os ACEs.

O município possui 17 Agentes de Combate a Endemias, porém não são todos que desempenham essa função. A divisão dos agentes acontece de acordo com a demanda dos programas, sendo dez atuantes no PNCD (Programa Nacional de Controle da Dengue), dois Coordenadores sendo um de campo e um do PNCD, um ACE que foi cedido ao canil, um ACE para digitar os programas, três que se dividem entre PNCD e Programa de Leishmaniose e dois que se dividem entre PNCD e Programa de

Chagas. Esse quantitativo de pessoal se torna insuficiente para as demandas do município, bem como às demandas do PNCD.

Participarão do projeto de intervenção 15 Agentes de Combate a Endemias atuantes na Vigilância Ambiental do município de São Bento do Una-PE, sendo 13 ACEs de campo e dois ACEs coordenadores do programa.

Etapas da intervenção

I) Construção do *Check-list*

A construção do *check-list* aconteceu através de dois momentos, com a participação de representantes institucionais do setor saúde atuantes no controle do vetor e representantes do controle social, ambos do município. A formulação do mesmo foi através de consenso de opiniões desse grupo de profissionais, compreendendo que este se tornou o critério de maior confiabilidade, tendo em vista que esses são os profissionais que atuam neste contexto da assistência, podendo assim apontar questões particulares observadas no cotidiano do serviço. Além disso, este será o instrumento usado pelos mesmos como uma de suas ferramentas de atuação.

a) PRIMEIRO MOMENTO - realização de uma apresentação expositiva dialogada sobre a proposta de intervenção aos ACEs, na qual se pretendeu mostrar o projeto e pactuar a realização do mesmo com tais profissionais;

b) SEGUNDO MOMENTO - construção do *check-list* aconteceu através da realização de uma oficina com a participação dos Coordenadores: Geral e de Campo do PNCD, os ACEs, Coordenação da Vigilância em Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde. Esse encontro foi organizado de maneira participativa, contando com momentos de apresentação expositiva, discussões, trabalhos em grupos e construção coletiva.

II) Validação do *Check-list*

A validação do *check-list* teste será através de uma oficina, na qual se pretende contar com a participação dos Coordenadores: Geral e de Campo do PNCD, os ACEs, Coordenação da Vigilância em Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde. Essa nova oficina acontecerá após um ciclo da realização do LIRAA, que é de 60 dias. Dentre os principais pontos observados estarão: índices do LIRAA, avaliação geral do novo instrumento na visita domiciliar, aceitação desse novo instrumento pelos ACEs e a população, além da avaliação de cada item do *check-list* teste, observando-se a necessidade de alguma adaptação, retirada ou a criação de um novo tópico.

III) Implantação do *Check-list*

Após o processo de validação e organização do *Check-list*, este instrumento será introduzido na rotina das visitas domiciliares dos ACEs. Para isso a Coordenação da Vigilância em Saúde realizará uma reunião com a gestão municipal de saúde e principais coordenações para apresentar as atividades desenvolvidas na construção e o *check-list*, explicando cada tópico abordado. O instrumento também será apresentado ao Conselho Municipal de Saúde, explicando-se também as suas etapas de construção e validação, e como está sendo realizada a implantação dele no serviço. Após essas etapas o *check-list* passará a ser utilizado no processo de trabalho dos ACEs durante as visitas domiciliares.

IV) Monitoramento e avaliação da intervenção

O monitoramento será realizado através da supervisão direta e indireta com os ACEs, quando será avaliada a eficácia do *check-list* implantado e seu funcionamento na prática nas visitas domiciliares bem como o desempenho dos agentes no dia a dia com a comunidade.

A avaliação será realizada a cada ciclo do LIRAA, 60 dias, em formato de reuniões, com a participação do Coordenador do

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), Coordenadores de Campo, ACEs e Coordenação de Vigilância em Saúde, a fim de avaliar o resultado do LIRAA e seus índices para assim traçar novas estratégias de ações de acordo com os resultados gerados por esse instrumento, norteando-nos de forma correta.

Este trabalho apresenta-se como um Projeto de Intervenção no serviço de saúde. Respeitando os trâmites legais para seu desenvolvimento, foi solicitada uma carta de anuência junto à Secretária de Saúde do município de São Bento do Una-PE autorizando a realização da intervenção.

Antes da realização das atividades aos participantes foram instruídos sobre a realização do projeto, sendo alertados sobre os riscos e benefícios de sua participação nas atividades.

Resultados

Algumas etapas deste projeto de intervenção já foram realizadas, trazendo alguns resultados parciais. No mês de setembro de 2017 iniciou-se a articulação com os ACEs para a construção do *check-list*, sendo realizado o primeiro momento, a roda de conversa, na qual estavam presentes 13 dos 15 ACEs. Foi um momento no qual todos os agentes puderam participar de forma ativa, falando o que pensavam da proposta. Após a explanação e diálogo, todos os envolvidos concordaram que a implantação de um *check-list* qualificaria a visita domiciliar e traria melhor desempenho no trabalho de campo.

No mês de novembro do mesmo ano, aconteceu a segunda etapa da construção do *check-list* teste através da realização de uma oficina com a participação dos Coordenadores do PNCD, os ACEs, Coordenação da Vigilância em Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde. O objetivo desse encontro foi realizar uma análise situacional do município sobre o monitoramento e controle do *A. aegypti* para fornecer informações para a construção do *check-list* teste tomando como base a Figura 1.

Todos argumentaram sobre os seus respectivos processos de trabalho, abordando as principais ações realizadas na visita domiciliar, como as formas de criadouros encontradas nas moradias e as atividades de prevenção e controle do vetor desenvolvidas durante as visitas. Também se realizou uma avaliação das falhas no processo de trabalho de toda a equipe responsável pelo combate ao vetor. Tais informações foram sintetizadas e subsidiaram a construção do *check-list* teste (Figura 2).

Figura 1. *Check-list* disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

DENGUE E CHIKUNGUNYA
O perigo aumentou. E a responsabilidade de todos também.

7 de fevereiro
DIA D
CONBATE À DENGUE E CHIKUNGUNYA

E você, já fez sua parte?

<input type="checkbox"/> Caixas d'água vedadas	
<input type="checkbox"/> Calhas totalmente limpas	
<input type="checkbox"/> Galões, tonéis, poços e tambores bem vedados	
<input type="checkbox"/> Pneus sem água e em lugares cobertos	
<input type="checkbox"/> Garrafas vazias e baldes com a boca para baixo	
<input type="checkbox"/> Ralos limpos e com tela	
<input type="checkbox"/> Bandejas de geladeira sem água	
<input type="checkbox"/> Pratos de vaso de planta com areia até a borda	
<input type="checkbox"/> Bromélias e outras plantas sem acúmulo de água	
<input type="checkbox"/> Vasos sanitários sem uso fechados	
<input type="checkbox"/> Lonas de cobertura esticadas para não formar poças	
<input type="checkbox"/> Piscinas e fontes sempre tratadas	

blog.saude.gov.br

Fonte: <http://www.blog.saude.gov.br>.

Figura 2. Check-list teste construído com os ACE e demais profissionais.



SÃO BENTO DO UNA
Município de Saúde
Secretaria de Saúde

Vistoria Domiciliar para Prevenção das Doenças Causadas pelo Aedes aegypti

ACE: _____

Localidade: _____

Observação: _____

CHECK-LIST TESTE



*Caso encontre um dos itens incorretos, orientar o morador sobre as medidas que devem ser adotadas.

QUARTEIRÃO	
Nº DE RESIDÊNCIA	
Caixas d'água vedadas 	
Calhas totalmente limpas 	
Galões, tonéis, poços e tambores bem vedados 	
Pneus sem água e em lugares cobertos 	
Garrafas vazias e baldes com a boca para baixo 	
Ralos limpos e com tela 	
Bandejas de geladeira sem água 	
Pratos de vaso de planta com areia até a borda 	
Bromélias e outras plantas sem acúmulo de água 	
Vasos sanitários sem uso fechados 	
Lonas de cobertura esticadas para não formar poças 	
Piscinas e fontes sempre tratadas 	

Agora são necessárias as ações para realizar a validação e alcançar a última etapa da intervenção, que é a inclusão do novo instrumento, o *check-list*, na visita domiciliar dos ACEs.

Considerações Finais

A participação efetiva dos ACEs, assumindo a responsabilidade de suas práticas e mudando ações, é fundamental para eliminar o vetor *Aedes aegypti* e minimizar seus danos. É evidente que o plano de intervenção aqui descrito poderá contribuir para a diminuição das notificações das arboviroses mais acometidas no município, dengue e chikungunya, além de promover prevenção do zika vírus, pois acreditamos que com a implantação deste *check-list* poderemos qualificar a visita domiciliar desses profissionais, incentivando o trabalho de campo, principalmente nos domicílios com completitude.

Desse modo, os resultados deste Projeto de Intervenção são o produto de uma ferramenta para prática assistencial dos ACEs, que promoverá além de avaliação dos riscos de possíveis criadouros, uma reflexão acerca da temática para esses agentes. Este instrumento *check-list* consiste em uma estratégia para prevenção e promoção de saúde para a comunidade, contribuindo na diminuição da prevalência dos agravos causados pelo vetor *Aedes aegypti*, reduzindo sobremaneira a incidência e os danos por ele causados à população de São Bento do Una.

Referências Bibliográficas

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 53-72, 2008.

BRAGA, I.; VALLE, D. *Aedes aegypti*: vigilância, monitoramento da resistência e alternativas de controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 295-302, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/dengue>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 45. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 36, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Dados e indicadores selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

CONSOLI, R. A. G. B.; OLIVEIRA, R. L. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 228 p.

COSTA, Z. G. A.; ROMANO, A. P. M.; ELKHOURY, E. N. M.; FLANNERY, B. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 11-26, 2011.

DICK, O. B.; SAN MARTÍN, J. L.; MONTOYA, R. H.; DEL DIEGO, J.; ZAMBRANO, B.; DAYAN, G. H. The history of dengue outbreaks in the Americas. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 87, n. 4, p. 584-593, 2012.

DINIZ, D. **Zika:** do Sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 192 p.

FONSECA, A. F. **Sobre o trabalho e a formação de agentes de saúde em tempos de zika.** Trabalho, Educação e Saúde, Editorial, v.14, n.2, p.327-335, 2016.

FORATTINI, O. P. **Culicidologia médica:** identificação, biologia e epidemiologia. São Paulo: EDUSP, 2002. 864 p.

KANTOR, I. N. Dengue, Zika e Chikungunya. **Medicina**, v. 6, n. 2, p.1-5, 2016.

OLIVEIRA C. M. C. S.; OLIVEIRA M. A. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas:** Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção. UNIFESP: São Paulo, UNA-SUS, 2015. 19 p.

PIALOUX, G.; GAÜZÈRE, B. A.; JAURÉGUIBERRY, S.; STROBEL, M. Chikungunya, an epidemicarbovirolosis. **Lancet Infect Dis**, v. 7, p. 319-327, 2007.

PINHEIRO, F.; NELSON, M. Re-Emergence of Dengue and Emergence of Dengue Haemorrhagic Fever in the Americas. **Dengue bulletin**, v. 21, p.16-24, 1997.

REY, G. **Bases da Parasitologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008. 912p.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 8, p. 5-33, 1999.

WOMACK, M. The yellow fever mosquito, *Aedes aegypti*. **Wing Beats**, v. 5, n. 4, p. 4, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dengue: **Guidelines for treatment, prevention and control**. Geneva: World Health Organization. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. New Edition, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>>.

Reestruturação da educação permanente na enfermagem hospitalar: provocando a transformação de práticas junto aos técnicos e auxiliares de enfermagem em um Hospital Municipal em Petrolândia-PE

*Maria Luiza de Alcântara Santos Leme
Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade*

Introdução

O desenvolvimento do tema “educação permanente em saúde” decorreu da minha atuação enquanto enfermeira e atualmente como responsável técnica de enfermagem do Hospital Municipal Dr. Francisco Simões de Lima (HMFSL) em Petrolândia-PE, onde observei o quanto estratégias de educação podem contribuir para a transformação e qualificação da prática dos profissionais de enfermagem desse local. No curso da especialização, aprofundei os meus conhecimentos sobre o tema e, dessa forma, optei por aplicá-los à minha realidade por meio deste projeto de intervenção.

Observa-se que, no contexto HMFSL, cenário deste projeto, no que se refere especificamente à educação permanente dos trabalhadores de enfermagem, esta tem sido realizada apenas como cursos pontuais na forma de capacitações e é construídas sem a participação desses profissionais. Pouco se aproxima da realidade do trabalho, tem pouca implicação para os profissionais refletirem sobre suas práticas e, portanto, limita a identificação de estratégias para sua transformação.

Morin (2002) afirma que a educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade. Portanto, esta precisa formar seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social.

Nessa perspectiva, no campo da saúde, a educação permanente é uma concepção educacional embasada na transformação da prática a partir do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Para isso, tem como fundamento das práticas pedagógicas o conceito da aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, partindo dos problemas enfrentados na realidade e considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (ANDRADE, MEIRELLES, LANZONI, 2011; BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços e ressalta as demandas por mudanças e melhoria

institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios (BRASIL, 2007). Reafirma-se que a EPS deve se estruturar a partir de elementos concretos da realidade vivenciada e por meio da troca de experiências cotidianas dos atores envolvidos. Destina-se a estimular a construção de novos saberes e práticas, ou seja, não se trata de criar cursos no qual um professor ou um coordenador detém conhecimentos e deposita-os nos participantes. Versa, isso sim, da promoção de um processo pedagógico realizado na interlocução e interação do assunto com a realidade, ou da teoria com a prática, constantemente renovado.

A reprodução de modos de ser do profissional enfermeiro no que se refere ao componente educativo revela os atravessamentos sociais e culturais que constituem os sujeitos, com base em suas experiências anteriores. Nesse sentido, as oportunidades vivenciadas pelos sujeitos e as suas concepções de vida vão incidir na replicação de fazeres no seu campo de atuação. A educação permanente em saúde, como política de formação na qual se associam trabalho e cidadania, interroga esses fazeres construídos socialmente e estimula a aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais, estimulando novos contornos à formação em saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

Considerando que a proposta da educação permanente em saúde tem sido utilizada no aperfeiçoamento de mecanismos participativos, respeitando o conhecimento dos profissionais e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho, a indagação principal da intervenção proposta é: como as ações de educação permanente podem orientar as novas práticas de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem do referido hospital?

Atualmente, o HMFSL possui 46 Técnicos de Enfermagem, 22 Auxiliares de enfermagem e 09 Enfermeiros. Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde (2017), estes atuam em diversas áreas, tais como: Pronto-Socorro, Pré-Parto, Centro Cirúrgico, entre outras. E a solicitação dos técnicos e

auxiliares de Enfermagem do Hospital Municipal Dr. Francisco Simões de Lima para realizar capacitações é sempre pauta durante as reuniões de equipe, pois justificam que faz tempo que fizeram o curso de enfermagem, que precisam se atualizar, que os cursos oferecidos atualmente não atendem as necessidades profissionais, que a unidade possui novos equipamentos e que querem atender bem a população.

Entretanto, para transformar o trabalho, é fundamental que, além da atualização técnica, o profissional reflita sobre a prática e, mediado pela relação com a teoria-prática, identifique e construa novas maneiras do fazer no processo de trabalho. Nesse aspecto, a educação permanente em saúde apresenta-se como uma concepção que dialoga com tal perspectiva.

Nesse entendimento, as capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Então, durante a proposta da educação permanente, teremos momentos em que os profissionais requisitarão atualização técnica e instrumental, mas até nesses momentos serão constituídos espaços para que os profissionais reflitam sobre a prática de trabalho e o compromisso sobre as suas responsabilidades no ambiente do trabalho (BRASIL, 2004).

Com a implementação de ações de educação permanente, atenderemos a uma solicitação da equipe de enfermagem, assegurando uma assistência por profissionais qualificados e conscientes das reais necessidades da população, transformando os processos de trabalho e seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Métodos

O presente projeto de intervenção consiste na construção de uma proposta pedagógica sob a perspectiva da educação permanente em saúde para os profissionais técnicos e auxiliares

de enfermagem, possibilitando a aproximação da formação à reflexão e transformação da prática desses profissionais.

A intervenção ocorrerá, entre novembro de 2017 e janeiro de 2019, no Hospital Municipal Dr. Francisco Simões de Lima, localizado na cidade de Petrolândia, sertão de Itaparica-PE. Esse hospital é o único equipamento de média complexidade da cidade. Tem 22 auxiliares e 46 técnicos de enfermagem, totalizando 68 profissionais que atuam em diferentes turnos e em seis setores.

Para tanto, foram identificadas as formações já realizadas para os profissionais em questão e a avaliação desses momentos, através de relatos dos próprios profissionais durante suas atividades e das atas de reunião / formação. Constatou-se que as formações realizadas não tinham participação dos profissionais para escolha dos temas.

Plano de Ação em 5 Passos

1: Pactuar com a direção hospitalar as formações para os auxiliares e técnicos de enfermagem considerando a dimensão pedagógica da educação permanente em saúde.

Ação: Realizar reunião com a direção administrativa do hospital.

Meta: uma reunião.

Prazo: outubro a novembro de 2017.

2: Discutir com esses profissionais a concepção da educação permanente em saúde e a sua relação com a sua prática e problematizar a realidade das práticas destes profissionais.

Ação: Realizar uma reunião por setor para discussão sobre o conceito de Educação Permanente durante as reuniões de equipe.

Meta: 06 (seis) reuniões, contemplando a temática “Educação Permanente em Saúde e o contexto do trabalho do

técnico e do auxiliar de enfermagem no Hospital”.

Prazo: Março a julho de 2018.

3: Listar as necessidades de formação de acordo com as questões levantadas com a reflexão teórico-prática.

Ação: Discussão e tematização durante as reuniões de equipe.

Meta: 06 (seis) reuniões, sendo uma por setor.

Prazo: Março a julho de 2018.

4: Estruturar as formações considerando a dimensão pedagógica da educação permanente em saúde.

Ação: Elaboração de proposta pedagógica.

Meta: 06 (seis) propostas pedagógicas que contemplem as demandas de formação, verificadas pelo instrumento plano de aula.

Prazo: Março a julho de 2018.

5: Realizar as formações estruturadas.

Ação: Realizações das capacitações.

Meta: 06 (seis) formações que contemplem as demandas de formação, verificadas pelo instrumento plano de aula.

Prazo: Março a julho de 2018.

Monitoramento e Avaliação do Projeto de Intervenção

O monitoramento será realizado através do acompanhamento semestral do próprio processo de trabalho dos profissionais e reuniões de equipe por setor, e a avaliação das formações será através da aplicação do instrumento de avaliação do curso/docente/autoavaliação (Apêndice 1).

Resultados Parciais e Discussão

A intervenção teve início em setembro de 2017 e no momento deste relato encontrava-se em seu segundo mês.

Dentre as ações realizadas, já foram pactuadas com a direção hospitalar as formações, que ficaram organizadas da seguinte maneira: 28 de junho de 2018 com os técnicos de enfermagem do pronto socorro, 29 de junho de 2018 com os auxiliares de enfermagem da clínica cirúrgica, 13 de julho de 2018 com os técnicos de enfermagem da sala de parto, 18 de julho de 2018 com os técnicos de enfermagem do centro cirúrgico e central de material e esterilização.

Nas reuniões que já foram realizadas, discutimos o conceito de EP e problematizamos as práticas desses profissionais. Entretanto, encontramos dificuldade nessa etapa, pois os profissionais, ainda habituados com o tipo de formação em que apenas um detém o conhecimento e eles simplesmente “absorvem” o que foi passado, vêm apresentando resistência em entender que eles fazem parte do processo de mudança e de suas responsabilidades no ambiente de trabalho.

No setor de clínica médica, já foram listadas as necessidades de formação dos profissionais, eles levantaram a necessidade de se trabalhar sobre a humanização no atendimento, alegando que, devido ao número de óbitos que ocorre no setor, eles acabam ficando “frios” durante o atendimento, solicitaram uma atualização sobre feridas e curativo e ressuscitação cardiopulmonar e também já foi dado início à estruturação dessa formação. Nos outros setores hospitalares ainda continuamos debatendo o conceito de EP.

Apesar dos desafios quanto à reflexão sobre o processo de trabalho, é perceptível o quanto discutir a educação permanente junto a esses profissionais já contribuiu para que a coordenação de enfermagem conhecesse as lacunas de formação a partir da ótica dos mesmos e provocasse a aproximação entre assistência e gestão.

Isso corrobora a visão de Ceccim e Ferla (2008) ao apontarem que o investimento pedagógico busca desconstruir visões, romper com aquilo que está dado em busca de construir alianças, ampliar os espaços de autonomia para constituir espaços que sejam criativos e sensíveis na produção da saúde.

Nessa perspectiva, conseguimos despertar, em alguns profissionais, o interesse sobre a temática e ganhar apoio dos profissionais de enfermagem de nível superior, que vêm demonstrando querer participar das formações.

Os participantes destacaram que sentem falta da valorização profissional, de rotinas de trabalho e do envolvimento do enfermeiro assistencial no processo de trabalho, tudo isso influenciando a prática dos profissionais de nível médio.

Como continuidade do processo, ficaram como encaminhamentos: reavaliarmos a rotina de trabalho do setor de clínica cirúrgica e pactuarmos a inclusão dos enfermeiros nas reuniões de equipe, além de um maior envolvimento da coordenação de enfermagem junto à assistência. Também foi sugerido aumentar a frequência das reuniões de equipe, o que também facilitará no monitoramento, e proporemos à direção administrativa reuniões com todos os coordenadores hospitalares (reuniões multidisciplinares).

Dessa forma, o desenvolvimento deste projeto evidencia as potencialidades e desafios da implementação da educação permanente na prática da enfermagem. Conforme Flores (2016), a existência de um programa de educação permanente no contexto hospitalar propicia a construção de coletivos fortalecidos, pois fomenta aprendizagens significativas e amplia a possibilidade de implementação das mudanças almejadas nas ações de educação em serviço – mesmo que, nesse espaço, ainda convivam modelos tradicionais e modelagens ampliadas de formação em enfermagem e saúde.

Considerações Finais

A discussão sobre a temática da EP fez-me entender o quanto a enfermagem pode ser protagonista no seu processo de aprendizagem, ainda me fez perceber que a atualização técnica é importante, mas junto a isso é imprescindível que os profissionais envolvidos reflitam sobre suas práticas e levantem suas dificuldades e desafios do seu processo de trabalho. Por isso, entendo que discutir e implementar a EPS não é fácil, pois envolve diversos profissionais, atuando em diversos setores hospitalares, com os mais complexos campos de atuação da enfermagem, além da mudança no quadro de profissionais de nível médio que tivemos.

Cabe destacar que, apesar dos avanços, há limitações, tais como resistência de alguns trabalhadores, falta de rotina de serviço e distanciamento entre as coordenações de serviços hospitalares. Mas, como vantagem, fez com que o grupo começasse a refletir as questões do cotidiano do trabalho e levantasse soluções alcançáveis.

Espera-se que esse novo método permita uma ampliação dos processos de formação das equipes de enfermagem, frente às necessidades dos trabalhadores, repercutindo na qualidade e na segurança da assistência ao paciente. Além disso, que propicie uma coordenação de enfermagem articulada com as demandas dos trabalhadores.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. **Educação Permanente em Saúde: Atribuições e Deliberações à Luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 9, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. **Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES)**. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 14 mar. 2017.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-http://www.scielo.br>. Acesso em 30 jun. 2018.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. L. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 8 out. 2017.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 487-504, maio/ago. 2016.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. São Paulo: Cortez/UNESCO, 2002.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A Proposta da Educação Permanente em Saúde na Atualização da Equipe de Saúde em Diabetes Mellitus. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo: USP, v. 44, n. 2, jun. 2010.

Apêndice 1

Instrumento de Avaliação

Os itens da escala foram construídos para serem respondidos na forma de escala tipo Likert, com variação de 1 a 5. As instruções iniciais informam ao respondente que ele deve avaliar aspectos da estrutura e processo da formação, segundo a qualificação, conforme parâmetro: 1 = péssimo, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom e 5 = excelente. E, ainda, responder a perguntas abertas para resposta subjetiva.

ITENS - PROPOSTA DO CURSO	AVALIAÇÃO				
Os objetivos de aprendizagem do eixo contribuem com a sua realidade	1	2	3	4	5
Conteúdo	1	2	3	4	5
Metodologia	1	2	3	4	5
Atividades propostas Facilitou a compreensão do conteúdo? Ajudou a refletir sobre a prática?	1	2	3	4	5
Em relação ao que foi satisfatório na sua avaliação, o que você destaca?					
Em relação ao que não foi satisfatório na sua avaliação, o que sugere como mudança?					
Você acha que faltou algum conteúdo ser trabalhado? Se sim, qual?					

ITENS - ATUAÇÃO DO DOCENTE	AVALIAÇÃO				
Ofertou recursos didáticos com qualidade (textos, slides, dinâmicas, etc.)	1	2	3	4	5
Apresentou bom domínio do conteúdo	1	2	3	4	5
Desenvolveu uma boa facilitação/mediação da relação teórico-prática	1	2	3	4	5
Desenvolveu uma boa interação com os discentes	1	2	3	4	5
1. Atividades propostas Facilitou a compreensão do conteúdo? Ajudou a refletir sobre a prática?	1	2	3	4	5

ITENS- AUTOAVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO				
2. Demonstrei interesse nos temas do curso durante o curso	1	2	3	4	5
3. Apresentei uma boa assiduidade e pontualidade	1	2	3	4	5
4. Apresentei uma preocupação em relacionar teoria e prática	1	2	3	4	5
5. Demonstrei interesse em compartilhar as dúvidas com o coletivo	1	2	3	4	5

Apêndice 2

Plano de Aula

Formação		
Objetivo		
Público-alvo:		
Data:		
Local:		
Objetivos de aprendizagem	Conteúdo	Procedimentos metodológicos
(objetivos que pretende alcançar com o encontro)	Conteúdos a serem trabalhados no turno/dia.	Descrição do momento/hora e dos métodos, recursos e direcionamentos a serem contemplados em cada momento.

Bibliografia básica

Bibliografia complementar

Atividades de dispersão (objetivo, prazo, metodologia e roteiro da atividade)

Projeto de intervenção para implementação de um grupo itinerante de educação continuada em saúde para a melhoria da cobertura de exames citopatológicos do município de Inajá–PE

*Anne Karely Dos Santos Rodrigues
Sérgio Murilo Coelho de Andrade*

Introdução

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988 (Art. 196, 197 e 198), Lei n.º 8.080 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e Lei n.º 8.142 (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS

vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2004).

Destacamos que o Sistema Único de Saúde tem três esferas de atuação: federal, estadual e municipal. O nível federal tem, principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e municípios; e controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. A direção estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. À direção municipal do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços das ações de saúde (BRASIL, 2013).

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Promove ainda assistência, em todas as fases da vida, tanto clínico-ginecológica e no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas (BRASIL, 2013).

A PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer

de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, entre outros (BRASIL, 2009).

A despeito da efetividade dos programas de rastreamento, o câncer de colo de útero ainda representa um grave problema de saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento, que abrigam cerca de 80% dos casos e mortes decorrentes dessa neoplasia. A infecção prévia pelo papilomavírus humano (HPV) tem sido apontada como o principal fator de risco para o câncer de colo de útero, no entanto, fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, tabagismo, situação conjugal e baixa condição sócioeconômica têm sido apontados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento dessa neoplasia (MORENO, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero justificam a implantação de estratégias efetivas de controle que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2013). Atingir alta cobertura da população é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

O Ministério da Saúde ressalta, também, que é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle do câncer do colo do útero e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2013).

Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas,

sinalizando possíveis deficiências no entendimento da importância do exame preventivo por parte da população feminina. Diante do exposto, reconhece-se como importante adotar estratégias que permitam uma maior compreensão por parte das mulheres em idade fértil a respeito da relevância desse exame para a detecção precoce de casos de cânceres de colo do útero e conseqüentemente da redução de casos letais dessa doença.

No período de 2013 a 2016, somente 20% das mulheres da faixa etária compreendida entre 25 à 65 anos de idade realizaram o exame citopatológico no município de Inajá-PE, o que representa uma baixa adesão das mulheres a essa medida preventiva, sendo a falta de informação das mulheres a respeito da importância da realização do exame preventivo um dos fatores identificados como causadores dessa situação, ocasionando o quantitativo decrescente da cobertura de citologia do município.

No contexto de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde considera como prioritário o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e com a comunidade; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; e articulação entre os diversos níveis de atenção para o tratamento.

A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou o Ministério da Saúde a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto designado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material e para o seguimento e conduta frente a cada alteração citológica.

Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência (CAF) para tratamento das lesões pré-invasivas do câncer (BRASIL, 2011).

Em 1998, foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, com a publicação da Portaria nº 3.040/GM/MS. A coordenação do programa foi transferida para o INCA por meio da Portaria nº 788/GM/MS, de 23 de junho de 1992. Foi também nesse ano que foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), que hoje é o SISCAN (Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero e de Mama), como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações.

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios. Nesse ano, também foi publicada pelo INCA a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de Condutas Preconizadas, padronizando os diagnósticos citopatológicos e orientando os profissionais envolvidos no cuidado às mulheres com alterações citológicas identificadas no rastreamento (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços de todo o SUS, continuar a reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido. O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino é considerado como prioridade na Política Nacional de Oncológica (BRASIL, 2005), no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e no Plano de Fortalecimento de Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer em 2011 (BRASIL, 2011).

A Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS define educação continuada como sendo um processo permanente e constante de educação, que vem acompanhado de uma formação básica a qual tem como principal objetivo atualizar e melhorar

as capacidades das pessoas ou dos grupos, frente às mudanças técnicas e científicas perante as necessidades sociais propostas.

A educação continuada se dá por uma prática na qual o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores é fundamental para o aperfeiçoamento de suas habilidades, assim como uma maior visão da realidade na qual estão inseridos, visando a uma construção de conhecimentos. Observa-se que a educação continuada é aquela proposta em que a capacitação do indivíduo ocorre não só para as mudanças desejadas pela instituição como também para as requeridas perante a sociedade, possibilitando o crescimento e desenvolvimento do profissional e equipe, contribuindo para sua competência e qualificação, como o aperfeiçoamento, atualização e aprimoramento, refletindo diretamente no bom desempenho dos funcionários. Isso propicia condições de apoio, agilizando o atendimento, aumentando a produção e qualificando a assistência prestada pelos serviços de saúde, aumentando com isso a confiança da equipe de trabalho (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

Os benefícios que a educação continuada traz são inúmeros, segundo Padilha (1991), para o cliente/comunidade: melhora a qualidade da assistência recebida; aumenta a confiança no trabalho da equipe; reduz o tempo de permanência no serviço. Para o funcionário, facilita o ajustamento do novo funcionário; propicia novos conhecimentos; melhora o desenvolvimento técnico; influencia na mudança de comportamento; proporciona maior segurança e valorização; reduz os acidentes de trabalho, entre tantos outros benefícios, sendo que a instituição também se beneficia com esse processo de qualificação, perfazendo-se em uma maior procura pelo serviço de saúde por parte da população, maior credibilidade do público, melhor qualidade no atendimento prestado aos pacientes e redução de custos.

O processo educativo, além de aumentar a eficiência da organização dos serviços, também aumenta a proposta em relação à satisfação dos agentes de trabalho, considerando um elemento essencial no processo da carreira a ser oferecida a cada trabalha-

dor de forma individual como um direito básico, possibilitando ao funcionário uma valorização de suas experiências, conhecimentos, sua história dentro da empresa, de forma sistemática para o aproveitamento do mesmo.

Diante do exposto, constata-se que a Educação Continuada em Saúde busca fornecer aos gestores e profissionais que atuam na área de treinamento e educação corporativa um olhar estratégico, metodologias educacionais inovadoras e gestão dos indicadores.

Sendo assim, a implementação de um grupo itinerante de educação continuada em saúde para a melhoria da cobertura de exames citopatológicos no município de Inajá-PE é capaz de causar um impacto positivo no aumento da adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer de colo uterino. São estes seus objetivos:

- Selecionar os componentes do grupo itinerante de educação continuada em saúde;
- Realizar capacitação de educação continuada com profissionais que compõe o grupo itinerante;
- Construir um cronograma para atuação do grupo de educação continuada em saúde nas UBSF;
- Aumentar a adesão da população feminina ao exame de colo de útero, por meio da sensibilização acerca da importância deste.

Este trabalho vem contribuir de forma mais efetiva para o aumento da adesão das mulheres de 25 a 65 anos de idade ao exame citopatológico, por meio de ações de educação continuada em saúde, no intuito de munir esse público específico de informações a respeito do câncer de colo uterino, assim como estimular a realização do exame citopatológico, para a detecção precoce dos casos, minimizando a mortalidade de mulheres decorrente do câncer de colo uterino.

Métodos

A ideia de se desenvolver o presente trabalho surgiu diante da problemática da baixa cobertura dos exames citopatológicos de colo de útero do município de Inajá, segundo o monitoramento dos dados regionais desde o ano de 2013. Sendo assim, enquadra-se como um trabalho de intervenção.

O município de Inajá-PE está localizado na VI Região de Saúde de PE, com sede em Arcoverde-PE. Possui um território de 1.182,159 km², uma população de 21.475 habitantes, IDH de 0,523 e sua rede de atenção básica é composta por 7 UBSF: 3 urbanas, 3 rurais e 1 indígena, com 41 ACS (Agentes Comunitários de Saúde), apresentando uma cobertura de 100% de ESF (SISAB/MS, 2017).

O referido projeto foi realizado pelos profissionais de saúde do município de Inajá e técnicos da Atenção Básica da VI Geres, no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018, sendo monitorado mensalmente pelo quantitativo mensal de exames citopatológicos realizados e avaliado ao final do período de implementação das ações. Será construído e implantado nos 5 primeiros meses, e a avaliação dos resultados esperados ocorrerá no mês seguinte.

O trabalho de intervenção foi realizado inicialmente com um estudo detalhado para um diagnóstico situacional do município em relação aos dados da citologia (série histórica do sistema de informação: SISCAN), a análise da assistência de saúde no município e a população feminina que lá reside (através de visitas de supervisão nas UBSF, conversa com a comunidade e com a gestão municipal para realizar um levantamento dos entraves). Em seguida foi realizada uma reunião com a gestão municipal da saúde para a seleção dos integrantes do grupo de educação continuada em saúde composta por profissionais de saúde das UBSF e da VI Geres.

Após o grupo ser formado, houve uma capacitação em educa-

ção continuada para os integrantes com a carga horária de 30 horas na sede da VI Gerência Regional de Saúde, por meio de uma oficina que foi ofertada pela Secretaria Estadual de Saúde da Mulher, articulada pela VI Geres através da CIES (Comissão de Interação de Ensino Serviço).

Depois da preparação dos profissionais através de capacitação, foi elaborado um cronograma de atuação nas 7 UBSF que compõem o município para a realização das ações de mobilização (rodas de conversas, palestras, dinâmicas e informes) do grupo de educação continuada de forma itinerante, realizando rodízio nas UBSF nos dias de atendimentos e realizando visitas domiciliares para a sensibilização das mulheres.

O diagnóstico situacional foi realizado através de levantamentos dos últimos 4 anos com base no número de mulheres residentes no município (IBGE, 2012) e o número de exames preventivos realizados mensalmente através do SISCAN (Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero e de Mama) como exposto no Quadro 1, por onde o município informa mensalmente as coletas realizadas. Também foram realizadas reuniões com equipes para análise do território e seus entraves.

Quadro 1 – Consolidado dos exames citopatológicos realizados de 2013 a 2016 no município de Inajá.

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Tot.
2013	24	7	5	0	88	37	89	98	60	180	76	51	715
2014	0	02	35	41	36	39	123	91	113	80	49	47	656
2015	22	29	49	62	19	07	74	107	111	43	51	29	603
2016	18	18	02	31	84	27	12	35	85	0	00	00	312

Fonte: Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero e de Mama (2017).

Através da observação ativa do território, através de visitas nas UBSF e em conversas com os profissionais e usuárias, assim como da gestão municipal, foram antecipados os principais aspectos no território:

- As Unidades de Saúde ficam muito distante de alguns moradores adscritos;
- Baixa autoestima da população para procurar melhorias para a saúde;
- Má administração do tempo da equipe;
- Dificuldade de adesão das mulheres da população em fazer o exame citopatológico;
- Alta rotatividade dos profissionais de enfermagem das UBSF;
- Falta de sensibilização da população feminina.

Diante dos levantamentos expostos, constata-se que o município não atinge a meta de cobertura dos exames citopatológicos por problemas relacionados à questão de desenho do território, acessibilidade, questões de gestão local e estrutura funcional de assistência a esse agravo. Sendo assim, necessita, de uma reestruturação no modo de funcionamento e de acessibilidade dos serviços ofertados, organizando assim o processo de trabalho das unidades e o aumento da cobertura de citologia, conforme descrito no cronograma de ações e programação das ações para atuação do projeto (Quadro 2).

Considerando que o controle do câncer de colo do útero é uma das prioridades da política de saúde do país, e considerando-se, ainda, o quadro epidemiológico de morbimortalidade dessa neoplasia no estado de Pernambuco e a necessidade de produzir informações mais precisas do ponto de vista das usuárias, busca-se, no presente trabalho, realizar um projeto de intervenção com a criação de um grupo itinerante de educação continuada

para a melhoria da cobertura do exame de Papanicolau da população feminina na faixa etária de 25 a 64.

Quadro 2 – Cronograma de ações e programação das ações para atuação do projeto.

Estratégias	Responsável	Prazo
Realizar o monitoramento e diagnóstico situacional da citologia e da população feminina do município	Gestão Regional	06 Meses Janeiro a Junho/2017
Selecionar os componentes do grupo itinerante de educação continuada em saúde	Gestão Regional e Gestão Municipal	30 dias Agosto/2017
Realizar capacitação de educação continuada em saúde com profissionais que compõem o grupo itinerante	Gestão Regional	30 dias Outubro/2017
Construir um cronograma para atuação do grupo de educação continuada em saúde nas UBSF	Grupo Itinerante de Educação Continuada em Saúde e Gestão Municipal	30 dias Novembro/2017
Aumentar a adesão da população feminina ao exame de colo de útero, por meio da sensibilização acerca da importância deste	Grupo Itinerante de Educação Continuada em Saúde	60 dias Novembro e Dezembro/2017
Avaliação dos resultados;	Gestão Regional	30 dias Janeiro/2018

Essa meta não é alcançada, mediante análise do ano de 2013 a 2016, como exposto no quadro 3, tendo como objetivo destacar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolau e soluções para o aumento da cobertura no referido município.

Quadro 3 - Série histórica dos exames de citologia do município de Inajá.

Ano	Meta	Alcançado	Não alcançado
2013	1.272	715	557
2014	1.272	656	616
2015	1.272	603	669
2016	1.272	312	960

Fonte: Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero e de Mama (2017)

Foi então observada a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo, que é agendado pelos profissionais de enfermagem

que atuam nas UBSF para a realização uma vez por semana. Juntamente com as equipes e a gestão municipal foram levantados os problemas que levam a essa baixa adesão, chegando ao nó crítico de que a população feminina é pouco informada sobre a importância do exame preventivo.

Resultados e Discussões

A prevenção e controle do câncer do colo do útero é um relevante problema de saúde pública ao se considerar a alta taxa e mortalidade perante a probabilidade de cura, ao ser diagnosticado precocemente e por ser passível de detecção precoce através do rastreamento de mulheres para a realização do exame preventivo e de ações de educação em saúde.

O aumento da cobertura das mulheres no exame citopatológico deve ser meta em todos os programas de saúde, principalmente na atenção primária. A união da equipe e a motivação em criar um diagnóstico situacional é de grande importância para a realização desse projeto com êxito.

Esse projeto possibilitou um maior esclarecimento e empoderamento das usuárias da ESF do município de Inajá-PE sobre a importância da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero e conseqüentemente um incremento significativo no quantitativo mensal de exames realizados pelas UBSF, através da implementação de um grupo de educação continuada.

No município de Inajá habitam 3.812 mulheres, e a meta pactuada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco é de atingir 1/3 da população feminina, o que se refere a 1.271 mulheres no município de Inajá por ano, sendo a meta mensal de 106 (BRASIL, 2016).

Com a finalidade de apoiar a gestão municipal no enfrentamento do problema de baixa cobertura da citologia, e aproveitando seu manifesto interesse na efetivação de um grupo de educação continuada, este foi implantado na estratégia de Saúde da Fa-

mília do município, de maneira simples e ao alcance dos profissionais já existentes, facilitando o seu trabalho, minimizando custos e possibilitando ao município alcançar as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sendo essa estratégia replicada para outras de atuação municipal.

Foi formado um grupo itinerante de educação continuada em saúde, cujos profissionais foram capacitados, e elaborado um cronograma de atuação nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Inajá.

Com a referida ação, houve um aumento significativo de exames de colo de útero (Quadro 5), assim como houve, também, um aumento do conhecimento da população feminina por meio da sensibilização acerca da importância do exame.

Quadro 5 – Consolidado dos exames citopatológicos realizados de 2016 a 2017 no município de Inajá.

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Tot.
2016	18	18	02	31	84	27	12	35	85	0	00	00	312
2017	00	00	53	45	01	33	107	67	94	64	101	80	645

Fonte: Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero e de Mama (2017).

Considerações Finais

O processo de identificação dos fatores que influenciam a baixa cobertura das mulheres ao exame preventivo confirmou a necessidade de aumentar o conhecimento da equipe sobre o exame de Papanicolau para executar ações de saúde que iriam proporcionar mais e melhores informações da população sobre a importância do exame para a detecção precoce de lesões do colo uterino, o que resultaria numa redução da morbidade por essa doença e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida da população feminina.

A falta de informação e a utilização inadequada e insuficiente dos serviços médicos são problemas comuns e que impedem, na nossa comunidade, o diagnóstico precoce do colo do útero. É necessária, então, uma atuação mais efetiva dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de Papanicolaou. Reorganizar o horário de atendimento para propiciar um melhor acesso das pacientes aos serviços e/ou ter uma consulta com o equipamento necessário para o exame ginecológico da mulher pode resultar em um aumento da cobertura do exame preventivo. Aumentar o nível de conhecimento de todos os membros da equipe permitirá informar corretamente as mulheres e torná-las agentes principais do programa de prevenção do câncer de colo do útero.

Diante do exposto, observa-se que a atuação do grupo itinerante causou um impacto importante, tendo que ser permanente para obter maiores resultados aumentando ainda mais a cobertura e tornando-se rotina nos serviços ofertados pelo município.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização:** um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

QUEIROZ, Danielle Teixeira; PESSOA, Sarah Maria Fraxe; SOUSA, Rosiléia Alves. Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. **Acta paul enferm**, v. 18, n. 2, p. 190-6, 2005.

MORENO, Maria José Carvalho et al. **Perfil das mulheres com câncer de colo de útero usuárias do hospital Agostinho Neto-Cabo Verde.** 2010.

de Oliveira, Ana Eloísa Cruz, et al. "Developing a Tool for Accession to Assessment Exam Cytological of the Cervix." *International Archives of Medicine* 9 (2016).

SILVA, Walnielma Benevides da, **Citopatológico do colo uterino: Conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde acerca do exame preventivo**. 2015.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Educação Continuada**. São Paulo. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/educacao-continuada/48614>>. Acesso em: 6 fev. 2013.

PADILHA, Maria Itayara C. S. A prática da educação em serviço em uma instituição privada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 3-15.

Educação Continuada para Enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde quanto ao preenchimento adequado das Cadernetas das Gestantes do Município de Tupanatinga-PE

Thayse Cavalcante Barros

Introdução

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008). Além disso, o pré-natal pode representar a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica (GONÇALVES et al., 2008).

No Brasil, nas últimas décadas, surgiram políticas públicas direcionadas à saúde no ciclo gravídico-puerperal, por meio da implantação de programas e de ações que são importantes na organização dos serviços de saúde. Dentre elas, o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde em 2000, com a intenção de promover mudanças no cenário social. O PHPN regulamentou as atividades a serem desenvolvidas no pré-natal e preconizou critérios para avaliar a

assistência prestada: a taxa de cobertura do programa, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal, o início no primeiro trimestre de gestação, a realização de exames laboratoriais mínimos em dois momentos distintos da gravidez, a vacinação e a suplementação com sulfato ferroso (ZANCHI et al, 2013).

A assistência pré-natal adequada consiste em prevenir, em diagnosticar e em tratar eventos indesejáveis na gestação, no parto e no puerpério. Essa atenção é fundamental à redução da morbimortalidade materna e infantil, portanto a qualidade desses cuidados está diretamente relacionada à saúde integral de mães e de conceitos (ZANCHI et al. 2013).

O Cartão da Gestante foi criado no Brasil em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto nas maternidades. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública, funcionando como um mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção. Por isso, recomenda-se que nele deva conter o máximo de informações, evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames que protejam o feto e a mãe sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente (LEAL et al., 2012).

Além do seu papel no referenciamento ao parto, os cartões de gestantes funcionam como fonte de informação para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e são utilizados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal 6 para fundamentar políticas de saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) (MISHIMA et al., 1999).

Segundo Paris (2013), na prática clínica os registros dos atendimentos nos cartões de acompanhamento pré-natal permitem verificar se as necessidades das gestantes estão sendo atendidas nos serviços de saúde, pois refletem diretamente a qualidade da atenção prestada e explicam os indicadores de mortalidade materna e infantil, pressupondo-se que, se não foi registrado, o procedimento não foi realizado.

As informações armazenadas facilitarão esse atendimento uma vez que servirão como um elo entre os profissionais que realizarão a assistência de pré-natal, assim como aqueles que efetuarão os procedimentos para o parto na maternidade na qual a gestante será acolhida no momento de parir, já que no cartão da gestante deverá estar anotado todo estado de saúde da mulher, desde a concepção.

Conforme Sales (2013), a ausência de registro não significa exatamente a ausência de realização de procedimentos pré-natais, embora o seu registro permita inferir diretamente sobre a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde.

As avaliações sobre o preenchimento dos cartões de pré-natal podem desvendar se as gestantes estão sendo atendidas conforme os aspectos preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) que se traduzem em quantidades de consultas, exames clínicos, físicos e laboratoriais, além da administração medicamentosa (SALES *et al.*, 2013).

Neto *et al.* (2013) concluem, em seu estudo, que de um modo geral os serviços de assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória, avaliados por meio dos Cartões de Gestantes, foram ruins ou muito ruins. Contudo, a ESF apresentou níveis de qualidade um pouco melhores, enquanto o PACS demonstrou sistematicamente os piores resultados.

Dentre os itens avaliados, o registro de informações advindas da anamnese pré-natal foi o menos preenchido nos Cartões das Gestantes, principalmente informações maternas e antecedentes obstétricos. Além disso, os exames clínicos de mama e toque vaginal, que dependem de maior proximidade entre gestantes e profissionais pré-natalistas, não foram realizados na maioria dos acompanhamentos pré-natais. Isso reflete a micropolítica do trabalho na assistência pré-natal (NETO *et al.*, 2013).

Mediante análise do estudo de Fonseca *et al.*, (2011), verificou-se que não houve registro de IMC (71%), edema (85%), BCF

(23%), altura do fundo uterino (9%), idade gestacional (5%), pressão arterial (3%) e peso (1%) no cartão da gestante. Observou-se ainda que foram registrados de forma adequada IMC (2%), edema (11%), pressão arterial (62%), idade gestacional (58%), peso (62%), altura uterina (45%) e BCF (64%).

Ao avaliarem-se os exames laboratoriais, observaram-se diferenças entre os dados referidos e os dados anotados no Cartão da Gestante, a realização de dois exames de sangue foi referida por 81,6% das mulheres, mas anotada em 42,2% nos Cartões da Gestante (ZANCHI et al., 2013).

Estudos que utilizam a auditoria do cartão da gestante podem ser considerados mais fidedignos para refletir a qualidade da atenção prestada. Entretanto, esses estudos mostram a baixa qualidade no preenchimento de dados pelos profissionais de saúde, e esse sub-registro constitui uma limitação, pois a ausência de registros pressupõe a não realização dos procedimentos (ZANCHI et al., 2013).

Segundo, Paris, Pelloso e Martins (2013), o cartão da gestante é um documento de uso obrigatório nos serviços de saúde e deve ser mantido sempre disponível para o adequado acompanhamento, fornecimento de informações e a assistência à gestação, assegurando a integração dos serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais da atenção primária com os profissionais da atenção hospitalar. A multiplicidade dos modelos dos cartões da gestante pode dificultar o estabelecimento de uma rotina de preenchimento, a análise comparativa de alguns dados e até a implantação de um sistema adequado de referência e contrarreferência.

Métodos

A intervenção será realizada no município de Tupanatinga-PE, que é localizado no Agreste do estado, onde contém uma população estimada de 26. 990 habitantes (IBGE, 2017). O sistema de saúde do município é composto principalmente

por cinco Unidades Básicas de Saúde e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que compõem a rede de atenção básica. Para a média complexidade, possui um Hospital de Pequeno Porte, e juntos atendem as seguintes demandas: consultas de pré-natal, exames citopatológicos, puericulturas, atendimentos a hipertensos e diabéticos, consultas odontológicas, consultas médicas e procedimentos básicos de médio porte em urgência e emergência.

Identificação do Problema

O Município conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), trabalhando uma enfermeira em cada unidade e realizando as consultas de pré-natal. Em supervisão, foi identificado pela coordenação da (AB)-se que de todas as unidades, as mesmas possuem dificuldade para o preenchimento da caderneta da gestante, ou ainda preenchem-na de forma errônea e incompleta.

PRIMEIRA ETAPA: O processo será caracterizado pela realização de uma oficina inicial, trazendo todas as informações necessárias sobre o adequado preenchimento da caderneta.

SEGUNDA ETAPA: Após a realização da oficina, serão monitorados os preenchimentos através de visitas nas unidades e, nas reuniões de atenção básica, serão discutidos os andamentos e esclarecidas as dúvidas que possam surgir no dia a dia, seguindo o modelo de educação continuada.

Monitoramento e Avaliação

Será realizada avaliação mensal pela coordenadora de atenção básica, nas reuniões de monitoramento, e através de busca ativa das cadernetas nas unidades, durante as consultas de pré-natal, observando como estão sendo feitos os preenchimentos.

Quadro 1: Descrição das Ações e Metas da Intervenção

Ações	Metas
<ul style="list-style-type: none">• Realizar a oficina em local adequado.• Demonstrar estudos que comprovam a importância do uso completo da caderneta.• Realizar visita nas unidades e coletar as cadernetas preenchidas, no momento da consulta.• Reuniões mensais utilizando a educação permanente em saúde como base.	<ul style="list-style-type: none">• Oficina realizada com 100% das enfermeiras.• Alcançar em 90% o preenchimento adequado da caderneta.• Avaliar uma média de 80% das cadernetas preenchidas nas 5 unidades em um período de 6 meses.• Realizar a educação permanente em 100% das unidades.

Fonte: elaborado pela autora

Considerações Finais

O Cartão da Gestante é um instrumento que deve conter todas as informações da gestação e esses registros devem ser utilizados de forma completa e com qualidade, para ser utilizado não só durante a gestação mas em todo o período gravídico-puerperal, e como fonte de arquivo para informações futuras.

Busca-se com este projeto de intervenção, após a realização da oficina com as enfermeiras das UBS, melhorar o preenchimento da caderneta da gestante e conseqüentemente a qualidade ao atendimento da consulta de pré-natal.

Ademais, trata-se de uma projeção de atividades de capacitação que apresentam condições de se sustentar de forma permanente junto aos servidores.

Referências Bibliográficas

CARVALHO, G. M. et al. **Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal.** Belo Horizonte, 2014.

FONSECA, L. A. L. C.; PADUA, L. C.; NETO, J. D. V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 40-45, abr./maio/jun. 2011.

LANDERDAHL et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Rev. Enferm.**, São Paulo, 2007.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **A assistência pré-natal. Manual Técnico.** 3. ed. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília; 2005.

MISHIMA, F. C.; SCOCHI, C. G.; FERRO, M.; LIMA, R. A. G.; COSTA, I. A. R. **Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no Município de Ribeirão Preto.** **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, 1999.

NETO, E. T. S. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1650-1662, set., 2012.

PARIS et al. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, 2013.

SEIFFERT, O. L. M. B.; SILVA, G. M. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2009.

TEDESCO, J. J. A. In: FEBRASGO. **Tratado de Obstetrícia.** Rio de Janeiro, pt. 2, cap. 6, p. 143-58, 2000.

UCHOA, J. L.; SALES, A. A. R.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde de família. **Rev Enferm UFPE**, n. 4, p. 2019-17, 2010.

ZANCHI, et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013.

Instrumentalização da equipe multiprofissional na estimulação cognitiva e motora em uma instituição de longa permanência para idosos no município de Salgueiro-PE: o olhar da Terapia Ocupacional

*Adriana Limeira do Nascimento
Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade*

Introdução

O presente trabalho aborda uma realidade vivida nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, o país vive um processo gradativo de envelhecimento impulsionado pela melhoria da qualidade de vida que amplia a expectativa média de vida dos brasileiros e pela baixa taxa de natalidade que vem se registrando ao longo dos anos. Instituições como essas têm se multiplicado nas últimas décadas como alternativa para garantir aos idosos um espaço de convivência capaz de lhes assegurar a manutenção de seus direitos básicos, como moradia, alimentação e socialização.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) elegeu o termo ILPI para definir instituições voltadas ao acolhimento de pessoas com mais de 60 anos já que essa é a idade que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para que um indivíduo venha a fazer parte dessa população.

O Lar São Vicente de Paulo é uma sociedade civil de direito privado, beneficente, caritativa e de assistência social, sem fins lucrativos que se mantém com recursos provenientes de aposentadoria dos idosos; doações financeiras da comunidade.

O perfil dos idosos institucionalizados no Lar São Vicente aponta para uma parcela dessa população que enfrentou problemas como abandono, negligência familiar, situações de vulnerabilidade social, problemas de saúde de ordem física e mental e uma série de outros agravos que impossibilitaram ao idoso uma vida no meio familiar e que geraram a necessidade de institucionalização desse indivíduo. Apesar de esse perfil apontar em sua maioria para algum tipo de limitação, é importante salientar que não necessariamente todos os idosos institucionalizados possuem alguma dependência. Há entre esses, idosos perfeitamente capazes de realizar suas atividades de vida diárias (AVDs) com independência.

O trabalho foi pensado de acordo com a realidade institucional do Lar São Vicente de Paulo localizado na cidade de Salgueiro, sertão central de Pernambuco. A instituição em questão já possui uma trajetória de mais de cinquenta anos no atendimento e cuidado à pessoa idosa. No entanto, por ter sua origem de caráter filantrópico e informal, essa instituição durante muito tempo pautou seu atendimento em práticas que não estavam embasadas com nenhum método de tratamento emancipador dos idosos que ali se encontravam, limitando-se apenas ao cuidado de suas necessidades básicas como higiene e alimentação, mas ainda sem um cuidado sistematizado referente à sua necessidade de se reconhecer como sujeito na busca de sua autonomia e melhoria de vida. Ao adquirir um caráter formal, a instituição sofreu algumas transformações e passou a constar

em seu quadro não apenas os cuidadores habituais, mas uma equipe formada por diferentes categorias profissionais, vindas de um projeto desenvolvido pelo banco Santander.

Na busca pela ampliação de possibilidades para o paciente, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar surge como uma importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado da saúde em geral e especialmente da pessoa idosa, pois a partir do trabalho interdisciplinar o paciente passa a ser visto sob diferentes fatores, sociais, econômicos e culturais, que ganham uma significativa importância nesse momento, não é mais considerado apenas o fator biológico. Para Vasconcelos (1997), a interdisciplinaridade questiona as fronteiras profissionais desafiando o profissional a dialogar com diferentes saberes, dessa forma ela reforça o caráter democrático dos serviços e promove um cuidado sistematizado.

Diante dessa realidade, o cuidado realizado ao sujeito em processo de envelhecimento envolve o próprio idoso, sua família, o cuidador e a comunidade na qual ele vive. No caso das IL-PIs, esse cuidado passa a ser desenvolvido também pela equipe multiprofissional de saúde. Dessa maneira, é fundamental que essas equipes estejam preparadas para atender de forma integral e equânime as necessidades do idoso, desenvolvendo ações que estimulem o envelhecimento ativo e saudável, além de promover a atenção integral aos idosos, por meio de ações intersetoriais (COSTA; COSTA; CAVALCANTI, 2015).

Apesar do avanço quanto ao cuidado multiprofissional, enquanto Terapeuta Ocupacional, observei que essas pessoas idosas ainda apresentavam limitações em suas atividades de vida diária possíveis de serem reabilitadas mediante a atuação interdisciplinar pautada na promoção da autonomia e independência. Esse é justamente o objetivo da atuação como Terapeuta Ocupacional nesse projeto, o de promover a ampliação significativa da melhora na qualidade de vida e saúde desses idosos através da estimulação de suas capacidades cognitivas e motoras, e para isso envolver os demais profissionais da instituição nesse processo.

A instrumentalização da equipe multidisciplinar é fundamental nesse processo, fomentando materializar uma atmosfera plenamente motivadora, agradável e desafiadora para que toda equipe se sinta deleitada em executar seus processos terapêuticos sem deixar de lado o pensamento coletivo que tanto é significativo para a saúde do idoso.

Métodos

Trata-se de um estudo de intervenção. De acordo com Zagonel, Meier e Grittem (2008), o projeto-intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação na qual é considerado um modelo de pesquisa associada a diversas formas de ações coletivas, orientadas para a resolução de problemas ou com objetivo de transformação.

O mesmo apresenta como programa-objeto da intervenção a aplicação de estímulos cognitivos e motores com os idosos do Lar São Vicente de Paulo, fortalecendo o resgate e/ou manutenção da autonomia e independência nas atividades de vida diária dos idosos institucionalizados por meio do trabalho multiprofissional na estimulação de suas capacidades cognitivas e motoras. Realizou-se no período de novembro a dezembro de 2017.

Desenvolvimento em etapas:

Etapa 1. Pesquisa sobre o tema em diferentes fontes, pois através dela foram colhidos os dados que embasaram o projeto de intervenção.

Etapa 2. Apresentação do projeto de intervenção com a equipe multiprofissional e cuidadores.

Etapa 3. Preparação e elaboração do material a ser utilizado nas atividades grupais junto aos idosos, e as palestras com a equipe multiprofissional.

Etapa 4. Realização de reuniões quinzenais entre a equipe multiprofissional e cuidadores viabilizando melhor comu-

nicação e diálogo sobre as temáticas e assuntos pertinentes à atuação da equipe multidisciplinar e atendimento ao idoso.

Etapa 5. Realização de palestras com vivências práticas para a equipe multiprofissional, orientando sobre: envelhecimento ativo, o idoso institucionalizado, a importância da autonomia e/ou independência da pessoa idosa, a importância das atividades de estimulação cognitiva e motora nas atividades de vida diária (AVDs), conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Detalhamento da etapa 5 do projeto de intervenção.

Encontros	Ações	Metas
1º Palestra vivencial	Abordagem do tema: Envelhecimento Ativo, com a vivência prática (EU IDOSO). Instrumento: Data Show, cadeiras, algodão, saco plástico, pesos, luvas.	Entender o processo do envelhecimento, suas perdas funcionais. Vivenciar como é um idoso diante das suas modificações fisiológicas.
2º Palestra vivencial	Abordagem do tema: O Idoso Institucionalizado. Instrumento: Data Show, cadeiras.	Entender o idoso dentro de uma instituição de longa permanência.
3º Palestra vivencial	Abordagem do tema: O Idoso Institucionalizado, com a vivência prática (EU IDOSO). Instrumento: Data Show, algodão, saco plástico, pesos, luvas, prato, colher, copo, pente, escova dental, peças de vestuário, cadeira de rodas, cama.	Entender e vivenciar um idoso em uma instituição.
4º Palestra vivencial	Abordagem do tema: A importância das atividades de estimulação cognitiva e motora. -Explicar sobre a metodologia da atividade em grupo, assim como as atividades a serem desenvolvidas e seus objetivos; Visualizar a atividade realizada com a realização das atividades de vida diária (AVD's). Instrumento: -Bingo das frutas. (Fichas com as frutas impressas, e fichas feitas de E.V.A colorido); -Dança Sênior (cadeiras, bolas pequenas, lenços); -Atividade do gênios adaptado. (copos e pratos descartáveis coloridos, E.V.A colorido); -Bingo das horas (folha impressa e fichas para marcar)	Vivenciar as atividades a serem desenvolvidas com idosos e entender os objetivos e significados das mesmas.

*A Terapeuta Ocupacional ficou responsável em todas essas etapas.

Etapa 6. Realização das atividades em grupo com os idosos, com participação dos profissionais da equipe e um cuidador, realizadas uma vez por semana, durante o mês de dezembro, conforme detalhado no quadro 2.

O grupo será realizado uma vez por semana, totalizando quatro encontros mensais e envolverá idosos com a participação de um ou dois profissionais da equipe multiprofissional e um cuidador, de modo que todos vivenciem e integrem alguma atividade realizada com o Terapeuta Ocupacional.

Quadro 2 - Detalhamento da etapa 6 do projeto de intervenção.

Encontros	Ações	Metas	Responsáveis
1º grupo	Avaliação individual Instrumento: Escala de kartz.	Identificação do grau de autonomia e independência.	Terapeuta Ocupacional e Enfermeira.
2º grupo	O profissional irá explicar sobre a metodologia do grupo, assim como a atividade a ser desenvolvida e seus objetivos; - Visualizar a atividade realizada com as atividades de vida diária (AVD's). Instrumento: Bingo das horas (folha impressa e fichas para marcar)	Estimulação das funções executivas (atenção concentração, memória auditiva, visual, perceptiva), interação, socialização, habilidades óculo-motora.	Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Assistente Social e um cuidador.
3º grupo	-Explicar sobre a metodologia do grupo, assim como a atividade a ser desenvolvida e seus objetivos; - orientar quanto ao tempo e espaço; - Explicar a atividade do dia com metodologia e objetivos a serem estimulados e alcançados; - Visualizar a atividade realizada com a realização das atividades de vida diária (AVD's). Instrumento: Atividade do gênios adaptado. (copos e pratos descartáveis coloridos, E.V.A colorido).	- Estimulação cognitiva e motora; - Funções executivas; - Habilidade motora global (equilíbrio estático e dinâmico)	Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e um cuidador.
4º grupo	-Explicar sobre a metodologia do grupo, assim como a atividade a ser desenvolvida e seus objetivos; - orientar quanto ao tempo e espaço; - Explicar a atividade do dia com metodologia e objetivos a serem estimulados e alcançados; - Visualizar a atividade realizada com a realização das atividades de vida diária (AVD's). - Incentivar a alimentação saudável, e a autonomia e independência nas AVD's de alimentação. Instrumento: Bingo das frutas (fichas com as frutas impressas, e fichas feitas de E.V.A colorido).	Estimulação das funções executivas (atenção concentração, memória auditiva, visual, perceptiva), interação, socialização, habilidades óculo-motora.	Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Pedagoga e um cuidador.

Fonte: elaboração dos autores.

Resultados e Discussão

Para compreender melhor os desafios de instrumentalizar a equipe multidisciplinar em uma ILPI, o presente estudo buscou aprofundamento do processo cotidiano do trabalho da equipe. Para tanto, foi realizada observação da rotina e das intervenções da equipe, através do livro ata, sendo corroborada pelas reuniões técnicas entre equipe com objetivo de entender o processo organizacional da equipe e a contribuição técnica de cada profissão no processo de cuidado do idoso.

Segundo momento foi constituído da construção de diálogos sobre a metodologia da Estimulação Cognitiva e Motora - ECM, propiciado por reuniões e visita técnica no setor e nas oficinas de ECM da Terapia Ocupacional.

Nas reuniões semanais da equipe foram abordadas as observações sobre as atividades da Terapia Ocupacional e vivências nos acompanhamentos dos profissionais às oficinas de ECM. Essas vivências foram registradas pelos profissionais no caderno que foi destinado às questões das experiências dos profissionais. Os registros foram depois utilizados para compor a análise do trabalho.

No material coletado, ficou evidente a existência da importância do diálogo, interação e a experimentação por parte da equipe multidisciplinar como forma de produzir um modo singular à construção das atividades de Estimulação Cognitiva e Motora.

As questões sobre a manutenção e/ou resgate da autonomia e independência nas atividades cotidianas dos idosos institucionalizados, através das atividades de estimulação cognitiva e motora, e a conscientização da equipe multiprofissional da importância da manutenção e/ou resgate da autonomia e independência do idoso institucionalizado são um dilema que não atinge apenas a equipe multidisciplinar, mas também os idosos e seus familiares. Questões como estresse proporcionado pela perda da capacidade funcional dos idosos são dilemas que também fazem parte da rotina de idosos institucionalizados (NERI; CARVALHO, 2006).

Os profissionais que participaram do estudo mostraram-se desejosos e participativos na construção de novo saber e dos propósitos para o trabalho e melhor entrosamento entre os membros da equipe. Verificamos que a construção compartilhada do plano, na qual as necessidades do cuidador sejam consideradas, pode-se converter numa relação mais produtiva, pois os profissionais da equipe são pessoas que se dispõem a desenvolver ações de cuidado para o outro visando suprir suas necessidades; no entanto, sem possuírem conhecimentos técnicos, podem levá-lo a situações de risco.

Um dos maiores desafios do cuidado multidisciplinar à pessoa idosa é propiciar que múltiplas áreas do saber ajam conjuntamente para um bem comum, ou seja, atender a pessoa idosa nas suas particularidades, tendo um olhar multidimensional e buscando prevenir agravos (CARVALHO; PAPALÉO apud PLEXAK et. al., 2012).

Considerações Finais

O estudo apresentado mostra como a construção e instrumentalização de uma equipe multidisciplinar e as múltiplas dimensões do cuidado do idoso se apresentam fundamentais na gestão da saúde do idoso institucionalizado.

As reuniões, visitas técnicas e as vivências no setor e nas oficinas de Estimulação Cognitiva e Motora da Terapia Ocupacional evidenciaram a existência da importância do diálogo, interação e experimentação por parte da equipe multidisciplinar como forma de produzir um modo singular à construção da atividade de ECM. O estudo indica como a atuação interdisciplinar, para além de transcender os limites das disciplinas, precisa agregar também a participação do idoso e da família. Na dimensão sistêmica, a pesquisa mostrou as dificuldades relacionadas ao diálogo e instrumentalização de uma equipe multidisciplinar, pois a ampliação de intervenção, além do âmbito individual e clínico, demanda mudanças na forma de atuação e organização do trabalho, além de requerer alta complexidade de saberes em

cada profissional, cujo produto deve ser fruto de um trabalho formado pela contribuição das diversas áreas profissionais, esperando-se que os integrantes das equipes sejam capazes não só de conhecer e analisar o trabalho verificando as atribuições específicas e do grupo na unidade, no domicílio e na comunidade, mas também de compartilhar conhecimentos e informações entre os demais membros de uma equipe multidisciplinar.

Em suma, podemos concluir que a produção do cuidado aos idosos é realizada em verdadeiro processo de cogestão entre a equipe multidisciplinar. E que se pode melhorar a eficiência do cuidado através da instrumentalização da equipe, assim como diálogos entre equipe, idoso e família, mas também através da própria educação continuada.

Referências Bibliográficas

COSTA, M. C. N. S.; MERCANTE, E. F. O idoso residente em ILPI e o que isso representa para o sujeito idosos. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 209-222, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 778-789.

PIEXAK, D. R.; FREITAS, P. H.; BACKES, D. S.; MORESCHI, C.; FERREIRA, C. L. L.; SOUZA, M. H. T. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, v. 15, n. 2, p. 201-208, 2012.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. In: E. M. VASCONCELOS, E. M.; FURTADO, T. **Saúde Mental e Desinstitucionalização**: reinventando serviços. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro, n. 7, 1997.

ZAGONEL, I. P. S; Meier, M. J; GRITTEM, L. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 765-70, 2008.

Inserção da Auriculoterapia como estratégia complementar a atividade física no controle da HAS em idosos acompanhados pelo NASF IX no município de Caruaru-PE

*Karine de Albuquerque Vasconcelos
Sebastião André Barbosa Júnior
Pedro Costa Cavalcanti de Albuquerque*

Introdução

O termo Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) caracteriza-se por um conjunto de doenças com história natural prolongada. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 63% da carga mundial de doenças tornando-se um problema grave de saúde pública, estando entre as principais causas de mortalidade no mundo. As DCNT tornaram-se ao longo dos últimos anos uma preocupação global e tema de pesquisas não apenas na área da saúde, mas também em diversos setores da sociedade, devido à gravidade e ao alto custo social, mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida, limitação das pessoas em suas atividades laborais e de lazer, além de causar um impacto econômico negativo para a família e sociedade (BRASIL, 2011).

Tais doenças podem apresentar fatores de risco biológicos (não modificáveis), sexo, idade e herança genética, e comportamentos de risco (modificáveis), ligados ao tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas, que são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais. Considerando tais fatores e o estilo de vida atual na qual estamos sujeitos a situações estressantes, como competitividade, consumismo e violência, a alimentação industrializada com excesso de gordura, açúcar e sal somada à dificuldade de encontrar alimentos in natura para o consumo e de melhor valor nutricional, e também que os espaços públicos oferecidos para práticas de atividade física e lazer nem sempre oferecem condições estruturais e segurança necessárias para realizar atividade física, as DCNT estão em processo de epidemia no mundo (BRASIL, 2011). Uma análise baseada nos Determinantes Sociais da Saúde é de grande relevância para o combate a essas doenças, visto que cerca de 80% das DCNT ocorrem em países em desenvolvimento (OPAS, 2005).

No Brasil, a realidade não é diferente da dos outros países. Desde a década de 60 o país vem passando por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultando em mudanças nos padrões de patologias. Em 2013, as DCNT foram responsáveis por 72,6% das mortes, modificando o panorama das doenças e no forte impacto na mortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados causando mortes prematuras, interferindo na condição social das famílias e sociedade (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das principais DCNT e das mais perigosas, é uma doença crônica e multifatorial que tem levado anualmente um grande número de pessoas à morte ou deixado sequelas por conta dos agravos da doença, levando à diminuição da qualidade de vida e ao aumento dos custos da assistência à saúde.

A hipertensão tem sido tema de diversos estudos e pesquisa de várias organizações nacionais e internacionais. O envelheci-

mento, processo de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e da capacidade funcional, é um dos fatores não modificáveis de grande importância para o adoecimento (BRASIL, 2006).

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), orientado pelas diretrizes da Atenção Básica, deve produzir e apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. O NASF tem como principais diretrizes: a territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, integralidade, autonomia dos indivíduos e coletivos. Além disso, provisoriamente ou não, os profissionais do NASF podem agregar a oferta de novas ações na Atenção Básica, por meio de sua intervenção direta em ações individuais ou coletivas que as equipes de Saúde da Família dificilmente conseguirão fazer sozinhas, por requererem competências específicas de algumas ocupações ou formações profissionais, ou pela disponibilidade de tempo. São exemplos disso: prescrever e realizar exercícios de cinesioterapia para pessoas com dores crônicas de coluna, cuidar de pessoas com alterações ou dificuldades de fala e linguagem, realizar sessões de psicoterapia, atuar na reabilitação de um usuário com grande ou recente comprometimento neurológico e motor, ofertar aula de tai chi chuan e realizar sessões de acupuntura (BRASIL, 2014).

A acupuntura no Brasil vem desenvolvendo um sistema próprio de experimentação. Essa técnica é aprendida e utilizada por terapeutas e profissionais de acupuntura associada ou não à, então, denominada acupuntura sistêmica. Está inserida no SUS e ganhou impulso após a publicação da Portaria 971 que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e com a criação de Políticas Estaduais de PICs. Diversas práticas presentes na Medicina Tradicional Chinesa unem corpo e mente e auxiliam na manutenção, no tratamento e na recuperação funcional de órgãos e sistemas, tratando, cuidando e prevenindo afecções e revitalizando a saúde das pessoas (BRASIL, 2015).

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) denomina-se por um conjunto de técnicas e práticas chinesas milenares, possui uma visão integral do ser humano, entendendo por saúde o perfeito equilíbrio da condução energética do corpo. A acupuntura é um ramo da Medicina Chinesa, que consiste na inserção de agulhas em pontos do corpo chamados de “acupontos” que se distribuem através dos meridianos ou canais energéticos (GONZALES, 1999).

Seguindo a lógica da Medicina Tradicional Chinesa, diversas técnicas foram desenvolvidas explorando as possibilidades terapêuticas em regiões específicas do corpo, como a orelha, as mãos e os pés. A auriculoterapia é a mais antiga e difundida, e segue a lógica da reflexologia (área do corpo que traz pontos reflexos de todo o corpo).

Trata-se de uma técnica complementar seguindo a lógica de que a orelha é um microssistema com o corpo inteiro. Na auriculoterapia, por exemplo, visualiza-se um feto invertido sobre o pavilhão auricular para saber a que parte do corpo se refere cada região da orelha. É uma técnica da acupuntura que utiliza o pavilhão auricular para efetuar tratamentos e restabelecer a saúde, aproveitando o reflexo que a aurícula exerce sobre o sistema nervoso central. Como o próprio nome indica, trata disfunções e promove analgesia através do estímulo em pontos reflexos localizados na orelha externa ou no pavilhão auricular (GONZÁLES, 1999; DULCETI, 2001).

Segundo a medicina tradicional chinesa, a hipertensão é causada pela desarmonia entre o yin e o yang do fígado e dos rins, e também pode ser causada pela presença de umidade – calor ou mucosidade. Calor excessivo do fígado: nesse tipo, a hipertensão arterial é acompanhada da dor de cabeça, rubor facial, olhos avermelhados, sede, angústia, irritabilidade, constipação, saburra amarela, pulso em corda e forte. Deficiência do yin do fígado e dos rins: a hipertensão arterial está associada à vertigem e tontura, tinidos, lombalgia e lassidão nos membros inferiores, palpitações, insônia, língua vermelha, pulso em corda e rápido (DULCETI, 2001).

Sabemos a importância da atividade física na promoção da saúde dos idosos como papel fundamental no controle e combate a diversas doenças. Uma pequena mudança do estilo de vida, como prática regular de atividade física e alimentação adequada, provoca grande melhoria na saúde e qualidade de vida do indivíduo reduzindo para 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares. Por isso a importância de se abordar esse assunto nas equipes de saúde, como prevenção das doenças crônicas, bem como manutenção em indivíduos que já desenvolveram alguma doença.

Ainda na perspectiva da melhoria dos serviços, no cuidado integral e humanizado, a Atenção Primária à Saúde incorpora as práticas integrativas e complementares favorecendo os princípios fundamentais do SUS: “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social”.

Métodos

O presente projeto consiste de uma pesquisa-intervenção, na qual é possível pesquisar e intervir na realidade investigada. A pesquisa-intervenção para MACIAZEKI-GOMES (2015, p. 1639) é: um processo de desnaturalização do objeto que visa conhecer a dicotomia sujeito x objeto; recriação do campo de investigação; implicação do pesquisador na singularização das experiências acompanhadas e, assim, no compromisso social e político com a realidade com a qual se trabalha.

Essa intervenção será realizada no município de Caruaru, o mais populoso do interior de Pernambuco, com uma população estimada de 351.686 habitantes, conforme dados do IBGE relativos ao ano de 2016, que vivem numa área territorial de 921 km². Atualmente se destaca como o mais importante polo econômico, médico-hospitalar, acadêmico, cultural e turístico do Agreste, sendo também famoso por sua tradicional feira livre. A atenção básica é composta por 56 USF com 71 Equipes de Saúde da Família e 52 Equipes de Saúde Bucal; quatro Centros

de Saúde; nove Equipes de NASF; três Academias da Saúde; quatro Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar; uma Casa de Apoio à Gestante.

No município de Caruaru as práticas integrativas estão sendo desenvolvidas nas equipes NASF por iniciativa de alguns profissionais, tratando os mais diversos problemas de saúde, sendo as doenças crônicas não transmissíveis as mais comuns. Os atendimentos são feitos por demanda espontânea dando preferência aos casos de maior incidência naquele território de abrangência da equipe, porém o município não possui uma política municipal de Práticas Integrativas e Complementares, ficando assim com os atendimentos restritos apenas a algumas equipes de NASF que possuem acupunturistas.

A intervenção será voltada para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que fazem parte do programa Hiperdia, devidamente cadastrados pelas fichas de acompanhamentos do e-SUS. Para a pesquisa, selecionamos idosos hipertensos que são acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Maria Auxiliadora, Pe. Inácio, e Kennedy 2 através do programa Hiperdia.

A presente intervenção terá como período de realização junho a outubro de 2017. Com o desenvolvimento dessa intervenção, tem-se a perspectiva de permanência com a continuidade e ampliação de experiências com Auriculoterapia para as demais Equipes de Saúde da Família e NASF da Atenção Básica do município de Caruaru-PE.

Etapas da Intervenção

A intervenção foi iniciada com reuniões de equipe NASF e USF com o intuito de apresentar o projeto de intervenção e sua importância. Em seguida iniciamos educação permanente apresentando o trabalho do NASF e suas possibilidades de intervenção, e na ocasião ficou acordado com as equipes como seria o fluxo para a inserção dos usuários no projeto de intervenção.

Num segundo momento convidamos a população-alvo a participar na sala de espera dos grupos de atividades do NASF e apresentar as práticas integrativas aos usuários hipertensos.

A intervenção será sequenciada com grupos de atividades físicas sistemáticos, duas vezes por semana, e os idosos que não estiverem conseguindo controlar sua HAS serão encaminhados para acompanhamento de auriculoterapia. Os usuários hipertensos receberão 10 sessões de auriculoterapia e o monitoramento será feito através de um formulário de evolução clínica anexada ao prontuário. Ao final das 10 semanas, aplicaremos um questionário pós-intervenção para avaliar as ações desenvolvidas.

Durante a realização do estudo, respeitaram-se os preceitos éticos para pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Caruaru. Os dados somente foram coletados após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa. Os participantes do projeto foram esclarecidos sobre a intervenção e pontos positivos e negativos do projeto.

Resultados

Os resultados desta intervenção foram evidentes, tanto no sentido da melhoria do processo de trabalho das equipes NASF e USF, quanto na melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida dos usuários que participaram desta intervenção, observamos também através da aplicação de questionário pré-intervenção um questionário pós-intervenção que houve significativa redução nos níveis de estresse e ansiedade, na melhoria das condições físicas, pois os usuários participaram de grupos regulares de atividade física durante toda a intervenção.

Após esta intervenção a secretaria de saúde do município de Caruaru identificou através dos resultados obtidos a importância e a eficácia desta prática como tratamento complementar da hipertensão arterial, favorecendo assim uma expansão de atendimentos em auriculoterapia para outras equipes NASF e academias da saúde, bem como, fornecimento de parte do ma-

terial para utilização da técnica, observamos também um aumento usuários de participantes dos grupos de atividade física com interesse também pela técnica.

Considerações Finais

As ações desenvolvidas através do projeto de intervenção demonstraram a necessidade de se ampliarem ações de prevenção e cuidado para hipertensos de maneira continuada com estratégias que realmente interfiram na mudança no estilo de vida, bem como ações que visem à inserção das práticas integrativas nos serviços públicos do município possibilitando o acesso ao tratamento a todos os usuários do SUS.

Os resultados obtidos com essa intervenção mostraram a eficácia da terapia auricular na redução da PA, uma vez que houve redução nos níveis de estresse e ansiedade, fatores que contribuem para o aumento da PA. Isso indica que a auriculoterapia é um excelente recurso na redução da PA, sem contar que é uma técnica sem contraindicações e sem efeitos colaterais, de baixo custo e que pode e deve estar presente nos centros de saúde dos municípios como um instrumento para melhoria da saúde e qualidade de vida dos usuários do SUS.

Referências Bibliográficas

ASSIS, Mônica de. **Promoção da saúde e envelhecimento:** avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/ UERJ. Biblioteca de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004. 220 p. Disponível em: <<http://bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0487.pdf>>. Acesso em: 22 abr 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos da Atenção Básica, n. 19), 192 p. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf> Acesso em: 10 maio 2017.

DULCETTI JUNIOR, **O Pequeno Tratado de Acupuntura Tradicional Chinesa**. São Paulo: Andrei, 2001.

GONZÁLES GARCIA, Ernesto. **Auriculoterapia**: Escola Huang Li Chun/Ernesto Gonzáles García: (tradução Edneia Iara Souza Martins). São Paulo: Roca, 1999. Dal Mas, Walter Douglas. **Auriculoterapia**; **Auriculoterapia na Doutrina Brasileira**. Editora Roca.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. **Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>>. Acesso em 20 maio de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Projeto de Intervenção: Terapia em Grupo para Usuários com Diagnóstico de Gagueira Cadastrados na Atenção Básica do Município de Salgueiro-PE

Stefanya Rozze Neto Nascimento

Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo

Fábia Maria de Santana

Introdução

Quando os fonoaudiólogos iniciaram sua atuação no serviço público, por volta da década de 1980, o modelo clínico-assistencialista dominava as práticas em saúde, limitando-as a atendimentos individuais que, muitas vezes, visavam apenas à patologia instalada. Esse modelo priorizava exercícios e orientações incompatíveis com as reais condições de vida dos pacientes, no que diz respeito a sua percepção sobre a doença e a interferência dela no cotidiano e na sua inclusão social, desse modo surgiu a necessidade de atendimentos em grupo (PENTEADO; SERVILHA, 2004; RIBEIRO et al, 2012).

Estudos revelam que a linguagem é a representação do que sabemos e pensamos sobre o mundo, transmitida e entendida através de sinais e símbolos convencionados e arbitrários e que tem a comunicação como seu objetivo maior. Como a fluência é um dos parâmetros da linguagem, entendemos a gagueira como um distúrbio de comunicação que deve ser devidamente entendido bem como atendido por fonoaudiólogos (BOHNEN, 2005).

Estudos apontam a terapia de grupo como experiência positiva em fonoaudiologia, já que atua nos aspectos de promoção da saúde a partir da construção de conceitos, noções de autocuidado e educação em saúde, bem como oferece possibilidades de intervenção terapêutica em que a pessoa é assistida com abrangência biopsicossocial (SOUZA et al. 2011; RIBEIRO et al., 2013).

Como gagueira desenvolvimental persistente (GDP) entende-se um transtorno da fluência que se manifesta por rupturas involuntárias no fluxo da fala, que se inicia na infância e que pode persistir na fase adulta. Esse distúrbio é caracterizado por excessiva repetição de sons, de sílabas e palavras monossilábicas, prolongamentos e bloqueios, geralmente em mais de 3% da fala (ARCURI et al., 2009).

Apesar de a etiologia da gagueira ainda não ser muito clara, entende-se que a mesma, quando iniciada na infância, agrava-se com o passar do tempo. Na literatura, observam-se conceitos amplos e indefinidos de causas multifatoriais ou multidimensionais. Há apontamentos sobre hereditariedade, questões genéticas, aspectos neurofisiológicos, fatores ambientais e emocionais (BOHNEN, 2002).

De posse das considerações acima, este projeto de intervenção surgiu a partir da inserção da discente no município de Salgueiro-PE no curso de Especialização em Saúde Coletiva promovido pela Escola de Governo de Saúde Pública do Estado de Pernambuco e que teve como sede o município de Serra Talhada. A referida discente identificou que em Salgueiro havia em funcionamento dezoito equipes da Estratégias de Saúde da Família, as quais apresentavam alta demanda para atendimentos fonoaudiólogo, em especial, com diagnóstico de gagueira, apontando, desse modo, para a necessidade de formar grupos terapêuticos e, como tal, a necessidade de criar estratégias que possibilitassem a adequação dos serviços para atender a alta demanda existente.

Para esse fim foi proposta, portanto, a criação da terapia fonoaudiológica em grupo no município de Salgueiro e como problema sobre a qual essa pesquisa visa debruçar-se constituiu-se como: A implantação de grupo para pacientes com diagnóstico de gagueira é eficaz para reduzir a lista de espera para o acompanhamento fonoaudiológico no município de Salgueiro-PE?

Métodos

Trata-se de um projeto de intervenção realizado município de Salgueiro-PE, entre janeiro/2018 a março/2018, no qual os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização (THIOLLENT, 2005).

Salgueiro-PE fica localizado a 513 km da capital pernambucana e apresenta uma população estimada de 59 mil habitantes. Os serviços de saúde do município são compostos basicamente por atenção básica, no total de dezoito ESF, um NASF e dois polos de Academia da Saúde. A atenção secundária tem a policlínica, que dispõe de alguns serviços de reabilitação, bem como de, serviços terceirizados de dois fisioterapeutas e de uma fonoaudióloga.

Público-alvo

Serão contemplados os usuários diagnosticados com gagueira cadastrados na atenção básica, e o levantamento do número de usuários que desejam participar dos grupos será realizado pelos profissionais do NASF, junto à Regulação e às Estratégias de Saúde da Família do município. Todos os sujeitos com diagnóstico de gagueira que desejarem poderão participar dos grupos terapêuticos. O único critério de exclusão será idade inferior a sete anos, pois dos dois aos sete anos de idade a criança ainda se encontra na fase da gagueira natural ou fisiológica, na qual não há necessidade de intervenção. O número de participantes será no máximo dez por grupo.

Etapas de Desenvolvimento do Projeto

Apresentação da proposta de formação do grupo para pacientes com diagnóstico de gagueira à coordenação de Atenção Básica e ao secretário de saúde do município.

Estrutura das Sessões:

O grupo será conduzido em sala de reuniões da Policlínica Municipal de Salgueiro-PE, cedida temporariamente para esse propósito. As sessões em grupo serão realizadas semanalmente, com a duração de 90 minutos, conduzidas pelas fonoaudiólogas, fisioterapeutas e nutricionistas do NASF. Para realização dos grupos será solicitado material impresso (panfletos) e xerox conforme o número de participantes.

Encontros, Ações, Instrumento, Metas e Responsáveis

- **1º** Avaliação individual. Protocolo de avaliação objetiva de fluência da fala. Protocolo de autopercepção dos comportamentos verbais e não verbais. Identificação dos usuários e definição da terapêutica com base nos comportamentos verbais e não verbais. Fonoaudiólogo da Equipe NASF.
- **2º (1ª sessão)** Após as apresentações a equipe NASF irá explicar sobre a metodologia do grupo, assim como informações a respeito da gagueira, suas possíveis causas e tratamentos. Sentimentos a respeito da gagueira. Roda de conversa com os participantes do grupo. Serão entregues nesse momento as xerox com informações sobre a gagueira. Em seguida será abordada a compreensão dos usuários sobre a metodologia do grupo, bem como oferecidos esclarecimentos sobre fatos marcantes que podem contribuir para suas alterações de fala. Será trabalhado com o grupo possibilidades para lidar com a gagueira nas diversas situações do dia a dia.

- **3º (2ª sessão)** Nessa sessão os usuários serão incentivados a demonstrar suas experiências recentes, identificando e analisando os comportamentos de fala fluente e disfluente. Para tal, inicialmente, os participantes serão levados a perceber os momentos de fala fluente e disfluente e tensões associadas ao ato motor da fala. Logo após, serão solicitados a analisar tais comportamentos em diferentes situações de comunicação, a exemplo do uso de fala espontânea e leitura em diferentes situações e contextos. Em seguida será entregue xerox com informações de fala fluente e disfluente. Dando sequência ao encontro, buscar-se-á abordar o autoconhecimento sobre si mesmo e sobre a sua gagueira, sobre as possibilidades de melhora da autoestima, bem como a conscientização sobre os momentos de tensões e ansiedade que podem estar relacionados à gagueira.
- **4º (3ª sessão)** Visará trabalhar a redução da tensão, o que será conduzido por meio de exercícios cervicais e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, com vistas a favorecer o relaxamento e, indiretamente, levar a uma fala menos disfluente. Durante a sessão será realizado, ainda, o treino da respiração e coordenação pneumofonoarticulatória, durante o qual os participantes serão levados a prestar atenção em sua própria respiração e no modelo de respiração correta dado pelo terapeuta. Esse treino utilizará como recurso músicas de relaxamento e colchonetes no chão. Em seguida ao referido treino, será entregue xerox com informações e orientações sobre respiração e tensão. Compreensão das técnicas de respiração profunda e relaxamento que visam aumentar a capacidade pulmonar e reduzir a ansiedade. Exercícios de relaxamentos para diminuir a tensão na face e cintura escapular. Fonoaudiólogo da Equipe NASF.
- **5º (4ª sessão)** Esse encontro terá como objetivo intensificar e aprimorar a redução da tensão dos participantes, o que se dará por meio de exercícios de relaxamento e

exercícios cervicais, bem como da realização de massagem relaxante. Serão utilizados, ainda, colchonetes e músicas e massageadores elétricos do próprio NASF. Nesse encontro, já espera-se poder ser observado uma redução das tensões e uma fala mais fluente dos participantes.

- **6º (5ª sessão)** Nesse encontro serão ofertadas orientações sobre alimentação saudável, enfatizando o consumo de alimentos relaxantes e inibindo os alimentos estimulantes. Em seguida será entregue xerox com orientações sobre alimentação adequada para sujeitos que gaguejam. Nesse encontro espera-se observar maior nível de relaxamento e, conseqüentemente, melhora da fluência dos participantes. Esse encontro contará com a condução da nutricionista da Equipe NASF.

Monitoramento da Intervenção

Protocolo de Avaliação Objetiva de Fluência de Fala criado por Andrade (2000), contendo perguntas acerca do perfil (idade, escolaridade), tipologia das disfluências, velocidade de fala, frequência de rupturas, concomitantes físicos, transcrição de amostra de fala e transcrição da mensagem expressa.

Para verificar a eficiência da realização da terapia de grupo quanto à fase da identificação, será aplicado um Protocolo de Autopercepção dos Comportamentos Verbais e Não Verbais elaborado por Andrade (2004), contendo perguntas sobre: padrões de gagueira (repetição de palavras, pausas, repetição de sons, entre outros) que o usuário percebe e se realiza movimentos e características (fechar os olhos, piscar, apertar os olhos, entre outros) que estão presentes no momento da gagueira do usuário.

Além disso, ao final da intervenção, será aplicado um questionário com o propósito de identificar a percepção dos participantes em relação à melhora da fluência e da qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica de grupo (ANDRADE, 2008).

Resultados Esperados

Como resultados dessa intervenção, espera-se observar uma redução de usuários na lista de espera das equipes da ESF que desenvolverem o projeto de intervenção. Espera-se ainda a melhora de aspectos verbais e não verbais dos participantes dos grupos, de suas autoestimas e, conseqüentemente, trazer benefícios na vida social e profissionais dos sujeitos participantes do projeto de intervenção em tela.

Considerações Finais

A intervenção ora proposta objetiva implantar terapia fonoaudiológica em grupo para usuários com diagnóstico de gagueira cadastrados na estratégia de saúde da família no município de Salgueiro-PE. Para que o mesmo se materialize, serão necessárias algumas articulações, especialmente, com a gestão e com as equipes envolvidas no projeto para sensibilizar e capacitar os referidos profissionais para a condução dos grupos propostos.

Consideramos que ao ser colocado em prática o presente projeto, o município de Salgueiro estará enfrentando uma das fragilidades de sua população, ou seja, a dos sujeitos gagos, que muitas vezes invisibilizados, ficam às margens da sociedade, realidade essa que, infelizmente, não é diferente em outros municípios brasileiros. Caso o projeto venha a ser executado, o município estará sendo estratégico para prestar assistência a esse público-alvo e potencializando o atendimento fonoaudiólogo na rede, interrompendo o longo período de espera das pessoas e ampliando sua qualidade de vida, tal como preconizado no SUS.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, C. R. F. Protocolo para avaliação da fluência da fala. **Rev. Pró-Fono de Atual. Cient.**, v 12, n. 2, p. 131-4, 2000.

ANDRADE, C. R. F. Fluência. In: Andrade, C. R. F.; Béfi-lobes, D. M.; Wertzner,

H. F.; Fernandes, F. D. M. ABFW. **Teste de linguagem infantil**: nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Pró Fono. 2. ed. Barueri, 2004. p 71-94.

ANDRADE, C. R. F; Sassi F. C., Juste F.S., Ercolin B. Qualidade de vida em indivíduos com gagueira desenvolvimental persistente. **Rev. Pró-Fono de Atual. Cient.**, v. 20, n. 4, p. 219-24, 2008.

ARCURI, C. F ; Osborn, E; Schiefer, A. M.; Chiari B. M. Taxa de elocução de fala segundo a gravidade da gagueira. **Pró-Fono: Rev Atual Cient.** v 21, n 1, p 45-50, 2009.

BOHNEN, A. J. Fatores de risco para o surgimento da gagueira: um estudo de caso dos dois anos e três meses aos doze anos e quatro meses. In: Meira I. **Tratando gagueira**: diferentes abordagens. São Paulo: Cortez, 2002. p. 26.

BOHNEN, A. J. **Avaliando Crianças com Gagueira. Resumo site gagueira.** Capítulo III, p. 65, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOONE, Daniel R. **Comunicação humana e seus distúrbios**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CÔRTEZ, et al. **Fonoaudiologia: teorias e dicas**: questões de provas comentadas. Rio de Janeiro: Águia dourada, 2015.

DINVILLE, C. **A gagueira**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1993.

FRIEDMAN, S. **Gagueira: origem e tratamento**. 3ª edição. São Paulo: Summus, 1986.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LINHARES, M. O., BISTENE, P. M. **Análise da eficácia da terapia fonoaudiológica de grupo para gogos adultos**: discussão de casos. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, 2009.

PENTEADO, R. Z; Servilha, E. A. M. S. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Rev. Distúrbios da Comunicação**, v. 16, n. 1, p. 107-16, 2004.

PERELLÓ, J. **Transtornos da fala**. 5. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1995.

RIBEIRO, V. V., Panhoca I., Leite A. P. D., Bagarollo, M. F. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: Revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 3, p. 544-52, 2012.

RIBEIRO V. V. et al. Percepção dos pais sobre a qualidade de vida em voz e evolução clínica de crianças disfônicas pré e pós-terapia fonoaudiológica em grupo. **Rev. Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, p. 81-90.

RIBEIRO, V. V. et al. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: estudo de caso. **Rev. CEFAC.**, v. 15, n. 2, p. 485-94, 2013.

SOUZA, A. P. R. et al. O grupo na fonoaudiologia: Origens clínicas e na saúde coletiva. **Rev CEFAC**. v. 13, n. 1, p. 140, 2011.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

VAN RIPER, C.; EMERICK, L. Correção da Linguagem: uma introdução à patologia da fala e à audiolgia. Tradução de: DOMINGUES, M. G. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

YAIRI, E. Disfluency characteristics of childhood stuttering. In: CURLEE, R. F.; SIEGEL, G. M. (ed.). **Nature and treatment of stuttering**. Needham Heights: USA, 1997. p. 49-76.

Ações de Educação em Saúde como estratégia para aumentar a adesão ao exame citopatológico na Policlínica de São Bento do Una-PE

*Josefa Cinthia Pacheco da Silva
Anderson Danilo Dario Lima
Sebastião André Barbosa Junior*

Introdução

O câncer de colo de útero está diretamente vinculado ao contexto econômico do país. Sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada aos mais desenvolvidos. Quase 85% dos óbitos anuais por essa doença ocorrem nos países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer do colo uterino é considerado um importante problema de saúde pública que acomete principalmente mulheres de baixo nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (AMORIM et al., 2006; INCA, 2011). No mundo, esse tipo de câncer é o terceiro mais comum entre as mulheres. No Brasil, é o segundo tumor mais diagnosticado entre as mulheres, apesar de possuir um grande potencial de prevenção (INCA, 2010; RICO; IRIART, 2013).

Com a exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o tumor que apresenta maior probabilidade de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Uma redução de 80% da mortalidade pode ser alcançada por meio do

rastreamento para a detecção da doença entre mulheres assintomáticas, na faixa etária de 25-65 anos, mediante o exame de Papanicolau e o tratamento das lesões com potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Entretanto, apesar da possibilidade de prevenção, observa-se ainda que, em cerca de 50% dos casos, a doença é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), tornando o seu tratamento mais agressivo e diminuindo, portanto, as possibilidades de cura (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

O exame é realizado em uma Unidade de Saúde pelo médico ou enfermeiro, porém muitas mulheres consideram-no como um procedimento constrangedor, que causa vergonha, ansiedade, desconforto, e com isso acaba sendo adiada a procura pelo serviço de saúde. É de suma importância que o profissional que realiza esse exame tenha uma postura técnica e ética, que venha a passar segurança para a paciente no sentido de preservar sua privacidade, além de explicar os procedimentos que serão realizados, desmistificando alguns tabus que antecederiam a realização do exame (EDUARDO, 2007).

Vários são os trabalhos que relatam a baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero. Dentre os principais motivos da não adesão das usuárias ao exame estão: o baixo e/ou insuficiente conhecimento das mulheres sobre o câncer, o exame preventivo e a sua importância, alguns sentimentos negativos ao exame, como medo, vergonha, constrangimento etc., e aspectos ligados a deficiência do processo de trabalho dos profissionais de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2009; FERREIRA, 2009; LUZIA BRASIL, 2012; REIS, 2013; CARVALHO, 2014; AGUILAR; SOARES, 2015; SANTOS SILVA et al., 2015).

A Policlínica Municipal de São Bento do Una-PE atende as pessoas que estão fora das áreas de cobertura da atenção básica do município. Dentre os principais problemas observados, a baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero e conseqüentemente o não atingimento da meta mensal é um que vem se destacando. A meta é estipulada pela V Regional de Saúde de Pernambuco (V GERES/Garanhuns-PE) para os muni-

cípios que a compõem. O número de São Bento do Una é de 3.984 exames ao ano, sendo 332 ao mês, números que o município divide para as unidades básicas de saúde e a policlínica municipal, ficando uma média de 50 exames por mês para a Policlínica.

Tais motivos podem ser enfrentados e amenizados com a realização de atividades de Educação em Saúde. As atividades educativas são relevantes para melhorar o conhecimento e a adesão às técnicas de prevenção do câncer de colo de útero. Pesquisas de intervenção foram importantes no aumento da adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero e ao aumento do conhecimento sobre outras formas de prevenção. Outro importante fator levantado é que a Educação em Saúde precisa ser realizada paralelamente à melhoria dos acessos ao serviço de saúde (FANG; MA; TAN, 2011; RIQUELME et al., 2012; SOARES; SILVA, 2016).

Partindo dessa problemática, da baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico do colo de útero, objetiva-se realizar ações de Educação em Saúde como estratégia para aumentar a adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero na Policlínica Municipal de São Bento do Una-PE.

Métodos

Este Projeto de Intervenção segue um padrão de roteiro semelhante ao de uma pesquisa, mas tem a pretensão de orientar uma ação que provoque uma mudança/transformação em uma determinada realidade (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

A intervenção será realizada em São Bento do Una, município situado a 206 km de Recife, capital de Pernambuco, e que conta com uma área de 712,9km², com uma população estimada, em 2016, de 58.251 habitantes. Seu acesso é feito pela BR-232, BR-423 e PE-180, limitando-se ao norte e nordeste com o município de Belo Jardim, ao sul com as cidades de Lajedo, Jupi e Jucati, ao leste com o município de Cachoeirinha e ao oeste

e noroeste com as cidades de Capoeiras, Sanharó e Pesqueira. O clima da cidade é do tipo tropical chuvoso, com verão seco (PREFEITURA DE SÃO BENTO DO UNA, 2015; IBGE, 2016).

Os serviços e a atenção à saúde no município estão organizados da seguinte forma: um Hospital Municipal com serviço de urgência e emergência, com disponibilidade de 22 leitos de internamento, nove Unidades Básicas de Saúde, sendo quatro na zona urbana e cinco na zona rural, um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) composto por duas enfermeiras, dois médicos, uma técnica de enfermagem, cada, um serviço de atendimento domiciliar (SAD) composto por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual conta com os serviços de psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Central de Marcação onde se realizam as marcações para aquelas demandas que não disponíveis no município, um Centro Odontológico, um Centro de Referência Especializada da Assistência social (CREAS), um Centro de Referência da Assistência social (CRAS), uma Academia das Cidades e uma Policlínica Municipal.

A Policlínica Municipal, anteriormente, teve diversas denominações, passando por Unidade Mista, Ambulatório Municipal, Centro de Saúde e atualmente sendo registrada como Policlínica Municipal de São Bento do Una-PE. Está enquadrada na microrregião VI, fazendo parte da V Geres.

Dentro de sua estrutura física, presta atendimento de atenção básica e média complexidade à comunidade, com consultas agendadas e atendimento de livre demanda, priorizando as áreas descobertas. Funciona de segunda a sexta, no horário das 07h00 às 13h00, ofertando as seguintes especialidades ambulatoriais e serviços: consulta clínica geral, fonoaudiologia, fisioterapia ambulatorial e domiciliar, fonoaudióloga, enfermagem, realizando pré-natal, puericultura e citologia, vacinação, curativo, sala de antropometria, sala de planejamento familiar, Farmácia, exames laboratoriais, ultrassonografia, teste do pezinho e teste da orelhinha.

Será realizado um levantamento de dados absolutos e relativos a respeito dos exames de citopatológicos de colo de útero realizados na policlínica municipal durante o período retrospectivo de três anos anteriores à intervenção, compreendendo o período de 2013 a 2016, para posteriormente ser feita análise comparativa dos dados coletados com os dados de monitoramento, a fim de avaliar a adesão das mulheres após as ações de Educação em Saúde.

Antes da realização de cada atividade, reunião, rodas de conversa e acolhimento, será realizada uma entrevista individual semiestruturada, contendo dados da usuária, a importância da realização do exame para a mulher, frequência em que realiza o exame, opinião sobre em que podemos melhorar e o porquê de muitas mulheres terem receio em realizar o exame, também a construção de propostas para a melhoria do acesso das mulheres aos serviços de saúde e de estratégias que estimulem o aumento da adesão ao exame citopatológico de colo de útero.

Descrição das Etapas da Intervenção

Articulação com as redes sociais do município de São Bento do Una

O processo educativo já começa quando estamos articulando com as instituições/movimentos à procura de estabelecer parcerias para nos aproximarmos das mulheres do município. Inicialmente se agendará uma reunião com possíveis colaboradores do projeto, que serão os representantes do Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR), Sindicato dos Servidores Público Municipal, (SISPUM) e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ambos da cidade de São Bento do Una-PE, para fim de realizar discussões sobre o projeto e buscar parcerias para a sua realização.

Divulgação de informações sobre o câncer de colo de útero na mídia local

Com a perspectiva de alcançar uma maior porcentagem da população do município, será realizada uma parceria com a rádio comunitária do município para participação em sua programação. Semanalmente na rádio já existe um espaço no qual são tratados assuntos de interesses da população. É com interesse na participação mensal nesse momento que se aproveitará para falar de forma informal e objetiva para a população do município sobre o câncer do colo do útero, métodos de prevenção, dando destaque à importância da realização periódica do exame de Papanicolau e o tratamento da doença.

Elaboração e distribuição de cartilhas

A cartilha terá informações sobre o câncer do colo do útero, epidemiologia, prevenção, fatores de risco, tratamento, conterà imagens ilustrativas com intuito de chamar a atenção às pessoas e informar sobre a importância da realização do exame de citologia.

A distribuição da cartilha acontecerá durante as rodas de conversas, nas quais cada participante receberá um panfleto, durante o acolhimento na policlínica municipal, onde as pessoas serão orientadas sobre a doença. Os panfletos também serão ofertados em locais públicos de grande circulação, como as sedes das instituições colaboradoras (sindicatos, CRAS, rádio comunitária etc.), a Policlínica, sedes da secretária de saúde, além da divulgação em mídias digitais.

Rodas de conversas com a colaboração das redes sociais

Essas intervenções serão realizadas no formato de rodas de conversas, com auxílio de cartazes, data show, entre outros instrumentos. As pessoas serão estimuladas a participar da atividade com o desenvolvimento de metodologias participativas e problematizações de situações reais.

Após cada reunião será realizada uma avaliação coletiva da palestra e também a construção de propostas para a melhoria do acesso das mulheres aos serviços de saúde e de estratégias que estimulem o aumento da adesão ao exame citopatológico de colo de útero.

O acolhimento na Policlínica Municipal

Na Policlínica Municipal a abordagem será durante as diferentes consultas a que as mulheres comparecerem na unidade, seja ela médica ou de enfermagem, sala de peso e vacina. Iremos aproveitar o momento para realizar intervenções rápidas sobre o câncer de colo de útero, com palestras curtas, exibição de cartazes e diálogos individuais a fim de orientar e tirar dúvidas, enfatizar a importância da realização do exame citopatológico de colo de útero periodicamente, entregar a cartilha e organizar agendamentos para a realização do exame citopatológico do câncer de colo do útero na Policlínica Municipal.

Monitoramento e avaliação da intervenção

O monitoramento da adesão das mulheres ao exame preventivo se dará mensalmente, num período de um ano, após a intervenção, através da coleta de dados do livro de exame preventivo citológico de colo de útero da Policlínica e a requisição do exame, respondido pela paciente no momento da anamnese. Para auxiliar na atividade, foi elaborada uma planilha, contendo como principais informações: nome completo, documento de identificação (RG ou CPF), data de nascimento, endereço da paciente, data da coleta do exame, data da entrega, resultado e encaminhamentos.

Após a realização das ações da intervenção e de monitoramento, será realizada uma avaliação da adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero na policlínica municipal através de uma comparação dos dados absolutos e relativos coletados no período anterior à intervenção com os coletados posteriormente as atividades.

Considerações Finais

Espera-se inicialmente que seja criado e fortalecido o vínculo entre as mulheres e os serviços de saúde do município de São Bento do Una-PE, a fim de estimular a conscientização da população, conseguir atingir o processo de educação em saúde na construção de uma mentalidade responsabilizada e comprometida em reconhecer a importância da prevenção e preservação da saúde como possibilidade de uma vida saudável.

Assim, espera-se motivar as mulheres do município a realizarem o exame ginecológico sem que esteja vinculado ao aparecimento de sintomas, e sim ao hábito de cuidar-se e com a preocupação com sua condição de saúde.

Dessa forma almeja-se o aumento da adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero na Policlínica Municipal, conseguindo alcançar a sua meta, além do aumento da adesão em outros serviços de saúde da cidade, pois só por intermédio de um diagnóstico precoce é que o controle e o prognóstico do câncer uterino cervical poderá ser promissor.

Os dados obtidos nesse projeto poderão se tornar informações, que poderão subsidiar futuros estudos epidemiológicos, juntamente com a Vigilância Epidemiológica do Município, na Região de Saúde e também para o Estado.

É preciso prevenir e diagnosticar o câncer de colo de útero o mais cedo possível e com isso, no decorrer do tempo, assegurar às pessoas que o diagnóstico precoce do câncer levará à utilização de meios de tratamento mais simples, menos dispendiosos e mais eficazes, tornando-o tratável e reduzindo, assim, o número de óbitos.

Referências Bibliográficas

AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00359.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

ALBUQUERQUE, K. M. de; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T. de; AQUINO, E. M.L.; MENEZES, G.; SZWARCOWALD, C. L. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. 301-309, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. de A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOULDBAUM, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolau: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2329-2338, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/07.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CARVALHO, L. P. de; **Importância da adesão das mulheres ao exame de Papanicolau para a prevenção ao câncer cérvico-uterino**, 2014, 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG. Condutas do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Câncer do Colo de Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 351-354, 2000.

FERREIRA, M. de L. da S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 378-384, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20>>. Acesso em 12 abr. 2017.

FREITAS FILHO, L. de A. **O exame Papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras no colo de útero**. 46f. Monografia (Especialização em Citologia Clínica), Universidade Paulista, Centro de Consultoria Educacional, Recife-PE. 2011. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 mar 24]. 118 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>> Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do úte-

ro. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Atlas de mortalidade por câncer [Internet]. [Rio de Janeiro: INCA; 2008] [citado 2011 nov 24]. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade>>

LUZIA BRASIL, G. **Projeto de intervenção para redução do índice baixo de coleta do exame citológico nas USFs do município de Paudalho – PE**, 2012, 36f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife – PE.

OLIVEIRA, M. M. H. N.; SILVA, A. A. M.; BRITO, L. M. O.; COIMBRA, L. C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

OLIVEIRA C. M. C. S.; OLIVEIRA M. A. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção**. UNIFESP: São Paulo, UNA-SUS, 2015. 19p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017. Assessoria de Comunicação da Prefeitura de São Bento do Una – PE; 2015-IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.

REIS F. C. R. **A baixa cobertura de exame citopatológico em uma Unidade de saúde da Família no município de Varginha – Minas Gerais**, 2013, 29f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B.: “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a16v29n9.pdf>>. Acesso: 14 abr. 2017.

RIQUELME, H. G.; CONCHA P. X.; URRUTIA S. M. T. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia**, v. 77, n.2, p. 111-115, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n2/art06.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

FANG, C. Y.; MA, G. X.; TAN, Y. Overcoming barriers to cervical cancer screening among Asian American women. **National American Journal Medical**

Science (Boston), v. 4, n. 2, p. 77-83, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115728/pdf/nihms285936.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SANTOS SILVA, M. A. dos; TEIXEIRA, E. M. B.; FERRARI, R. A. P.; CESTARI, M. E. W.; CARDELLI, A. A. M. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 4, p. 532-539, 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2025/pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. da. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 381-391, 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0404.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

Educação em saúde com ênfase na sexualidade e prevenção da gravidez na adolescência no município de Cedro-PE

Nádia Alves Leite

Bruno Costa de Macedo

Anderson Danilo Dario Lima

Introdução

A adolescência é o período que compreende, enquanto recorte etário, a faixa dos 10 aos 20 anos incompletos e, para a área da saúde, divide-se em pré-adolescência, adolescência e adolescência tardia ou pós-adolescência (OLIVEIRA; SILVA, 2015).

É a fase do desenvolvimento humano, pela qual todos passam, correspondendo à fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada pelo aparecimento dos primeiros indícios físicos da maturidade sexual e finaliza com a realização social da situação de adulto independente. Hoje é considerado um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida (FERREIRA; NELAS, 2016).

A sexualidade é um dos importantes aspectos da adolescência, pois é nessa fase da vida do ser humano que a identidade sexual está se formando. Diante dessa realidade, a sexualidade deve ser um tema de discussão e debate entre pais, educadores

e profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar maneiras de informar e orientar os jovens para que protejam ao máximo sua iniciação sexual, tenham responsabilidade, autoestima e pratiquem sexo com segurança, a fim de prevenir intercorrências no decorrer desse processo de descobertas (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007).

A gravidez na adolescência, considerada de alto risco pela complexidade de fatores, torna-se um problema de saúde pública devido às consequências que impõe à sociedade como um todo (RIOS, WILLIAMS E AIELLO 2007).

Dentre as consequências relacionadas à prática insegura da sexualidade na adolescência, destacam-se as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e as gestações precoces, não só pelos custos para a saúde pública, mas também pelos riscos e complicações pelas quais os adolescentes e neonatos podem passar mediante esses acontecimentos, tornando-as mais predispostas a morbimortalidade perinatal e mortalidade materna (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

Nesse sentido, a gravidez no extremo inferior da vida tem sido objeto de preocupação, pois a gestação, o parto e a maternidade são situações que podem trazer múltiplas consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde dos pais adolescentes e da criança (COATES; SANT'ANNA, 2001). Com o aumento exponencial do número de gestantes adolescentes, os profissionais de saúde veem-se cercados por desafios na conduta clínica desses casos, por conta dos resultados biopsicossociais adversos que englobam essa problemática (COATES; SANT'ANNA, 2001).

A gravidez na adolescência é uma questão complexa que não pode ser simplificada. Ela surge como uma necessidade urgente nos dias atuais, especialmente no âmbito da saúde pública, já que são encontrados programas e/ou projetos que auxiliam as famílias de adolescentes e profissionais de saúde de forma mais consistente (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

A gestação precoce deve ser vista para além do rótulo de problema, pois sua ocorrência traduz-se como possibilidade à orientação das ações profissionais em torno da questão, pois, apesar de toda literatura e informações disponíveis em meios de comunicação e internet, os casos continuam aumentando exponencialmente (ALMEIDA; SOUZA, 2011).

Assim, essa temática deve ser discutida a fim de desconstruir essas verdades, mitos e tabus, porém sem desvalorizar ou invalidar os componentes de estudos anteriores nem tampouco fomentar a gravidez entre os jovens, e sim excluir respeitar seus direitos sexuais e reprodutivos (ALMEIDA; SOUZA, 2011).

A prevenção da gravidez na adolescência é uma corresponsabilidade de cada componente na área de Saúde, Assistência Social, Educação e Sociedade, em especial da equipe da saúde, e vai além de aprimorar a escuta, fortalecer os vínculos, garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais. São de indescartável relevância a intersetorialidade e as ações coletivas para a promoção e desenvolvimento de atitudes e habilidades nos adolescentes para lidar com a sexualidade, aumentando o seu poder de decisão para não ceder às pressões, ampliar a força de negociação, desenvolver o autocuidado, ampliar o acesso a atividades educativas e recreativas e estimular o protagonismo (GURGEL et al., 2008).

Assim, objetivou-se implementar ações de educação em saúde com espaço reflexivo para troca de saberes entre profissionais e adolescentes sobre sexualidade e gravidez na adolescência no município de Cedro-PE.

Métodos

O presente Projeto de Intervenção busca atender adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, moradores da área de abrangência de cinco Unidades Básicas de Saúde do município de Cedro-PE.

Serão critérios de inclusão para escolha dos adolescentes o interesse do adolescente de participar do grupo, residir em micro-área com maior vulnerabilidade ao evento “Gravidez na Adolescência”, que está relacionado a outras questões sócias como: álcool e drogas, pobreza, baixa escolaridade, etc. Os mesmos serão identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O projeto será realizado entre janeiro e agosto de 2018. Serão realizadas cinco Oficinas de Estratégia de promoção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente para as equipes das Unidades Básicas de Saúde, uma por equipe contemplando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e no mínimo 60% dos profissionais de cada equipe, qualificando os profissionais através da oficina, visando ao progresso do processo de trabalho dos profissionais da atenção Básica com base na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de Cedro-PE.

Os encontros com grupos de jovens serão realizados mensalmente com duração de 2 horas em cada turno, em espaços disponibilizados pela gestão: Unidade de Saúde, Casa da Juventude, Centro pastoral, Escolas, SINDISMUC e etc., sob a condução dos profissionais da Atenção Básica do município, fortalecendo o vínculo entre profissionais e adolescentes, e serão organizados conforme as temáticas da sexualidade e gravidez na adolescência.

Todos os participantes envolvidos no projeto de intervenção serão esclarecidos quanto aos seus objetivos e metas, além de não haver nenhuma forma de remuneração nem exposição durante a sua participação. Será solicitada autorização através da declaração de anuência à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cedro-PE.

O custeio desse Projeto de Intervenção será submetido à Secretaria Municipal de Saúde de Cedro para averiguação dos recursos necessários ao seu financiamento. O projeto será enviado ao órgão mencionado para possibilitar por meio do responsável o conhecimento das propostas do projeto e a viabilidade para o município.

Resultados Esperados

Com a realização desse projeto de intervenção espera-se que os adolescentes compreendam os objetivos da educação em saúde, tendo em foco a importância de se prevenir uma gravidez no período da adolescência. Além disso, que eles descrevam os métodos contraceptivos disponíveis, formas de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), verbalizem a importância de manter práticas sexuais com responsabilidade e que relatem as consequências biopsicossociais de uma gestação precoce, participando em próximos encontros como palestrantes junto aos profissionais.

Almeja-se ainda que esse projeto possa contribuir de forma significativa para a redução da gravidez na adolescência, diminuição dos números relacionados à mortalidade infantil, abastamento dos riscos e complicações maternos e pediátricos, abatimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em adolescentes, além de melhorias nas Políticas Públicas voltadas à saúde do adolescente.

Considerações Finais

Com a elaboração e aplicação do presente Projeto de Intervenção, será possível a reflexão e a constatação de importantes resultados relacionados ao autoconhecimento e prevenção da gravidez na adolescência, bem como o desenvolvimento de uma gravidez saudável nesse período do ciclo vital.

Os conflitos emocionais e reais na adolescência são comuns e proporcionar oportunidades para que os mesmos expressem opiniões é fundamental na criação e fortalecimento do vínculo profissional-usuário, resultando concomitantemente em uma maior adesão ao serviço de saúde.

O projeto não foi executado devido ao término do vínculo da autora com o município antes da aprovação do mesmo pelos órgãos competentes (comitê de ética, secretaria de saúde, etc).

Devido à importância de sua contribuição, o mesmo será readaptado para aplicação em outro município após estudos demográficos que permitam o conhecimento do perfil populacional, em especial do público adolescente.

Conclui-se que a Educação em Saúde é uma importante ferramenta de trabalho para a equipe multiprofissional, à medida que esta é utilizada para intervir em situações comuns presentes na atenção primária à saúde.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E. O. Gestação na adolescência com enfoque no casal: movimento existencial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul./set. 2011.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abr. 2000.

COATES, V; SANT´ANNA, J. C. Gravidez na adolescência. In: FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. F. N. (col.). **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 71-84.

GURGEL, M. G. et al. Gravidez na adolescência. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 799-805, dez, 2008.

OLIVEIRA, R. C.; SILVA, C. A. F. O adolescente em consulta: percepções biomédicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, jul./set. 2015.

PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 623-636, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Pernambuco, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico**. Pernambuco, 2016.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. **Adolescência e Saúde**, v. 4, n.1, p. 6-11, 2007.

Qualificação das práticas de saúde bucal em pré-escolares: educação permanente com educadores das creches municipais de Caruaru-PE

*Carina Castro Toscano de Carvalho
Livia Milena Barbosa de Deus e Mélllo
Dara Andrade Felipe*

Introdução

A saúde bucal é parte integrante e fundamental da saúde geral e, segundo Narvai (2006), definida como um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilitam ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.

A cárie e a doença periodontal situam-se entre as doenças bucais com maior prevalência no cenário mundial, ambas causadas por componentes da placa bacteriana, sendo o Brasil um dos países que apresentam maiores índices de cárie dentária e periodontopatias (SÁ; VASCONCELOS, 2009).

A cárie dentária é uma doença multifatorial que se desenvolve a partir da interação em condições críticas de três fatores primários, representados pelo hospedeiro portador de dentes suscetíveis, a colonização de microbiota cariogênica e o consumo

frequente de carboidratos fermentáveis modulados pelo tempo (NEWBRUN, 1983). Além desses fatores primários, destacam-se ainda os fatores modificadores ou moduladores, tais como renda, educação, fatores comportamentais, conhecimento e escolaridade, que são também capazes de condicionar o surgimento e influem na velocidade de expansão da doença (FEJERSKOV, 1990). Estando de acordo com os panoramas de promoção de saúde, o tratamento da doença cárie objetiva restabelecer o equilíbrio e a saúde bucal, controlando os fatores etiológicos, fazendo a remoção do biofilme, educação e instrução de higiene oral e dieta equilibrada, além do uso de fluoretos.

Atualmente, o empenho da odontologia em relação à doença cárie encontra-se voltado, principalmente, para a prevenção, o que representa um mecanismo mais simples, barato e inteligente de atenção à saúde. Destaca-se a necessidade de ensinar e motivar hábitos de higiene bucal às crianças, que deve ser iniciado o mais precoce possível, assim que a criança inicia o desenvolvimento da coordenação motora.

Conhecer a difusão e propagação da doença cárie é imprescindível para que possamos desenvolver o programa de prevenção e tratamento da doença, bem como para o planejamento dos serviços odontológicos. Em 2010 foi realizado o último levantamento nacional em Saúde Bucal, cujo resultado mostrou que, aos cinco anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, o índice de 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2010).

A educação permanente é ponto essencial de qualquer programa de saúde. Seus resultados são significativos quando conseguem promover mudanças positivas no comportamento das pessoas. Particularmente, a implementação de programas de educação para saúde bucal em creches oferece às crianças o conhecimento sobre os meios efetivos para evitar as doenças bucais, sendo a motivação um requisito indispensável para o aprendizado.

No Brasil, políticas de saúde voltadas para a promoção, prevenção e recuperação em saúde foram estruturadas e implantadas ao longo do tempo, incluindo a saúde bucal como parte importante para a saúde global da população. Destacam-se a Estratégia Saúde da Família (1994), o Programa Brasil Sorridente (2003) e o Programa Saúde na Escola (2007), que, juntos, representaram estruturação da Atenção Primária à Saúde e da Política de Saúde Bucal no Brasil.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) destacou-se na construção de práticas de saúde integrais, no vínculo e na corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais com equipe multiprofissional e de ações de Saúde Bucal. O Programa Brasil Sorridente aponta para uma reorganização da Atenção em Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, tendo uma concepção de saúde não somente centrada na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco. O Programa Saúde na Escola (PSE) resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino, onde a saúde bucal é parte prioritária das ações.

Pereira e colaboradores (2009) concluíram em seus estudos que a presença de doença cárie nos dentes decíduos é preditora da doença nos dentes permanentes, ficando clara a importância da conscientização quanto à prevenção ou controle de lesões em estágio inicial. Nesse sentido, é importante conhecer o grupo de indivíduos que necessitam de promoção, proteção e recuperação da saúde como prioridade, não apenas epidemiologicamente, como também no âmbito socioeconômico, seus hábitos e costumes. Essa compreensão deve direcionar o planejamento das ações em saúde bucal, integrando as equipes das unidades de saúde, como também atingir níveis intersetoriais com o auxílio de educadores que convivem frequentemente com esses indivíduos.

Esse projeto de intervenção buscou desenvolver ações educati-

vas junto aos educadores das creches municipais para o desenvolvimento de hábitos de saúde bucal nas crianças, visto que nos primeiros anos de vida as crianças estão em fase de descobertas e em constante processo de aprendizagem.

Sendo a creche uma instituição onde se podem alcançar resultados positivos, as informações transmitidas e ações executadas servirão para minimizar ou sanar as possíveis enfermidades que podem comprometer não só a saúde bucal como a saúde integral dessas crianças. A presença de cáries na infância pode acarretar extração precoce de elementos dentários, prejudicando a alimentação, a nutrição e o desenvolvimento, além de causar mau hálito e alterações estéticas que comprometem o bom convívio social do indivíduo.

Atualmente, as atividades desenvolvidas pelas técnicas de higiene dental nas escolas se concentram basicamente na realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor gel realizadas pela equipe de saúde bucal. As atividades educativas ficam em segundo plano, pois são muitas escolas a visitar, poucos recursos humanos, além da necessidade de atender a meta de produção de procedimentos coletivos. Assim, além do espaçamento entre uma visita e outra, que contribui para a extinção do comportamento ensinado, o processo educativo não ocorre de uma forma linear e progressiva, mas se caracteriza por uma repetição dos mesmos assuntos e metodologias. Como resultado, há a cristalização do processo ensino-aprendizado, o que facilmente determina uma falta de interesse pela criança (FIGUEIRA, 2008).

Não difere da constatação do autor a realidade do município de Caruaru, onde cada equipe da Estratégia de Saúde da Família é responsável por um número de usuários superior do que o recomendado pelo Ministério da Saúde, fazendo com que aconteçam apenas visitas sistemáticas nas instituições de ensino ou estando presente em momentos pontuais em que há impossibilidade de atendimento clínico por problemas técnicos nos equipamentos da unidade. Dessa forma, a corresponsabilidade

entre o profissional da equipe de saúde e o da educação em realizar atividades educativas de saúde bucal garantiria a constante abordagem do tema.

A escovação é a forma mais utilizada e socialmente aceita de higiene bucal. No entanto, para tornar-se eficaz no combate à placa bacteriana em crianças menores de cinco anos, precisa ser orientada e supervisionada, sendo a motivação fundamental para melhores resultados. Como as crianças permanecem todo o dia nas creches, onde realizam cinco refeições, quem realiza essas orientações práticas são os professores, de forma atenciosa, no entanto, pouco sistematizada. Por esse motivo observamos a necessidade de desenvolver ações de educação permanente com os mesmos para fundamentar essas práticas de maneira que se obtenha um resultado mais efetivo.

A educação é tida como o pilar para promover e preservar a saúde, na medida em que se trabalha a construção de novos conhecimentos e que, ao praticá-los, podemos transformar a realidade em que os indivíduos estão inseridos. Portanto, educar nesse âmbito, significa permitir a aquisição desses conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e aptidões pessoais, possibilitar atitudes e criar valores que levem o indivíduo a agir em benefício da própria saúde bucal.

Porém, o processo não deve se limitar em transmitir informações, mas estimular a aprendizagem e a valorização da saúde bucal. O contato com os equipamentos e técnicas de higiene bucal e a inserção de sua prática no ambiente em que as crianças passam a maior parte do tempo implicará a adoção de hábitos que se perpetuarão ao longo de suas vidas.

Métodos

Como apontado, o município no qual a intervenção foi desenvolvida é Caruaru, que está localizado no estado de Pernambuco, na região nordeste do Brasil, fica a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 130 km. Ocupa uma área de

920.611 km², sendo que 16,65 km² estão em perímetro urbano e os 903,961 km² restantes formam a zona rural, e sua população em 2015 era de 347.088 habitantes, sendo então o mais populoso do interior pernambucano.

A atenção básica do município é composta por 56 Unidades de Saúde da Família com 73 Equipes de Saúde da Família (20 na Zona Rural e 53 na Zona Urbana) e 56 Equipes de Saúde Bucal; 04 Centros de Saúde; 12 Equipes de NASF; 03 Academias da Saúde; 04 Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar; 01 Casa de Apoio à Gestante.

A Secretaria de Saúde do município é responsável pelo desenvolvimento dos programas: Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Brasil Sorridente, Bolsa Alimentação, Hiperdia, Sisprenatal, Programa Nacional de Imunização, Assistência Farmacêutica Básica, Prevenção do Câncer Cérvico Uterino, Planejamento Familiar, Criança de Risco, Controle da Dengue, Chagas, Tuberculose, Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros.

O Programa Saúde na Escola integra o Programa Municipal Aprender com Saúde, que visa à integração e articulação permanente da Secretaria de Educação e da Secretaria de Saúde, tendo como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde que são desenvolvidas nas escolas e creches municipais, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno aprendizado de crianças, jovens e adultos. Tal programa será base para a presente intervenção.

A rede de educação infantil dispõe de 14 Centros Municipais de Educação infantil, conforme Quadro 1:

Quadro 1- Relação dos Centros Municipais de Educação infantil e respectiva quantidade de alunos, Caruaru, 2017.

INEP	Centro Municipal de Educação Infantil	Nº de alunos
26132124	Erica Patrícia	80
26132130	Tia Carminha	49
26132141	Flora Bezerra	76
26133402	Tia Clarice	75
26151316	Tia Malude	42
26169622	Helena Martins Gomes	90
26169630	Justina de Freitas	69
26171961	Prof ^a Maria do Carmo Cabral Queiroz	163
26178648	Babu	122
26179660	Centro Educacional Municipal Heleno Cumaru	62
26186616	Prefeito Anastácio Rodrigues	104
26537710	Prof. ^a Nerine Francisca De Carvalho	93
26538717	Leopoldina Queiroz de Lima	53
26538725	Severina Maria do Carmo Dona Bui	64
	TOTAL	1.142

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Caruaru.

A intervenção será realizada com os professores das creches municipais, totalizando 129 servidores, além de envolver as equipes de Saúde Bucal das Unidades de Saúde da Família, que totalizam 46 profissionais de saúde e alcançará todas as Creches Municipais de Caruaru, beneficiando 1.142 crianças de 0-5 anos, conforme detalhamento do Quadro 1.

O plano contempla ações distribuídas em três etapas: Diagnóstico situacional das crianças; Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais das creches; Monitoramento e avaliação de resultados.

Diagnóstico situacional das crianças

Inicialmente será realizado um diagnóstico da condição dentária das crianças utilizando o índice CEO-D preconizado pela OMS (WHO, 1997). O CEO-D expressa a soma de dentes decíduos ca-

riados, perdidos e obturados. Mediante o registro das necessidades de tratamento, pode-se identificar a presença de lesões não cavitadas (mancha branca presente), bem como os diferentes níveis da doença ativa (cárie de esmalte, cárie de dentina e cárie próxima à polpa).

O CEO-D será realizado por dentistas das Equipes de Saúde da Família que assistem os territórios onde as creches estão instaladas. As Equipes de Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde estarão envolvidas no processo para garantir assistência às crianças que tiverem diagnóstico positivo para cárie e/ou outras patologias na cavidade oral. Além do diagnóstico e tratamento, as equipes farão ações periódicas de aplicação tópica de flúor atuando na promoção de saúde e prevenção da doença cárie.

O cálculo do CEO-D é realizado pela soma dos elementos cariados, dos elementos com extração indicada e dos elementos obturados, dividida pelo número de pacientes examinados. Os valores dos índices correspondem aos seguintes graus de severidades: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (acima de 6,5).

Educação Permanente em Saúde

O público-alvo da ação educativa serão educadores que atuam em creches com crianças de 0 a 5 anos de idade, trabalhando-se a importância da manutenção da dentição decídua saudável para a saúde geral das crianças. Serão realizadas ações pela equipe de saúde bucal vinculada a cada creche para auxiliar na aquisição de conhecimentos técnicos relacionados à saúde bucal por parte dos educadores.

Inicialmente será realizada uma roda de conversa, com previsão de duração de uma hora na qual serão apresentados aos educadores o diagnóstico situacional de cada creche e o projeto de intervenção, para que estes saibam a importância e objetivos que se pretendem alcançar com o mesmo. A partir disso serão abertas falas para que estes possam expressar as principais di-

ficuldades encontradas quanto às ações de educação em saúde bucal nas creches, o que subsidiará o planejamento de ações de educativas posteriores. Também nesse encontro, deseja-se integrar os profissionais de saúde e educação de forma que haja maior envolvimento na iniciativa de consolidar o projeto, construindo um cronograma para os momentos seguintes.

As ações educativas encaminhadas nesse momento inicial com os educadores acontecerão nas creches através de: a) exposição dialogada; b) oficina; c) rodas de conversa com a equipe e pactuação de agenda de continuidade das ações educativas nas creches.

Na exposição dialogada, com previsão de duração de três horas, promover-se-á uma apresentação simplificada aos educadores sobre a patogenia da doença cárie e os fatores que interferem na sua progressão e prevenção.

No segundo encontro, a cirurgiã-dentista da equipe de saúde da família que assiste o território de cada creche realizará uma oficina de duas horas aproximadamente, para, em conjunto com a equipe de educadores, confeccionar escova, creme dental e fio dental de emborrachado e em seguida demonstrar a forma correta de realizar higiene bucal em crianças, utilizando os novos equipamentos que serão atrativos e melhor aceitos pelas crianças. Além destes, serão disponibilizados aos educadores materiais educativos de apoio para auxiliar na educação em saúde de forma lúdica, como fantoches, desenho animado, jogos e desenhos para pintura com o tema Saúde Bucal.

Num terceiro momento, serão feitas rodas de conversa com os profissionais envolvidos para discussão acerca da boa alimentação e associação com a dentição saudável, com a presença das merendeiras e nutricionistas que integram a equipe de cada creche. Também haverá a construção de um cronograma de atividades sobre saúde bucal junto aos gestores das creches de maneira que os assuntos relativos à saúde bucal sejam abordados periodicamente nas atividades letivas.

Monitoramento e Avaliação da Intervenção

Durante a intervenção serão feitas reuniões trimestrais com os profissionais envolvidos com o objetivo de: discutir os resultados parciais da intervenção; identificar como está a aceitação das novas práticas; e ouvir relatos de possíveis resistências que se encontrem naquela comunidade escolar. Em conjunto serão traçados planos de enfrentamento das dificuldades e adequação da rotina.

Transcorrido um ano das novas práticas, um novo índice CEO-D será mensurado para comparação com os achados iniciais e obtenção dos resultados após a intervenção. Essa etapa será repetida ao final de cada ano após o início da intervenção (durante os quatro anos pelo Plano Plurianual).

A análise de resultados será realizada utilizando o programa estatístico WilcoxonSignedRank, comparando os dados obtidos no primeiro levantamento epidemiológico e nos subsequentes após cada ano transcorrido da intervenção.

Com a implantação das ações propostas neste Projeto de Intervenção, espera-se: sensibilização dos educadores acerca da importância do cuidado de saúde bucal; adoção de hábitos de higiene oral pelas crianças assistidas pelo projeto; aumento na quantidade de crianças com dentição permanente livre de cáries; e melhoria da qualidade de vida das crianças assistidas pelo projeto.

Considerações Finais

Transformar as condições de saúde bucal de uma coletividade exige planejamento, articulação intersetorial, execução de ações educativas, de promoção, prevenção e retaguarda para cura e reabilitação. A integração da Equipe de Saúde da Família/ Saúde Bucal com as instituições de ensino apresenta-se

como potente estratégia na garantia do acesso ao cuidado em saúde, permitindo a produção de vínculo e desenvolvimento de ações preventivas, aliadas a continuidade do cuidado através de procedimentos curativos, quando necessários, realizados na unidade básica de saúde pela mesma equipe.

Fortalecer ações preventivas em saúde bucal em ambiente escolar atinge não só alunos, como também, por meio destes, todos que os cercam, tornando-os multiplicadores dos conhecimentos desenvolvidos e disseminando práticas de auto-cuidado.

Ao reconhecer a Educação Permanente em Saúde como estratégia de reflexão e construção de novas práticas, esse projeto assume o desafio de contínuo processo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Este deve compreender a avaliação dos impactos alcançados na condição de saúde da população envolvida, como também a problematização das ações desenvolvidas de forma a fortalecer o trabalho dos profissionais envolvidos.

Por fim, destaca-se que o projeto de intervenção aqui apresentado integra o Programa Municipal Aprender com Saúde, contemplado no Plano de Saúde do município de Caruaru, que para o seu desenvolvimento buscará integrar as instituições de ensino superior que compõem a Rede SUS Escola, garantindo maior viabilidade política e operacional.

Referências Bibliográficas

ABANTO, J.; CARVALHO, T. S.; MENDES, F. M.; WANDERLEY, M. T.; BÖNECKER, M.; RAGGIO, D. P. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiology**, v. 39, n. 2, p. 105-114, 2011.

ALMAS, K.; AL-MALIK, T. M.; AL-SHEHRI, M. A.; SKAUG, N. The knowledge and practices of oral hygiene methods and attendance pattern among school teachers in Riyadh, Saudi Arabia. **Saudi Med J**, v. 24, n. 10, p. 1087-1091, 2003.

ALMEIDA, T. F.; CANGUSSU, M. C. T.; CHAVES, S. C. L.; AMORIM, T. M. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de Saúde da Família do município de Salvador, estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiol Serv. Saúde**, v. 21, n.1, p. 109-118, jan-mar 2012.

ANTUNES, J. L.; NARVAÍ, P. C.; NUGENT, Z. J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 32, 2004.

ARAÚJO, M. G. et al. Educação em saúde no ensino infantil: Metodologias ativas na Abordagem da ação extensionista. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v. 7, n. 1 p. 306-313, jan. 2013.

BIJELA, M. F. T. B. A importância da educação odontológica em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. **Cedade News**, v. 1, n. 1/2, p. 25-28, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

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

BROWN, L. F. Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. **HealthEduc Q**, v. 21, n. 1, p. 83-102, 1994.

COSTA, R. M. **Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim-RN**. 2009. 80f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

FEJERSKOV, O. M. F. Risk mentassess in dental caries. In: BADER, J. D. (ed.). **Risk assessment in dentistry**. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology, p. 215-217, 1990.

FIGUEIRA T. R.; LEITE I. C. G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **RGO, Porto Alegre**, v. 56, n.1, p. 27-32, jan./mar. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Unesp, 2001.

GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, 2009.

GOURSAND, D; PAIVA, S. M.; VASCONCELOS, R. A saúde bucal e a educação: o que os educadores em formação conhecem sobre o tema? / Oral health education: what future professors know about the theme? **JBP rev. Ibero-am. odontopediatr. odontol.bebê**, v. 40, n. 7, p. 575-584, nov-dez. 2004.

KAY, E. J; LOCKER, D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. **Community Dent Oral Epidemiology**, v. 24, n. 4, p. 231-235, 1996.

KEYES P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental carie. **Archs oral**. v.1, 1960.

KRAMER, P. F.; ARDENGHI, T. M.; FERREIRA, S.; FISCHER, L. A.; CARDOSO, L.; FELDENS, C.A. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad.Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 150-156, 2008.

MASTRANTONIO, S. S.; GARCIA, P. P. N. S. Programas educativos em saúde bucal - revisão de Literatura. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 5, n. 25, p. 215-222, 2002.

MELO, E. H. **Implementando práticas pedagógicas em saúde bucal no ensino fundamental**. Dissertação. Faculdade de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2005.

MELLO JORGE, M.H. P. O papel da escola na prevenção de acidentes e violências na infância e na adolescência / The role of school in childhood and adolescence accidents and violence prevention. **Rev. bras. Saúde esc = Braz. j. sch. Health**, v. 3, n. 1/4, p.159-67, 1994.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. **Rev. Panam-Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (editor). **Promoção de saúde bucal - ABOPREV**. 2. ed. Artes Médicas, p. 365-70, 1999.

PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. L.; GUEDES, R. S.; ARDENGHI, T. M. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life. **Qual Life Res**, v. 19, n. 9, p. 1359-1366, 2010a.

RAMADAN, Y. H.; KOLTERMANN, A. P.; PIOVESAN, C. Cárie dentária em crianças brasileiras: tendência e polarização. **DisciplinarumScientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 137-146, 2014.

RODRIGUES, J. A.; SANTOS, P. A. dos; GARCIA, P. P. N. S.; CORONA, S. A. M.; LOFFREDO, L. C. M. Evaluation of motivation methods used to obtain appropriate oral hygiene levels in school children. **Int J DentHyg**, v. 1, n. 4, p. 227-232, 2003.

SÁ, L. O.; VASCONCELOS, M. M. V. B. A Importância da educação em saúde bucal nas escolas de Ensino Fundamental – Revisão de literatura. **OdontologiaClín-Científic**, 2009.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; LOPES, E. S.; FRANCO, L. J. Prevalence of dental caries in children from 0 to 6 years old attending nursery: the influence of socioeconomic factors. **Rev. SaúdePública**, v. 30, n. 5, p. 413-420, 1996.

WEYNE, S. C., HARARI S. G. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L.N. (editor). **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos, p. 3-26, 2001.

Projeto de Intervenção: Educação em Saúde Bucal para escolares da rede municipal de Verdejante-PE

*Nikácio Adnner Tavares dos Santos
Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo*

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova York, no ano de 1946, definiu saúde como um “completo estado de bem-estar social, físico e mental e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). A saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1993).

A saúde bucal é parte da saúde geral e é essencial para a qualidade de vida. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento. As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados os aspectos positivo e negativo respectivamente mais relevantes para a qualidade de vida (TESCH, 2007).

Doenças e distúrbios bucais são comuns durante a infância e causam algum impacto negativo no desenvolvimento humano e na qualidade de vida da população. A cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal a ser enfrentado, apesar do seu acentuado declínio em crianças e adolescentes, em termos tanto mundiais como nacionais (CABRAL et al., 2015). A cárie dentária gera impacto negativo na qualidade de vida das crianças, visto que essa doença pode influir no desenvolvimento e na sua participação em atividades importantes, entre elas, as atividades escolares (PEDROSA et al., 2014).

No Brasil, a cárie dentária acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade, sendo que esse percentual chega a 59,4% aos cinco anos de idade. Entre as crianças de 12 anos, 70% possuem pelo menos um dente permanente cariado e, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, 90% apresentam a doença (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu em 2000 o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal por meio do Programa Saúde da Família (PSF) e, a partir daí, houve um crescimento exponencial do número de atendimentos odontológicos em todo o Brasil (PEREIRA et al., 2009). A garantia de acesso e a qualificação contínua dos serviços de saúde bucal são imprescindíveis na busca de melhores condições de vida e saúde da população (SILVA et al., 2015).

O município de Verdejante-PE dispõe de quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF, com cobertura em saúde bucal de 100% ofertada a mais de nove mil habitantes, envolvendo os atendimentos ambulatoriais e educação em saúde bucal, corroborando estudo realizado por Machado et al. (2017). Nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Verdejante são realizadas ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos considerados de risco para a formação de cárie.

Como coordenador de saúde bucal do município de Verdejante-PE e discente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, ofertado pela Escola de Governo de Saúde Pública do Estado de Pernambuco, foi possível identificar como um problema de alta relevância e urgência no município a necessidade de educação em saúde bucal no que concerne as causas que provocam a perda dentária, especialmente entre escolares, e que a ESF seria essencial na execução das atividades inerentes à educação em saúde nas escolas, objeto do presente projeto de intervenção.

Métodos

O Projeto-intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação e tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. No campo educacional, essa modalidade de pesquisa é bastante enfatizada, devido à relevância de seu caráter pedagógico. Os sujeitos, ao pesquisarem sua própria prática, produzem novos conhecimentos e, ao assim fazê-lo, apropriam-se e resignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. Nesse tipo de pesquisa, a prática é compreendida como práxis. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança (THIOLLENT, 2005).

Foi proposta a realização da intervenção no período de fevereiro/2018 à julho/2018 no município de Verdejante-PE, que está localizado na VII Regional de Saúde e apresenta uma população estimada em 2016 de 9.440 habitantes. Em sua rede assistencial encontram-se quatro ESF (IBGE; 2017. CNES, 2017).

As ações foram pensadas para ser desenvolvidas nas escolas da rede municipal, as quais deveriam implantar atividades semanais sistemáticas de educação em saúde. O critério para inclusão das escolas para participação do presente projeto de intervenção foi pertencer à área de cobertura das ESF existentes no município. O público-alvo do projeto contemplou todos os alunos

da rede municipal de Verdejante-PE cadastrados no Censo Escolar – Educacenso, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas – INEP, do portal do Ministério da Educação – MEC.

Etapas de Desenvolvimento do Projeto

ETAPA 1. Apresentação da proposta educacional para melhoria da educação em saúde das crianças da rede municipal de educação à Coordenação de Atenção Básica, Coordenação Pedagógica e cirurgiões-dentistas da ESF do município de Verdejante-PE.

Para tal, foram pensadas duas reuniões, a saber com as coordenações e a equipe odontológica da ESF para discussão do projeto de intervenção e divisão das ações e responsabilidades, e outra com os pais para apresentar o projeto e permissão para intervenção junto aos estudantes.

ETAPA 2. Formação dos grupos de alunos com apoio da coordenação pedagógica. Para essa etapa foram planejadas reuniões com as equipes odontológicas e coordenação pedagógica para estabelecer dias e horários das intervenções e encontros, conforme descrito a seguir.

1º ENCONTRO

Ações: Apresentação do profissional, dos instrumentos e do projeto aos alunos.

Instrumentos: Data Show, macromodelos (escova, creme dental, fio dental, boca)

Metas: Apresentação do profissional aos alunos e ações desenvolvidas mensalmente.

Responsáveis: Cirurgiões-dentistas

2º ENCONTRO

Ações: Após as apresentações, o cirurgião-dentista irá explicar sobre a metodologia do grupo, assim como informações a respeito da cárie, suas possíveis causas, tratamentos, sinais e sintomas. Sentimentos a respeito da falta de dentes. Início da escovação dental supervisionada.

Instrumento: Roda de conversa com os participantes do grupo.

Material a ser entregue: xerox com informações sobre a cárie e escovação.

Metas: Compreensão dos usuários sobre a metodologia do grupo. Esclarecimentos de dúvidas. Preparação escovação no dia a dia. Entendimento das possíveis causas da cárie.

Responsáveis: Cirurgiões-dentistas.

3º ENCONTRO

Ações: Incentivar os participantes a demonstrarem suas experiências recentes com a odontologia. Falar de hábitos de higiene e alimentação. Identificação e análise dos comportamentos que possam contribuir para o surgimento da cárie. Logo após, serão solicitados a analisar tais comportamentos. Apresentação de alimentos cariogênicos e não cariogênicos. Escovação dental supervisionada.

Instrumento: Uso de fala espontânea em diferentes situações e contextos. Material a ser entregue: xerox com informações sobre alimentação.

Metas: Autoconhecimento sobre si mesmo e sobre seus hábitos de higiene e alimentação. Melhora da autoestima. Conscientização de manter bons hábitos.

Responsáveis: Cirurgiões-dentistas.

4º ENCONTRO

Ações: Apresentação dos instrumentos de higiene bucal e forma correta de manuseá-los. Exercícios de movimentação da escova em relação aos dentes.

Treino de escovação. Os participantes serão levados a prestar atenção na sua própria escovação e no modelo de escovação correta dado pelo profissional. Escovação dental supervisionada com flúor.

Instrumento: Uso de macromodelos (escova e boca) para realizar alguns exercícios.

Espelhos para os treinos de escovação.

Material a ser entregue: xerox com informações e orientações sobre técnicas de escovação.

Metas: Compreensão das técnicas de escovação dental que visam aumentar a capacidade de higiene.

Exercícios de escovação para diminuir erros de técnica e probabilidade de formação de biofilme.

Responsáveis: Cirurgiões-dentistas.

5º ENCONTRO

Ações: Intensificar e aprimorar a escovação dental por meio de exercícios de escovação.

Apresentação do fio dental e forma correta de usá-lo.

Realizar escovação supervisionada com flúor e fio dental.

Escovação dental supervisionada com flúor.

Instrumento: Uso de macromodelos (escova, boca e fio dental) para realizar alguns exercícios.

Espelhos para os treinos de escovação e uso do fio dental.

Material a ser entregue: xerox com informações e orientações sobre técnicas de uso do fio dental.

Metas: Redução das dúvidas em relação a escovação dental e uso do fio dental.

Conscientização da importância da higiene bucal regular e de forma correta.

Responsáveis: Cirurgiões-dentistas.

6º ENCONTRO

Ações: Serão reforçadas orientações sobre alimentação, escovação e uso do fio dental.

Escovação dental supervisionada com flúor e uso do fio dental.

Instrumento: Material utilizado: xerox com orientações sobre alimentação, escovação e uso do fio dental.

Metas: Melhor desenvolvimento da técnica de higiene bucal e consequentemente redução e prevenção de cárie dentária.

Responsáveis: Cirurgiões-dentistas.

Para realizar o acompanhamento dos estudantes, foi prevista a coleta de dados através de formulários, direcionados às crianças juntamente com seus pais ou responsáveis. Esses formulários referem-se à Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal (QVR-SB), em que utilizaremos o *Oral Impacts on Daily Performances* (Impactos Orais no Desenvolvimento Diário/Atividades Diárias) – OIDP, que é um indicador sociodental que avalia a frequência e a severidade dos impactos odontológicos que afetam o desempenho das atividades diárias dos indivíduos, bem como os problemas bucais e sintomas causadores desse impacto.

O formulário será aplicado por um único operador calibrado e os dados obtidos da coleta serão tabulados no programa de Excel ou SPSS.

Será realizada estatística descritiva. Segundo Pereira (2001) estudos descritivos partem da realização de investigações epidemiológicas para informar, em termos quantitativos, a distribuição de um evento na população estudada. A distribuição da frequência dos eventos relacionados à saúde está associada à prevenção de doenças, bem como ao planejamento em saúde.

O presente projeto previu que todos os participantes envolvidos no projeto de intervenção e seus representantes deveriam ser esclarecidos quanto aos seus objetivos e metas, além de não haver nenhuma forma de remuneração nem exposição durante as suas participações. Como o foco do trabalho esteve voltado para crianças e adolescentes em idade escolar, foi prevista, ainda a informação e solicitação aos pais e /ou responsáveis de autorização para que seus filhos participassem das referidas ações. Além da autorização dos pais e/ou responsáveis, foi exigida a autorização dos próprios escolares para participação das atividades propostas e garantida a sua saída a qualquer momento.

Resultados Esperados

Como resultado desse projeto, almejou-se garantir a adesão ao projeto de intervenção por parte do município e unidades

de saúde da família municipal com o objetivo de implementar ações de educação em saúde nas escolas existentes na área de cobertura das ESF do município, garantindo assim a conscientização dos escolares participantes quanto à importância dos cuidados com higiene bucal e, a longo prazo, a diminuição do número de perdas dentárias nesse grupo populacional.

Considerações Finais

A proposta de intervenção sobre educação em saúde bucal no município de Verdejante-PE apresenta uma grande relevância, pois se implementado, poderá contribuir não apenas para os escolares, mas para todos aqueles presentes no contexto social daqueles alunos. Desse modo, o projeto beneficiaria os escolares, familiares e comunidade, pois garantirá a veiculação das informações possibilitando a melhoria no cuidado, reduzindo e prevenindo a presença de cárie dentária, amenizando a perda dentária precoce e promovendo conseqüentemente melhorias na qualidade de vida.

Em decorrência da mudança de gestão, não foi possível realizar a intervenção proposta até o momento do término do curso, no entanto, ele poderá ser resgatado a qualquer momento pelos atores ainda presentes no município, o que garantiria uma resposta do SUS no que se refere ao processo de prevenção, promoção e intervenção precoce na saúde bucal da população, tal como preconizado na Política Nacional de Saúde Bucal.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Cobertura de Saúde Bucal**, 2017. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: ago. 2017.

CABRAL, I. R. S. C. et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de escolares do município de pequeno porte da Paraíba. **Odonto**; v. 23, n. 45-46), p. 47-55, 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

PAREDESA, S. O.; GALVÃO, R. N.; FONSECA, F. R. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 125-139, 2014.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da estratégia saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, 2009.

PEREIRA, M. G. Serviços de saúde. In: Pereira M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SILVA, J. M.; PENHA, E. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. ISSN 1982-6451, v. 9, n. 1, 2015.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality life: conceptual and methodological issues. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2555-2564, 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação** 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Fortalecimento da Atenção Básica e a qualificação do fluxo de referência e contrarreferência no Município de Serrita-PE

*Cícera Cruz Leite Pereira
Domício Aurélio de Sá*

Introdução

Atenção Primária à Saúde no Brasil, desde 1994, vem sendo reorientada por meio da Estratégia Saúde da Família, que tem por desafio o desenvolvimento de ações de cuidados integrais, individuais e coletivos voltados para as famílias adscritas no território de abrangência, respondendo aos preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Assim, para ir ao encontro da atenção integral à saúde que a Estratégia Saúde da Família deseja operar, tais ações requerem revisão da perspectiva tradicional com as quais vêm sendo efetivadas. A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido apontada como perspectiva de aprendizagem no trabalho (BARDTSCHER et al., 2012; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A consolidação da atenção básica como reorientadora do modelo de atenção no Brasil e o aprimoramento das práticas em saúde pressupõem um saber e um fazer em educação permanentes integrados ao cotidiano do processo de trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes propostos para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2015).

A partir da definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora do cuidado, percebeu-se a insuficiência dos setores de formação em atender as necessidades de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa. Nesses termos, o Ministério da Saúde reafirmou, através da Portaria GM/MS 1996, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) como uma estratégia educativa para desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2007; CECCIM, 2005).

A formulação dessa política baseou-se em ideologias e movimentos de mudança na educação em saúde como resultado de concepções pedagógicas baseadas na pedagogia freireana, mais afeita aos movimentos de mudança nas práticas de atenção à saúde (VALLA; STOTZ, 1994).

No entanto, autores apontam que ainda há predominância de passagem de informação, centrada em patologias, com o domínio de concepções pedagógicas tradicionais e transmitidas de forma verticalizada, fragilizando a integração e discussão coletiva. Em geral, são também desenvolvidas com poucas condições materiais e apoio da gestão (CARNEIRO et al., 2012; FORTUNA et al., 2011; ALBUQUERQUE; SOTZ, 2004).

Gradualmente, o redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais, além de mudanças no processo de trabalho em saúde, exigindo de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial inovador e estimulador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de

saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2015).

A educação permanente em saúde propõe a transformação das práticas profissionais por meio de teoria, reflexões e críticas dos trabalhadores da saúde que vivenciam experiências e problemas biopsicossociais da comunidade.

Parte-se de um pressuposto pedagógico que busca contemplar desde a aquisição/atualização de conhecimentos, habilidades e atitudes até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no cotidiano, envolvendo práticas complexas que derivam de múltiplos fatores e que sejam desenvolvidas a partir de elementos que façam sentido para os atores envolvidos e alcancem um planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e identificação de nós críticos, sejam elaboradas estratégias de atuação (BRASIL, 2015).

No decorrer do ano de 2017, a saúde do município de Serrita, em Pernambuco, passou por um intenso período de transições, mudanças de coordenações, técnicos, principalmente no que tange às equipes de saúde da família. Diversos profissionais contratados foram substituídos em virtude da posse dos servidores efetivos, demandando a reorganização dos processos de trabalho dessas equipes.

Tabela 1: Demanda reprimida de consultas especializadas do município de Serrita

Especialidade	Quantidade
Neurologia	80
Cardiologia	70
Ginecologia	40
Urologia	20
Gastrenterologia	78
Reumatologia	12
Dermatologia	88
Ortopedia	82

Fonte: SMS Serrita/ 2017 (Sistema de Regulação)

Frente a isso, dentre vários nós críticos, identificou-se a desorganização dos fluxos de encaminhamentos da atenção básica à atenção especializada, gerando um grande aumento na demanda de procedimento, principalmente de exames, em especial de exames de ultrassonografia em geral.

Tabela 2: Demanda reprimida de exames do município de Serrita-PE, gerados pela atenção básica.

Exames	Quantidade
Ultrassonografia em geral	200
Tomografia	78
Ressonância Magnética	88
EEG	60
Eletroneuromiografia	12

Fonte: SMS Serrita/ 2017(Sistema de Regulação)

Pressupondo que tal aumento possa decorrer, também, de encaminhamentos desnecessários ou equivocados para a atenção especializada, o Projeto de Intervenção (P.I.) ora proposto busca o fortalecimento da Atenção Básica e sua resolutividade no município de Serrita-PE, por meio da realização de oficinas bimestrais de Educação Permanente em Saúde, voltadas à orientação, monitoramento e avaliação do fluxo de referência e contrarreferência.

Métodos

O município de Serrita localiza-se na região Nordeste do Brasil, no estado de Pernambuco, pertence à microrregião de Salgueiro e, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR, 2011), encontra-se inserido na VII Região de Saúde Salgueiro. A população residente segundo dados do IBGE 2010 é de 18.331 habitantes e estima-se para o ano de 2015 uma população de 19.017 habitantes. Com densidade demográfica 11,40hab/km² e uma área territorial de 1.514,37 km², o município é predominantemente rural. Vivem na zona rural 11.975 habitantes e na zona urbana, 6.356 habitantes.

O município possui 08 Unidades Básicas de Saúde e, destas, 06 são localizadas na Zona Rural e 02 localizadas na Zona Urbana, com cobertura de 100% de Saúde da Família. Considera-se que a extensão territorial é um ponto relevante para estudo e, tendo em vista a dificuldade de atuação das equipes relacionada ao difícil acesso dos usuários, o município traça diferentes estratégias para ofertar o acesso de qualidade aos munícipes.

Figura 1- Localização do município de Serrita no estado de Pernambuco e na VII Região de Saúde - Salgueiro



Fonte: Adaptação Tabwin - VII GERES Planejamento

A primeira etapa do P.I será um projeto piloto realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Maria Andreлина e São Miguel, localizadas na Zona Urbana do município, nos primeiros 6 meses. Após avaliação dos resultados desse piloto e adequações eventualmente necessárias, serão envolvidas as demais unidades, atendendo todas 8 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município.

Participarão das oficinas todos os trabalhadores das 2 equipes: 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 odontólogos, 2 auxiliares de saúde bucal, 3 técnicos de enfermagem, 2 recepcionistas e 9 agentes comunitários de saúde.

Etapas da intervenção

Etapa 1: Formulação do material didático das oficinas.

As oficinas serão realizadas pela equipes da atenção e, para tanto, contarão com material didático especificamente formulado, com base nos protocolos ministeriais e municipais.

Meta: Elaboração e reprodução de um material didático específico para as oficinas.

Responsáveis: Secretária(o) Municipal da Saúde e Coordenação de Atenção Básica, com apoio dos profissionais da Atenção à Saúde da VII Gerência Regional de Saúde (GERES).

Etapa 2: Apresentação do P.I em reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Meta: Aprovação por no mínimo 50% mais 1 dos Conselheiros.

Responsáveis: Secretária(o) Municipal de Saúde.

Etapa 3: Divulgação do P.I para os profissionais das UBS M^a Andreлина e São Miguel.

Meta: Divulgação para 2 UBS.

Responsáveis: Coordenação da AB.

Etapa 4: Realização de oficinas contínuas com intervalo de 2 meses, com 8 horas de duração cada, com todos profissionais das 2 UBS Maria Andreлина e São Miguel do Município de Serrita.

Meta: Participação de 80% dos profissionais das referidas UBS.

Responsáveis: Profissionais da Atenção à Saúde Municipal, com apoio dos profissionais da Atenção à Saúde da VII Gerência Regional de Saúde (GERES).

Etapa 5: Construção de fluxograma de encaminhamentos e protocolos para as Unidades Básicas de Saúde.

Meta: Construção do fluxograma e protocolos para as 2 UBS.

Responsáveis: Coordenação da AB e Profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

Etapa 6: Realização do monitoramento e avaliação do P.I.

O monitoramento e avaliação do P.I. se dará através da verificação de 100% dos encaminhamentos gerados pelas unidades da atenção básica consolidados no E-SUS, onde serão consolidados 100% dos dados coletados para elaboração do relatório final baseado na tabulação dos dados e relatórios gerenciais que serão apresentados ao Conselho Municipal de Saúde.

Meta: Verificação de 100% dos encaminhamentos das UBS Maria Andreлина e São Miguel para serviço especializado.

Responsáveis: Coordenação da AB e Técnico de Regulação em Saúde.

Etapa 7: Consolidação dados do monitoramento e avaliação.

Meta: Consolidação de 100% dos dados coletados.

Responsáveis: Coordenadores da AB e Técnicos da Regulação.

Etapa 8: Elaboração do relatório final da Intervenção

Meta: Elaboração de um relatório final.

Responsáveis: Secretária(o) Municipal da Saúde e Coordenação de Atenção Básica.

Resultados esperados e considerações finais

Espera-se a realização das oficinas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Maria Andreлина e São Miguel, seguida da ampliação para 100% das equipes do município, visando à melhoria da atuação dos profissionais e a redução dos encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados.

A presente intervenção fortalecerá a resolutividade das Equipes de Saúde da Família, pautada no fortalecimento da qualificação do processo de trabalho, de forma a prestar uma atenção integral e de qualidade voltada às necessidades do usuário ser-ritense do SUS.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004.

BADERTSCHER, N.; ROSSI, P.; RIEDER, A; HERTER, C. C.; ROSEMANN, T.; ZOLLER, M. Attitudes, barriers and facilitators for health promotion in the elderly in primary care. **Swiss Med Wkly**, v. 1, n. 11, p. 142-7, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.996/07 de 20 de agosto de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm>. Acesso em: nov. 2017.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: nov. 2017.

CARNEIRO, A. C. L. L.; SOUZA, V.; GODINHO, L. K.; FARIA, I. C. M.; SILVA, K. L.;GAZZINELLI, M. F. Health promotion education in the context of primary care. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-168, 2005. [online] ISSN 1807-5762.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; CAMARGO, B. C. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 581-8, 2011.

FORTUNA, C. M. et al. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 581-8, 2011.

VALLA, V.; STOTZ, E. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.



Soneto ao Ser Mais

Domício Sá

*Políticas públicas de verdade
Direitos garantidos plenamente
Trabalhador com ação eficiente
Serviços prestados com qualidade*

*Gestão dotada de capacidade
Práxis, cidadania... eticamente
O saber difundido amplamente
Nosso povo com paz e liberdade*

*Com o compromisso de cada Ator
Processo vivo fazendo nascer
Redes articuladas com AMOR*

*Nas atividades, no cotidiano...
A educação permanente, do SER
Desenvolvendo um SER MAIS, humano.*



Seção 2



Desafios Cotidianos da Gestão do SUS

Experiência é aquilo que nos atravessa: caminhos da construção e implantação do Curso de Especialização em Saúde Pública no Estado de Pernambuco

Domitila Almeida de Andrade
Dara Andrade Felipe
Pedro Costa Cavalcanti de Albuquerque

O presente capítulo busca apresentar a experiência de Pernambuco frente ao desafio do projeto “Acreditação Pedagógica dos Cursos lato sensu em Saúde Pública e a Formação em Saúde Pública: uma possibilidade de caminhos convergentes”, coordenado pela Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA), destacando os caminhos e estratégias utilizadas no estado, através da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), para construção e implantação do Curso de Especialização em Saúde Pública. Para tanto, o capítulo está organizado em duas partes que trazem os caminhos da construção e a implantação do Curso.

Os caminhos da construção

A formação em saúde, hegemonicamente, ainda não se adequa às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), algumas estratégias têm sido desenvolvidas visando à adequação dessa formação e a qualificação dos trabalhadores para atender às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Dentre as estratégias, a formação em nível de pós-graduação para gestores e profissionais de saúde tem historicamente contribuído e promovido mudanças nas políticas e ações de saúde, muitos foram os avanços alcançados com a especialização de profissionais e gestores, mas ainda hoje persistem desafios e demanda por mais cursos (CUNHA; HORTALE, 2017).

As autoras, ao traçarem um perfil dos cursos de pós-graduação para gestão no SUS identificam que ainda predomina a oferta de cursos na modalidade *stricto sensu* com mestrados profissionais. Esse nível de formação tem sido apontado como fundamental, sobretudo, para a formação de profissionais dos níveis estadual e federal do SUS. Contudo, a restrição do número de vagas não consegue atender ao contingente de gestores descentralizados em todo o sistema, especialmente nos municípios. Quanto aos cursos de pós-graduação *lato sensu*, ainda persiste uma concentração desses na região sudeste do país (39,5%), bem como a oferta pelo setor privado (88,3%) (CUNHA; HORTALE, 2017).

Nesse sentido, as autoras destacam a necessidade de uma política nacional para o desenvolvimento da formação em gestão na saúde, direcionada para uma gestão pública, de qualidade e em consonância com os princípios do SUS (CUNHA; HORTALE, 2017).

Provocados pela construção de uma nova formação em saúde pública, afinada com os desafios colocados pelo SUS atual e as necessidades do estado de Pernambuco, a ESPPE lançou-se na construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) e da Matriz Curricular do Curso de Especialização em Saúde Pública, para gestores do SUS Pernambuco.

Afinados com uma perspectiva crítica da educação, compreendemos o Projeto Político Pedagógico não apenas em seu aspecto formal, mas em sua composição política ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade (VEIGA, 1996). Em acordo com Saviani (1993), partimos do entendimento que além do caráter pedagógico, era

necessário elaborar seu caráter político na medida em que era necessário apresentar o compromisso com a formação de um cidadão, imbuído de determinados valores e conceitos, pactuados por um grupo majoritário, concretizados como prática pedagógica. Assim, as dimensões política e pedagógica possuem um significado indissociável, definido como um processo permanente de reflexão em busca da efetivação das intenções do Projeto (VIEGA, 1996).

Assim, foram perguntas que guiaram a formulação: Qual o objetivo do curso? Como construir uma formação afinada com a situação local/regional? A quem se destinará? Qual o perfil dos egressos que se espera produzir? Qual o perfil dos docentes? Que estratégias pedagógicas serão utilizadas?

Antes de adentrarmos na proposição pedagógica, pedimos licença para contar um pouco mais sobre o processo de construção que, assim como o trabalho em saúde, foi essencialmente coletivo.

Como apresentado por Viegas (1996), a formulação da proposta político pedagógica é essencialmente coletiva, vivenciada pelos atores nele inseridos. Apresenta-se também como importante momento de formação política, podendo auxiliar na produção da identidade política da instituição fruto da intervenção e reflexão permanentes dos sujeitos, individuais e coletivos, implicados no processo (SANTOS, 2010).

A ESPPE tem como missão a promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam no SUS no estado de Pernambuco, com a compreensão de que essas atividades devem ser interligadas e imbricadas, de tal forma que promovam uma integralidade no conjunto das ações da saúde pública. Trabalha em articulação com as secretarias municipais de saúde, áreas técnicas da gestão estadual e demais instituições de ensino do estado de Pernambuco.

Entre as articulações e parcerias com áreas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), destacamos as construídas com as diretorias, que estão na mesma secretaria que a escola, ou seja, daquelas que fazem compõem a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES). Para a construção do curso, essa parceria foi fundamental, integrado a equipe da ESPPE e da Diretoria Geral de Educação na Saúde (DGES). Também queremos dar destaque, entre as instituições de ensino parceiras, ao Instituto Aggeu Magalhães- FIOCRUZ PE, que nutriu e lutou, junto com a Escola, para a concretização desse curso ainda na articulação junto ao Ministério da Saúde através da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública e na sua formulação no estado (SANTANA et al., 2017).

Esse Projeto do Curso foi sendo desenhado, compartilhando com o Ministério da Saúde a compreensão de que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009). Sabendo que os processos formativos podem ao mesmo tempo possibilitar o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e das instituições, pois quando:

é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009, p. 20).

Assim, se a troca de saberes, reflexões e diálogos são fundamentais para o desenvolvimento de processos formativos referenciados na Educação Permanente em Saúde, para nós também foi durante o processo de formulação. Semanalmente, o grupo formado por gestores da DGES e da ESPPE se reuniam para construção da proposta, construindo respostas, ora a partir de

certezas provisórias que foram se sedimentando, ora a partir de princípios inegociáveis. Assim, chegamos ao objetivo do curso: formar sanitaristas comprometidos ética e politicamente com a transformação das condições de saúde a partir da formação em serviço no SUS, de forma regionalizada e interdisciplinar (PERNAMBUCO, 2016).

Esse objetivo refletia o debate que já vinha sendo construído nacionalmente, mas trazia a identidade Pernambucana. Particularmente quanto ao fortalecimento da regionalização, que traz o compromisso de fortalecimento das instâncias do SUS de maneira descentralizada; e a Interdisciplinaridade, conceito que traz para a construção da saúde coletiva a integração de saberes de áreas diversas do conhecimento que precisa estar em conexão para atender à complexidade do processo saúde-doença-cuidado.

Os conceitos de regionalização e interdisciplinaridade foram estruturantes durante toda a formulação, refletindo desde as questões administrativas e operacionais até o desenho curricular e os conteúdos das disciplinas.

Definimos como perfil dos discentes profissionais que estivessem atuando em algum dos níveis da gestão do Sistema Único de Saúde de Pernambuco, está estar em cargo/função de gestão e por ser uma especialização era necessário possuir graduação, em qualquer área.

Observando-se a concentração de programas de pós-graduação na Região Metropolitana, o que coincide com a concentração de instituições públicas e privadas de ensino superior em Pernambuco, fizemos a opção por fazer o curso de forma descentralizada, abrindo uma turma no agreste e outra no sertão do Estado.

Com esse objetivo, a matriz curricular do curso foi estruturada de forma a abarcar os principais conteúdos, conhecimentos e habilidades para atuação de um gestor do SUS na atualidade.

Trabalhando desde Estado, Sociedade e Políticas Públicas, passando, Teorias Organizacionais e Administração Pública, Ética e cidadania na saúde, até Epidemiologia e Indicadores em Saúde, Linhas de Cuidado, redes de atenção e Integralidade em Saúde. Esses conteúdos que foram organizados em três eixos, bem definidos no PPP (PERNAMBUCO, 2016):

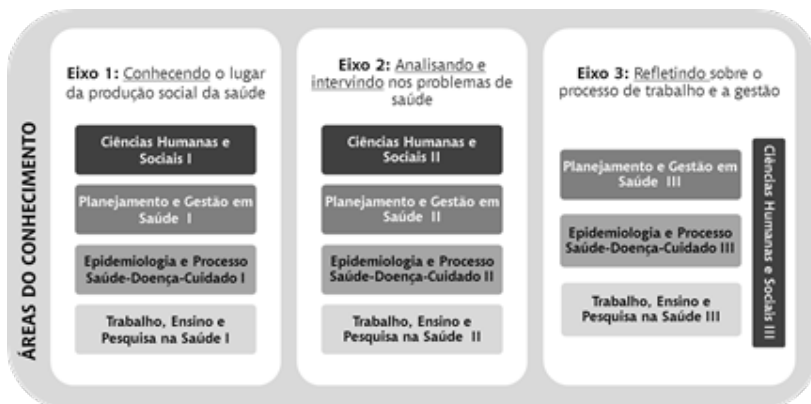
I. Conhecendo o lugar da produção social da saúde, no qual se buscou a compreensão acerca do processo saúde-doença, das Políticas de Saúde, das bases conceituais e históricas do planejamento e gestão e das bases conceituais do trabalho e educação na saúde;

II. Analisando e intervindo nos problemas de saúde, que buscou trazer os fundamentos da organização histórica da política de saúde no país, o envolvimento dos movimentos sociais na luta por sua criação e efetivação, aprofundamento sobre o modelo de Vigilância em Saúde como base para atenção em saúde no SUS; e

III. Refletindo sobre o processo de trabalho e a gestão em saúde, nesse eixo foram aprofundadas reflexões acerca de temáticas já trabalhadas, da gestão do sistema de saúde, dos sistemas de informação em saúde e das práticas de promoção e educação popular em saúde.

Os eixos estavam divididos em quatro grandes áreas de conhecimento: Ciências Humanas e Sociais, Epidemiologia e Processo Saúde-Doença-Cuidado, Planejamento e Gestão em Saúde e Trabalho, Ensino e Pesquisa na Saúde, nas quais estavam distribuídos objetivos de aprendizagem pertinentes a cada área e seus determinados conteúdos. Sendo que Ciências Humanas e Sociais tinha conteúdos bem definidos e específicos apenas nos dois primeiros eixos, aparecendo no terceiro de forma transversal, na perspectiva de um aprofundamento espiral, estando inserido nos conteúdos das demais áreas.

Figura 1 - Organização curricular do Curso de Especialização em Saúde Pública da ESPPE.



Fonte: Pernambuco (2016).

Dentre as áreas propostas, destaca-se como estratégia afinada com a missão da ESPPE o eixo de Trabalho, Ensino e Pesquisa na Saúde. Esse tinha como objetivo a compreensão da Educação Permanente em Saúde e seu princípio de formação pelo trabalho. A proposição era que, ao final do curso, todos reconhecessem o espaço de prática profissional como espaço de formação permanente, continuando o processo ação-reflexão-ação mesmo após o término do curso.

O desenho apresentado em eixos (conhecendo, analisando e intervindo), se deu para que, ao longo do curso, de maneira integrada, os especializandos pudessem realizar um processo reflexivo que culminasse com a mudança de práticas no serviço. Para tal, foram propostas duas estratégias pedagógicas: o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção (PI) como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e a realização de atividades de dispersão acompanhadas pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da ESPPE, sendo esses instrumentos avaliação dos discentes.

As atividades de dispersão foram criadas como mecanismo de articulação dos conteúdos e das reflexões realizadas no espaço de sala de aula com a realidade vivenciada. Assim, foram pro-

postas atividades como: realizar diagnóstico em saúde da realidade local, articulando os conceitos e referências das diferentes áreas de conhecimento, a fim de conhecer o processo de produção social da saúde em seu território de atuação profissional; intervir sobre problemas e necessidades encontradas no dia a dia da gestão dos serviços, por meio da ação dialógica e comunicativa, compreendendo o trabalho como espaço de aprendizado e construção de práticas. Ressaltando-se a importância de intervenções realizadas junto aos movimentos sociais locais.

O Projeto de Intervenção deveria ser construído ao longo de todo o curso, mediado pelas atividades da área Trabalho, Ensino e Pesquisa na Saúde. Com eles os discentes deveriam ser capazes de identificar os principais problemas de seu cenário de atuação profissional, refletir, teorizar e propor ações para alteração da situação identificada. Além da proposição de ações que afetassem os espaços de gestão de maneira descentralizada, o desenvolvimento do PI, enquanto estratégia pedagógica, visava uma formação que valorizasse o conhecimento prévio e o movimento reflexão-ação-reflexão permanente.

Para operacionalização da proposta, foi atribuída a carga horária para cada área de conhecimento por eixo, que no total somava 360 horas-aula. Dessas 288 horas foram presenciais, 72 horas destinadas para atividades no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do curso e para atividades que deveriam ser realizadas nos seus ambientes de trabalho, chamadas de atividade de dispersão.

Mãos à obra!

Implantação do curso

O Curso em Pernambuco teve duas turmas acontecendo simultaneamente e atendendo às diferentes regiões do Estado, na turma agreste, que teve Garanhuns como cidade sede das aulas, estavam inseridos os gestores da saúde que atuavam nas II, III, IV, V, VI e XII regiões de saúde; e na turma sertão, que teve

como cidade sede Serra Talhada, encontravam-se aqueles que atuavam nas VII, VIII, IX, X e XI regiões de saúde.

Para tanto, ter docentes que tivessem perfil adequado para assumir esse desafio, junto com a ESPPE e a coordenação do curso, parecia algo determinante nesse processo. Principalmente, porque a Escola não possuía uma equipe própria de professores que tivessem disponibilidade e foco exclusivo para o curso. Assim, foi realizada uma seleção na qual foram estabelecidos 10 perfis que atendessem as áreas de conhecimento e conteúdos já definidos, sendo 2 para Ciências Humanas e Sociais, 3 Epidemiologia e Processo Saúde-Doença-Cuidado, 3 Planejamento e Gestão em Saúde e 2 Trabalho, Ensino e Pesquisa na Saúde, sendo selecionados 10 professores para cada turma.

A seleção contou com duas etapas, uma primeira baseada na análise curricular dos participantes, na qual era exigida a titulação mínima de mestre, nela foram selecionados três candidatos para participar da segunda etapa, que consistia numa formação pedagógica, de um dia, na qual era obrigatória a participação integral, que aconteceu em Recife, cidade sede da ESPPE. Os aprovados foram convocados respeitando a ordem de classificação dos currículos, sendo substituídos nos casos de desistência ou indisponibilidade do candidato anterior.

Aulas aconteceram em formato modular, em três dias (quartas, quintas e sextas), uma vez ao mês, durante um ano, com datas pré-estabelecidas já no início do curso. Essa opção foi feita frente à realidade das turmas, com discentes oriundos de diferentes municípios e regiões, acreditávamos que esse formato era mais viável para os que moravam mais distante e que mesmo para os que eram da cidade, acarretaria menos prejuízos para o trabalho do que ausências semanais, com isso, conseguimos garantir maior participação e adesão.

Esse formato também permitiu a adesão dos docentes que, assim como os especializandos, residiam em diferentes locais do estado, sendo a maioria da Região Metropolitana do Recife, além de terem outros vínculos.

Contudo, esse formato, modular, descentralizado, concomitante, colocou o desafio de organizar as aulas de forma a garantir a participação dos docentes, ou seja, não seria interessante que as aulas assumidas por esses fossem muito pulverizadas, por outro lado não parecia interessante condensar tudo em um único momento pela própria estrutura pedagógica proposta pela matriz que propunha a distribuição das áreas de conhecimento entre os eixos e a visão da construção de conhecimento em espiral, buscando ao longo do curso retomar conceitos e conteúdos para aprofundar e articular com os novos.

Para tanto, o curso foi baseado numa proposta metodológica que compreende o processo educativo em seu caráter mediador propositivo, que reconhece os educandos como agentes históricos capazes de produzir práticas sociais transformadoras. Essas práticas sociais deverão acontecer no sentido de transformar as condições sócio-sanitárias a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (PERNAMBUCO, 2016, p.43).

Nessa perspectiva o educador não está em sala de aula para dar soluções para o educando, mas para compartilhar ferramentas que facilitem a busca por respostas e soluções, facilitando a problematização e construção do conhecimento. Estimulando os especializandos a trazerem as experiências vivenciadas nos serviços de saúde como objeto de reflexão, com o qual deve relacionar os diferentes conteúdos trabalhados.

A proposta era que os educandos fossem protagonistas no processo de ensino e aprendizagem, a contextualização e o diálogo ferramentas presentes em todos os momentos do curso.

De uma forma sintética o processo educativo deve promover que o educando possa:

- a. Compreender o espaço onde se insere profissionalmente, por meio de análise da conjuntura local, qualificando a tomada de decisões.
- b. Encontrar respostas e soluções para o que está vivendo

e sua capacidade de intervir, desenvolvendo relação entre teoria e prática no serviço.

c. Saber onde procurar, desenvolvendo a capacidade de pesquisa, de procurar respostas (PERNAMBUCO, 2016, p.43).

Durante o processo formativo foram estimuladas as trocas. Os especializandos trouxeram para sala de aula as diferentes realidades de trabalho em que estavam inseridos, buscando pontos de convergência, divergência, potencialidades e dificuldades para transformação de suas realidades.

Assim, foram utilizadas diversas metodologias educativas, tais como aulas expositivas dialogadas, seminários, oficinas de trabalho, trabalhos em grupo, estudo de caso, fichamentos, discussão de filmes/vídeos, desenvolvimento de atividades práticas.

A avaliação dos discentes aconteceu ao longo de todo o processo de ensino-aprendizagem, durante as atividades presenciais, no desenvolvimento do projeto de intervenção, na utilização das ferramentas de Ensino à Distância, na realização das atividades de dispersão. Foram utilizados como critérios para avaliação: desempenho, assiduidade, participação nas atividades propostas e registros nos Diários de Classe.

Diante da grande diversidade de atores envolvidos no processo, além das distâncias geográficas, surgiu a necessidade de criar estratégias que contribuíssem para facilitar o cumprimento dos objetivos previamente estabelecidos e facilitar o diálogo entre coordenação do curso e os docentes, mas também entre os próprios docentes, visando que os módulos e eixos não fossem apenas o somatório dos conteúdos trazidos por cada professor, mas que fossem feitas as articulações necessárias.

A primeira medida para garantir esse processo foi a contratação de uma equipe de coordenação específica e com perfil para assumir o desenvolvimento do curso. Essa equipe foi composta de uma coordenadora e dois apoiadores pedagógicos. A primeira

coordenava a formação pedagógica de maneira compartilhada com a coordenação de educação permanente da ESPPE e dos dois apoiadores pedagógicos. Cada apoiador pedagógico acompanhou uma turma específica e esteve presente presencialmente na maior parte das aulas. Essa equipe acompanhou desde o processo de seleção dos docentes e discentes, até a formação das turmas, compartilhando e colaborando com a orientação e acompanhamento dos docentes, apoio logístico, elaboração de relatórios periódicos e todas as demais demandas que apareceram ao longo do processo para viabilização do curso.

Outra estratégia, já mencionada acima, foi como parte do processo seletivo para docentes, a realização de um momento, chamado Alinhamento pedagógico, com todos os selecionados. Nesse dia, foram apresentados o contexto de implantação do curso, os objetivos, a matriz curricular, os instrumentos de acompanhamento, a dinâmica de funcionamento, o Ambiente Virtual de Aprendizagem e para finalizar foi proposto a construção coletiva dos planos de aula, para iniciar a aproximação do instrumento e a partir desses dialogar sobre as metodologias de ensino e aprendizagem.

Antes de iniciar o curso, agora apenas com os professores que estariam nos próximos três meses em sala de aula, foi realizado mais um espaço como esse para sanar dúvidas, retomar pactuações e apresentar o perfil dos discentes. Durante o curso, sempre que necessário foram realizados os Alinhamentos Pedagógicos, que foram momentos ricos para trocas e permitiram um funcionamento mais democrático para o curso.

Um dos instrumentos criados, para estabelecer um padrão para a sistematização do planejamento das aulas foi o plano de aula, os quais deveriam ser enviados para coordenação com a antecedência de 15 dias da aula, permitindo apropriação e contribuições da coordenação, bem como, que fosse compartilhado em tempo hábil com os demais docentes do módulo, facilitando a comunicação entre docentes e conteúdos.

Nos planos de aula contavam as informações gerais tais como: docente responsável, eixo, área de conhecimento, conteúdos, data e horário, mas também as particularidades, objetivos de aprendizagem, detalhamento de conteúdo, metodologia que seria utilizada, além da atividade de dispersão que seria solicitada, que conforme mencionado, era parte integrante da carga horária do curso, além das referências bibliográficas utilizadas e sugeridas. Junto com os planos de aula foi adotado o Diário de Classe, ferramenta já utilizada pela ESPPE em outros cursos e aprovada pelo Conselho Estadual de Educação. Nesse, deveria ser registrado por cada docente: a frequência; ocorrências relativas às faltas justificadas; atestados e licenças médicas; fatos relevantes; avaliação dos fatores globais e das competências específicas; e conteúdos ministrados. Servia como fonte de informação para reajuste de estratégias de ensino e de acompanhamento da evolução dos especializandos, constituindo-se documento comprovador de seu rendimento para efeito de composição de seu histórico escolar.

Durante o curso foi amplamente utilizado o AVA, ferramenta já disponibilizada pela Escola para outro curso, ele contribuiu para a comunicação e ajudou a aproximar os participantes, uma vez que a distância geográfica dificultava o diálogo entre os discentes e docentes. Através desse ambiente foram disponibilizados o material trabalhado em aula, a bibliografia disponível virtualmente, nele eram disponibilizadas as atividades que deveriam ser realizadas entre os módulos, bem como, postamos os produtos dessas atividades. Além disso, permitiu a criação de um ambiente específico para coordenação e docentes, com acesso restrito, no qual eram compartilhados os planos de aula, os relatos do que vinha sendo vivenciado em sala de aula e criados fóruns de discussão para facilitar a comunicação entre os docentes e promover a troca.

Para pensar...não paremos por aqui!

Mesmo com todos os esforços que vêm sendo feitos pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação para o processo de

reorientação da formação em saúde para o SUS, ainda permanece o desafio. Curso como este que, assumem o compromisso não apenas pedagógico, mas também político de fazer a formação, em nível de pós-graduação, estruturada a partir da visão na qual é promovendo o encontro entre as teorias e vivências, gerando a possibilidade de um olhar complexo e propondo aos profissionais assumir uma postura ativa no sentido de transformação da realidade, parecem fundamentais para a consolidação de um sistema que ofereça cuidado e atenda as necessidades reais da população.

A oferta de Curso de Especialização em Saúde Pública, por instituições públicas e para fortalecimento do SUS local, que consiga dar conta de levar para a sala de aula os desafios locoregionais e refletir sobre esses a luz do que está preconizado e das teorias da saúde pública, nos parece ser um caminho interessante, dialogando com que está apontado na Política Nacional de Educação Permanente.

Na efetivação dessa política no estado de Pernambuco, a ESPPE tem assumido papel importante e estabelecido como uma das estratégias a oferta de cursos de forma descentralizada e regionalizada. Contudo, essa estratégia impõe alguns desafios como: a articulação e envolvimento de uma quantidade grande de atores, pois é necessário garantir infraestrutura mínima para a realização das atividades, o reconhecimento da importância dos cursos, a contratação de corpo docente. A Escola de Saúde Pública de Pernambuco não possui estrutura descentralizada, tendo a sede apenas em Recife, dessa forma, seus recursos humanos estão ali concentrados, além de não possuir professores efetivos da instituição e para realização de suas atividades precisa captar recursos que viabilizem a execução desse tipo de projeto.

Tais desafios fragilizam a continuidade de ações como a apresentada neste capítulo. Destaca-se portanto que os investimentos na formação de trabalhadores deve ser uma política pública contínua, que fortaleça as instituições locais de maneira descen-

tralizada, respeitando as especificidades locais, compreendida como capaz de produzir respostas para as mudanças no cuidado em saúde e nas condições de vida.

Diante disso, o presente capítulo buscou relatar brevemente como, mesmo frente às dificuldades, coletivamente o curso foi sendo formulado numa perspectiva política e pedagógica para refletir sobre os desafios e transformar a realidade do SUS no estado, e apresentar algumas das estratégias encontradas para viabilizar a realização do Curso no formato que acreditávamos mais efetivo.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CUNHA, Maria Luiza Silva; HORTALE, Virginia Alonso Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, 2017. V. 41, nº 113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711307>. Acesso em: 04.12.2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Plano do Curso de Especialização em Saúde Pública - ESPPE. Recife, 2016.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro (org). **Projeto Político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Campinas (SP): Ed. Papirus, 1996.

SANTANA, Célia Maria Borges da Silva; et. al. Interiorização da formação em saúde pública: o compromisso da ESPPE na transformação do processo de trabalho e gestão pública no SUS de Pernambuco. In.

SOUZA, Rosa Maria, Pinheiro; COSTA, Patricia Pol. **REDESCOLA e a nova formação em Saúde Pública**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família**. 2010. Dissertação de Mestrado.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. São Paulo: Cortez, 1991.

Reorganização do fluxo de trabalho para integração entre as Equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Serra Talhada

Andréia Paula da Silva Lima
Ângela Maria Pereira

Introdução

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa Saúde da Família (PSF) como forma de promover a reorganização das ações na Atenção Primária (AP) no país. Desde então, diversas propostas em saúde foram formuladas e implantadas nacionalmente, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) considerada a porta de entrada aos serviços e ações disponíveis pelo SUS através das equipes de Saúde da Família (GONÇALVES, 2015).

A Atenção Primária no Brasil, mesmo após a implantação da ESF, apresentava-se no início dos anos 2000 com uma visão vertical, sendo composta por protocolos e programas estratégicos, os quais compartimentavam a prática clínica e resultavam num modelo rígido e fragmentado da saúde, tal cultura de verticalização da saúde interferiria na qualidade do cuidado ofertado, tornando mais difícil a resolutividade dos problemas da população na Atenção Primária (BRASIL, 2014).

Como forma de mudar o cenário da saúde, de apoiar e complementar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da

família, o MS em 2008 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº154/2008,

Atualmente denominados de Núcleos Ampliados em Saúde da Família, propõem-se através deles a concretização do cuidado integral, contínuo e longitudinal à população, a diminuição dos encaminhamentos aos outros níveis de atenção à saúde e a melhor qualidade de atendimento (BRASIL, 2006).

Tal apoio às equipes de saúde se dá através da ampliação do número de profissionais vinculados à Atenção Primária que atuam compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde (BRASIL, 2010),

Nesse sentido, a equipe NASF é composta por profissionais de diversas áreas, tais como: psicologia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, algumas especialidades médicas e outros profissionais conforme a demanda da população (LACMAN, 2013). A partir de sua composição o NASF desenvolve ações focadas em nove áreas estratégicas, a saber: serviço social, saúde mental, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, práticas corporais, integrativas e complementares (BRASIL, 2012).

Sendo assim, uma nova proposta em processo de construção da Política Pública de Saúde ao mesmo tempo que está sendo implantado nos territórios brasileiros (GONCALVES, 2015). Espera-se, com o trabalho das equipes do NASF um aumento na resolutividade dos problemas em saúde e uma maior abrangência qualitativa das ações da Atenção Primária (BRASIL, 2010). Busca-se, também, a ruptura da lógica de referenciamento, em direção à (co) responsabilização e gestão integral e compartilhada do cuidado, por modo de atendimentos interdisciplinares e compartilhados, por meio de estudo de casos, discussões de casos, interconsultas, apoio matricial, enfim, ações em saúde que envolvam, tanto os usuários quanto as equipes de Saúde da Família (FERRO, 2014).

No projeto de intervenção se utilizará a Educação Permanente para os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e do NASF, como forma de elaborar um fluxo de trabalho integral e executável entre as equipes de Saúde da Família e do NASF no município de Serra Talhada- PE. Considerando que a Educação Permanente é um conjunto de ações educativas, em busca de alternativas e soluções para transformar as práticas em saúde por meio da problematização coletiva e melhor qualidade na assistência em saúde (BRASIL, 2004).

No município de Serra Talhada, o NASF foi implantado, em 2010, com estrutura física e atendimentos ambulatoriais e não como parte integrante da Atenção Primária, levando a superlotação dos equipamentos de saúde e a uma população com o não acesso adequado aos serviços. Deste modo, este projeto tem como pergunta norteadora: “ como reorganizar o fluxo de trabalho entre as equipes da saúde da Família e do NASF, para que se tornem integrais na assistência à saúde? ”.

Em 2016, os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Serra Talhada estão implantados e regularizados pela Central de Marcações do município, porém a equipe NASF ainda não é compreendida, pelos profissionais das unidades de saúde, como parte integrante e resolutive da Atenção Primária. Deste modo, o não entendimento sobre o processo de trabalho me levou a procurar o curso de Aperfeiçoamento EAD/FIOCRUZ sobre Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF, o qual realizei, como proposta para conclusão deste curso, uma micro intervenção com a gestão sobre a Política NASF, a importância e contribuição do NASF para as ações e serviços do SUS enquanto RAS.

Contudo, tal micro intervenção realizada ao final do aperfeiçoamento juntamente com as orientações recebidas pelas aulas no curso de Especialização em Saúde Pública, pela ESPPE, despertaram a importância da realização de um Projeto de Intervenção que introduza na rotina de trabalho das equipes de saúde da família as ações compartilhadas e executadas pela equipe NASF,

gerando o apoio necessário para a construção de uma rede de cuidados como forma de transformar a realidade social, para, que assim, possa auxiliar a reorganização do fluxo de trabalho entre as equipes de saúde da família e do NASF no município de Serra Talhada - PE.

Este artigo apresentará a proposta do projeto de intervenção defendido como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública de Pernambuco e que ainda será executado. Desta maneira, esse projeto tem como objetivo geral reorganizar o fluxo de trabalho entre as equipes de Saúde da Família e a equipe NASF no município de Serra Talhada- PE, através da tentativa de realizar a Educação Permanente com os profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF sobre as atribuições e o fluxo de trabalho para que fosse desenvolvido um novo fluxo de trabalho entre as equipes de Saúde da Família e do NASF.

Métodos

O Município de Serra Talhada está localizado na mesorregião do Sertão pernambucano, microrregião do Pajeú, distante 410 km da Capital do Estado, o município ocupa uma área de 2.980 km², abrange cerca de 9% do território do Estado, 289 km de Caruaru e 396 km de Petrolina. Limita-se ao norte: Estado da Paraíba; ao sul: Floresta; ao leste: Calumbi, Betânia e Santa Cruz da Baixa Verde e ao Oeste: São José de Belmonte e Mirandiba (SERRA TALHADA, 2012).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Serra Talhada é composta por: 11 postos de saúde, 22 Unidades Básicas de Saúde, 1 Pronto Socorro, 6 Hospitais, sendo dois especializados, 37 Consultórios Isolados, 28 Clínicas/Centro de Especialidade, 15 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia, 1 Unidade Móvel Terrestre, 1 Unidade em Vigilância em Saúde, 1 Cooperativa, 1 Secretarias de Saúde (SMS), 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II- Transtorno, CAPS AD, CAPSi), 3 polos de Academia da

Saúde, 1 Laboratório de Saúde Pública e 1 Central de Regulação (CNES, 2016).

O município possui uma única equipe NASF, sendo da modalidade tipo 1, a qual é responsável por 9 UBS's, sendo composta por uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social, uma fonoaudióloga e um fisioterapeuta.

Este artigo teve como proposta utilizar como técnica a pesquisa-ação, visto que, contém propostas de atividades constituídas para definir um problema identificado, o qual seria a não existência do processo de trabalho adequado entre a equipe NASF e das unidades de saúde da família no município de Serra Talhada- PE, e transformar em ação efetiva, definir a análise e seguir passos e assim tentar solucioná-lo. Teve como população alvo todos os profissionais da Atenção Básica que compõem as equipes do NASF e das USF's de Serra Talhada, acobertadas pelo NASF.

Após a realização da oficina de Educação Permanente, sobre as atribuições e o fluxo de trabalho, com os profissionais envolvidos na intervenção, os dados seriam coletados somente para o que se refere aos objetivos da mesma, sendo as informações apresentadas, posteriormente, de forma coletiva, sem qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas, principalmente no que diz respeito a menção de nomes de profissionais de saúde envolvidos na construção do processo de trabalho destes. Garantindo, por parte da pesquisadora, o sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Resultados e discussão

O processo de trabalho do NASF é orientado pelas ações da Clínica Ampliada, a qual possui uma intervenção interdisciplinar com estudos e discussões de casos clínicos, gerando condutas terapêuticas, que são chamadas de Projeto Terapêutico Singular (PTS), articuladas para um sujeito ou coletivo. Tem também, o Apoio Matricial como forma de suporte técnico-pedagógico

para ampliar a resolutividade das ações na Atenção Primária. Todas ações praticadas pela equipe NASF estão dentro de um território de abrangência das equipes de saúde da família, o qual está, também, sob sua responsabilidade, e nele as ações são estruturadas pelas ações compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidades mútuas, gerando, assim, experiências para ambos os profissionais das equipes envolvidas (SILVA, 2012).

Para a construção do processo de trabalho matricial entre os profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família, é necessário o interesse dos profissionais das equipes em trabalhar de forma interdisciplinar, iniciando um processo de ruptura comportamental nas práticas tecnicistas e de encaminhamentos (NAKAMURA, 2016).

Uma pesquisa do tipo bibliográfica exploratória no Estado de Minas Gerais, em 2016, identificou que as dificuldades no processo de trabalho do NASF estão relacionadas a não formação profissional adequada as necessidades do SUS, pois além do conhecimento técnico específico adquirido na graduação é importante que os profissionais conheçam sobre Políticas Públicas, territorialização, perfil epidemiológico da população e redes de cuidado, tal pesquisa relata também, a carência de profissionais com abordagem integral do usuário e a necessidade de qualificação profissional para a atuação no NASF (SANTOS, 2017).

No Brasil, é notório o crescimento no número de NASF's no país. Porém a implantação desta Política ainda constitui um grande desafio para a saúde, pois são muitos os profissionais da Atenção Primária que apresentam resistência para desenvolver o trabalho multiprofissional, visto que, o NASF veio para interferir na dinâmica de trabalho das equipes de Saúde da Família, trazendo uma nova forma de atuar na Atenção Primária e fazer saúde através da criação dos espaços de discussões e reflexões em grupos, levando o profissional da Atenção Primária dispor não apenas de tempo mas também da subjetividade de cada integrante das equipes de saúde da família (BARROS, 2015).

A inserção e aceitação da política NASF pelos profissionais da Atenção Primária não está sendo fácil, pois para eles implica em transformar práticas aprendidas nas instituições de ensino, desconstruir a lógica de referência e contra referência existente, bem como, favorecer mudanças importantes na organização do trabalho. Deste modo, para que esta mudança seja satisfatória é essencial a oferta de capacitações para os profissionais da Atenção Primária sobre esta nova organização do trabalho (BARROS, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) constituiu a Política da Educação Permanente no Brasil através da criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), a qual responde pela elaboração, planejamento e execução de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS tem como propostas: a transformação das práticas de saúde, da organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004).

A PNEPS baseia-se no aprendizado significativo, desenvolvido a partir de problemas diários, levando em consideração, também, as experiências pré-existentes dos profissionais como meio para transformar as práticas em saúde e não apenas uma reprodução acrítica da realidade social (SILVA, 2015).

A realização da oficina de Educação Permanente, sobre as atribuições e o fluxo de trabalho, com os profissionais das unidades de saúde e da equipe do NASF no município de Serra Talhada não foi possível de se realizar pois a autora, antes da conclusão da sua Especialização em Saúde Pública, pela ESPPE, mudou de vínculo empregatício, deixando a gerência da unidade de saúde em Serra Talhada e assumiu o cargo de Técnica do programa Mãe Coruja Pernambucana no município de Floresta, tornando impossível a realização.

Considerações finais

Este artigo apresenta um plano de intervenção, elaborado com base em estudos científicos, que provam como a Educação Permanente dos profissionais das unidades básicas de saúde e da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como ação para a afirmação da Rede de Atenção à Saúde no SUS, se torna imprescindível, pois ao capacitar os profissionais das equipes de saúde da família e do NASF sobre suas atribuições, acredita-se na mudança do processo de trabalho para que não ocorra a superlotação dos serviços de saúde do município.

Referências bibliográficas

BARROS, J. de O. et al . Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 9, p. 2847-2856, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17 Feb. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2004. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para Educação Permanente em saúde: Pólos de Educação Permanente**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n.27)

BRASIL. Ministério da Saúde, 2012. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF

BRASIL. Ministério da Saúde, 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2014. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 39)

CNES, 2016. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, DATASUS, Brasília, Brasil, 2016. Disponível em: <http://cnes.data->

sus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=26&VMun=261390. Acessado em 31 ago. 2016.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. São Paulo, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2014; 38(2), p. 129 – 138.

GONCALVES, R. M. de A. et al . Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde de ocup.**, São Paulo , v. 40, n. 131, p. 59-74, June 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572015000100059&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 ago. 2016.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2013; 47(5), p. 868 – 875, jul 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acessado em 20 ago 2016.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N.. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1565-1572, May 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501565&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17 Feb. 2017.

SANTOS, M. C. et al. Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): importância da qualificação profissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis,v.8, n.2, p 60 -69, mai – ago 2017. Disponível em: <<http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4095/4985>>. Acessado em: 02 Set. 2017.

SERRA TALHADA, 2012. Disponível em: <http://serratalhada.pe.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Perfil-do-Munic%C3%ADpio-2012.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2016.

SILVA, A. T. C. da et al . Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 ago. 2016.

SILVA, D.S.J.R. et al. Educação Permanente em Saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v.17, n.2, p. 104 – 105, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/23470/pdf>. Acessado em 29 nov. 2017.

Implantação de Grupo Terapêutico para Fumantes na Estratégia de Saúde da Família com a participação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF no Município de Salgueiro

Fábia Maria de Santana
Ana Ruth Barbosa de Sousa

Introdução

O tabagismo corresponde a um grave problema de saúde pública, acarretando repercussões em vários sistemas do corpo humano, e impactando significativamente no grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade, a citar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2015).

De acordo com Pinto; Riviere e Bardach (2015) as doenças tabaco-relacionadas provoca impacto na expectativa de vida, nas mulheres fumantes 4,47 anos menos que as mulheres não fumantes, enquanto que na comparação com ex-fumantes a diferença é de 1,32 anos. Os homens fumantes possuem uma expectativa de vida 5,03 anos menor que aqueles que não fumam. Na comparação com os ex-fumantes, os fumantes vivem

2,05 anos a menos. Desse modo é importante o desenvolvimento de ações em saúde que visem a redução do consumo do tabaco, principalmente a partir do Programa Nacional de Controle do Tabagismo- PNCT.

A redução global do consumo do tabaco no Brasil deve-se em parte ao PNCT, criado em 2004, pelo Ministério da Saúde, cujo foco está voltado para a proibição da propaganda, a obrigatoriedade das imagens de advertência nas cartelas de cigarro e restrições ao fumo em ambientes fechados de uso coletivo (BARROS et al, 2011).

Pinto; Riviere; Bardach (2015) corroboram com Barros et al (2011) ao descreverem que a política de controle do tabagismo no Brasil avançou nos últimos anos, com resultados positivos que se refletem na redução da prevalência. Entretanto, ainda há espaço para a intensificação de ações já adotadas, como o aumento dos preços e impostos e a oferta de tratamento para parar de fumar, desde que ancoradas no monitoramento de sua efetividade. Ademais, a proteção ao não fumante através de ambientes livres de fumo é uma medida que necessita ser colocada em prática com maior vigor no país.

É sabido ainda que a fumaça do tabaco é extremamente nociva à saúde. A duração e o nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e a severidade de muitas consequências adversas à saúde. Em publicação de 2010, que considerou também a exposição passiva ao tabaco, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sintetizou uma longa lista de consequências e doenças associadas pelo tabagismo. Entre elas estão diversos tipos de neoplasia e doenças respiratórias, cardiovasculares e ósseas (PORTES et al, 2014).

O controle do tabagismo passou a ser articulado no Brasil pelo Ministério da Saúde através de um conjunto de ações que objetivam reduzir a prevalência de fumantes e conseqüentemente a morbimortalidade relacionado ao consumo de derivados do tabaco. A atenção primária é vista como um grande espaço para

promoção dessas ações, por ser a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde e por estar próximo a residência dos usuários (BRASIL, 2015).

Para tanto, a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem (e devem) ser realizadas no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário. O tratamento para a cessação do uso do tabaco, apresenta elevado custo-efetividade e aumenta significativamente as chances do usuário de alcançar abstinência definitiva. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar preparados para estimular e apoiar o seu paciente a parar de fumar (BRASIL, 2015).

Sabe-se ainda que o apoio para a cessação do tabagismo pode ser realizado individualmente ou em grupo e deve ser conduzido por profissional capacitado. O tratamento em grupo emprega essencialmente as mesmas técnicas que o individual, mas há hipótese de que seja mais vantajoso quando se observa, por exemplo, o maior suporte social que se pode oferecer bem como maior facilidade de se discutir situações de risco e meios de lidar com as mesmas. É discutido se essa facilidade propiciada pelo grupo contribuiria de modo específico para a efetividade dos tratamentos (MAY & WEST, 2000).

Para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (2014) o grupo de tratamento para o tabagista deve ter uma abordagem multiprofissional. Entretanto, isso dependerá da organização dos serviços de saúde e da habilidade dos profissionais na abordagem ao tabagista, podendo ser conduzido por uma equipe de profissionais ou por apenas um profissional.

O PNCT realiza capacitação de profissionais de saúde de todos os níveis de atenção à saúde para o tratamento dos fumantes: A capacitação dos profissionais é baseada na Portaria nº 1035, que visa a facilitar o acesso do fumante ao tratamento e a abordagem cognitivo-comportamental dos fumantes (PORTES et al, 2014).

Estudo realizado por Veloso et al (2011) mostra que o tabagismo representa para os usuários, um instrumento de prazer, alívio e suporte; e, do outro lado da balança, uma fonte impiedosa de dano social e humano que precisa e deve ser enfrentada. Também fica evidente em sua pesquisa que a formação de grupos terapêuticos no cenário da Atenção Primária, com participação multiprofissional, associada ou não ao uso de medicamentos, é viável e pode resultar em êxito.

O Município de Salgueiro, no sertão de Pernambuco segundo dados da coordenação do PNCT do município a procura pelo tratamento na estratégia de saúde da família- ESF tem aumentado com uma média de 25 usuários mensais por ESF, desse modo se faz necessário a participação da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga) nos grupos terapêuticos. O presente projeto de intervenção vem para melhorar e dar suporte as ESF tendo como principal objetivo fortalecer a proposta de apoio ao tabagista do Ministério da Saúde e diminuir o número de usuários do tabaco.

Métodos

De acordo com Zagonel; Meier e Grittem (2008) o Projeto-Intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação na qual é considerada um modelo de pesquisa associada a diversas formas de ações coletivas, orientadas para a resolução de problemas ou com objetivo de transformação. O mesmo apresenta como programa-objeto da intervenção a implantação de grupo terapêutico para fumantes da ESF.

Foi proposto para realização durante o período de janeiro a abril de 2018, no município de Salgueiro-PE que está localizado na VII Regional de Saúde, e apresenta uma população estimada em 2016 de 60.117 habitantes. Em sua rede assistencial encontra-se 18 Equipes de Saúde da família (ESF) e 1 NASF na modalidade 1, com os seguintes profissionais: fisioterapeuta, tera-

peuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista e farmacêutico (PERNAMBUCO, 2011; IBGE, 2017; CNES, 2017).

As atividades do programa proposto serão realizadas em seis equipes de ESF. Cada uma terá o seu dia e horário para formação do grupo com a participação da equipe multidisciplinar em apoio a cessação do tabagismo.

Para a escolha das equipes contempladas, serão considerados como critérios de inclusão: pertencer à área de cobertura da zona urbana do município e possuir maior número de usuários tabagistas cadastrados.

Será realizado com os usuários tabagistas cadastrados nas ESF envolvidas. O levantamento do número de tabagistas que desejam abandonar o hábito do uso do cigarro será realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS). O número de participantes deve ser no máximo 15 pessoas por grupo.

O desenvolvimento da intervenção propõe 2 etapas principais. A primeira é a apresentação do projeto de intervenção com a participação do NASF nos grupos terapêuticos para fumantes à Coordenação de Atenção Básica e equipe da ESF do município, a partir de reunião com os profissionais para discussão do projeto de intervenção e divisão de responsabilidades, e com os ACS para identificação da quantidade de usuários que desejam abandonar o hábito de fumar em cada território. Posteriormente, segue a formação do grupo terapêutico com a participação da equipe multidisciplinar, planejado mediante reunião com as equipes e NASF para definição das datas dos encontros, horários e responsáveis, e estruturação dos encontros.

Os encontros seguem o formato sugerido pelo Programa de Controle do Tabagismo, totalizando quatro encontros mensais, organizados no mesmo dia da semana e horário. No Quadro 1 está apresentado o detalhamento de execução dos encontros.

O material de apoio aos encontros (fichas e manuais) serão os preconizados e utilizados pelo Ministério da Saúde, que fazem

parte do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo. Todos estes materiais, bem como as medicações necessárias, serão providenciados pela coordenação do Programa de Tabagismo, conforme o número de participantes.

Organização dos encontros do grupo terapêutico

1º Encontro

Ações: Avaliação individual

Instrumento: Ficha de Abordagem e Tratamento e o Teste de Tolerância de Fagerström.

Metas: Identificação dos usuários e definição da terapêutica medicamentosa.

Responsáveis: Enfermeiro ou Médico

2º Encontro (1ª sessão)

Ações: - Após as apresentações a ESF irá explicar sobre a metodologia do grupo, assim como os métodos para parar de fumar; - Explicação sobre as alterações da voz.

Instrumento: Exibição do vídeo: Parar de fumar não é fácil. Material a ser entregue: Manual do Participante - sessão 1.

Metas: - Compreensão dos usuários sobre a metodologia do grupo, assim como, escolha do método para parar de fumar; - Sensibilização sobre as alterações que o cigarro provoca na voz.

Responsáveis: ESF e fonoaudiólogo

3º Encontro (2ª sessão)

Ações: - Incentivar os participantes a demonstrarem suas experiências recentes; - Parabenizar os que já tenham parado de fumar; - Perguntar a data e o método escolhido para cessação de fumar; - Discutir sobre Síndrome de abstinência; - Compartilhar dicas para resistir ao desejo de fumar; - Discutir sobre repercussões da nicotina sobre o sistema respiratório e técnicas de respiração profunda e relaxamento.

Instrumento: Exibição dos vídeos: - Técnica de respiração; - Síndrome de Abstinência.

Material a ser entregue: Manual do Participante - sessão 2.

Metas: - Adesão à cessação do fumar;- Adoção de medidas para a fase de abstinência: Trocar os lençóis; retirar os cinzeiros; dar os isqueiros; não guardar cigarros; evitar hábitos associados (café, bebidas alcóolicas entre outras);

- Compreensão das técnicas de respiração profunda e relaxamento que visam aumentar a capacidade pulmonar e reduzir a ansiedade.

Responsáveis: Enfermeiro e Fisioterapeuta

4º Encontro (3ª sessão)

Ações: - Compartilhar suas experiências recentes;- Encorajar firmemente os que ainda não pararam de fumar;- Reforçar as dicas para a síndrome da abstinência;- Incentivar uma alimentação saudável, prática de atividade física e esclarecer sobre o porquê do ganho de peso após parar de fumar.

Instrumento: Material a ser entregue: Manual do Participante – sessão 3º

Metas: Adesão dos que ainda não pararam de fumar a cessação do fumo.

- Compreensão da importância da alimentação saudável nesse processo de cessação do cigarro.

Responsáveis: ESF e Nutricionista

Durante os encontros será aplicada a ficha de avaliação com abordagem e tratamento e teste de tolerância de Fagerstrom criado pelo Ministério da Saúde, contendo perguntas, acerca do perfil do tabagista, história patológica pregressa; história tabagística e Teste de Fagerstrom com grau de dependência da nicotina. Utilizaremos também um outro instrumento proposto pelo Ministério da Saúde, a Ficha para Acompanhamento dos Tabagistas, com perguntas sobre a quantidade de cigarros fumados por dia e se parou de fumar há quantos dias, tendo como objetivo registrar a cada encontro a diminuição do número de cigarros utilizados.

Após encerramento dos grupos será aplicado um questionário para reavaliar os participantes, com objetivo de analisar o aban-

dono do hábito de fumar e se existe algum fator determinante para que tenha recaído, caso tenha, será encaminhado para o grupo de manutenção ou acompanhamento individual. Esses dados também irão nos favorecer na realização do levantamento do número de pessoas que pararam de fumar.

Para monitoramento da execução dos grupos nas ESF após a realização da intervenção será realizada semestralmente junto à coordenação do programa tabagismo no município, quantas unidades aderiram à proposta através da aplicação de um questionário elaborado para este fim.

A partir do preenchimento destes instrumentos, será possível acessar dados e informações importantes para análise do contexto e perfil dos participantes, bem como, avaliar os possíveis impactos das ações realizadas.

Resultados esperados

Como resultados esperados, o objetivo maior desta intervenção é a conscientização dos tabagistas cadastrados na estratégia de saúde da família a respeito dos malefícios dos cigarros a sua saúde e das pessoas do seu convívio, e a consequente diminuição do número de fumantes da área de abrangência das equipes de saúde da família do município de Salgueiro.

Nessa perspectiva, a intervenção com a equipe multidisciplinar no grupo terapêutico para tabagistas apresenta uma grande relevância, pois estará contribuindo com a área assistencial, trazendo subsídios aos profissionais para discussões, para que observem a necessidade de uma maior atenção ao problema do tabagismo, e dessa forma busquem a desenvolver e aplicar estratégias de promoção à saúde dos mesmos. Portanto, o projeto beneficiará os usuários diretos, assim como os fumantes passivos (familiares e comunidade), pois irá possibilitar a cessação do tabagismo prevenindo o surgimento de patologias e amenizando as existentes assim como promoverá melhora qualidade de vida.

Considerações finais

Apesar do reconhecimento de que o presente projeto de intervenção não apresenta custos elevados para o município, visto que o Ministério da Saúde já disponibiliza os manuais e medicações a serem utilizados, tem-se como fundamental para sua implantação, a implicação dos profissionais que conduzirão o grupo terapêutico através da parceria entre NASF, ESF e coordenação do programa tabagismo do município.

Porém, diante da rotatividade dos profissionais da Atenção Básica, relacionada a um contexto de descontinuidade político partidária no município, não foi possível realizar a intervenção proposta no período programado. Desse modo, sugere-se à gestão atual o apoio para realizar a intervenção, tendo em vista a importância do problema identificado e os benefícios que podem ser alcançados mediante o interesse e priorização de ações de promoção da saúde da população tabagista.

Referências bibliográficas

BARROS, A. J. D. et al. **Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n 9, p. 3707-3716, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a08v16n9.pdf>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas: **Cartilha sobre tabaco**/ Secretária Nacional de políticas sobre drogas, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde**. 2013. Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf. Acesso em 15 de junho de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2017. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 27 de abril de 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas**. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa populacional**, 2017. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pe/salgueiro/panorama>>. Acesso em 22 de abril de 2017.

MAY, S; WEST, R. **De social support interventions (“buddy systems”) aid smoking cessation? A review.** *Tabacco Control*, v 9, n.4, p. 415-22, 2000.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Pernambuco, 2011. Disponível em: <[http:// portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf)>. Acesso 25 de abril de 2017.

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v19, n2, p:439-448, 2014.

VELOSO, N. S. et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, 2011. Disponível em:< <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/216>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

ZAGONEL, I. P. S; Meier, M. J; Grittem, L. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p: 765-70, 2008.

Um olhar sobre a Síndrome de Burnout em profissionais de saúde

Elaine Cristina Pedrosa Barreto
Domitila Almeida de Andrade

Introdução

A Síndrome de burnout ou síndrome do esgotamento profissional foi descrita pela primeira vez por Herbert J. Freudenberger no início dos anos 70, como sentimento de exaustão ou fracasso causado pelo esgotamento de energia, força e recursos emocionais (SOARES; CUNHA, 2007).

O termo burnout vem do inglês *to burn out*, que significa queimar por completo, ou seja, aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. “Metaforicamente é aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite, com grande prejuízo em seu desempenho físico ou mental” (TRIGO et al., 2007, p. 225).

Em meados do século XVIII, com a Revolução Industrial, a manufatura foi substituída pelas máquinas e, por consequência, houve a desvalorização do trabalho humano, aumento da competitividade e da jornada de trabalho. Frente esse contexto, o esgotamento profissional ou burnout passou a ter ainda mais expressão.

Em 1936, no filme “Tempos Modernos”, Charles Chaplin representou personagem que desenvolve a Síndrome de burnout. O personagem principal, interpretado por Chaplin, é levado à loucura, pela “monotonia frenética” de seu trabalho, tendo uma crise nervosa é afastado de seu serviço e internado em um hospital psiquiátrico para se recuperar (ROCHA, 2016).

Nos dias atuais, a síndrome parece ser uma realidade para vários trabalhadores brasileiros. De acordo como o Ministério da Previdência Social, em 2007, foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, destes, 3.852 foram diagnosticados com a Síndrome de burnout (GONÇALVES, 2008).

Existem algumas pesquisas que descrevem a burnout como uma das principais causas de adoecimento dos profissionais de saúde no Brasil e em outros países. Uma destas pesquisas foi realizada na Finlândia e constatou que médicos não especialistas ou que trabalhavam em postos de saúde, apresentaram níveis mais elevados de burnout, em comparação com aqueles que possuíam uma especialidade ou trabalhavam no setor privado (OLKINUORA et al., 1990). Por outro lado, entre os médicos norte-americanos, a prevalência da síndrome foi de 55% nos profissionais que trabalham em hospitais particulares e 39% nos que atendem em hospitais públicos (DECKARD et al., 1992).

Em 2002, no Rio Grande do Norte, foi realizado um estudo com 205 profissionais de três hospitais universitários e constatou-se que 93% dos participantes de um dos hospitais apresentavam burnout de níveis moderado a elevado (BORGES et al., 2002).

Para Trindade (2010), a Síndrome de burnout é multicausal, envolve múltiplos fatores individuais e laborais, dos quais as mudanças socioambientais fazem parte de todo o processo. O estilo de vida acelerado e repleto de pressões, principalmente para àqueles que não delimitam um tempo para o cuidado com o corpo e a mente pode ser visto como um dos fatores preponderantes para o desencadeamento da síndrome.

A prevalência desta síndrome ainda é incerta, o que justifica o estudo dessa patologia com seus fatores de risco multifatoriais para o indivíduo, o trabalho e a organização. Uma de suas variáveis é a comorbidade com alguns acometimentos psiquiátricos, como por exemplo: a Síndrome de burnout acompanhado de um transtorno do humor.

Em minha experiência profissional como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pude observar a insatisfação e até a exaustão física e mental dos/as profissionais que compõe as equipes da Estratégia Saúde da Família, por meio de atividades de Saúde do Trabalhador que passamos a implantar na rede de saúde municipal. Dentre estes, destacam-se os/as Enfermeiros/as e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os/as Enfermeiros/as, além das atividades que competem à função, também desenvolvem a função de gestão na Unidade Básica de Saúde e os/as ACS tem excesso de famílias a acompanhar, o que gera grande sobrecarga de trabalho.

Diante do exposto observa-se que os/as profissionais estão cada dia mais adoecendo física e mentalmente, o que vem aumentando os pedidos de férias, licença sem ou com vencimentos, atestados médicos. Assim, levanta-se a seguinte pergunta: Qual a incidência da Síndrome de Burnout, na efetivação do trabalho da equipe de saúde, e como preveni-la?

O presente trabalho teve o intuito de intervir, em concomitância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, diretamente na prevenção das causas que levam ao Burnout. O investimento na prevenção, em intervenções como a aqui proposta, acarreta menor custo a gestão pública, do que quando falta o profissional.

Assim, intervenções com esse cunho se propõem a ser benéfica para gestão (pela redução de custos), para o/a profissional (pela melhoria da qualidade de vida) e para o usuário da rede (pela melhoria da qualidade da assistência recebida) (SILVEIRA et al., 2014).

Como fizemos

Escolhemos as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Camocim de São Félix, município localizado no Estado de Pernambuco, por ser o município de atuação da autora.

Foram convidados a participar do projeto: médicos/as, enfermeiros/as, odontólogos/as, técnicos/as de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários/as de saúde, das equipes da ESF e PACS, contando num total com 73 sujeitos. A inclusão desses sujeitos na intervenção passou pelos seguintes critérios: estar inscrito/a no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e lotado na ESF/PACS.

Foram utilizados como critérios de exclusão além da recusa em participar, os impedimentos operacionais tais como, férias, mudança de serviço, licenças e atestados médicos e outros impedimentos atípicos no momento da coleta de dados.

A intervenção

A intervenção aconteceu entre os meses maio de 2017 a abril de 2018. No primeiro momento, foi feita análise da incidência da Síndrome de Burnout nos sujeitos, através do questionário preliminar de identificação da Burnout elaborado e adaptado por Chafic Jbeili, inspirado no Maslach Inventory Burnout (MBI).

O questionário teve o objetivo de identificar preliminarmente o Burnout, mesmo sabendo que ele não substitui o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta, e foi aplicado no horário e local de trabalho de acordo com as condições e disponibilidade do/a profissional participante do estudo.

O questionário foi respondido numa escala de frequência de cinco pontos, que ia de 1 (um) a 5 (cinco), no qual um correspondia a nunca e cinco a diariamente. Foram 20 (vinte) itens a serem respondidos marcando “X” na coluna correspondente ao valor da frequência, que melhor representasse a vivência do/a trabalhador/a.

Ao final, foi multiplicado o número de “X” (frequência de respostas) pelo valor da coluna (1 = Nunca; 2 = Anualmente; 3 = Mensalmente; 4 = Semanalmente; e, 5 = Diariamente), o escore final foi obtido com a soma dos resultados de todas as colunas que correspondia aos seguintes resultados:

1. De 0 a 20 pontos: nenhum indício da burnout;
2. De 21 a 40 pontos: possibilidade de desenvolver burnout;
3. De 41 a 60 pontos: fase inicial da burnout;
4. De 61 a 80 pontos: a burnout começa a se instalar; e,
5. De 81 a 100 pontos: fase considerável da burnout.

Em conjunto com o MBI, foi aplicado um Questionário Socio-demográfico em horário e local marcado de acordo com as condições e disponibilidade do/a profissional. O objetivo deste questionário era realizar caracterização mais detalhada da população participante e perceber as relações com o desenvolvimento da Síndrome de burnout. Assim, foi verificada a incidência da Síndrome de burnout na efetivação do trabalho da equipe de saúde, através da quantificação e análise do MBI de todos os participantes da pesquisa.

Tínhamos a intenção de após essa fase mais diagnóstica realizar oficinas de prevenção com atividades laborativas e técnicas de relaxamento com os/as trabalhadores participantes, com a colaboração da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF, em especial a Fisioterapeuta e Psicóloga. E após essas oficinas avaliar a eficácia da intervenção em conjunto com os participantes, para feedback final da intervenção, através de um grupo de devolução. Contudo, até o momento não conseguimos dar andamento a estas etapas finais, pois o diagnóstico foi realizado em apenas uma equipe de Estratégia Saúde da Família/ESF. Ou seja, dos 73 participantes previstos apenas 07 participaram. Isso se deveu a problemas logísticos e de mudança de função da autora na rede de saúde.

O que encontramos

Apresentamos aqui os resultados parciais dessa intervenção, buscando trazer algumas reflexões iniciais sobre o que foi observado. Assim, dividimos as informações a partir dos dados obtidos nos dois questionários aplicados, uma parte apresentando quem são esses participantes e outra sobre como eles estão a partir do MBI.

Quem são os/as participantes

Dos/as trabalhadores/as participantes 83% são do sexo feminino, com idades entre 20 a 40 anos - período em que corresponde com a faixa etária da maior parte da população que está se inserindo ou já inserida no mercado de trabalho. Esses resultados também dialogam com estudos sobre a realidade do mercado de trabalho atual, nos quais se observa que as mulheres são predominantes em muitas carreiras, como é no caso da área da saúde.

Quando observamos o tempo de serviço, temos que 67% têm apenas entre 01 a 05 anos de serviço, com carga horária de 40 horas semanais, em sua maioria no trabalho diurno. Essa informação nos faz refletir se o pouco tempo de serviço está relacionado ao pouco tempo de inserção e/ou a fragilidade dos vínculos empregatícios no campo da saúde, o que acarreta em grande rotatividade nas funções.

Entre os participantes temos que 50% estão solteiros e 50% são casados ou tem união estável, 50% têm filhos/as, 17% possui outra renda e 83% vivem da função que exercem na unidade de saúde.

Do grupo avaliado apenas 67% tem conhecimento sobre a Síndrome de Burnout, e a denominam como: “Quando se torna estressante trabalhar, tudo se torna cansativo.” (sic) ou “Esgotamento profissional, perda de sono, irritabilidade, sentir-se desmotivado em relação ao trabalho” (sic). Nas descrições sobre o conhecimento da síndrome é possível perceber a relação que se faz entre estresse e esgotamento físico e mental. O que corrobora o conceito da Síndrome descrito por Herbert J. Freudenberger no início dos anos 70, como um sentimento de exaustão ou fracasso causado pelo esgotamento de energia, força e recursos emocionais (SOARES; CUNHA, 2007).

Como estão os/as trabalhadores/as

Na análise do MBI a principal indicação para a Síndrome de Burnout se dá quando o resultado mostrar escores altos para

exaustão emocional e despersonalização, e baixos escores para baixa realização pessoal. Dos participantes da intervenção 66% apresentaram prevalência para desenvolver a síndrome em sua fase inicial E, outros 34% encontram-se entre instalação da síndrome e a fase considerável de adoecimento, na qual já é indicado iniciar tratamento

Na escala de exaustão emocional obteve-se um escore de 43% na frequência que refere nunca como representante de sentimentos do tipo *“tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas diárias.”* Em contrapartida, 24% mostram uma frequência cotidiana para sensações como *“sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significante”*. Embora os participantes da pesquisa não tenham apresentado altos níveis de exaustão emocional, onde 43% referem nunca sentir-se exausto com o trabalho. Mas este torna-se um dado preocupante, pois pressupõe que a amostra apresenta um fator de risco alto quando somadas as frequências de sentir-se exausto entre anualmente e diariamente, resultando em 57,5%. O que indica o desenvolvimento da Síndrome de Burnout nestes participantes.

Na dimensão da baixa realização pessoal, 46% dos/as trabalhadores/as participantes afirmaram encontrar realização pessoal no trabalho exercido. Em contrapartida, 35,4% demonstram insatisfação quanto ao trabalho, *“não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes.”* Essa desmotivação interfere inclusive nas relações interpessoais no trabalho e na família. Desencadeando manifestações de evolução negativa, que afetam a habilidade para realização do trabalho e o atendimento no contato com as pessoas, bem como com a organização.

Quanto a despersonalização a frequência indicada foi de 47% dos trabalhadores manifestando algum grau de motivação para a realização do trabalho diariamente. Em contrapartida, 53% desenvolveram algum tipo de distanciamento emocional do trabalho, o qual é marcado por comportamentos de irritabilidade, hostilidade, estresse e/ou indiferença com relação ao outro, que pode ser um colega de trabalho, a instituição ou até um familiar.

Embora na coleta e análise dos dados não tenha sido detectado a Síndrome de Burnout instalada, é possível perceber que existe indício de alto nível de estresse na maioria dos/as profissionais participantes.

Esse dado remete que algo precisa ser feito para evitar a instalação efetiva da Síndrome, como proposto pelo projeto, uma intervenção com foco na prevenção e no cuidado voltado para a saúde dos trabalhadores pode ser um caminho produtivo de promoção da saúde.

Considerações finais

Diante dos achados, o projeto ainda se encontra em andamento, tendo encontrado uma quantidade significativa de profissionais que estão em uma situação que precisa de atenção. Através da intervenção os profissionais poderão realizar atividades de prevenção a Síndrome de Burnout no seu cotidiano e serão multiplicadores nas comunidades, transformando seu ambiente de trabalho em um local agradável e prazeroso. Além de diminuir as ausências ao trabalho por doenças crônicas laborativas, como a Burnout. Por conseguinte, diminuir os gastos da gestão com a contratação de novos profissionais ou a alocação por meio de rodízios de outros que façam sua função na Estratégia Saúde da Família.

Referências bibliográficas

BORGES, L.; ARGOLLO, J.; PEREIRA, A.; MACHADO, E.; SILVA, W. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Natal, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a20v15n1.pdf>>. Acesso em 30 de julho 2017.

DECKARD, G.J.; HICKS, L.L.; HAMORY, B.H. Resumo do artigo: The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. Miami, **The Journal of Infectious Diseases**, 1992, v.165, n.2, p.224-228. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1730889>>. Acesso em 20 de julho 2017.

GONÇALVES, E.; Síndrome de Burnout: desconhecida, mas perigosa. Londrina, **Folha de Londrina**, 2008. Mar; cad. 2, p. 7. Disponível em: < <https://www.folhadelondrina.com.br/opiniao/sindrome-de-burnout-desconhecida-mas-perigosa-634536.html> >. Acesso em 18 de junho 2017.

OLKINUORA, M.; ASP, S.; JUNTUNEN, J.; KAUTU, K.; STRID, L.; AARIMAA, M. Resumo do artigo: Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** [on-line], v.25, n.2, p. 81-86, 1990. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2336581>>. Acesso em 05 de agosto 2017.

ROCHA, F.D.L. **Burnout e fadiga por compaixão: o mal dos tempos modernos?** Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional - SES/SP. Jaboticabal, 2016. Disponível em <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/ses-34005>>. Acesso em 19 de agosto 2017.

SILVEIRA, S.L.M.; CÂMARA, S.G.; AMAZARRAY, M.R.. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Coletiva**, 2014. v 22, n 4, p 386-92. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2014000400386&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em 12 de agosto 2017

SOARES, H. L. R.; CUNHA, C. E. C. A síndrome do “burn-out”: sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia** [online], v. 19, n. 2, p.505-506. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v19n2/21.pdf#page=1&zoom=auto,0,737>. Acesso em 26 jun. 2017.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L.. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2010. v.44, n.2, p. 274 -9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200005&lng=en&nrm=iso> Acesso em 16 agosto 2017

TRIGO, T.R. et al.. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. São Paulo, **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2007. v 34, n 5, p. 223-233,. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500004>. Acesso em: 25 abril 2017.

Implantação do grupo técnico de trabalho para planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde na VII Região de Saúde

Mikaelly Vasconcelos Grangeiro
Cecília Graziosy de Siqueira Leite

Introdução

Sabemos que a prática de monitoramento na atenção básica ainda é incipiente, requer tempo para avaliar os dados dos sistemas de informações disponíveis, requer reuniões de equipe para discutir processos de trabalho. Nessa perspectiva, Felisberto (2004) defende a importância em se investir na institucionalização do monitoramento e avaliação como contribuição decisiva para qualificar as ações na atenção básica. Estas mudanças de um novo olhar para atenção básica vêm da necessidade dela ser eixo estruturante e principal porta de entrada para o fortalecimento da saúde no Brasil.

Em 2015, por meio da portaria GM/MS nº nº1654, é criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ cujo principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transpa-

rência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2015).

Dentre outras coisas, dispõe em seu passo a passo de instrumento que orienta os profissionais quanto a organização do processo de trabalho das equipes, permitindo o conhecimento do território através de indicadores de saúde com possíveis intervenções, além de um processo contínuo de educação em saúde (Brasil 2015).

Destaca-se que o impacto financeiro que promoveu o PMAQ foi muito grande, pois possibilitou que as UBS melhorassem seus desempenhos para atingir a meta, organizar seus processos de trabalho e estruturar as unidades básicas com o recurso conseguido, esse entra como PAB variável, e possibilita investimentos na assistência, na ampliação de acessos, na remuneração dos profissionais, investimentos em educação em saúde, entre outros.

Para tentar alcançar os objetivos e garantir o financiamento, os municípios e equipes tiveram que se organizar e desenvolver ações padronizadas, interação entre equipe e gestão e estruturação, pois cada item avaliado há uma perspectiva de melhorar o recurso para a unidade.

A VII Região de Saúde/PE está localizada na região centro-oeste do estado de Pernambuco, sertão central, e é composta por 07 municípios: Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante. Todos apresentam 100% de área coberta pela Estratégia de Saúde da Família, 80% de cobertura de saúde bucal e somente 1 não tem Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Uma região com cenários epidemiológicos semelhantes e o mesmo ideal, que é a melhoria da qualidade da assistência e garantia do acesso aos usuários.

A VII Gerencia Regional de Saúde de Pernambuco (VII Geres), unidade descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde (SES)

tem papel importante no Planejamento e Monitoramento da Atenção Primária a Saúde na região e deve: coordenar a execução das políticas de educação continuada dos trabalhadores que atuam na atenção básica na região por meio de reuniões técnicas; criar sistemas para controle do fluxo de pessoas entre os municípios de uma mesma região; acompanhar a implantação e execução das ações da atenção básica; auxiliar na avaliação da atenção básica, através de dados oriundos do MS e nível central do estado contido em sistemas de informação.

A VII Geres funciona como elo dentro do território, e como função de apoio tem como garantir o processo de educação permanente em saúde, facilitando o processo de sensibilização das equipes e dos gestores, potencializando as ações planejamento das ações municipais.

Portanto, é de fundamental importância no apoio técnico junto às coordenações e demais gestores municipais nas diversas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, atividades como a avaliação do processo de trabalho e o planejamento das ESF são realizados com base na experiência dos supervisores regionais e coordenadores municipais, de modo que cada ação proposta é formulada mediante consenso entre os supervisores e a gestores.

Diante desse panorama o que ocorre é uma forte fragilização das equipes de supervisão devido à ausência de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades realizadas pelas equipes de município (FELISBERTO, 2004).

Baseado nessa informação, sobre a importância da institucionalização dos instrumentos de monitoramento, faz-se necessário incorporar a prática de planejamento, monitoramento, avaliação de maneira contínua e sistemática nos serviços de atenção básica, com a pretensão de melhorar a organização do processo de trabalho, além de proporcionar mais apropriação acerca das condições de saúde do território por parte da equipe e da gestão.

Desta feita, configurará uma grande conquista a implantação de um Grupo Técnico de Trabalho Regional, composto por profissionais da gestão municipal de atenção básica, gestão de atenção primária à saúde da VII Geres, em caráter permanente, para planejamento, monitoramento e avaliação na atenção básica, tomando como referência a Política Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ/AB, utilizando-se de instrumentos norteadores, como o AMAQ, para a melhoria da assistência a saúde ofertada no território.

Métodos

Trata-se de um projeto de intervenção, no qual tínhamos um problema na região de saúde e precisava ser solucionado, é estudo pesquisa-ação que de acordo com Thiollent (2005). Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

O estudo contou com pesquisa de revisão bibliográfica, de caráter descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa de análise de dados secundários, disposto no DAB, pasta do e- gestor.

Para as discussões em grupo e organização dos processos de trabalho para a operacionalização do PMAQ, foram indicados para participar, os coordenadores de atenção básica dos 07 municípios, e coordenadores de atenção à saúde regional.

A análise teve início pelas informações coletadas dizem respeito ao resultado da avaliação externa do PAMQ que é uma das fases do ciclo, disponível no site do DAB/ MS no portal e - GESTOR, versão web versão, disponível para acesso no modelo descritivo.

Resultados esperados

- Continuidade das ações de planejamento, monitoramento e avaliação de indicadores;
- Melhoria dos indicadores da Atenção Primária a Saúde;
- Normatização dos processos em todos os municípios que compõe a VII Região de Saúde, no que se refere a monitoramento.
- Fortalecimento das discussões da política de Atenção Básica na VII Região de Saúde;
- Fortalecimento da Rede de atenção à saúde na região.

Para tanto, foi construído um plano operativo baseado em quatro objetivos específicos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Plano Operativo para desenvolvimento da intervenção.

Objetivos Específicos	Ação / atividade	Produtos	Responsável
Constituir oficialmente o Grupo Técnico de Trabalho. Constituir oficialmente o Grupo Técnico de Trabalho para planejamento monitoramento e avaliação da atenção básica.	Realizar 01 reunião com coordenadores de atenção básica dos 07 municípios que compõe a VII Região de Saúde para definir a composição; Apresentar em CIR para deliberação da constituição do grupo;	GT constituído Resolução CIR .	Coordenação de Atenção a Saúde Regional, Coordenação mãe coruja, coordenadores de atenção básica dos municípios.
Elaborar coletivamente um instrumento regional para monitoramento dos indicadores da Atenção Básica através do PMAQ.	-Realizar 03 encontros com o GT para realizar diagnóstico situacional do território, trabalhar cooperação horizontal e sistematizar instrumento de monitoramento.	03 reuniões realizadas com o GT. Criação de 01 sala de situação com indicadores do PMAQ.	Grupo Técnico
Promover espaços de discussões com o GT sobre utilização dos dados produzidos pela sala de situação como suporte na elaboração do planejamento, monitoramento dos indicadores	Realizar reuniões mensais para monitoramento e avaliação dos indicadores a partir da sala de situação Normatizar o planejamento das ações da atenção básica, instituindo a prática de monitoramento pelos gestores e trabalhadores. Envolver gestão e trabalhadores nos planejamentos de saúde de cada território;	01 Reunião realizada	Grupo Técnico
Desenvolver ações de educação permanente para o GT e os municípios.	Realizar 01 atividade por semestres para apoio e capacitação para qualificar a prática da auto-avaliação (AMAQ), para os profissionais da atenção básica dos municípios; Realizar atividades de apoio e capacitação para qualificar a análise de indicadores para o GT e trabalhadores da atenção primária.	01 atividade realizada	Grupo Técnico e apoio institucional da UNIVASF, ESPPE

Fonte: Elaborado pelas autoras

Resultados parciais

O Projeto de intervenção permitiu a instituição do Grupo Técnico de trabalho para atenção básica, com estimulação de discussão entre as equipes sobre indicadores de saúde; Foi instituída a prática do monitoramento, controle e avaliação nas ações da atenção básica a saúde através de ações de educação permanente, permitiu a implantação da sala de situação em todos os municípios com indicadores retirados do PMAQ, Política Estadual de Atenção Primária- PEFAF, SISPACTO e Mãe Coruja (para os dois municípios que contem o programa, Mirandiba e Terra Nova) de forma descentralizada nas UBS, sendo ela um instrumento dinâmico e operacional.

Permitiu que nas reuniões regionais fosse desenvolvida a cada encontro ações de cooperação horizontal, a escolha dos municípios para trabalho de cooperação horizontal deu-se entre municípios elegíveis com maiores expertises para cada área temática, e /ou melhores desempenhos de indicadores a cada mês.



Promoveu ao longo das ações a melhoria de alguns indicadores, como por exemplo, nº de exames de mamografias realizadas, nº de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas, monitoramento dos óbitos infantil e em mulher em idade fértil e outros estão em evolução, como exemplo nº de crianças com vacina penta em dias, nº de coleta de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 as 6 anos.



O importante é perceber que essas ações têm impactado positivamente sobre a saúde da população de forma direta, seja pelo papel relevante desempenhado pelos serviços de atenção primária no cotidiano dos serviços, seja pela redução da busca por serviços de atenção secundários e terciários, pois como já descrevem a portaria MS 2.488, 2011, quando a atenção primária consegue perceber a demanda do território e ser resolutive, retém cerca de 85 % da situação de saúde do território sem precisar encaminhar para outros níveis de atenção.

É sob essa perspectiva de formação de um grupo, que buscamos através dessa sistematização de saberes e adoção de práticas inovadoras na região de saúde, certo que esse processo é movido pelos desafios que se colocam todos os dias para os trabalhadores de saúde, mas tudo isso é em busca de uma saúde de qualidade para a população e em consequência fazer valer o direito do acesso e garantia do atendimento, fortalecendo as redes de atenção à saúde na região.

Considerações finais

Ao adotar as estratégias da sistematização e acompanhamento dos indicadores de saúde da atenção primária elaborados pelo grupo técnico de trabalho regional com a pretensão de implicar positivamente na operacionalização do monitoramento e

avaliação dos indicadores dispostos na ferramenta PMAQ, a escolhida, pois subsidiou na tomada de decisões das ações pela gestão e equipe em cada território, além de contribuir para a melhoria do processo de trabalho, empoderando a todos sobre as condições de saúde existentes, perfil epidemiológico, fragilidades na garantia de acesso.

Para além da criação do grupo, as propostas de implantação de instrumentos importantes de monitoramento de indicadores para melhoria da qualidade da assistência prestada é um marco importante nas ações de saúde de um território, esses produtos são frutos de discussões coletivas, de referenciais técnicos, conceituais e metodológicos, que contribuíram diretamente para atenção primária a saúde dessa região de saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº 2488**, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes e normas da Atenção Básica, para estratégia de saúde da família, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 24/04/2017

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº 1654**, de 02 de outubro de 2015, Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html

BRASIL, Ministério da Saúde. **Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)**: Série de textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. PMAQ - **Manual Instrutivo**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em 2017.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de saúde Materno Infantil**. Recife, v4, n 3, p. 321 2004 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Roteiros.pdf>.

Implantação de um núcleo de promoção da saúde no município de Exu-PE

Fernando Antônio Parente de Melo
Ângela Maria Pereira

Introdução

O município de Exu, localizado no sertão do Araripe em Pernambuco, está a uma distância de 606,7 km da capital Recife, possuindo uma extensão territorial de 1.337,49km² e uma densidade demográfica de 23,57 hab/km². Apresenta também uma população de 31.636 mil habitantes, sendo um total de 15.485 homens e 16.151 mulheres (IBGE 2010), distribuídos em quatro distritos, a saber, Timorante, Zé Gomes, Viração e Tabocas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,576, enquanto o IDH da Região é 0,692, sendo assim inferior ao de Pernambuco, que é 0,705. O que aponta a necessidade do desenvolvimento e, ao mesmo tempo, melhor qualidade de vida (IBGE 2010).

De acordo com levantamento de indicadores do município, os principais eventos de óbito são causas externas relacionadas a acidentes de trânsito, com taxa elevada de 38,01 e doenças do aparelho circulatório, como infarto agudo do miocárdio de 98,04 e o acidente vascular cerebral de 28,06. O número de óbitos por diabetes foi de 31,07 (DATASUS, 2010). Esse elevado número de mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis é um desafio para o sistema de saúde, uma vez que podem ser tratadas na rede primária de saúde, ampliando, principalmente, as medidas preventivas e educativas.

A mortalidade infantil é outro desafio a ser enfrentado. Em 2011 o município possuía taxa de 29,09% em menores de um ano, tendo o componente neonatal 16,09. Em 2012 esse coeficiente apontou uma redução para 14,51/1000 nascidos vivos, contudo os óbitos neonatais somam 17,03%. (DATASUS, 2012). Podemos atribuir essa redução ao conjunto de ações integradas que o município vem desenvolvendo junto ao programa Mãe Coruja Pernambucana que, desde 2007, vem trabalhando na perspectiva da garantia da vida. Contudo, ainda necessita de um olhar atento de vigilância e do fortalecimento das redes de atenção integral à saúde da criança e da mulher.

Em relação ao acompanhamento da gestação, 76% das gestantes fizeram sete ou mais consultas de pré-natal e 48,3% dos nascidos vivos (NV) foram de partos cesáreos. Dos 545 nascidos vivos em 2012, um total de 21,07% são filhos de mães adolescentes (DATASUS, 2012). Este cenário demonstra que elevar o número de consultas e avaliar a qualidade desse pré-natal é primordial para contribuir com a redução da mortalidade infantil. Do mesmo modo, a gravidez na adolescência ainda constitui um imenso desafio de promoção à saúde, através de ações articuladas com a educação, compreendendo o adolescente enquanto sujeito no seu ambiente físico, social, econômico ou político, buscando reorientar os serviços para ações intersetoriais, através de parcerias e redes de apoio, promovendo uma reflexão de fatores que afetam a sexualidade no âmbito biológico, psicossocial e cultural.

Para atender a esse cenário, o município possui uma cobertura populacional de 100% da Estratégia de Saúde da Família (ESF), contando atualmente com 13 (treze) Equipes de Saúde da Família. A cobertura de agentes comunitários de saúde é de 100%. Existem 10 (dez) equipes de saúde bucal implantadas, sendo todas na modalidade I e 02 (dois) Núcleo Ampliados de Saúde da Família (NASF).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como

também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer, sendo a promoção da saúde uma ferramenta importante para atingir essas metas (BRASIL, 2014).

Então, a promoção da saúde funda-se, pois na ideia de ampliação do controle dos indivíduos sobre suas vidas e sua saúde, mediante a participação ativa e os processos de empoderamento de indivíduos e comunidades. Tal controle requer ações autônomas quando o que se visa é a transformação de uma dada realidade, e não apenas a substituição de um constrangimento por outro. É nesse sentido que a autonomia diz respeito às “atitudes ou comportamentos de usuários de serviços ou programas de promoção da saúde, mas também [às] práticas dos agentes, profissionais e gestores que os oferecem e desenvolvem” (FERNANDEZ, 2012, p. 500).

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a lei nº 936 de 19 de maio de 2004 dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Para observá-lo e efetivá-lo, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (BRASIL, 2015).

Desse modo, a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, por sua vez, considerando a necessidade de atualizar a Política Nacional de Promoção da Saúde e incrementar as ações de promoção da saúde no território, bem como garantir sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS, redefine que: são eixos operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: territorialização, enquanto estratégia operacional, articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor, RAS, enquanto estratégia operacional (BRASIL, 2015).

Mediante a detecção de vários problemas como os mencionados anteriormente, identifica-se o nó crítico, o qual se traduz pela inexistência de um núcleo de um núcleo de promoção da saúde no âmbito do município.

No contexto municipal de Exu, ao refletir sobre a organização da rede e deparei-me, com a inexistência de um núcleo de promoção da saúde. Essa inexistência pode ser compreendida ao se analisar alguns fatores como: o descrédito dos atores sociais envolvidos no processo, como gestores, profissionais da área e usuários; a falta de compromisso político dos gestores na efetivação da política de cultura de paz e na promoção da saúde; a dificuldade dos profissionais na compreensão das rupturas que podem ser feitas no processo diário do trabalho, bem como a quebra de paradigmas tradicionais na área de saúde e outros autores envolvidos.

Visando a solução do problema identificado, viu-se a necessidade da criação de um Núcleo de Promoção da Saúde no município que se constitua como um espaço democrático e intersetorial no âmbito da secretaria municipal de Saúde que identificará as necessidades, definindo prioridades no sentido de realizar ações e eventos promotores da saúde, envolvendo os trabalhadores da saúde e sociedade em geral, a partir da necessidade local,

Compreende-se então, a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL,2014).

Nessa perspectiva, o Núcleo de Promoção da Saúde de Exu construirá um Plano de Ação intersetorial, envolvendo instituições públicas e da sociedade civil, para implantar e implementar ações de promoção da saúde.

Métodos

O artigo apresenta uma proposta de intervenção, que de acordo com Zagonel; Meier e Grittem (2008), se fundamenta nos pressupostos da pesquisa-ação. A pesquisa-ação, por sua vez, é considerada um modelo de pesquisa associada a diversas formas de ações coletivas, orientadas para a resolução de problemas ou com objetivo de transformação.

Este artigo contou inicialmente com uma fase exploratória, na qual se realizou a busca de referenciais teóricos a partir da identificação, leitura e fichamento de artigos para compor a fundamentação teórica do projeto de intervenção. Foram também realizadas buscas de referenciais teóricos para compor a fundamentação teórica.

O período proposto para a realização foi de seis meses, contemplando elaboração e execução de etapas. E o local proposto foi

o município de Exu o município de Exu, que está localizado no Estado de Pernambuco, no sertão do Araripe, a uma distância de 606,7 km da capital Recife, possui extensão territorial de 1.337,49 km² e uma densidade demográfica de 23,57 hab/km². Apresenta uma população de 31.636 habitantes, sendo um total de 15.485 homens e 16.151 mulheres (IBGE 2010).

A intervenção será dirigida ao quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, que é composto por 294 profissionais efetivos e 98 contratos por tempo determinado e 13 cargos comissionados. Além desse público alvo, futuramente agregaremos outros atores da administração direta e sociedade civil instaladas no município (CRAS, Igreja, Associações).

Etapa 1 – Pactuar ações junto aos atores envolvidos

Ação 1: O início da intervenção deve se dá com uma reunião com o gestor municipal para mostrá-lo e sensibilizá-lo o que é o Núcleo de Promoção da Saúde como uma prática educativa e uma auto-avaliação e uma auto-crítica dentro do serviço através da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretária Municipal de Saúde.

Ação 2: No segundo momento, apresentar a proposta para IX Gerência Regional de Saúde e Vigilância em Saúde e explicar a necessidade da implantação do núcleo dentro do município com a finalidade de (re)construir o processo de promoção da saúde e solicitar da mesma a intervenção do Núcleo Estadual de Promoção da Saúde para dar o apoio matricial na implantação deste núcleo, através do Coordenador de Vigilância em Saúde do município. O monitoramento se dá pelas reuniões ordinárias mensal do referido núcleo.

Ação 3: Elencar as instituições e categorias que irão fazer parte do Núcleo de Promoção da Saúde.

Ação 4: Instituições a serem convidadas para fazer parte do NPS – Exu Representante Secretária de Saúde, Representante

Secretaria de Assistência Social, Representante Secretaria Municipal de Educação, Representante Conselho Municipal de Saúde, Representante Coordenação do Programa Saúde na Escola, Representante da Atenção Primária do município, Representante do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família –NASF.

Etapa 2 – Sensibilizar os atores envolvidos:

Ação 1: Agendar com a IX GERES, e Atores envolvidos uma oficina para implantação do Núcleo de Promoção da Saúde e os encaminhamentos para elaboração do Plano de Ação Municipal do gestor municipal.

Ação 2: Reunir os atores que irão participar do processo como membros do NPS para construir o Regimento interno para o funcionamento do Núcleo de Promoção da Saúde.

Etapa 3 – Oficina de pactuação

Ação 1: Reunir todos os atores envolvidos para uma oficina de apresentação do Projeto de intervenção e elaboração do Plano Municipal de Promoção da Saúde.

Etapa 4 – Sensibilizar os profissionais de saúde

Ação 1: in loco nos serviços, com facilitadores, equipe de gestão e trabalhadores. Discussão do texto “Território – espaço social de construção de identidades e de políticas”, reflexão em coletivo local. Orientação quanto à construção da cartografia do território municipal e construção do Plano de Promoção da Saúde.

Considerações finais

Com a conclusão deste artigo espera-se que ele traga uma reflexão para os profissionais de saúde do município, com a proposta de realizar Promoção da Saúde, como estratégia que possibi-

lite as transformações necessárias para instituímos uma cultura de paz e promoção da saúde, chegando à população alvo. Os entraves surgem, a partir a resistência de alguns profissionais, a acomodação, porque a mudança exige esforço contínuo e uma nova postura enquanto ofertante do serviço público de saúde. Por parte dos usuários, a resistência na assimilação de novas práticas, que induzem à mudança no seu cotidiano, assim a não realização se deu por resistência de alguns profissionais de saúde, visto que, de acordo com as etapas apresentadas, o projeto é viável, sendo que o custo financeiro não é oneroso, visto que, a implantação do referido NPS trará benefícios para a população, e em consonância com o perfil epidemiológico do município poderá melhorar os referidos índices.

Neste sentido, essas constatações levam-se a pensar a promoção da saúde de forma mais ampla, a partir da atuação que privilegia dois enfoques: o da autonomia e o da ação sobre os determinantes sociais. O primeiro deles compreende que a promoção da saúde vai além de uma explicação técnica e normativa. A autonomia “diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos” (CZERESNIA, 2003, p. 48). Promover a saúde “envolve escolha, e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor” (p.49). Esses argumentos podem ser compreendidos como uma ampliação, pois tratam da singularidade e da autonomia dos sujeitos, abrindo espaço para que a promoção da saúde se inscreva nos campos da Ética e da Política (MENDES; ROSILDA, 2013).

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**.

Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 03 de mai de 2017.

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2010 <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 de maio de 2017

MENDES, Rosilda; BOGUS, Cláudia Maria; WESTPHAL, Marcia Faria and FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 209-226, 2013

ZAGONEL, I. P. S; MEIER, M. J; GRITTEM, L. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p: 765-70, 2008.

Implantação do Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica do município de Toritama

Fernanda Cardoso Silva
Livia Milena Barbosa de Deus e Mello
Dara Andrade Felipe

Introdução

O Ministério da Saúde desde a década de 1990 vem direcionando a assistência em saúde mental aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) através do processo de desinstitucionalização, com um novo modo de cuidar, sendo os Centros de Atenção Psicossocial equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico. Os CAPS são serviços de porta aberta e de base comunitária que objetivam a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo papel de apoio à rede de atenção à saúde por meio do matriciamento em saúde mental (BRASIL, 2004).

O matriciamento é compreendido como uma estratégia institucional que visa garantir retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental no âmbito da atenção primária. Também é compreendida como um arranjo organizacional que viabiliza ações de saúde mental na RAPS, em especial na atenção primária, favorecendo um cuidado compartilhado entre as equipes. Dessa forma permite o conhecimento da demanda de saúde mental que chega à atenção primária, bem como sobre os usuários, a família e o território, propondo que os casos sejam de responsabilidade conjunta. Isso contribui para a regulação de fluxos e viabiliza a articulação entre os dispositivos da rede (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Nesse sentido, o matriciamento tem o objetivo de ampliar a resolutividade da atenção e produzir maior responsabilização dos profissionais no acompanhamento e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados ao ampliar a clínica no território (MINOZZO, 2013).

Assim o apoio matricial torna-se uma estratégia de qualificação do cuidado em saúde mental pela Estratégia Saúde da Família (ESF), oferecendo suporte técnico-pedagógico e retaguarda à equipe de referência, possibilitando que os usuários sejam cuidados no seu próprio território, onde as relações de afeto, cooperação e produção de saúde mental se intensificam (JORGE et al, 2014).

Tendo em vista as fragilidades apresentadas na atenção primária no que se refere no cuidado comunitário e familiar ao usuário em sofrimento psíquico como também a falta de articulação entre os dispositivos da rede de saúde, encaminhamentos indiscriminados e filas de espera no ambulatório de saúde mental do município de Toritama, foi elaborado um projeto de intervenção por parte da Gerência de Saúde Mental do Município de Toritama, coordenada por Fernanda Cardoso Silva que será aqui apresentado.

Tal projeto visou garantir o cuidado integral à pessoa com transtorno mental, bem como fortalecer, organizar e articular a rede de saúde do município de Toritama-PE, resolvendo os problemas mais comuns no que se refere ao cuidado a pessoa em sofrimento psíquico, através da implantação do matriciamento em saúde mental na atenção primária.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência que busca apresentar o caminho percorrido na implantação do matriciamento em saúde mental. A intervenção foi realizada no âmbito da atenção

primária do município de Toritama localizado na mesorregião do Agreste Pernambucano, composto por 43.176 habitantes segundo último censo do IBGE (IBGE, 2010).

Atualmente a rede municipal de saúde é composta por nove Unidades de Saúde da Família (USF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital municipal de pequeno porte, uma base de Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), um ambulatório de saúde mental e um CAPS tipo I.

Participaram da intervenção a equipe matriciadora do CAPS (01 enfermeiro, 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 técnico de enfermagem e 01 artesão) e profissionais da atenção básica (68 Agentes Comunitários de Saúde, 09 enfermeiro, 09 técnicos de enfermagem, 09 médicos, 09 odontólogos e 09 recepcionistas). O projeto aconteceu entre agosto de 2017 e março de 2018, tornando-se uma intervenção de caráter permanente no município conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental.

Foram realizados encontros semanais entre as equipes da atenção básica e CAPS, sendo quatro encontros por USF, respeitando as especificidades de cada equipe.

Resultados

Os quatro encontros por USF aconteceram segundo os objetivos e metodologias abaixo descritas:

1º Encontro: Reconhecimento do território e identificação dos casos com necessidades de cuidado em saúde mental

No primeiro momento apresentou-se a proposta do projeto de intervenção e sua importância, seguido da apresentação da equipe matriciadora àquela USF, o que se configuraria como

equipe de retaguarda. Nesse encontro realizou-se o reconhecimento do território junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mapeando os usuários com transtorno mental, em seguida classificação destes usuários conforme necessidade de tratamento e de referência aos serviços CAPS, ambulatório de saúde mental ou como pacientes estáveis que permaneceriam acompanhados pela equipe de saúde da família. Ao final deste encontro, os profissionais trocaram telefones para esclarecer possíveis dúvidas com a equipe matriciadora.

2º Encontro: Compartilhamento do cuidado entre as equipes de saúde da família e a equipe de retaguarda

No segundo encontro as equipes da atenção primária apresentaram os resultados do mapeamento e discutiram os casos de transtornos mentais mais comuns no território como: ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno de humor, ideação suicida e queixas de insônia. Além de identificar, foram realizados encaminhamentos para acolhimento nos serviços de ambulatório de saúde mental e CAPS conforme necessidade, articulando e discutindo junto com a equipe matriciadora do CAPS em cada USF. Ainda nesse encontro orientou-se ao clínico geral e ao enfermeiro de cada unidade que ambos acompanhassem os casos mapeados.

3º Encontro: Planejamento conjunto das intervenções e apoio assistencial

No terceiro encontro, a equipe matriciadora reuniu-se com o médico clínico, enfermeiro e o psiquiatra do CAPS, que também é matriciador e discutiu-se as dificuldades encontradas nos atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico bem como as dificuldades para prescrever psicotrópicos. O psiquiatra matriciador realizou consulta compartilhada com o médico da ESF, ficando na retaguarda para oferecer suporte e evitar encaminhamentos inadequados.

4º Encontro: Desenvolvimento de conjunto de dispositivos de cuidado no território

Neste momento os profissionais matriciadores discutiram casos de usuários do CAPS no território, apresentaram o Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado no CAPS para rever e acrescentar outras ações no plano já existente. Também foi orientado às equipes da ESF sobre os grupos de convivência e outras atividades abertas ao público oferecidas pelo CAPS e ambulatório. Por fim, foi mapeado junto com a equipe da atenção primária as opções de lazer, cultura, esporte e atividades religiosas disponíveis no território que pudessem ser oferecidas aos usuários para melhoria da qualidade de vida.

Com a preparação do território, buscou-se uma rotina que englobasse: discussão de casos; atendimentos conjuntos entre as equipes matriciadoras e profissionais da atenção primária; realização visitas domiciliares conjuntas; ações para fomentar a intersetorialidade a partir das redes locais; participação em reuniões de equipe na atenção básica; realização de seminários, discussões de textos, capacitações, estímulo e fomento à criação de grupos na atenção primária; além da criação de dispositivos de reinserção social nos territórios.

Foram matriciadas as 9 Equipes de Saúde da Família, totalizando 24 visitas conjuntas, 38 discussões de casos, 21 encaminhamentos para o CAPS, 46 encaminhamentos para o ambulatório de saúde mental e 10 Projetos Terapêuticos Singular construídos em conjunto.

Discussão

O matriciamento em saúde mental compreende o trabalho conjunto entre os serviços de atenção básica e saúde mental. A percepção de rede, ou integração entre os serviços de diferentes complexidades, é um dos pilares para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no território. No município de Toritama-PE, notamos, a partir das falas dos participantes, a dificuldade

em estabelecer um trabalho em rede e o desconhecimento do funcionamento e ofertas existentes nos serviços o que acaba dificultando o cuidado às pessoas com transtorno mental.

Também foi observado que a ação em saúde mental mais executada ainda é o encaminhamento para o especialista, que muitas vezes ocorre de forma desordenada. No caso do encaminhamento ao CAPS, apesar deste ser um serviço estratégico, demonstrou-se não ser o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Pôde-se ressaltar junto às equipes que a atenção em saúde mental deve ser feita considerando uma rede de cuidados, incluindo a atenção básica, os ambulatorios, os centros de convivência, as redes intersetoriais, entre outros.

A falta de conhecimento sobre o que é o matriciamento também foi identificado entre as equipes, bem como a dificuldade no manejo com o paciente em sofrimento psíquico no território. Os trabalhadores também demonstraram a necessidade de uma equipe matriciadora em saúde mental integrada com a equipe de saúde da família, havendo muita aceitação da proposta.

Com o decorrer da implantação do projeto notou-se que a experiência do matriciamento na atenção básica passa a ser vista como positiva, embora ainda possam apresentar falhas na comunicação e descontinuidade das ações tanto pelo serviço de atenção básica como pelo serviço especializado.

Ainda foi possível perceber que, apesar da constatação da necessidade do trabalho em rede, há pouca iniciativa por parte de algumas equipes da ESF em conhecer e se aproximar dos outros serviços, visto que todas as equipes reconheciam a existência do ambulatorio de psiquiatria e do CAPS do município, mas não tinham muita clareza do trabalho desenvolvido nessas unidades.

Diante disso, sobressai o fato das equipes demonstrarem que o processo de matriciamento para o atendimento aos casos de saúde mental foi importante para incentivar novas práticas clínicas e institucionais junto às equipes de saúde da família. Como

as discussões de casos, intervenções conjuntas, atendimentos compartilhados, construção de PTS, encaminhamentos adequados, planejamento de ações no território, tornou-se perceptível o aumento da capacidade resolutiva das equipes.

Assim, observou-se a relevância do matriciamento em saúde mental para aumentar a resolutividade dos casos na atenção básica, com maior aproximação entre o CAPS e a ESF.

Considerações finais

Após aplicação e análise da intervenção constatou-se que o matriciamento em saúde mental tem trazido resultados positivos para o fortalecimento da saúde mental na atenção básica no município de Toritama-PE. Entretanto, deve-se ressaltar que a ESF não é a única estratégia capaz de resolver todos os problemas relacionados à saúde mental tão pouco o CAPS. Ambos precisam ser considerados como componentes de uma rede de cuidados complexa e interligada. Desse modo, torna-se necessária a adoção de medidas permanentes de articulação, com finalidade de desenvolver a integralidade do cuidado nos diversos serviços.

Os resultados desta intervenção mostram que o matriciamento é uma das possibilidades de alcance e fortalecimento das ações de cuidado em saúde mental no território, sendo um dispositivo de qualificação dos projetos terapêuticos que têm como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos com demandas de saúde mental.

No entanto, as dificuldades encontradas na implantação dessa estratégia como falhas na comunicação e descontinuidade das ações e pouca iniciativa por parte de algumas equipes da ESF para conhecerem e se aproximarem dos outros serviços merecem reflexão permanente visando sempre o fortalecimento do trabalho em rede e a superação de resistências e preconceitos em relação o cuidado em saúde mental.

Como limite desta intervenção apontamos a necessidade de envolver a equipe NASF, que tem por atribuição central o apoio matricial às equipes da ESF.

Podemos concluir que, devido o matriciamento em saúde mental ter se tornado uma ação de caráter permanente no município de Toritama-PE, observou-se que o mesmo vem apresentando, impacto positivo através das ações realizadas durante o período de implantação. Destaca-se sua contribuição para melhoria do cuidado em saúde mental na atenção primária, aproximando as equipes envolvidas na intervenção, proporcionando o cuidado no território, promovendo uma assistência humanizada, evitando internamentos psiquiátricos, fila de espera no ambulatório de saúde mental, redução e controle do uso de medicamentos e reinserção social por meio dos projetos terapêuticos singular.

Espera-se também que alguma dificuldades até então encontradas possam ser refletidas e superadas ao longo do tempo, ampliando a possibilidade de fortalecer o cuidado no território, considerando a realidade de cada equipe, cada usuário, suas famílias e os diferentes contextos socioeconômicos e culturais no qual estão inseridos.

Referências bibliográficas

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**. Psicologia: ciência e profissão, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília- DF, 2004.

JORGE, M. S. B; SOUSA, F. S. P. ; FRANCO, T. B. . Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, 2013.

MINOZZO, Fabiane; DA COSTA, Ileno Izídio. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 3, 2013.

Reflexão sobre as práticas adotadas ao cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas na VII Região de Saúde de Pernambuco

Cecília Graziosy de Siqueira Leite
Sandra Luzia Barbosa de Souza
Mikaelly Vasconcelos Granjeiro

Introdução

O grande desafio da reforma psiquiátrica se constitui na mudança de paradigma, da lógica manicomial e segregadora do cuidado relacionado à pessoa com sofrimento mental e, na última década, também dos usuários de álcool e outras drogas, para a lógica do cuidado integral e de reconhecimento do usuário/cidadão nos processos de cuidado. Estas perspectivas de mudanças estão presentes na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e na Política Nacional de Humanização (PNH), traduzindo-se “como a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado e do usuário, sua família e suas redes sociofamiliares como fatores determinantes na mudança de paradigmas da gestão da saúde e da assistência social” (BRASIL, 2013).

Para essa mudança de paradigmas é necessária a reflexão sobre uma visão integral de atenção que proporcione a atuação em redes de forma articulada entre as políticas de saúde e de assistência social e o reconhecimento do usuário de álcool e

drogas como demanda de ações de saúde pública. A ideia de que drogas é igual à praga e epidemia alija o sujeito- usuário de sua história pessoal-familiar-comunitária e de seu contexto histórico e cultural.

A propagação destas ideias faz-se presente no cotidiano dos serviços de saúde e da assistência social, mesmo contrariando o disposto nos marcos legal e normativo das respectivas políticas públicas. Quando profissionais estão privilegiando serviços e cuidados que retroagem no tempo e nos processos de cuidado buscando estratégias já vivenciadas e comprovadamente ineficazes e contrárias à promoção e inclusão do usuário no projeto terapêutico haverá de acontecer reflexões e revisões das práticas profissionais.

Este cenário habita o imaginário dos profissionais e pode, subjetivamente, aprofundar a polarização da visão sobre o uso de drogas, da ideia crescente e de repercussão nacional e midiática da segregação e criminalização do usuário, resultando quase sempre no seu envio para tratamentos involuntários e de longa permanência como forma de cuidado adequado e de enfrentamento à *epidemia das drogas* (PERNAMBUCO, 2011). Por outro lado, o reconhecimento do território, a manutenção dos laços de pertencimento do usuário, sua família e comunidade, a constituição de redes, as articulações horizontais e intersetoriais nos processos de cuidado compõem as estratégias de intervenções adequadas ao modelo sociocultural de cuidado integral ao usuário de álcool e outras drogas.

As políticas de saúde e de assistência social, juntamente a previdência social, compõem o tripé da seguridade social, assim definida na Constituição Federal de 1988, qual podemos nos referir como Sistema de Proteção Social Brasileira. Estas políticas são normatizadas por legislações, portarias e decretos próprios e que, de forma geral, objetivam o atendimento em sistemas únicos e organizados em redes, na perspectiva de superar questões intrínsecas a cada uma das três políticas a fim de construir articulação entre seus respectivos serviços (SPOSATI, 2013).

Na saúde, faz-se necessário referenciar dois marcos legais: primeiro o Decreto nº 7.508/11, que regulamenta e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Em seu Art. 2º, inciso I e II, define-se Região de Saúde e Rede de Atenção à Saúde, indicando a região como forma de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011). Segundo a Portaria Nº 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Na assistência social o marco legal é a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que contém diretrizes e objetivos que norteiam a organização dos serviços da rede socioassistencial. A Assistência Social prevê seu ordenamento em rede, de acordo com níveis de proteção social (básica e especial). A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: de sobrevivência; de acolhida; de convívio familiar. Segundo o texto da PNAS/04 “a segurança da vivência familiar é uma das necessidades a ser preenchida pela política. Isto supõe a não aceitação de situações de exclusão, de situações de perda das relações”. Define também a rede socioassistencial como um “conjunto integrado de ações para oferta de serviços, programas e projetos em articulação entre todas as unidades de provisão de proteção social” (BRASIL, 2004).

Estas normas que organizam os serviços da Rede de Proteção Social Brasileira, tanto no SUS quanto no SUAS, compõem os marcos legais de ações em redes, no território, e da valorização dos laços de pertencimento dos usuários; evocados na presente intervenção a fim de produzir compreensão quanto ao cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas e proposições de frente às práticas adotadas na VII Região de Saúde do estado de Pernambuco.

O contexto da intervenção

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. No Brasil estima-se que 68,7 % da população faz uso de álcool e em proporções menores observa-se o uso das demais drogas: 6,9% maconha; 5,8 % solventes; 3,3% benzodiazepínicos e 2,3% cocaína (ALARCON, 2012).

Essa problemática ocorre como demanda no cotidiano dos serviços e nestes espaços ocupacionais surgem encaminhamentos que divergem em relação ao cuidado integral, principalmente, aqueles voltados aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, causando desconforto entre gestores e equipes dos serviços da Assistência Social e da Saúde. Tais embates se traduzem em demanda para a Coordenação de Saúde Mental da VII Gerencia Regional de Saúde (GERES), cuja sede fica no município de Salgueiro-PE, sobretudo como ação de mediação de conflitos ente equipes, o que tem provocado constantes reuniões, rodas de conversa, seminários e oficinas junto às equipes SUS e SUAS dos municípios envolvidos, tendo como principal foco encaminhamentos que sejam adequados, dentro do território da região, articulados em redes e que privilegiem a presença e envolvimento da família e da comunidade no processo.

A dependência química requer diagnósticos e cuidados interdisciplinares e muitas vezes intersetoriais que incluam os próprios usuários e seus familiares, a fim de que possam ser construídas as estratégias de intervenções. Segundo Escobar (2015), “o ser humano, integral, é resultado dos processos de socialização, que se dão no campo da linguagem, e digamos, caracteriza-se fundamentalmente em processos dinâmicos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais”.

Ao propor a reflexão aos profissionais dos serviços da Atenção Básica (SUS) e da Proteção Social (SUAS) sobre o acolhimento e

cuidado aos usuários abusivos de álcool e outras drogas adentra-se no difícil campo do exercício sociocultural da relação do homem com as substâncias psicoativas, mais ainda, na difícil aceitação de estabelecer uma relação antiga de uso com continuidades e descontinuidades, ao longo dos tempos.

Desta forma, refletir sobre a organização de uma rede local para o acolhimento do usuário abusivo de álcool e drogas expõe a preocupação com uma intervenção de qualidade e em defesa radical da vida dessas pessoas e propõe superações por parte dos profissionais da saúde e da assistência social da visão de apartamento das questões sociais, distanciando-se dos contextos e processos históricos, culturais e sociais. Portanto, deixar de fortalecer a visão policial - repressiva que torna a droga o centro das atenções e da ação, descontextualizando a questão do sujeito/usuário torna-se imperioso no processo de cuidado (VELOZO; CARVALHO; SANTIAGO, 2012).

Este Projeto de Intervenção é resultado de preocupações e reflexões presentes ao longo do exercício profissional no campo da saúde mental e da assistência social, o olhar volta-se, principalmente ao cotidiano das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) em relação a ausências de articulação e da perspectiva do cuidado integral que valorizem ações entre estes serviços de base territorial e lócus primeiro do acolhimento à população usuária, principalmente ao usuário abusivo de álcool e outras drogas. Objetivou promover o diálogo e a reflexão sobre as práticas adotadas no cuidado integral dos usuários de álcool e drogas na VII Região de Saúde de Pernambuco, privilegiando a organização da atenção à saúde a partir dos recursos disponíveis no território e articulados entre os serviços de Saúde e da Assistência Social.

Dessa forma, foram propostas estratégias visando que as equipes dos serviços SUS e SUAS ousassem pensar fora da caixa, de maneira intersetorial, em espaços democráticos de cuidado,

estimulando reflexões que possibilitassem contribuir com a desconstrução de formas de exclusão e de segregação do usuário abusivo de álcool e drogas. A pretensa provocação é a busca de outras formas de conversações e interações com outros atores sociais ampliando o campo de possibilidades de cuidado para além das mesmices e que fortaleçam as redes locais numa relação participativa e transformadora.

Neste sentido, a partir da observação de uma atuação desarticulada, distante da concepção de redes, discutiram-se as concepções e/ou modelos de atenção à saúde sustentados pelos profissionais dos serviços do SUS e do SUAS no território da região de saúde em questão e estabeleceram-se propostas de ação.

Métodos

Segundo Plano Diretor de Regionalização (PDR) o Estado está dividido em quatro macrorregiões (Metropolitana, Agreste, Sertão, Vale do São Francisco e Araripe) e 12 Regiões de Saúde. O cenário da ação foi o Sertão Central pernambucano, mais precisamente na VII Região de Saúde, composta pelos municípios de Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Serrita, Salgueiro, Terra Nova e Verdejante. Salgueiro, o município sede da VII dessa Região de Saúde, é a principal cidade e pertence à mesorregião do Sertão Central pernambucano, distante da capital do estado, Recife, 513 km.

A VII Região de Saúde tem população de 144.983 habitantes, com cobertura de 100% do Programa Saúde da Família (PSF), laboratórios voltados para análise de interesse público, Hospital Regional Inácio de Sá, Fundação Hemope. Na assistência social, todos os municípios contam com Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e três deles com os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS).

No projeto os recursos de coleta utilizados foram: pesquisas de documentos, rodas de conversa, observação assistemática ou

não estruturada. Os recursos relacionados e relatos das rodas de conversa realizadas nos municípios (Serrita, Terra Nova e Cedro) subsidiaram o início da elaboração do projeto e a pesquisa documental durante o processo de construção; e, segundo as necessidades surgiam foram sendo revista e/ou ampliadas. As ações propostas e respectivas atividades estão registradas em atas de reuniões, relatórios dos eventos realizados, fotografias dos eventos, acompanhamento das frequências, reuniões conjuntas dos coordenadores da atenção. Todas as atividades estão voltadas para sistematização da informação que sejam relevantes aos aspectos identificados como críticos para o alcance dos objetivos propostos, incluindo possíveis ajustes e/ou atividades que não tenham sido previstas no Projeto de Intervenção, uma vez que os processos históricos e contextos socioculturais e econômicos são dinâmicos.

O Projeto de Intervenção desenvolve-se no período de Março a Dezembro de 2017, havendo desdobramentos das atividades em 2018. As ações estão direcionadas para o trabalho articulado, intersetorial e em rede tendo como finalidade operacional a discussão conjunta para organização de uma rede de acolhimento privilegiando o cuidado integral dos usuários abusivos de álcool e outras drogas na perspectiva de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da VII Região de Saúde.

No primeiro momento realizam-se as rodas de conversa nos municípios (Serrita, Cedro, Terra Nova e Salgueiro) e os 03 encontros regionais SUS e SUAS discutindo sobre acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas na região de saúde.

No segundo momento iniciam-se as discussões com as representações dos serviços SUS e SUAS para formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) como espaço permanente de discussão sobre o cuidado com usuário abusivo de álcool e drogas na região. Ambos vislumbram superar ações e/ou proposições isoladas e desarticuladas dos serviços que atuam diretamente no cuidado dos usuários abusivos de álcool e outras drogas nas políticas públicas de saúde e assistência social.

Resultados

O Projeto de Intervenção tornou-se parte integrante do Plano de Ação (2017-2018) da Área da Atenção à Saúde / Saúde Mental da VII Gerencia Regional de Saúde, portanto é orgânico e dinâmico e resultante das inquietações e reflexões dos processos de trabalho e de estratégias de intervenção que superem barreiras e fragmentações de cuidado provocando a inclusão dos atores de outras políticas públicas.

Assim, o Grupo de Trabalho Intersetorial SUS, SUAS e Educação foi constituído em Janeiro - 2018 com representantes dos serviços da saúde, assistência social e educação, apresentado e pactuado em reunião da CIR/VII GERES em marco/ 2018. O Grupo é formado por representantes: VII GERES (Coordenação da Atenção à Saúde/Saúde Mental e da Vigilância em Saúde); Assistência Social (CRAS e CREAS) e da Educação (Gerência Regional de Educação – GRE/Sertão Central). Definidos sua organização e cronograma mensal de reuniões ordinárias.

A realização dos encontros para construção do Grupo de Trabalho Intersetorial possibilitou a inclusão e interação de novos atores (educação e vigilância em saúde) nas discussões sobre atuações em redes locais e solidarias de atenção ao usuário-cidadão, ampliando inclusive ao tema do uso abusivo de álcool e outras drogas, às situações de violência doméstica, suicídio e automutilação. Desde então tais temas foram incorporados como demanda do GTI para a regional de saúde.

Estão sendo realizadas desde o início de 2018 oficinas conjuntas para profissionais dos serviços SUS e SUAS nos próprios locais de trabalho (CAPS I Serrita e Salgueiro e para o GTI) com o tema: Uso abusivo de álcool e outras drogas e a importância das notificações de violência doméstica, suicídios e automutilações. Tais atividades já estão provocando aumento das notificações na região de saúde, ou seja, dando visibilidade ao tema.

As ações do GTI provocaram também a mobilização e realização

da I Roda de Conversa - Serviço Social na Saúde, oportunizando diálogos e reflexões para uma atuação em rede e defesa dos direitos dos usuários nos serviços de saúde da região.

Considerações finais

A consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira provoca uma quantidade crescente de desafios que precisam ser adotados nas agendas da saúde mental e da saúde coletiva, além da intercessão de atores diversos nos processos de cuidado. Segundo Paulo Amarante (2007) “a saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde”.

O processo de construção da rede local de cuidados integral e intersetorial para o usuário abusivo de álcool e outras drogas na VII Região de Saúde vêm contribuindo nos questionamentos dos processos de trabalho e exercícios de estratégias participativas e inclusivas. Durante todo processo de implementação do Projeto de Intervenção não se falou conceitualmente nas redes, mas, sim se vivencia rede. O reconhecimento dos profissionais como protagonistas, o diálogo com outras redes e atores locais em busca de ações coletivas e complementares para construção da integralidade do cuidado têm sido o diferencial na consolidação e inclusão de outras temáticas e demonstra o rico campo ainda a ser explorado na região.

O resumo do Projeto de Intervenção aqui apresentado indica não ser possível pensar e/ou propor soluções ou modelos únicos, formulas ou receitas mágicas e que abarque a singularidades de realidades tão diversas e desiguais dos territórios existentes no Brasil, mas é possível buscar inspirações no ideário da reforma psiquiátrica, sobretudo a de pensar os serviços como dispositivos estratégicos, lugar de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais e de ações em defesa de uma sociedade justa e defensora dos direitos sociais.

Referências bibliográficas

ALARCON, Sergio (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil/Decreto/D7508.html>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

_____. Ministério da Saúde. **Rede HumaizaSUS Cartilha PNH**. Brasília, 2013

PERNAMBUCO. Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco. DOE- Poder legislativo**. Em 17/05/1994, na página 2, coluna 1. Pernambuco, Recife: 1994.

SPOSATI, A. **Proteção social e seguridade social no Brasil**: pautas para o trabalho do assistente social. Serv. Soc. Soc. n. 116, p. 652-674, out./dez. São Paulo, 2013

Rede de atenção psicossocial: estratégias de intervenção para expansão da implantação da RAPS na IX Região de Saúde-PE

Joelma de Jesus Rodrigues
Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo

Introdução

A IX Região de Saúde tem sede no município de Ouricuri e abrange 11 (onze) municípios localizados no alto sertão do Araripe: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade. Limita-se ao norte com os municípios do Estado do Ceará e oeste com os municípios do Estado do Piauí, leste com os municípios da VII Região de Saúde (sede em Salgueiro) e ao sul com os municípios da VIII Região de Saúde (sede em Petrolina).

Em 2013, a estimativa segundo o IBGE da população do Território era de 342.809 habitantes. Dos 11 (onze) municípios desta região de saúde, apenas 02 (dois) tem população maior que 50.000 habitantes, que são Araripina e Ouricuri, sendo que 54% dos municípios possuem população abaixo de 30.000 habitantes, segundo faixas populacionais (PERNAMBUCO, 2013).

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamen-

to das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos na gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011b; BRASIL, 1990).

A Regionalização da saúde com a implantação das redes de atenção à saúde tem um papel fundamental na implantação de serviços regionais que deem conta da mudança populacional que enfrentamos em termos quantitativos, perfil das doenças e faixa etária, garantindo o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (PERNAMBUCO, 2013).

Um dos desafios na estruturação das redes de atenção à saúde no SUS diz respeito à consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso do usuário ao sistema, em qualquer uma das suas instâncias, bem como, a utilização racional dos recursos existentes.

No Brasil, existem enormes diferenças entre estados, bem como, dentro dos próprios estados. Mais de 75% dos municípios apresentam menos de 20.000 habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção à saúde municipais, de forma eficiente e de boa qualidade. Por essa razão, as redes têm se organizado visando à autossuficiência em média complexidade nas microrregiões e com certa suficiência em alta complexidade (PERNAMBUCO, 2013).

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as redes temáticas de atenção à saúde devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações (BRASIL, 2012). Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as redes temáticas, entre elas, a Materno-Infantil, de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência, de Atenção à Pessoa com Deficiência e ainda, a de Atenção às Doenças Crônicas.

As Redes Materno-Infantil, Urgência e Emergência e Atenção Psicossocial foram pactuadas na IX GERES em microrregiões, regiões e macrorregiões, de acordo com o grau de complexidade e a prestação de serviços de saúde pensada de maneira a ser gerida de forma a otimizar a disponibilidade e continuidade dos serviços (PERNAMBUCO, 2012a; PERNAMBUCO, 2012b; PERNAMBUCO 2014).

No que se refere à Rede de Saúde Psicossocial (RAPS) na IX Região de Saúde, a mesma se configura a partir de 06 CAPS I em funcionamento: Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Ouricuri e Trindade; 01 CAPS I em processo de habilitação (Parnamirim) e 04 Municípios sem porte populacional: Moreilândia, Granito, Santa Cruz e Santa Filomena.

Ao realizar o diagnóstico¹ da regional percebe-se que a IX Região de Saúde conta com boa cobertura de CAPS I, onde todos os municípios que possuem porte populacional implantaram este serviço, porém sem serviço direcionado especificamente para as questões relacionadas à infância e álcool e outras drogas. Percebe-se ainda a ausência de serviço com cobertura regional.

A Região não oferece serviço territorial com hospitalidade noturna e apresenta a necessidade de ampliação de leitos em hospitais gerais. Relevante ainda ressaltar a necessidade de ampliar as experiências com estratégia de Geração de Trabalho e Renda. Bem como, a necessidade de habilitação de 01 Serviço Residencial Terapêutico, considerando o Projeto Estadual de Desinstitucionalização. Por outro lado, os municípios de Parnamirim, Trindade e Ouricuri vinham apresentando dificuldades com a habilitação de serviços (CAPS I, Serviço Residencial Terapêutico e CAPS AD III, respectivamente), o que demanda intervenção dos gestores responsáveis para solucionar tal situação (PERNAMBUCO, 2014).

¹ O diagnóstico aqui referido foi realizado a partir da prática na IX GERES da discente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva ofertado de forma descentralizada pela Escola de governo de Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE).

A pactuação da Rede de Atenção Psicossocial na IX GERES ocorreu em setembro de 2013, através da Resolução CIR/IX GERES nº 38 de 12 de setembro de 2013, homologada pela Resolução CIB/PE nº 2529 de 25 de fevereiro de 2014 e define o desenho da RAPS com diversos serviços a serem implantados na região, de todos os componentes elencados através da Portaria MS 3088/2011. Do desenho da RAPS pactuado em 2013, foram implantados 06 leitos integrais de saúde mental no município de Araripina, atualmente dando cobertura a toda região de saúde. Os demais serviços pactuados na RAPS da IX GERES ainda não foram implantados (PERNAMBUCO, 2014; BRASIL, 2011a).

Neste sentido, visando instalar uma rede de atenção à saúde mental eficiente e de qualidade, este projeto teve a finalidade de contribuir para a implantação da RAPS na IX Região de Saúde, sendo uma proposta assistencial que está relacionada ao movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No Brasil, o início da Reforma Psiquiátrica foi marcado por importantes manifestações no setor saúde em fins da década de 70, onde se discutia propostas substitutivas ao modelo vigente, visando o resgate da dignidade das pessoas que apresentam sofrimento psíquico, inclusive os decorrentes do uso de droga e o respeito aos seus direitos de cidadão (AMARANTE, 1994, 2003, 2006, 2009; FOUCAULT, 1978; GOFFMAN, 1987).

A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do indivíduo, sua história de vida e suas relações interpessoais. Estabelece formas de cuidado em serviços abertos e criativos que atendam singular e coletivamente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social. Nessa perspectiva os serviços de reabilitação psicossocial funcionam como meio de desenvolvimento integral do usuário, dentro do seu contexto social (BASAGLIA, 1980; BEZERRA JUNIOR, 1995; CASTEL, 1978; DESVIAT, 1999; RODRIGUES, 2003).

Este trabalho visou, ainda, despertar e estimular os gestores municipais e estadual, para a implantação efetiva da RAPS, entendendo que através destes serviços será possível estimular a potencialidade latente do sujeito com sofrimento psíquico e assim consolidar sua dignidade e cidadania, evitando a necessidade de hospitalização, com a proposta de trabalho preventivo e terapêutico, realizado por equipes interdisciplinares.

Em médio prazo, o grande objetivo do presente projeto é que se consiga a implantação e/ou implementação dos serviços previamente pactuados nas instancias colegiadas citadas anteriormente.

Tal questão se mostrou relevante, pois identificamos como envolvendo uma problemática de saúde pública na IX região de saúde do estado de Pernambuco a dificuldade de acesso das pessoas com transtornos mentais aos serviços de atenção psicossocial especializados no que se refere aos serviços destinados às questões relacionadas a álcool e outras drogas e transtornos mentais na infância. Daí a importância de estruturar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS na região, estimulando a implantação de serviços especializados direcionados a esta clientela.

Para garantir uma atenção efetiva à saúde mental, buscando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, é importante o envolvimento e investimento dos gestores municipais e estaduais, definindo alternativas para atender toda a população que necessita de cuidados outros em saúde mental e implantando serviços de maior complexidade na região, possibilitando, com isso, atender à sua demanda e paralelamente oferecer o serviço para os municípios vizinhos, se tornando referência na região.

A Rede de Atenção Psicossocial na IX Região de Saúde foi pensada para atender toda a demanda de saúde mental da região, necessitando da implantação de mais dispositivos existentes na rede.

Em síntese, o presente projeto de intervenção teve como objetivo fomentar a retomada da implantação e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios que compõem a IX Região de Saúde, conforme pactuado em CIB. Mobilizando os gestores municipais quanto à importância da pactuação e implantação da RAPS; qualificando a gestão técnica dos municípios através de encontros para discussão sobre a inserção e articulação dos serviços na RAPS; reativando o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental, para discussão sobre a RAPS na região e promovendo o Fórum Regional de Saúde Mental visando estimular o envolvimento dos profissionais na luta pelo fortalecimento da RAPS.

Métodos

O projeto de intervenção foi desenvolvido na IX Região de Saúde, composta por 11 (onze) municípios localizados no alto sertão do Araripe do Estado de Pernambuco, contando com os municípios de Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade, tendo o município de Ouricuri como sede da Regional de Saúde.

A população alvo são os gestores municipais da saúde e trabalhadores de saúde de serviços especializados em saúde mental que atuarão diretamente com o usuário destes serviços.

O presente Projeto de Intervenção foi previsto para ser executado no período de Junho de 2017 a Dezembro de 2018.

Como fonte de coleta de dados, o projeto previu a análise de documentos (frequência nos colegiados e encontros e desenho da RAPS) e observação assistemática.

A intervenção

OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
<p>SÍNTESE DE AÇÕES E METAS DA INTERVENÇÃO</p> <p>1. Mobilizar os gestores municipais quanto à importância da pactuação e implantação da RAPS</p> <p>2. Qualificar a gestão técnica dos municípios através de encontros para discussão sobre a inserção e articulação dos serviços na RAPS</p> <p>3. Reativar o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental</p> <p>4. Promover Fórum Regional de Saúde Mental</p>	<p>Pautar na CIR a pactuação da RAPS com periodicidade semestral, destacando a importância da implantação dos serviços pactuados.</p>	<p>Realizar 03 inserções de pautas na CIR</p>	<p>Gerente IX GERES e GASAM</p>	<p>Junho 2017 a Dezembro 2018</p>
	<p>Solicitar uma reunião junto ao consórcio de prefeitos e apresentar o desenho da RAPS na região com a importância da implantação dos serviços pactuados.</p>	<p>01 reunião com prefeitos</p>	<p>Gerente IX GERES</p>	<p>Janeiro a Julho 2018</p>
	<p>Discutir semestralmente a pactuação da RAPS com Coordenadores Municipais de Atenção Básica no Colegiado Regional de Atenção à Saúde.</p>	<p>Realizar 03 discussões no Colegiado</p>	<p>Gerente e Técnicos IX GERES</p>	<p>Dezembro 2017 a Dezembro 2018</p>
	<p>Realizar orientação técnica individualizada aos coordenadores municipais de saúde mental para a implantação de serviços especializados.</p>	<p>Realizar orientação quando houver implantação de novos serviços</p>	<p>Técnicos IX GERES</p>	<p>Dezembro 2018</p>
	<p>Promover semestralmente encontro com equipe técnica dos municípios (profissionais de CAPS, NASF e ESF) visando discutir uma melhor prática das ações de saúde no serviço.</p>	<p>Promover 03 encontros</p>	<p>Gerente e Técnicos IX GERES e GASAM</p>	<p>Setembro 2017 a Dezembro 2018</p>
	<p>Retomar o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental com periodicidade bimestral, para discussão sobre a implantação da RAPS na região e acompanhar e monitorar o andamento da implantação da RAPS.</p>	<p>Realizar Reuniões bimestrais</p>	<p>Técnicos IX GERES</p>	<p>Agosto 2017 a Dezembro 2018</p>
	<p>Realizar Fórum Regional de Saúde Mental visando discutir a RAPS pactuada conforme os princípios do SUS e baseada na Reforma Psiquiátrica.</p>	<p>Realizar 01 Fórum de Saúde Mental</p>	<p>Gerente e Técnicos IX GERES</p>	<p>Outubro 2018</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na análise dos dados definiu-se por levar em consideração a participação dos gestores nas reuniões colegiadas: CIR, Colegiado Integrado/Regional de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde e Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental.

Por fim, um indicador de monitoramento relevante para esse projeto foi o número de novos serviços de saúde mental implantados nos municípios da região durante o período do projeto.

Resultados

Como resultados parciais do presente projeto, identificamos o fato de ter sido novamente pautado na CIR de junho de 2017 a questão da pactuação da RAPS, destacando a importância da implantação dos serviços previamente pactuados; a ocorrência da reativação do Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental em agosto de 2017, com discussão sobre a implantação da RAPS na região e ainda, a realização do Primeiro Encontro com a Gestão Técnica dos Municípios ocorrido em setembro de 2017 com discussão sobre como garantir uma melhor prática das ações de saúde mental nos serviços da RAPS Regional.

Espera-se com a continuidade deste projeto haver a potencialização dos dispositivos já em funcionamento na RAPS regional, bem como, a qualificação da gestão dos municípios quanto à implantação da Rede de Atenção Psicossocial e ainda que as equipes técnicas dos serviços de saúde garantam a atenção à saúde mental no território para que ocorra a efetiva implantação da RAPS pactuada na IX GERES, com serviços de hospitalidade noturna, atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas e atenção à clientela infanto-juvenil. Espera-se ainda contribuir para a manutenção destes espaços de discussão na região após a ampliação dos serviços da RAPS.

Referências bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios: a luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios In: **Revista Mente & Cérebro**, edição 164, setembro de 2006. p.1-7.

AMARANTE, Paulo (coord). **Saúde Mental, Políticas e Instituições**: Programa de Educação à Distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/ FIOCRUZ, EAT/ FIOCRUZ. v.1,2,3. 2003.

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, Out. 1994.

BASAGLIA, Franco. **Em busca de necessidades perdidas**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1980.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Saúde mental ou psiquiatria. In: Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1995; EERP-USP Ribeirão Preto- SP.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Diário Oficial, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 21 de maio de 2017.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978. p 97-141.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. 196 p. ISBN: 978-85-7541-467-5.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Perspectiva; 1978. 608 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva. 1987. 312 p.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Análise Situacional da IX Região de Saúde de Pernambuco**. Ouricuri-PE, 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE, n. 1881, de 26 de Março de 2012**. Homologa o desenho o Plano Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife-PE, 2012a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE, n. 1869, de 26 de Março de 2012**. Aprova o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências e Emergências da IX Região de Saúde de Pernambuco. Recife-PE, 2012b.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE, n. 2529, de 25 de Fevereiro de 2014**. Homologa o desenho da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife-PE, 2014.

RODRIGUES, Jéferson; SCÓZ, Tânia Mara Xavier. Muros nas mentes, **Obstáculos da Reforma Psiquiátrica**. Revista Nursing, v. 65, n. 6, p. 29-34, 2003.

Construção e Implantação de Protocolo de Enfermagem para a Assistência ao Pré Natal na AB em Arcoverde

Gladyanny da Costa Veras Soares
Anderson Danilo Dario Lima
Sebastião André Barbosa Junior

Introdução

Em saúde pública a saúde do binômio mãe-bebê tem sido de suma importância no que cerne a saúde materno infantil, levando a muitas ações para criação de diversas políticas públicas que possam melhorar assistência na gestação, englobando o pré-natal, parto e puerpério, mantendo o ciclo gravídico-puerperal com menor risco possível para o binômio (SHIMIZU, 2009).

Dentre as políticas públicas na área de saúde da mulher destaca-se o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, posteriormente sofreu diversas reformulações, propôs uma nova e diferenciada abordagem, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2004; 2009).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios de universalidade, integralidade das ações, equidade, descentralização dos serviços, a partir da municipalização e participação popular, as mulheres ganharam voz. Esse grupo começou a

ganhar visibilidade em termos de saúde pública, aumentando os esforços para melhorar a saúde materno-infantil, assim surgiram políticas e programas que passaram a abordar a mulher de forma integral. Contudo, apesar dos avanços observados em relação às políticas públicas em saúde da mulher, ainda existe uma fragilidade na sua implementação, observada pela exclusão de alguns segmentos de mulheres dentre elas, climatérica, adolescente, portadora de necessidades especiais, profissionais do sexo, homoafetivas, em privação de liberdade, em situação de violência, negras, a incipiente atenção aos aspectos relacionais do cuidado quanto a classe, geração, raça/etnia e gênero (XAVIER, 2014).

Alinhando uma assistência de qualidade ao atendimento ampliado e articulado aumentando o acolhimento às necessidades das mulheres, temos na rede de atenção à saúde a Estratégia de saúde da família, que engloba uma equipe multiprofissional que dentre os membros desta equipe está a Enfermagem, que assume o escopo de sua competência e responsabilidade: o cuidar. Essa profissão tem como finalidade transpor subjetividades individuais e coletivas (XAVIER, 2014).

A consulta de enfermagem é compreendida como atividade privativa do Enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, deixa claro que cabe à enfermeira, entre outras atividades, oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, bem como realizar atividades de educação em saúde. Ressalta-se ainda que o Decreto nº 94.406/87, do Ministério da Saúde, assegura ao enfermeiro o direito de acompanhar integralmente o pré-natal de baixo risco (BRANDÃO, 2013).

No município de Arcoverde, no estado de Pernambuco, não existem protocolos assistenciais para a rede da atenção básica, para nenhum profissional atuante nessa esfera. Percebo que nós enfermeiros perdemos autonomia sobre a prescrição de algumas medicações que são negadas as vendas em farmácias

privadas e alguns exames solicitados por enfermeiros também são negados, a existência de um protocolo institucional além de subsidiar as condutas dos profissionais enfermeiros, ainda é um suporte que fortalece a atuação da enfermagem de forma sistemática e segura.

Como enfermeira assistencial e coordenadora da Unidade Básica de Saúde (UBSF) Severiano de Brito Freire do município de Arcoverde, identifiquei uma deficiência no processo de trabalho dos profissionais enfermeiros envolvidos com a Saúde da Mulher na atenção básica do município, principalmente no que refere-se a atenção ao Pré-natal. Então, partindo dessa situação objetivou-se com esse projeto de intervenção promover a melhoria da atenção à saúde das gestantes no município de Arcoverde, mediante a implantação de um protocolo de enfermagem na assistência ao Pré-Natal conduzido por enfermeiros da Atenção Básica.

Metodologia

Arcoverde está situado na mesorregião do Sertão do Moxotó, ocupa uma área de 323,370km², População segundo IBGE/2010 era de 68.793 habitantes, mas segundo estimativas IBGE/2016 correspondem a uma população de 73.154 habitantes, densidade demográfica de 196,05 (hab/km), tendo 5.793 menores de 0 a 4 anos e 8.007 idosos (IBGE, 2010).

Arcoverde conta com 22 unidades básicas de saúde da família (UBSF), sendo 2 localizadas na zona rural apresentando uma cobertura de 100%, tem 125 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além de realizar manutenção da saúde da comunidade, desenvolvido por equipe composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal. Tem 02 NASF implantados, mas 01 NASF que foi credenciado, que trabalham em parceria com as equipes das UBSF, possuem uma equipe multiprofissional composta por

médico, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física para saúde e fisioterapeuta. Possui 07 Unidades de Apoio (postos de saúde), que são unidades descentralizadas de apoio à UBSF, assegurando o acesso às Ações de atenção Básica; 01 Unidade Móvel que realiza Ações de Saúde Bucal, nas localidades de difícil acesso. O Centro de Vigilância em Saúde desenvolve Ações ambiental, epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador e PNI (Programa Nacional de Imunização). Na atenção especializada conta com vários serviços como: 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Saúde da Mulher que realiza mamografia (terceirizado), ultrassonografia, controle e prevenção câncer do colo de útero (coleta de material), mastologia, pré-natal de baixo risco e alto risco e o laboratório de citologia, 01 Centro de testagem e aconselhamento/Centros de Orientação e Apoio Sorológico (CTA/COAS) que tem o SAE (Serviço de Assistência Especializada HIV/AIDS (tratamento), 01 Laboratório de Análise de Clínicas com SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia), 01 Centro de Especialidades Médicas que realiza cardiologia, Ortopedia, Fisioterapia, Urologia, Endoscopia, Ultrassonografia, Raio X, 01 Centro de Atenção ao Idoso, 01 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 01 CAPS adaptado para o tratamento e reabilitação para dependentes de álcool e drogas, 01 Unidade de pronto atendimento dia (UPA DIA), 01 ambulatório Regional de Especialidades Médicas que possui ginecologia, psiquiatria, psicologia, urologia, pneumologia e pediatria, 01 Policlínica, 01 Centro de Saúde de Fisioterapia que realiza atendimentos de reabilitação, 01 Central de Regulação, 01 CAF (centro de abastecimento farmacêutico) que realiza armazenamento, a rede complementar sob gestão Estadual é composta pelo Hospital Regional; Centro de Reabilitação Mens Sana que realiza procedimentos de reabilitação física, motora, intelectual e hidroterapia; 01 HEMOPE; SOS Rim que realiza Diálise, 01 Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE).

A UBSF Severiano de Brito Freire fica situada na zona rural, no Povoado Caraíbas, conta com 03 unidades de apoio em áreas

de difícil acesso à unidade central, atende Povoado Caraíbas e os sítios Caraíbas Velha, Lagoa da porta, Lagoa do pinto, Serra das Varas, Serra Branca, Mocó, Jurema, Pedra de Fogo, Povoado Riacho do Meio, Agrovila, Riacho do mel, Gravatá das Varas, Fundão, Brejinho, Tigre, Boca da Mata, Microondas, Pintada, Peri-peri, Carrapateira, Pedra do Bode, Aiol, Quinze Metros, Fazenda Tamboril. Atende 1042 famílias e um total 3263 pessoas, a equipe é composta por médica, enfermeira, odontólogo, 02 técnicas de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 serviços gerais, 01 recepcionista, 10 ACS's, em cada ponto de apoio tem 01 técnica de enfermagem e 01 serviço gerais, esta última unidade é a que presto atendimento.

A intervenção foi realizada junto aos Enfermeiros/as que atuam na atenção básica do município de Arcoverde, os quais irão utilizar o protocolo para a assistência ao pré natal, as usuárias beneficiárias serão as mulheres em idade fértil que estiverem gestantes e que estiverem realizando seu pré natal nas unidades básicas de saúde desta cidade.

A primeira etapa teve como meta realizar duas oficinas, onde a primeira foi referente ao aprimoramento e atualização sobre as boas práticas na assistência pré natal e a segunda para discutir com os enfermeiros a implantação do protocolo construído.

Para alcançar essa meta foram desenvolvidas as seguintes ações: **a)** foi solicitado pelos enfermeiros, que houvesse uma oficina de capacitação em pré-natal de risco habitual, foi realizada a oficina com todos os enfermeiros das unidades básicas de saúde; e **b)** a oficina foi realizada pela coordenadora de saúde da mulher do município em conjunto com duas enfermeiras da atenção básica especialistas em obstetrícia, onde uma delas é a autora deste projeto de intervenção.

A segunda etapa teve como meta a construção de um protocolo de assistência ao pré-natal de risco habitual que respalde os enfermeiros atuantes na atenção básica do município em relação a solicitação de exames de rotina e complementares para o pré

natal assim como a tomada de condutas de forma sistematizada e padronizada em todo o município. Para alcançar essa meta seriam desenvolvidas as seguintes ações:

- a)** pesquisar protocolos institucionais do Ministério da Saúde, Resoluções do COREN/COFEN etc., mais atuais na área da temática da assistência ao Pré-natal, que respaldem a elaboração de protocolos de assistência de enfermagem;
- b)** pesquisa acadêmica de artigos científicos em bancos de dados como SCIELO, BIREME, BVS, LILACS, através dos descritores: “atuação do enfermeiro na atenção básica”; “Protocolo de Enfermagem”; “Saúde da Mulher” e “Assistência ao Pré-Natal”. Serão selecionados os artigos que também estiverem dentre o período que compreende de 2010 a 2017; e
- c)** o protocolo deveria conter informações sobre o diagnóstico da gravidez, periodicidade das consultas pré-natal, quais exames deverão ser solicitados em qual momento da gestação, fluxograma para a interpretação dos exames e tomadas de conduta, calendário vacinal da gestante, orientações sobre modificações gravídicas, temas que deverão ser abordados nas rodas de gestantes, dados referentes a exames e vacinas que deverão ser realizados com o parceiro estimulando assim a realização do pré-natal do parceiro, lista da rede de apoio para a referência da gestante quando necessário, período em que deverão ser realizadas as visitas puerperais e assistência de enfermagem nesse período.

A terceira etapa teve como meta organizar uma reunião para apresentar aos 24 enfermeiros das unidades de saúde da família o protocolo criado. Para alcançar essa meta seriam desenvolvidas as seguintes ações:

- Realizar oficina para os 24 enfermeiros que atuam na atenção primária, sobre assistência pré-natal, condutas, discussão de casos e leitura de exames;

- Validação do instrumento em reunião com os coordenadores da vigilância em saúde e secretária de saúde, bem como os enfermeiros atuantes na atenção básica do município para apresentar o conteúdo do protocolo ficando aberto a sugestões de alteração; e
- Em um segundo momento convidar usuárias das USBF para conhecerem o fluxograma de assistência ao pré natal e o protocolo a ser implantado, enfatizando a sua importância e relevância na melhoria da qualidade de assistência ao pré natal ofertado pelos enfermeiros das unidades de saúde da atenção básica.

A quarta etapa teve como meta acompanhar a adesão ao protocolo na rotina da assistência a gestante atendida na atenção primária de Arcoverde PE, composta por 22 unidades básicas de saúde da família. Para alcançar essa meta seriam desenvolvidas as seguintes ações:

1. Após um período de 3 meses da implantação entrevistar 100% dos enfermeiros para saber o que mudou na sua assistência com a utilização do protocolo, abrir um espaço para sugestões de alteração no protocolo;
2. Entrevistar algumas usuárias sobre as mudanças com a implantação do protocolo.

O monitoramento da adesão e utilização do protocolo pelos/as enfermeiros/as deveria ser feito após um mês da sua implantação com periodicidade mensal, a avaliação do protocolo é realizada através de questionário aplicado aos enfermeiros e usuárias sobre o que mudou após a adesão deste protocolo, com as seguintes perguntas:

- 1) Dos grupos atendidos na atenção básica (idosos, crianças, adolescentes, mulheres, homens), qual deles é o maior público atendido pelos enfermeiros na atenção básica de Arcoverde PE?
- 2) No município que você atua como enfermeiro de atenção básica tem um protocolo de assistência na atenção básica para enfermeiro?

- 3) Você acha relevante a implantação de um protocolo de assistência na atenção básica para enfermeiro no município que você atua? Por que?
- 4) O que mudaria na sua rotina de trabalho um protocolo de assistência na atenção básica em Saúde da Mulher para enfermeiro?
- 5) Algum outro protocolo se faz necessário em seu serviço? Justifique.
- 6) O protocolo de assistência ao pré natal aderido no município, precisa de alguma alteração?
- 7) O que mudou na sua prática com a utilização do protocolo de assistência ao pré natal?

Esse trabalho apresenta-se como um Projeto de Intervenção no serviço de saúde. Respeitando os trâmites legais para seu desenvolvimento, foi solicitado uma carta de anuência junto a Secretária de Saúde do município de Arcoverde autorizando a realização da intervenção.

Antes da implantação do Protocolo de assistência pré-natal, foi realizada uma oficina com estudo de caso para praticar a utilização do protocolo, as/os participantes serão instruídas/os sobre a realização do projeto, sendo alertada sobre os benefícios de sua participação nas atividades.

Resultados esperados

Com a adesão a um protocolo de assistência ao pré-natal, acreditava-se que assim fossem adotadas condutas concisas entre os profissionais da enfermagem que prestam esta assistência, havendo uma redução nos gastos do setor público com a padronização de solicitação de exames e prescrição medicamentosa, seguindo as condutas mais atuais das evidências científicas que abordam a temática.

Com isso, os enfermeiros estariam mais seguros sobre quais condutas tomar, seguindo o protocolo institucional, além dos protocolos já propostos pelo Ministério da saúde, devolvendo assim

autonomia do profissional que na sua totalidade acompanha os pré-natais das usuárias arcoverdenses que estarão vivenciando o período gravídico puerperal.

Espera-se com isso uma melhoria na assistência ao pré-natal prestada pelos enfermeiros das USBF, contribuindo assim para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil do município, autonomia por parte do enfermeiro por estarem respaldados legalmente com um protocolo municipal instituídos nas unidades de saúde da atenção básica.

Referências bibliográficas

BRANDÃO, I. C. A.; DA SILVA GODEIRO, A. L.; MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 5, p. 596-602, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0516/2016** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na Assistência às gestantes, parturientes, puéperas e recém nascido nos serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência. Brasília DF: Conselho Federal de Enfermagem; 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília DF: Conselho Federal de Enfermagem ; 2009.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 junho 2017.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 62, n. 3, p. 387-392, June 2009.

XAVIER, A. G.; SANTOS, S. M. P.; SOUSA, F. L. P.; SILVA, F. L.; GONÇALVES, R. L.; PAIXÃO, G. P. N. Análise das práticas profissionais de enfermeiras na perspectiva da integralidade da assistência à mulher. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. v. 15, n.5, p. 851-859, septiembre-octubre, 2014.

Implantação do fluxo assistencial de pré-natal de alto risco e risco habitual no município de Garanhuns - PE

Renata da Silva Siqueira Medeiros

Bruno Costa de Macedo

Anderson Danilo Dario Lima

Introdução

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos princípios fundamentais a Universalidade, que determina que qualquer cidadão tenha direito ao acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Este princípio se fundamentou a partir da Constituição Federal de 1988, representando uma grande conquista democrática, que transformou a saúde em direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

O princípio da integralidade é conceituado na Lei Federal n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, se tornando um dos grandes desafios do SUS (BRASIL, 1990).

Assim como em todo o mundo, no Brasil, os sistemas de saúde com base universal garantem a cobertura e o acesso por meio do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas, por considerar a ligação do princípio da universalidade com a organização de redes de cuidado, pelo fato de que as necessidades

de saúde da maioria da população podem ser resolvidas em serviços com maior densidade e tecnologias leves (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010).

Baseando-se na análise das necessidades de melhorar a saúde das mulheres durante o período de gravidez, parto e puerpério, bem como a saúde da criança, aperfeiçoando o acesso, a cobertura e qualidade do acompanhamento, foi instituído, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). E com intuito de ampliar essa atenção, em 2011, foi estabelecida a Rede Cegonha, que estabelece um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses (BRASIL, 2000; 2011).

Porém, o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2010) ressalta que morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

A assistência ao pré-natal de acordo com o Ministério da Saúde, consiste no acolhimento a gestante desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

A solicitação de exames, no período do pré-natal, é critério fundamental para o acompanhamento da gestante, desde a primeira consulta, estes devem ser solicitados (BRASIL, 2012). Se espera que ao solicitar, orientar e analisar os resultados dos exames complementares, possam ser identificados os fatores de risco e adotadas condutas apropriadas, prevenindo possíveis intercorrências clínicas na gravidez. E quanto às gestantes, ao realizarem e reconhecerem a importância dos mesmos, o seu

bem-estar passa a ser promovido e monitorado, assim como o do feto, reduzindo conseqüentemente, as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país (CABRAL, 2005; CARBONE, COSTA, 2009).

Estudos mostram que em determinadas situações o usuário, nesse caso, a gestante, estabelece o próprio itinerário dentro da rede ou fica desassistida, pois o fluxo não existe, ou o que existe, não contempla as necessidades de saúde. Deste modo, o fluxo assistencial no sistema de saúde pode caracterizar a articulação e produção do cuidado (UBESSI, RIGHI, CECCIM, 2007, DECKERT, 2007).

O fluxo assistencial tem como objetivo facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Compete as Secretarias Municipais de Saúde organizar esse fluxo para garantir as referências a serviços e ações de saúde (BRASIL, 2006). Para realizar a organização da rede de atenção e dos fluxos assistenciais, deve-se fortalecer os instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2008).

Dessa forma, partindo dos conceitos de integralidade e universalidade, da necessidade de uma assistência eficaz ao pré-natal, pode-se questionar: Como aprimorar a assistência à saúde da gestante, do pré-natal ao parto? Neste contexto, o presente estudo objetiva descomplicar as marcações de consultas e exames, no período gestacional até a realização do parto, contribuindo na assistência e facilitando o trabalho das equipes de saúde.

Métodos

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção, proposto pela discente. Um fluxo onde deve ser descrito o caminho a ser percorrido pela gestante na rede municipal de saúde do período do pré-natal ao parto. Deve-se optar por uma linguagem simples e objetiva, para que a compreensão do mesmo não demande muito tempo. Também deverá ser levado em consideração o formato compacto visando reduzir o custo de impressões e reproduções futuras, sem comprometer a qualidade das informações.

Por não haver pesquisa direta com seres humanos para elaboração do fluxo e não se tratar de um processo de validação de instrumento o presente estudo não foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa conforme regulamenta a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Local de intervenção

Município de Garanhuns pertence a V Gerência Regional de Saúde- V GERES, localizado na Macrorregião II, Agreste Meridional do Estado de Pernambuco, com uma área de 2.016 Km², abrangendo uma população total estimada de 137.810 habitantes (estimativa IBGE/2016). Onde estão instalados: 01 Hospital Público Estadual, 02 Unidades Hospitalares Privadas, 01 Unidade Hospitalar Filantrópica e 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Coberta por 36 Unidades Básicas de Saúde, na modalidade de Estratégia de Saúde da Família, 02 Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 08 Pontos de Apoio.

Sujeitos da intervenção

A intervenção envolve todos os profissionais da rede municipal de saúde, envolvidos direto e indiretamente na assistência ao pré-natal, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Descrição da intervenção

Ações / Atividades	Meta	Responsável	Estratégia/ Instrumento de Monitoramento e Avaliação
Apresentar a proposta para a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde	Promover a integração entre os setores da rede assistencial	Secretária de Saúde, Planejamento, Regulação, Atenção Básica e Autora.	Reunião Mensal
Articular a construção do fluxo de pré-natal de alto risco e risco habitual com a equipe técnica da secretaria municipal de saúde de Garanhuns	Criar um instrumento que contemple o caminhar da gestante em 100% da rede de saúde do município	Secretária de Saúde, Planejamento, Regulação, Atenção Básica e Hospital de Referência.	Reunião Mensal

Ações / Atividades	Meta	Responsável	Estratégia/ Instrumento de Monitoramento e Avaliação
Realizar uma análise situacional do objetivo do fluxo assistencial	Adequar 100% o fluxo de assistência a real situação do município	Planejamento, Regulação, Atenção Básica e Vigilância	Reunião Mensal
Instituir o fluxo assistencial em conjunto com os técnicos da rede de saúde do município	Homologar o fluxo de assistencial	Planejamento, Regulação, Atenção Básica, Vigilância e Hospital de Referência	Reunião Mensal
Elaborar um plano que contemple as etapas do fluxo de assistência ao pré-natal	Construir 100% do plano	Regulação, Atenção Básica e Núcleo de Promoção à Saúde	Reunião Semanal
Capacitar os profissionais envolvidos na assistência quanto ao fluxo de pré-natal de alto risco, risco habitual e parto	Capacitar 100% dos profissionais da atenção básica, envolvidos na assistência a gestante	Regulação, Atenção Básica, Núcleo de Promoção à Saúde e ESF	Reunião Semanal

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 2 - Divulgação do fluxo de acesso aos demais profissionais técnicos da secretaria municipal de saúde de Garanhuns - PE

Ações / Atividades	Meta	Responsável	Estratégia/ Instrumento de Monitoramento e Avaliação
Apresentar aos profissionais técnicos da rede de saúde do município de Garanhuns o fluxo assistencial de pré-natal de alto risco e risco habitual	Informar a 100% dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde	Regulação, Atenção Básica e Núcleo de Promoção à Saúde	Reunião Intersetorial

Resultados esperados

Com apresentação do fluxo assistencial elaborado a partir deste estudo, a ser divulgado entre as equipes de assistência à saúde do município de Garanhuns-PE, este tem o intuito de orientar os profissionais que estão ligados direto e/ou indiretamente à assistência ao pré-natal, quanto aos serviços disponibilizados às gestantes na rede de assistência do município.

Sendo assim, estas informações contribuirão de forma positiva para que a assistência ao pré-natal seja esclarecida de forma eficaz, baseando-se nesse contexto, se faz necessária uma pa-

dronização e melhor acompanhamento das gestantes, podendo assim intervir na qualidade de vida destas, durante o período gestacional e no parto.

Resultados parciais

Como primeira etapa foi realizada a apresentação do estudo para a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns, que acompanhou o processo de elaboração do fluxo de acesso e encaminhou para comissão de auditoria, controle e avaliação para ser dado um parecer.

A comissão avaliou a proposta do fluxo de pré-natal para ser disponibilizado a todas as unidades de saúde, a fim de orientar o atendimento e garantir sua continuidade da assistência, este foi aprovado para ser repassado para conhecimento de toda rede.

A próxima etapa compõe a divulgação do novo fluxo junto à equipe de assistência ao pré-natal. Esta etapa será de 8 semanas e está dividida entre as categorias profissionais, apresentação do fluxo de acesso em capacitação e distribuição para fixação nas unidades de saúde com descrição dos passos a serem seguidos pela população e o papel de cada setor e/ou profissional no acesso aos exames de apoio ao diagnóstico. Em seguida, nas reuniões intersetoriais, o fluxo será apresentado aos demais profissionais técnicos da secretaria municipal de saúde.

Com todas as pessoas envolvidas no processo já conhecendo o novo fluxo, este passará a vigorar no município de Garanhuns-PE.

Fluxo para realização de exames e/ou consultas do pré-natal

- Gestante acompanhada pela rede de atenção básica ou pela unidade de saúde especializada, que se enquadre no perfil de gestação de alto risco ou risco habitual, com encami-

- nhamento do médico ou da enfermeira solicitando exames complementares ou avaliação com especialista do pré-natal, deverá entregar sua solicitação na Unidade Básica de Saúde;
- A Unidade Básica de Saúde deve enviar a solicitação da gestante de pré-natal de alto risco ou de risco habitual ao setor de regulação de saúde municipal;
 - Após o agendamento do exame e/ou consulta, a regulação municipal encaminha a autorização a Unidade Básica de Saúde;
 - A Unidade Básica de Saúde se responsabiliza em entregar o agendamento a gestante;
 - A gestante comparece ao serviço na data e hora agendada;
 - No serviço é realizado o procedimento solicitado e de acordo com a necessidade da gestante, a mesma pode ser contra referenciada para o seu local de origem, para dar continuidade a seu acompanhamento ao pré-natal, para que seja agendado um retorno à consulta, para agendamento de exames complementares, ou pode ser referenciada para unidade de maior complexidade.

Observações:

*Como referência à assistência ao Pré-Natal de Alto Risco das gestantes acompanhadas pela rede de atenção básica e atenção especializada do município de Garanhuns, faz-se uso do PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO implantado pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, através do Departamento de Regulação do Hospital Regional Dom Moura.

**As consultas do Pré-Natal de Alto Risco são realizadas através da rede própria e da rede complementar.

Fluxo para realização de partos e intercorrências

- Gestante de Risco Habitual - Caso sofra alguma intercorrência da gravidez, que não seja resolutive na Unidade Bási-

ca de Saúde ou na Unidade de Saúde Especializada, assim como, entre em trabalho de parto, deve ser encaminhada ao Hospital Infantil Palmira Sales;

- Gestante de Alto Risco - Caso sofra alguma intercorrência da gravidez, que não seja resolutive na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Saúde Especializada, assim como, entre em trabalho de parto, deve ser encaminhada ao Hospital Regional Dom Moura ou Hospital já referenciado e encaminhado durante as consultas de pré-natal.

Considerações finais

Com a implantação do fluxo assistencial de pré-natal de alto risco e risco habitual espera-se uma mudança considerável no caminhar da gestante pelos serviços de saúde do município de Garanhuns, até a realização do parto. Nos primeiros momentos de implantação do projeto o conhecimento dos serviços e procedimentos realizados, já auxilia no planejamento de ações estratégicas para assistência às gestantes.

Contudo, vale ressaltar que a implantação deste projeto de intervenção não irá eliminar todas as deficiências da rede municipal de saúde, principalmente no que diz respeito as ofertas e serviços de saúde em todos os níveis deste sistema.

A intervenção referida servirá de fomento para o desenvolvimento de outros projetos que objetivem, a partir da realidade local, a implantação de estruturas que vem sendo instituídas, como alicerces dos princípios e diretrizes do SUS.

Referências bibliográficas

AYRES, JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91- 108.

BRASIL. Casa Civil. (1990a). **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acessado em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. In: Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011 v. 10. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**, manual técnico; Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco. Manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco - Manual Técnico** BVS.5.ed.Brasília, 2010.204p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (DOU) da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 de junho de 2000, seção 1, p.4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, mar 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União (DOU) da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n.121, 27 de junho de 2011, seção 1, p.109.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1559, de 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Ano X, número 21, Jan./Mar, 2009. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia21.pdf>. Acesso em: 02.jul.2017.

CABRAL, I.E. **Enfermagem no cuidado materno e neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ARBONE, M.H.; COSTA, E.M.A. **Saúde da Família**: Uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COUTINHO T, TEIXEIRA MTB, DAIN S, SAYD JD, COUTINHO LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2003; 25: 717-23.

FRANCO, T.B. **Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento**: o caso de Luz (MG); in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

GONÇALVES R, URASAKI MBM, MERIGUI MAB, D'AVILA CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 31];61(3):349-53. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300012>>. Acesso em: 02 jun.2017.

KUSCHNIR, R. C. CHORNY, A. H. e LIMA E LIRA, A. M. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; (Brasília) CAPES: UAB, 2010.

MALTA, D. C. et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, abr./jun. 2004.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. *Caderno Saúde Pública*. 2004, vol.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

UBESSI, Liamara Denise, RIGHI, Liane Beatriz, CECCIM, Ricardo Burg. **A mulher com depressão e a perspectiva das linhas de cuidado em saúde mental na atenção integral à saúde da mulher**. In: Ensaio de saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Ed. Caxias do Sul – RS: USC, 2007.

Implantação do Grupo Técnico de Discussão de Óbito Infantil Fetal nos Municípios da XI Regional de Saúde

Maria José Mourato Cândido Tenório
Nathalie Mendes Estiima

Introdução

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para toda sociedade. A mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade e compõe uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio, que apesar de ter alcançado a meta estabelecida, continua apresentando uma alta Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

A TMI expressa o risco de morte dos Nascidos Vivos (NV) no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. O compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher e visa o alcance de patamares mais dignos de vida para a população (UNITED NATIONS, 2000).

A mortalidade infantil neonatal precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 28 dias) está vinculada a causas preveníveis de mortes, relaciona-

das ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. As afecções perinatais respondem atualmente por cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de ser a primeira causa de morte em menores de cinco anos. (BRASIL, 2007).

Nesse grupo de causas destacam-se a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina) e a enterocolite necrotizante, as infecções específicas do período perinatal e a asfixia, como causas preveníveis de óbitos (FRANÇA et al., 2009). A asfixia é uma causa de óbito com grande potencial de prevenção, uma vez que 98% dos partos no Brasil ocorrem em maternidades e 88% são atendidos por médicos (BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2008).

Entre as principais causas da mortalidade infantil estão à falta de assistência e de instrução às gestantes, ausência de acompanhamento médico, deficiência na assistência hospitalar, desnutrição, déficit nos serviços de saneamento ambiental, entre outros. A ausência de saneamento provoca a contaminação da água e dos alimentos, podendo desencadear doenças como a hepatite A, cólera, diarreia, entre outras (VIANA, 2015).

Os Comitês de Mortalidade infantil fazem parte do processo de vigilância do óbito, e constituem um instrumento governamental e de controle social que deve mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o seu principal objetivo: a redução da mortalidade infantil em sua região de abrangência. Podem também ser descritos como uma medida para superar a insuficiência e a dificuldade na obtenção de dados relacionados à ocorrência e as circunstâncias dos óbitos (SANTOS; SILVA; LIMA, 2009).

A implantação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil faz parte das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para redução da TMI, porém dada a escassez de médicos e en-

fermeiros obstetras nos municípios esses óbitos são discutidos na Regional de Saúde.

Os Grupos Técnicos (GT) são implantados nos municípios para discussão dos óbitos infantis e fetais, tendo participantes efetivos e flutuantes. Para composição efetiva temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área de cobertura que acontece o óbito, representante do programa Mãe Coruja Pernambucana, Coordenadores de Vigilância em Saúde, Coordenadores de Atenção Primária e um médico. Entre os membros flutuantes, solicita-se a colaboração do médico, enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do respectivo município de residência do óbito, que prestaram assistência à mulher e/ou à criança durante o pré-natal, parto e/ou a puericultura.

O GT faz parte do processo de Vigilância do óbito, de caráter educativo, formativo e informativo, é instituído por uma equipe multiprofissional cuja atribuição é dar visibilidade as investigações, subsidiar a discussão, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, propor intervenções para redução da mortalidade e classificação dos critérios de evitabilidade. Suas análises são importantes no que diz respeito à tomada de decisão pelos gestores, bem como subsidia a elaboração de políticas públicas voltadas à redução deste evento.

Neste sentido, o presente plano de intervenção trata-se de uma proposta para implantação dos GT de discussão e estudo para prevenção da mortalidade infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde.

Os indicadores sobre mortalidade são fontes de informação importantes para identificar tendências e padrões, visando à implementação de políticas que promovam a redução das mortes, em especial as que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

A mortalidade infantil, historicamente, tem sido utilizada como um indicador das condições de vida da população e está pre-

sente na agenda política, pois reflete o desenvolvimento social, econômico e político de um país, região ou município. Em nosso país, as desigualdades regionais e socioeconômicas são grandes desafios (VICTORA et al., 2011).

No Brasil, a região Nordeste tem os coeficientes de mortalidade na infância mais elevados, no entanto, desde 1990, vem ocorrendo uma redução anual da mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade infantil do Nordeste é 2,2 vezes maior que o da região Sul. Também temos iniquidades na mortalidade na infância por grupos étnicos, comparando crianças negras e brancas, que em 2004 foram 44 mortes em menores de 5 anos por 1000NV de crianças negras e 29/1000NV de crianças brancas (VICTORA et al., 2011).

O Estado de Pernambuco vem buscando a redução da mortalidade infantil com políticas que buscam a redução das desigualdades sociais considerando as 6 diferenças regionais, na tentativa de alcançar patamares mais aceitáveis. Esses fatos resultam de uma grande mobilização governamental e da sociedade. Entretanto, persistem situações de sub-registro de óbitos e nascimentos, grande proporção de óbitos evitáveis por tecnologias disponíveis, baixa qualidade da atenção prestada à gestação, parto e recém-nascido, em grandes partes decorrentes da descentralização radical que atribuiu aos municípios demandas excessivas, com pouco apoio técnico e financeiro dos governos federal e estadual (GARCIA et al., 2011).

Na XI Regional de Saúde a mortalidade infantil é utilizada para avaliar as condições de vida da população nos municípios de abrangência, uma vez que um dos indicadores mais expressivos, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), infere o risco de morte dos NV no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde da população infantil (IBGE, 2015). No ano de 2016 ocorreram 56 óbitos infantis e deste apenas 28,6 foram investigados em tempo oportuno,

apesar de todos os avanços na Vigilância do óbito, ainda é preciso superar grandes desafios para garantir os direitos das crianças à vida e evitar óbitos infantis e fetais (SIM-WEB/XI GERES).

Métodos

Projeto de Intervenção vai direcionar uma mudança ou transformação na realidade de uma estrutura ou de um processo Valeriano (2008) apud OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2015 p. 5.

Este é uma proposta para implantação do Grupo Técnico (GT) de discussão, prevenção e estudo da mortalidade infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde, cuja finalidade é de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa.

O projeto será realizado nos dez municípios de abrangência, a citar, Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo, totalizando 226.493 habitantes (XI GERES, PERNAMBUCO, 2014).

A intervenção buscará a implantação de Grupo Técnico de discussão de óbito Infantil e fetal nos municípios pertencentes a XI GERES.

Profissionais que atuam nas Unidades Básicas de saúde das (UBS, Médico, enfermeiro e ACS's) da área do óbito; Profissionais de saúde do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE);

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Secretários de Saúde e Coordenadores municipais; Representantes das instituições (governamentais, formadoras, conselhos profissionais, conselhos de saúde) e sociedade civil organizada, relacionadas ao tema; Defensores Públicos e Membros do Ministério Público; Técnico do Programa Mãe Coruja do município de residência do óbito; Codificador de causa básica de óbito do município.

O Projeto de intervenção proposto será realizado no período de março a dezembro de 2017 nos Municípios pertencentes a XI Regional de Saúde de Serra Talhada.

Quadro 1 - Etapas da Intervenção		
Objetivos	Ações	Metas
Reunião da CIR	Apresentação da situação de óbito infantil e fetal investigados e discutidos de cada município da XI Geres	Apresentar a 100% dos municípios a situação de óbitos infantis e fetais investigados e discutidos
Realizar colegiado integrado de Vigilância em Saúde e Atenção Primária dos municípios	Apresentação da situação de óbito infantil e fetal investigados e discutidos de cada município da XI Geres com orientação para formação do GT	100% dos municípios com o GT implantado
Realizar capacitação do GT dos municípios pertencentes a XI Geres, para investigação.	Capacitação dos GT's	100% dos GT's capacitados
Discussão de casos	Identificar possíveis falhas no aceso, na assistência para evitabilidade de novos casos; Elaborar encaminhamento para os setores envolvidos.	100% dos casos investigados e discutidos nos municípios da XI Geres

Fonte: elaborado pelas autoras.

Os dados coletados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) são referentes à investigação de óbitos infantis e fetais na XI Regional de Saúde, no período de julho a Dezembro de 2016.

Os dados serão analisados de acordo com as reuniões e discussões de óbitos infantis e fetais. Conforme a Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, determinar que a conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município de residência da mãe do natimorto ou da criança falecida, e deverá ser apoiada pelos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município onde a gestante, a parturiente ou a criança recebeu assistência ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município de residência.

Observa-se a importância de reforçar o papel dos comitês na investigação, avaliação, recomendações de medidas aos órgãos e instituições competentes, visando à redução da mortalidade infantil e fetal, o que essa análise proporciona, ainda, a avaliação em relação à qualidade da assistência e às condições de acesso aos serviços de saúde.

Foram incluídos todos os municípios de abrangência da XI Região de Saúde, que participaram de todo processo de implantação do GT de discussão de óbito infantil e fetal.

Foram excluídos todos os municípios de abrangência da XI Região de Saúde, que não participaram do processo de implantação do GT de discussão de óbito infantil e fetal.

Resultados e discussão

Após investigação e discussão espera-se a redução da mortalidade infantil e fetal, tomando como base problemas identificados durante a gestação e parto, pela assistência à saúde, para que sejam evitados novos casos; melhor interação dos setores de Atenção Básica e Vigilância em Saúde dos municípios; maior integração dos ACS's, equipes e comunidade; Óbitos infantis e fetais investigados e preenchimento correto de todas as fichas de investigação:

- Ficha de Investigação de Saúde Ambulatorial (I1 e F1);
- Ficha de Investigação de Saúde Hospitalar (I2 e F2);
- Ficha de Investigação de Entrevista Domiciliar (I3 e F3);
- Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necrópsia (IF4);
- Ficha Síntese Conclusões e Recomendações (IF5);
- Planilha Municipal de Investigação do Óbito Fetal e Infantil (IF6)

Este Projeto mostra os avanços e importantes na implantação do Grupo Técnicos de Discussão de óbito infantil e fetal e refletem um grande avanço na coordenação e execução dos trabalhos das equipes de vigilância em Saúde e atenção Básica nos mu-

nicipios, atingindo até o momento 90% dos municípios com o GT implantado e 60% destes discutindo óbitos infantis e fetais.

Na XI GERES, a investigação de óbitos infantis e fetais apresentou aumento gradativo, passando de 28,6% no início da implantação do Projeto, para 86,72%, no final de 2016 com o resgate das informações na investigação e posterior discussão. Os casos de 2017 continuam sendo investigados e discutidos e registrados a ficha síntese no módulo de investigação do SIM-
-WEB, com tendência crescente e com expectativa de alcance da meta estabelecida para de 100% o ano 2017.

Situação dos óbitos infantis da XI Geres, de acordo com a proporção de investigação e discussão, conforme Quadro 2, 3 e 4.

Quadro 2 - % de óbito investigados 2º semestre nos municípios da XI Geres no ano de 2016.

Município(s)	Óbitos Existentes	Investigação cadastrada	% investigação cadastrada
BETANIA	10	10	100,00
CALUMBI	6	6	100,00
CARNAUBEIRA DA PENHA	10	10	100,00
FLORES	9	8	88,89
FLORESTA	28	28	100,00
ITACURUBA	7	6	85,71
SANTA CRUZ DA B. VERDE	5	3	60,00
SÃO JOSE DO BELMONTE	14	11	78,57
SERRA TALHADA	34	25	73,53
TRIUNFO	5	4	80,00
XI GERES	128	111	86,72

Fonte: SIM/XI GERES

Quadro 3 - % de óbitos fetais e infantis notificados (até 30 dias) após o óbito nos municípios da XI Geres no ano de 2016.

Município(s)	Óbitos Existentes	Nº de casos recebidos até 30 dias	%de casos recebidos até 30 dias
BETÂNIA	10	10	100,00
CALUMBI	6	6	100,00
CARNAUBEIRA DA PENHA	10	10	100,00
FLORES	9	8	88,89

Município(s)	Óbitos Existentes	Nº de casos recebidos até 30 dias	% de casos recebidos até 30 dias
FLORESTA	28	25	89,29
ITACURUBA	7	6	85,71
SANTA CRUZ DA B. VERDE	5	3	60,00
SÃO JOSÉ DO BELMONTE	14	11	78,57
SERRA TALHADA	34	24	70,59
TRIUNFO	5	4	80,00
XI GERES	128	107	58,79

Fonte: SIM/XI GERES

Quadro 4 - % de óbitos fetais e infantis (Ficha síntese digitada até 120 dias após o óbito) com investigação cadastrada nos municípios da XI Geres no ano de 2016.

Município(s)	Óbitos Existentes	Óbitos digitados até 120 dias após o Óbito	% óbitos digitados até 120 dias após o Óbito
BETÂNIA	10	3	30,00
CALUMBI	6	1	16,67
CARNAUBEIRA DA PENHA	10	2	20,00
FLORES	9	3	33,33
FLORESTA	28	7	25,00
ITACURUBA	7	5	71,43
SANTA CRUZ DA B. VERDE	5	2	40,00
SÃO JOSÉ DO BELMONTE	14	3	21,43
SERRA TALHADA	34	7	20,59
TRIUNFO	5	1	20,00
XI GERES	128	34	26,56

Fonte: SIM/XI GERES





Considerações finais

A implantação do Comitê na XI GERES, e a investigação de óbitos infantis e fetais apresentou aumento significativo, passando de 28,6% no início da implantação do Projeto, para 86,72%, no final de 2016 com o resgate das informações na investigação e posterior discussão. Os casos de 2017 continuam sendo investigados e discutidos e registrados a ficha síntese no módulo de investigação do SIM-WEB, com tendência crescente e com expectativa de alcance da meta estabelecida para de 100% o ano 2017.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)3ª ed. Brasília, 2007.

BERQUÓ, Elza; GARCIA, Sandra; LAGO, Tania. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006. São Paulo: **CEBRAP**, 2008.

GARCIA, Joe. Indisciplina na escola: uma reflexão sobre a dimensão preventiva. **Revista Paranaense de Desenvolvimento-RPD**, n. 95, p. 101-108, 2011.

MAIA, LTS; SOUZA, W.V; MENDES, A.C.G. **Diferenciais nos fatores de risco para mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC**. Cad. Saúde Pública 2012;28(11):2163-76.

EM PERNAMBUCO, Distribuição de Cirurgiões-Dentistas et al. GERES População CD hab./CD Limites. **ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA**

SANTOS, H. G. et al. Risk factors for infant mortality in a municipality in southern Brazil: a comparison of two cohorts using hierarchical analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1915-1926, 2012. SIM-WEB/XI GERES, Sistema de Informação da SIM-WEB.

UNITED NATIONS. DEPT. OF PUBLIC INFORMATION. **United Nations millennium declaration**. United Nations, Department of Public Information, 2000.

Valeriano (2008) apud OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2015 p. 5 (citar)

VIANNA, Rossana Cristina Xavier Ferreira et al. Mineração de dados e características da mortalidade infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 535-542, 2010.

VICTORA, C. G. et al. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. The Lancet, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

Implantação de Discussão de Óbitos Neonatais Precoce por Causas Evitáveis nas Unidades de Saúde do Município de Caruaru

Rozângela Maria Alves

Introdução

A mortalidade Infantil ainda é um desafio para Saúde Pública, apesar do declínio observado no Brasil. Os óbitos neonatais são considerados potencialmente evitáveis, desde que os serviços de saúde incorporem em sua rotina de trabalho a análise das características de sua ocorrência (BRASIL, 2009). Conhecer essas características contribui para proteger e melhorar a saúde materno infantil permitindo a identificação das dificuldades no acesso à assistência pré-natal, ao parto e aos cuidados ao neonato. Além disso, a identificação dessas características permite reformular as práticas de saúde, tornando a assistência mais adequada e de qualidade (MOREIRA, 2012).

Em relação à mortalidade neonatal precoce em crianças com peso inferior a 2.000g, a mesma apresenta valores 10 a 20 vezes maiores em estudos brasileiros, quando comparada a países desenvolvidos como a Inglaterra. Esses dados indicam uma maior dificuldade de acesso a leitos de berçários de risco ou tratamento intensivo neonatal, ou mesmo a insatisfatória qualidade da assistência (LANSKY et al., 2002; NASCIMENTO et al., 2012).

A mortalidade infantil compreende os óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 < 06 dias), neonatal tardio (7 – 27 dias) e pós-neonatal (28 – 364 dias). No Brasil a taxa atual (19,3/1000 nascidos vivos) é semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2009).

As intervenções propostas pelas políticas públicas para acelerar a redução da mortalidade infantil no mundo de, aproximadamente, 10 milhões de mortes anuais de crianças menores de cinco anos e de 4 milhões de recém-nascidos, nos primeiros vinte oito dias de vida, por causas evitáveis, precisam ser acompanhadas e avaliadas para produzir conhecimento, acelerar as mudanças sociais e recomendar tomadas de decisão aos gestores para implementação de futuras intervenções. As políticas públicas devem alterar o contexto sanitário, político, social e econômico de uma sociedade (LAWN et al., 2005; LUNA, 2015; MOREIRA et al., 2012; WHO, 2005).

A redução da mortalidade infantil representa um desafio para gestores e para os serviços de saúde. Embora a mortalidade infantil apresente uma queda nos registros, verifica-se que a mortalidade neonatal precoce vem se mantendo sem alterações significativas, e que os resultados das investigações de óbito apontam para falhas na assistência ao pré-natal e ao RN na maternidade; visto que a maioria destes óbitos ocorrem por causas evitáveis (JACINTO, 2013).

No município de Caruaru, as taxas de mortalidade são acentuadas, principalmente no período neonatal precoce (óbito em recém-nascidos < 07 dias), atingindo uma média de 38/1000 nascidos vivos no que diz respeito à assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Concomitante a esse cenário também se observa na cidade a falta de discussão desses óbitos que infelizmente até então não estava dentre as prioridades da gestão em saúde.

Portanto, o objetivo do projeto é implantar discussão de óbitos neonatais precoce por causas evitáveis nas unidades de saúde no município de Caruaru para redução da mortalidade neonatal precoce a partir do Grupo Técnico (GT) de Mortalidade Infantil.

Com isso, a pergunta condutora deste projeto é “A implantação de discussões de óbitos neonatais precoces por causas evitáveis nos grupos técnicos poderá reduzir a mortalidade neonatal?”

Para o enfrentamento desses eventos, é necessária a busca de registros, contemplando a utilização de fichas de investigação de óbitos, com o objetivo de qualificar as informações a partir de estudos epidemiológicos que subsidiarão o planejamento estratégico e intervenções para essas causas. A investigação dos óbitos a partir da implantação de discussão de óbitos neonatais precoce por causas evitáveis nas unidades de saúde do município de Caruaru, propõe o conhecimento prévio das causas de mortalidade e facilita a tomada de decisão para qualificar a linha de cuidado integral à saúde da gestante e do recém-nascido, perpassando por sua fase infantil.

O presente projeto emerge da necessidade de intervenção no processo de trabalho e qualificação da assistência para profissionais no âmbito integral do cuidado à saúde da gestante e do recém-nascido, como dispositivo que proporcionará auxílio para o planejamento e implantação de ações estratégicas, com impacto direto na redução da mortalidade infantil e na melhoria dos indicadores de saúde do município em estudo.

Além disso, instituirá a educação permanente com a finalidade de melhorar o desempenho dos profissionais de saúde e subsidiar a tomada de decisões pela gestão com vistas à redução da mortalidade infantil neonatal precoce por causas evitáveis do município de Caruaru.

Métodos

O presente projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação

dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade (THIOLLENT, 2005).

No município de Caruaru, a Atenção Básica é composta por 56 UBS com 71 Equipes de Saúde da Família e 52 Equipes de Saúde Bucal; 04 Centros de Saúde; 1 Casa de Apoio à Gestante e 1 Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus. Os locais serão selecionados mediante a ocorrência de óbitos neonatais precoces nas 56 UBS e, na rede especializada, no Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus (Caruaru, 2017).

A Mortalidade infantil no município de Caruaru, conforme demonstrado na tabela abaixo, se mantém elevada entre os anos 2011 a 2015. No entanto, observa-se que, durante este período, o componente neonatal precoce apresenta maior relevância para o aumento da mortalidade infantil quando comparado aos componentes tardio e pós-neonatal.

Tabela 1 - Número de nascidos vivos e óbitos infantis por componente em Caruaru, Pernambuco, 2011 a 2015.

Ano	Nascidos Vivos	Óbitos Infantis				
		Total	Neonatal		Pós-Neonatal	
			Precoce	Tardio		
2011	5.367	79	45	17	17	
2012	5.507	74	33	12	29	
2013	5.648	81	43	19	19	
2014	5.788	69	36	14	19	
2015	5.859	66	38	8	20	
Total	28.169	369	195	70	104	

Fontes: Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Para complementar o estudo se fez necessário analisar o número de nascidos vivos, uma vez que a prematuridade e o baixo peso, embora não explicitados na tabela, contribuem para o aumento da mortalidade infantil neonatal precoce.

A discussão vai acontecer nas unidades de saúde através de reunião, com os profissionais de saúde da UBS (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem) e da maternidade (diretor e profissionais da assistência); técnica do departamento de vigilância em saúde; e os técnicos do departamento de atenção básica. Tem como objetivo identificar junto aos profissionais quais foram as falhas que contribuíram para a ocorrência do óbito.

O projeto de intervenção consistirá em um apoio para o grupo técnico de mortalidade infantil, no período de novembro de 2017 a novembro de 2018, o qual deverá contar com o auxílio do apoio institucional para implantação da discussão das causas de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis nas unidades de saúde. O processo de trabalho se dará por meio de visitas nos estabelecimentos de saúde, para dialogar com os profissionais a partir de reuniões, utilizando a temática de óbitos por causas evitáveis ocorridos no território de abrangência das unidades de saúde.

As discussões serão norteadas a partir dos instrumentos oficiais preconizados pelo Ministério da Saúde. São eles: cópia da Declaração de Nascidos Vivos, Declaração de Óbito, Ficha de Investigação de Óbito Infantil ambulatorial, domiciliar e hospitalar. Após a discussão, uma cópia do relatório dos casos acompanhados será disponibilizada aos envolvidos, junto à ficha síntese, para arquivo e posterior monitoramento.

Para analisar a situação da mortalidade infantil do município de Caruaru foi necessário realizar o levantamento de informações sobre os índices de natalidade bem como os dados estatísticos de óbitos infantis de maneira geral. Após a coleta dos dados, o processo de análise dos óbitos é realizado pelo grupo técnico para discussão das possíveis causas da morte, e as estratégias de intervenção são definidas e aplicadas.

O monitoramento e avaliação do projeto de intervenção ocorrerá trimestralmente, a partir do levantamento de mortalidade neonatal precoce pelo Grupo Técnico de discussão de Mortalidade Infantil municipal, para avaliar o impacto direto das intervenções sobre o índice de mortalidade infantil de Caruaru no ano corrente, observando se houve novos eventos de óbito infantil neonatal precoce nas áreas utilizadas para intervenção.

Resultados esperados

Com a realização deste estudo espera-se que a implantação da discussão de óbitos neonatais precoce por causas evitáveis nas unidades de saúde, atue como uma ferramenta de educação permanente, pois a partir da identificação de possíveis falhas na assistência ao pré-natal, parto e assistência ao recém-nascido, poderá ser instituída algumas estratégias de intervenção. E, a partir desta iniciativa, melhorar o desempenho dos profissionais de saúde e subsidiar a tomada de decisões que possam contribuir para a redução da mortalidade infantil neonatal precoce por causas evitáveis no município de Caruaru.

Referências bibliográficas

BRASIL, REPÚBLICA FEDERATIVA. PORTARIA Nº 72, DE 11 DE JANEIRO DE 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. **Diário oficial**. p.29 MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO. 2010

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção a saúde, **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal** – 2ª Ed, Brasília, pág. 94-95, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção a saúde, **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal** – 2ª Ed, Brasília, pág. 55, 2009.

_____. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito Infantil e fetal.** Brasília. [Internet] 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **MANUAL DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL E DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BITTENCOURT, R. M., GAÍVA M. A. M., Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas, **Rev Bras Enfermagem**; 67(2): 195-201, mar-abr. 2014.

CARUARU, **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE – SIM DO MUNICÍPIO DE CARUARU,** Óbitos em Crianças menores de um ano, período 2011 a 2015. Acesso em em 06 de fevereiro de 2017.

CASTRO E. C. M., LEITE, A.J.M., GUINSBURG R., Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil, **Revista Paulista de Pediatria**, 34(1):106-113, 2016.

DRUMOND, E.F, ISHITANI L.H., MACHADO C.J. Óbitos neonatais precoces em Belo Horizonte: um enfoque de causas múltiplas. **Cad Saúde Colet**; 18 (3): 3804.2010.

JACINTO, E., AQUINO E.M.L., MOTA E. L. A., Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009 Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009. **Rev Saúde Pública**;47(5):846-53, DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004528, 2013.

LANSKY S, FRANÇA E, ISHITANI L, XAVIER CC. Confiabilidade da informação sobre o óbito perinatal em Belo Horizonte, 1999: causas de óbito e variáveis selecionadas. **Cad Saúde Colet**. 2010; 18 (1): 63-70.

LANSKY S, FRANÇA E, LEAL MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. **Rev Saúde Pública**; 36:759-72. 2002.

LAURENTI, R., MELLO, J.M.H.P., GOTLIEB S.L.D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev Panam Salud Pública**; 23 (5); 349-56.2008.

LUNA, S.M.M. Análise da Implantação das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato

Grosso. 2015. **Tese**. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17919/1/TESE.%20STELLA %20 LUNA.%202015.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17919/1/TESE.%20STELLA%20LUNA.%202015.pdf). Acesso em: 08/09/2017.

MENDONÇA, E.F., GOULART EMA, MACHADO JAD. Confiabilidade da declaração de causa básica de mortes infantis em região metropolitana do sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**; 28 (5): 385-91.1994.

MOREIRA, M. D. S., GAÍVA M. A. M., BITTENCOURT, R. M., Mortalidade neonatal: características assistenciais e biológicas dos recém-nascidos e de suas mães, **Cogitare Enferm**. Jan/Mar; 17(1):113-8, 2012.

NASCIMENTO, R.M., LEITE, A.J.M., ALMEIDA, N.M.G.S., et.al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):559-572, mar,2012.

SANTOS, H.G., ANDRADE, S.M., SILVA, A.M. R., MATHIAS, T. A. F., FERRARI, L., MESAS, A.E., Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimento, **Ciência&Saúde Coletiva**, 19(3): 907-916, 2014.

SANTOS, S. P.C., LANSKY, S., ISHITANI, L.H., FRANÇA, E.B. Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 15 (4): 389-399 out. / dez. 2015.

SILVA, E.L., MENEZES, E.M., Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação, 4. Ed., **Rev. Atual**, Florianópolis: UFSC, Cap. 2, p. 20, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Plano regional para redução da mortalidade por acidentes de transporte terrestre na V Regional de Saúde de Pernambuco

Catarina Fábia Tenório Ferro
Ângela Maria Pereira
Sebastião André Barbosa Júnior
Bruno Costa de Macedo

Introdução

Milhares de pessoas ficam incapacitadas ou perdem suas vidas devido aos acidentes de trânsito. Isso tem se configurado atualmente como um dos maiores problemas de saúde pública no país. Ainda que o maior dano seja a perda de vidas, o custo com assistência ao paciente chega a bilhões de reais e com vistas ao crescimento, obrigando os governos a remanejar recursos de outras áreas estratégicas (BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, o número de pessoas que morrem a cada ano vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) é estimado em cerca de 1,2 milhões, enquanto o número de pessoas acometidas pela totalidade de acidentes é de, aproximadamente, 50 milhões ao ano. Essas causas são responsáveis por 12% do total de mortes no planeta, sendo a terceira causa mais frequente na faixa etária de um a 40 anos. Entre as causas externas de mortalidade, 25% correspondem aos acidentes de transporte. As estimativas apontam tendência crescente desses números, que deverão aumentar em 40% até 2030, caso não sejam adotadas medidas preventivas efetivas (SOUZA *et al*, 2007).

Ainda sobre estudos realizados pela OMS, estima-se que 90% das mortes acontecem em países em desenvolvimento, entre os quais se inclui o Brasil. Ao mesmo tempo, esse grupo possui menos da metade dos veículos do planeta (48%), o que demonstra que é muito mais arriscado dirigir um veículo, especialmente uma motocicleta, nesses lugares. As previsões da OMS indicam que a situação se agravará mais justamente nesses países, por conta do aumento desordenado da frota, da falta de planejamento e do baixo investimento na segurança das vias públicas (BIAVATI, 2012).

No ano de 2013 no Brasil, foram registradas 42.266 mortes e 170 mil internações por ATT, sendo que 29% das vítimas fatais eram usuárias de motocicletas, modalidade que apresentou as maiores taxas de crescimento de vítimas nos últimos 15 anos. Após persistente registro de crescimento nos índices de mortes, houve uma pequena tendência de queda no ano de 2013 (-6%) e os dados preliminares de 2014 confirmam essa inflexão na curva. Apesar desses resultados positivos, o Brasil ainda está muito longe do alcance da meta estabelecida no início da década de 2010 que foi uma redução de 50% dos ATT, momento em que foi anunciado pela Organização das Nações Unidas (ONU) que esta seria a década pela segurança do trânsito (CARVALHO, 2016).

Pesquisa realizada pelo Departamento de Estradas de Rodagem (DER) do Estado de Pernambuco demonstrou que a incidência de mortos em acidentes, no interior do estado, chega a ser até dez vezes maior do que na capital. Ao concluir o perfil da mortalidade de acidentes de moto, no ano de 2010, ficou evidenciado que as motos compõem a segunda maior frota de veículos registrados no DETRAN, correspondendo a 29,3% dos registros, mas, em 63% dos municípios pernambucanos elas já são mais numerosas do que os carros (NOBRE, 2012).

Silva (2012), ao analisar a epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no estado de Pernambuco, observou que um município do sertão do estado

apresentou o maior coeficiente dentre todos os municípios, sendo nove vezes maior que o apresentado no Recife, ainda que a capital pernambucana possua muito mais veículos em circulação. Biavati (2012), também relatou que a maior mortalidade ocasionada por ATT se concentra no interior do estado, principalmente em municípios com baixas taxas de crescimento e de produto interno bruto.

Dentre os estados brasileiros, Pernambuco foi pioneiro na implantação da vigilância sentinela de ATT em desenvolvimento desde o ano de 2010, sendo o único no país que tornou a notificação obrigatória em 21 unidades de saúde, 17 hospitais e 04 Unidades de Pronto-Atendimento, localizadas em regiões geográficas estratégicas. Essas unidades são denominadas Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (USIATT), ou seja, são consideradas unidades de alerta referências no Estado e que geram informações sobre o atendimento de ATT com vítimas, fatais ou não (SES/PE, 2016).

Nesse sentido, a produção de informações sobre os ATT tem contribuído com o embasamento tanto das ações do Comitê de Prevenção aos Acidentes de Moto em Pernambuco (CEPAM) quanto para a Operação Lei Seca, instituídos em Pernambuco no ano de 2011, de modo a desencadear ações articuladas intra e intersectoriais no enfrentamento às lesões e mortes no trânsito enquanto prioridade de Governo (SES/PE, 2016).

Desta forma, o desenvolvimento deste trabalho justificou-se pelo elevado número de registros de ATT no município de Garanhuns, principalmente com envolvimento de motociclistas, resultando em superlotação e aumento nos gastos para o atendimento de urgência/emergência, além das lesões e/ou mortes provocadas no acidentado. Considerou-se também a inexistência de plano estruturado de promoção e prevenção para enfrentamento dos ATT, bem como, a ausência de definição das responsabilidades de cada ator envolvido na promoção e prevenção do agravo.

Este trabalho teve como objetivo estruturar um plano de ação de promoção e prevenção para o enfrentamento dos acidentes de transporte terrestres na V Regional de saúde Pernambuco.

Métodos

O trabalho consiste em um “Projeto de Intervenção”. Para Thiollent (2005), trabalhos com esse cunho envolvem a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção. Nesse tipo de pesquisa, conforme explica o autor, os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização.

Nesse sentido, o trabalho será realizado no período de janeiro a dezembro do ano de 2018 na V Regional de Saúde do estado de Pernambuco (V GERES). Composta por 21 municípios: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Juca-ti, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha, possui uma área territorial de 7.330 Km², abrangendo uma população total estimada de 534.793 habitantes (SES/PE, 2017).

Por ser a sede da V GERES, apresentando a maior população dentre os 21 municípios estimada em 138.642 habitantes (IBGE, 2017), por possuir em seu território o hospital regional que é unidade sentinela para a notificação de ATT, e ainda, por apresentar o maior número de registros para ATT na regional, optou-se por realizar esse trabalho inicialmente no município de Garanhuns, como projeto piloto, com vistas a sua expansão para os outros 20 municípios, posteriormente.

Dessa forma, participarão dessa proposta os membros do Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto - CRPAM/VGERES. Esse comitê é composto na V Regional de Saúde por representantes das seguintes instituições: V Gerência Regional

de Saúde, Gerência Regional de Educação – GRE Garanhuns, 9º Batalhão de Polícia Militar, Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal, Corpo de Bombeiros, SAMU, DETRAN/PE, Secretarias municipais de Saúde, Secretaria municipal de Educação de Garanhuns, Hospital Regional Dom Moura, Conselho Tutelar, DER, Autarquia municipal de Transito e Transporte de Garanhuns e a Associação de moto taxistas de Garanhuns, tais atores têm a função primordial de desenhar propostas e realizar atividades para o enfrentamento dos ATT (SES/PE, 2012).

Para dar sustentação à elaboração do projeto de intervenção, foram coletados dados epidemiológicos sobre ATT na Coordenação de Vigilância em Saúde da V GERES, através do Sistema de Informação de Notificação de Acidentes de Transporte Terrestre (SINATT). Essa ferramenta é uma estratégia da Secretaria Estadual de Saúde (SES) utilizada desde 2010, onde são geradas informações sobre os ATT em 17 unidades sentinelas existentes no estado.

Tal sistema de informação funciona de forma online e seus registros são de acesso simultâneo pelo nível central da SES e pelas Gerências Regionais de Saúde. Os registros são gerados a partir da notificação que é realizada por profissionais de saúde, no ato do atendimento de ATT, e reúnem informações como identificação da vítima, fatores de risco apresentados no momento do acidente, dados e natureza do acidente, entre outros itens.

A consulta ao SINATT foi referente ao período de 2014-2016, onde através de relatórios gerados pelos registros das fichas individuais dos atendimentos feitos para ATT na unidade sentinela Hospital Regional Dom Moura, observou-se os dados necessários para a sistematização do perfil epidemiológico dos ATT na V regional de saúde.

Posteriormente, a partir dos dados epidemiológicos, serão definidas as atividades de promoção e prevenção, considerando os aspectos relacionados às práticas para o trânsito seguro e a capacidade técnica, operacional e necessidades das equipes

envolvidas no processo. Será elaborada uma proposta de atividades que será posteriormente discutida com todos os atores envolvidos, antes de sua execução.

As atividades intersetoriais seguirão os critérios já estabelecidos nas reuniões mensais do CRPAM/V GERES, onde ocorre a apresentação dos dados epidemiológicos dos ATT e a definição da parcela de contribuição de cada órgão/entidade membro do comitê. Será elaborada uma proposta de atividades que será posteriormente discutida com todos os atores envolvidos, antes de sua execução.

Proposta de estrutura do plano de ação

Tendo por finalidade a estruturação de um plano de promoção e prevenção para o enfrentamento dos ATT na V Regional de saúde, foram definidas três etapas necessárias ao seu desenvolvimento.

Na primeira etapa, que compreende a sistematização do perfil epidemiológico, foram realizadas consultas ao sistema de informação de notificação de acidentes de transporte terrestre (SINATT), com posterior elaboração do perfil epidemiológico dos ATT/V GERES.

Na etapa seguinte, onde foram definidas as atividades de promoção e prevenção da área da saúde que comporão o plano de ação regional de promoção e prevenção para o enfrentamento dos acidentes de transporte terrestres, realizaram-se as atividades de capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica e Vigilância em Saúde municipal, bem como, as atividades educativas voltadas aos motociclistas, população idosa, pessoas com deficiência e público em geral. Atenção especial na intensificação das atividades de vigilância epidemiológica, por meio da sensibilização dos profissionais de saúde responsáveis pela notificação dos ATT também fazem parte dessa etapa.

Ao final, que corresponde a estruturação das atividades interse-

toriais, os preceitos da promoção e prevenção voltados para o trânsito seguro foram promovidos por meio de blitz educativas direcionadas aos condutores de motocicleta, e ainda, atividades nas datas comemorativas do maio amarelo e nos festejos juninos. Essa etapa também contempla o fortalecimento do CRPAM e de parcerias para a promoção e prevenção voltadas para o trânsito seguro, comporão tais atividades visitas agendadas e reuniões de sensibilização com a iniciativa privada.

Considerando os aspectos éticos envolvidos no trabalho, solicitou-se carta de anuência da Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco, por meio da Diretoria Geral de Gestão Regional.

Resultados

Após a efetivação do Plano de Promoção e Prevenção para o enfrentamento de ATT no município de Garanhuns, onde estarão descritas as atividades de cada ator envolvido nesse processo, bem como, onde estarão definidas as metas para cada atividade proporcionando o monitoramento, avaliação do plano e informações consistentes para sua provável reorganização, espera-se que ocorra a redução do elevado número de Acidentes de Transporte Terrestres no município de Garanhuns/PE.

Ao mesmo tempo, espera-se que se consiga estabelecer parcerias mais sólidas entre o setor saúde e o Detran/PE, SAMU/ Garanhuns-PE, Corpo de Bombeiros/Garanhuns-PE, Polícia Rodoviária Federal/Garanhuns-PE, Hospital Regional Dom Moura, Operação Lei Seca/PE, outros órgãos públicos e da iniciativa privada, e ainda, o fortalecimento do CRPAM/V GERES.

Em relação aos dados epidemiológicos sobre ATT, ficou evidenciado que no município de Garanhuns/PE houve uma redução nos registros dos ATT gerais, entre os anos de 2014 e 2016, no entanto, os acidentes com envolvimento de veículo ciclomotor apresentaram um ligeiro aumento na participação percentual do número de registros em relação aos ATT gerais. Tal variação passou de 74,35% em 2014 para 78,33% em 2016 (Tabela 1).

Tabela 1 - Participação percentual de veículo ciclomotor no total do evento por mês de ocorrência, V GERES Pernambuco (2014-2016).

Mês	Ano								
	2014			2015			2016		
	ATT Gerais	Motos	% Motos	ATT Gerais	Motos	% Motos	ATT Gerais	Motos	% Motos
Jan	378	263	69,58	291	214	73,54	243	186	76,54
Fev	397	305	76,83	281	197	70,11	253	204	80,63
Mar	426	326	76,53	350	273	78,00	271	218	80,44
Abr	288	190	65,97	365	253	69,32	219	156	71,23
Mai	270	222	82,22	301	230	76,41	215	172	80,00
Jun	354	262	74,01	300	245	81,67	270	203	75,19
Jul	307	217	70,68	258	203	78,68	260	184	70,77
Ago	338	252	74,56	272	214	78,68	210	159	75,71
Set	329	250	75,99	303	239	78,88	259	212	81,85
Out	302	217	71,85	324	249	76,85	240	193	80,42
Nov	405	307	75,80	341	203	59,53	255	218	85,49
Dez	338	261	77,22	288	225	78,13	221	179	81,00
Total	4132	3072	74,35	3674	2745	74,71	2916	2284	78,33

Fonte: (SINATT, 2017).

Segundo estudos conduzidos nos municípios de Goiânia/GO e Uberlândia/MG no ano de 2010, ficou evidenciado que o meio de transporte com maior envolvimento nos ATT foi a motocicleta, associado ao baixo uso de equipamentos de segurança, os adultos jovens do sexo masculino foram os mais acometidos e os acidentes predominaram nos finais de semana (CAIXETA *et al*, 2010; DALL'AGLIO, 2010).

Corroboram com esses resultados os dados obtidos por Golias e Caetano (2013), onde ficou evidente a elevada frequência de acidentes envolvendo motociclistas, tal fato, segundo os pesquisadores, ocorre devido ao comportamento inadequado, o descumprimento das Leis de trânsito, e ainda, a dificuldade deste tipo de veículo por outros motoristas, o que considerou serem fatores determinantes para a ocorrência desses acidentes.

Em relação as atividades que tiveram por finalidade a promoção e prevenção para o enfrentamento dos ATT, observou-se que foram realizadas no município de Garanhuns nos anos anteriores à elaboração do Projeto de Intervenção, bem como, durante a sua concepção.

Tais atividades foram voltadas para a comunidade escolar e tiveram seu foco na sensibilização sobre os aspectos relacionados ao trânsito seguro, sendo realizadas em escolas da rede pública municipal e estadual, na área de abrangência do município. Foram realizadas palestras e rodas de conversa, principalmente junto ao público infantil e adolescente.

As atividades educativas voltadas ao público geral ocorreram durante os eventos festivos municipais, principalmente por meio de distribuição de material informativo (panfletos), e ainda, com a colocação de adesivos em veículos automotores, estimulando a adesão dos motoristas e passageiros na campanha para o trânsito seguro (Figura 1).

Figura 1 – Atividade de panfletagem durante o Festival de Inverno de Garanhuns



Fonte: Arquivo da V GERES.

Outras atividades de educação e orientação foram realizadas em regime de parceria entre a V GERES e órgãos de fiscalização do trânsito, como a exemplo do Departamento de Trânsito de Pernambuco (DETRAN-PE), Departamento de Estradas de Rodagem de Pernambuco (DER-PE), e ainda, com a Secretaria de Defesa Social (SDS-PE) por meio das polícias civil e militar na operação rota de fuga.

A estratégia utilizada nessas atividades se baseou em blitz educativas, onde os órgãos de fiscalização de trânsito e defesa social realizaram a investigação de ilícitos, como a exemplo da ingestão de álcool em associação com o ato de dirigir. Nesse momento, os técnicos da V GERES aproveitavam a blitz para realizarem atividades educativas, com foco na redução de danos ao volante, onde ocorreram conversas com os condutores de veículos automotivos e distribuição de material informativo sobre o tema (Figura 2).

Figura 2 - Blitz educativa em parceria com a OLS/PE e o DETRAN/PE



Fonte: Arquivo da V GERES.

Atualmente é quase um consenso que as práticas de promoção e prevenção para o enfrentamento dos ATT devem fazer parte do elenco das políticas públicas, tendo por finalidade o estímulo da responsabilidade e consciência da população sobre como

evitar este agravo. Tais práticas sejam elas informacionais ou normativas, principalmente as de caráter educativo, podem ser efetivadas por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares focando os fatores de risco como a alta velocidade e o uso do álcool antes de dirigir e outras práticas de risco no trânsito (VIEIRA *et al*, 2010).

Moraes Neto *et al* (2012) consideraram que os ATT e os agravos deles decorrentes, tais como lesões, hospitalização e morte podem apresentar redução nos registros com uma associação entre medidas educativas, melhorias na legislação de trânsito e o real conhecimento dos dados epidemiológicos sobre os ATT e seus fatores de risco. Ainda que seja considerado um processo lento e que muitas vezes encontre resistência por parte da população, as atividades educativas desempenham um importante papel na prevenção de acidentes de trânsito, promovendo mudanças de hábitos e atitudes valorando o respeito à saúde (MORAES, 1985).

Um relato de experiência onde foram realizadas atividades educativas para o trânsito seguro em uma escola municipal da região metropolitana de Curitiba/PR, ficou evidenciada pelas autoras uma mudança significativa de atitudes e práticas por parte dos alunos após o segundo encontro educativo, concluíram que a importância desse tipo de trabalho vem da sensibilização para um comportamento mais prudente no trânsito (BOVA.;WALL, 2005).

Considerações finais

As atividades de promoção e prevenção foram iniciadas na V Regional de Saúde são realizadas há algum tempo, embora não estejam estruturadas em formato de plano. O reconhecimento dos bons frutos colhidos por estas práticas impulsionou a vontade de estruturá-las de maneira tal que se obtenha mais êxito. Nesse caso, ampliando o olhar e fortalecendo as parcerias e pactuações num documento gerencial de planejamento, que é o plano de ação de promoção e prevenção para o enfrentamento de ATT.

Durante a elaboração da proposta de estrutura do plano de ação apresentada neste trabalho pode-se perceber a grandeza das atividades, em relação às necessidades de parcerias e engajamento de atores intra e interinstitucionais. Revelou-se então a importância do tema ATT para a saúde pública e a necessidade de se mobilizar espaços de formação para os técnicos da área de saúde, de outras áreas envolvidas e da população em geral.

Por outro lado, percebe-se que as questões financeiras e estruturais, e ainda, as mudanças periódicas nas gestões municipais e estadual podem trazer dificuldades na execução do plano de ação. As possíveis substituições nas coordenações e direcionamentos de atividades dos órgãos parceiros são aspectos do contexto que deverão ser levados em consideração para que se tenha êxito intervenção.

Ressalta-se que a proposta apresentada para a elaboração e execução do plano de ação em questão é viável e não gerará incremento de gastos para o município de Garanhuns, a V GERES ou Secretaria Estadual de Saúde. Para tanto, serão utilizados os recursos humanos e materiais já existentes, e ainda, as parcerias já consolidadas entre a V GERES e o CRPAM darão sustentabilidade ao projeto.

Ainda que sejam necessárias as atividades punitivas, com aplicação de multas aos condutores de veículos automotores nos casos de descumprimento às regras de trânsito, consideram-se de extrema importância os trabalhos educativos, onde as pessoas são estimuladas a refletirem sobre suas práticas em prol de um trânsito seguro e preservação da vida e saúde.

Por fim, espera-se que a estruturação de um plano de ação venha contribuir de forma positiva e possa servir, inclusive, de gatilho para outras iniciativas com vistas a redução dos ATT na V Regional de Saúde e, conseqüentemente, no estado de Pernambuco.

Referências bibliográficas

BIAVATI, E. Catástrofe mundial que ceifa 1,3 milhão de vidas. *Revista de audiências públicas do Senado Federal*; 3 (13), nov. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!.novembro_2012_internet.pdf>. Acesso em: 09 de jul 2017.

BOVA, V. B. R.; WALL, M. L. Educação em saúde no trânsito: uma contribuição da enfermagem. *Cogitare Enferm*; jan/abr; 10(1):60-5. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação em saúde. **Cartilha de trânsito, dicas para você viver mais e melhor**: Ministério da Saúde. Brasília, 2007.

CAIXETA, C. R. et al.. Morbidade por acidente de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**. Goiânia, v. 15, n. 4, 2010.

CARVALHO, C. H. R. Acidentes de transportes terrestres no Brasil: uma tragédia anunciada. *Desafios do Desenvolvimento*; 12(85): P. 43. 2015. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/images/stories/ed85/pdfs/160120_desafios_85.pdf> Acesso em: 09 de jul 2017.

DALL'AGLIO, J. S. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Uberlândia, MG, 2000. **Biosci. J.** Uberlândia, v. 26, n. 3, 2010.

GOLIAS, A. R. C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: Análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 18, n. 5, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Brasil/Pernambuco/Garanhuns. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/garanhuns/panorama>> Acesso em: 08 de set 2017.

MORAES NETO, et al.. Fatores de risco para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2010.

MORAES LL. **Medicina preventiva**. São Paulo: Byk-Prociex; 1985.

NOBRE, P. Migração da violência preocupa especialistas. **Revista de audiências públicas do Senado Federal**;3 (13), nov. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_novembro_2012_internet.pdf>Acesso em: 09 de jul 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Pernambuco é modelo no monitoramento de ATT. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/pernambuco-e-modelo-no-monitoramento-de-att>> Acesso em: 10 de jul 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. V GERES. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/v-geres>> Acesso em: 08 de set 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Portaria SES/PE nº 303 de 04 de junho de 2012. Institui o Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto (CRPAM) no âmbito da V Gerência Regional em Saúde do estado de Pernambuco. Disponível em <<http://200.238.101.22/docreader/docreader.aspx?bib=2012&pasta=Junho\Dia%2005>> Acesso em 08 de set 2017.

SILVA, P. H. N. V. Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no estado de Pernambuco: uma exacerbação da violência social. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz /Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, p. 140. 2012.

SOUZA, M. F. M.; Malta, D. C.; Conceição, G. M. S.; Silva, M. M. A.; Galz-Carvalho, C.; Morais Neto, O. L. **Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde; 16(1): 33 – 44. 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n1/v16n1a04.pdf>> Acesso em: 09 de jul 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

VASCONCELOS, E. A. **A cidade, o transporte e o trânsito.** São Paulo: Pro-livros. 127 p. 2005.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Relatos da equipe de Saúde quanto às Práticas Educativas ao Vitimado no Trânsito durante a Hospitalização/Reabilitação num Hospital de Emergência. **Saúde Soc. São Paulo.** Ceará, v. 19, n. 1, 2010.

Aperfeiçoamento do Monitoramento e Avaliação das Ações para Redução dos Acidentes por Transportes Terrestres nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco

Jany Welma de Sá Albuquerque
Bruno Costa de Macedo

Introdução

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, tendo em vista a necessidade de o setor saúde planejar ações para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, em que preconizou seis diretrizes que orientassem a implantação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências nos Estados e Municípios: 1. Promoção de comportamentos e ambientes seguros; 2. Monitoramento da ocorrência de acidentes e violências; 3. Ampliação do atendimento pré-hospitalar; 4. Assistência às vítimas; 5. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas e 6. Capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Os acidentes e as violências representam modernas epidemias que assolam países do mundo inteiro, configurando um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas a trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos

de acidentes – e as causas intencionais, como agressões e lesões autoprovocadas. (BRASIL, 2002).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2010, ocorreram 42.844 óbitos em decorrência de acidentes por transporte terrestre no Brasil e Pernambuco foi classificado na 14.^a posição dentre os estados com maior taxa de acidentes por transporte terrestre (ATT) – 22,5 óbitos por 100.000 habitantes (PERNAMBUCO, 2013).

Frente à isso, em 2011, o Governo do Estado de Pernambuco instituiu o Pacto pela Saúde, no qual foi instituído 1 indicador síntese (Taxa de Mortes por Causas Evitáveis) e 12 indicadores intermediários para orientar a intervenção da Secretaria Estadual de Saúde. Desses, 6 são direcionados às 12 Regiões de Saúde e são monitorados mensalmente pelo Núcleo de Gestão por Resultados da Secretaria Estadual de Planejamento (PERNAMBUCO, 2017).

Nesse ano também foram implantadas: a Operação Lei Seca (OLS), que é coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e articula a atuação dos órgãos estaduais da Saúde, Departamento de Trânsito (Detran) e Polícia Militar; e o Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (Cepam), cujo o objetivo é propor estratégias para a redução da morbimortalidade por acidente de moto, por meio da promoção da intersectorialidade, sendo constituído por 19 instituições governamentais e não governamentais ligadas à temática. (PERNAMBUCO, 2013).

No âmbito das Regiões de Saúde, em 2013, são instituídos os Comitês Regionais de Prevenção aos Acidentes de Moto (CR-PAM) que, sob a coordenação dos gerentes das GERES, tem a responsabilidade pela articulação das instituições regionais, municipais e estaduais para o planejamento e execução de ações, com vista à diminuição da Taxa de Mortes por Causas Evitáveis.

Enquanto isso, no nível central da Secretaria Estadual de Saúde

(SES/PE), localizada na região metropolitana do Recife, cabe a Diretoria Geral de Gestão Regional (DGGR) coordenar, monitorar, avaliar e apoiar as ações desenvolvidas pelas 12 GERES nos respectivos territórios.

Para um processo de gestão eficiente, é imprescindível acompanhar e avaliar periodicamente os objetivos, as metas, ações, os programas, assim como os resultados alcançados até o momento. Contudo, isso não é o bastante na gestão voltada para a qualidade. Importa “saber como fazer, quanto fazer, quando fazer, com o que fazer” e esforçar-se para sua execução. Desse modo, trataremos dos aspectos metodológicos que se relacionam com o monitoramento de indicadores de saúde (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 25).

O papel da avaliação no processo de gestão é o de fornecer elementos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização (TANAKA; TAMAKI, 2012). Todavia, o monitoramento e a avaliação das ações planejadas e desenvolvidas ocorrem sem regularidade estabelecida e com numerosos instrumentos para a coleta das informações.

Frente a isso, em 2016 foi construído, com participação das GERES, o Plano de Ação Regional para Redução dos Acidentes de Transporte Terrestre, onde foram definidas ações a serem executadas no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2018.

Após a instituição do Plano, ficou evidente a dificuldade que a DGGR encontrou para monitorar e avaliar, de forma sistemática, a execução das ações no âmbito das 12 Regiões de Saúde, bem como produzir informações estratégicas que subsidiem gestores, técnicos e controle social para a tomada de decisão ou redirecionamento das ações do Plano. Uma combinação que, segundo Tanaka e Tamaki (2012), é institucionalizada mediante a formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos.

Dessa forma, a intervenção ora apresentada busca contribuir para o aperfeiçoamento do monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco para a redução da taxa de mortes por acidentes de transporte terrestre, a partir do plano de ação regional para sua redução.

Métodos

Com base na definição de Maximiano (2002), apresenta-se aqui uma ação direcionada com início, meio e fim programados, que tem por objetivo fornecer um produto singular e dentro das restrições orçamentárias, de modo a intervir em um problema identificado e priorizado de forma planejada, monitorada e avaliada.

Para tanto, a intervenção é sintetizada em três objetivos específicos e respectivas ações:

I. Adotar software livre para registro sistemático das ações executadas nas regiões de saúde

É de suma importância a adoção de instrumento que possibilite a coleta e acompanhamento de dados que subsidie o processo de monitoramento e avaliação, sobretudo, com potencial tecnológico, como ferramentas a partir de softwares livres.

Um software dito “livre”, segundo a Free Software Foundation, é aquele que pode ser redistribuído, modificado e estudado, garantindo, ainda, que essas liberdades sejam proliferadas aos programas criados com base em um já existente – programas derivados (MIRANDA; VIEIRA; CARELI, 2008).

Para responder a esse objetivo foram previstas as seguintes ações (Quadro 1).

Quadro 1 – Ações e metas do objetivo específico I.

Ações	Meta	Parceiros	Responsável	Status
Realizar reuniões com especialista em tecnologia da informática	4 reuniões	Consultor em Tecnologia da Informação.	Gestora DGGR	Jun. a set./2017
Realizar reuniões com a equipe DGGR para discussão sobre a implantação do projeto	4 reuniões	Diretoria da DGGR.	Gestora DGGR	Jun. a set./2017
Fazer pesquisa bibliográfica sobre a utilização de software livre em órgãos públicos	1 pesquisa	-	Gestora DGGR	Jul. a set./2017
Elaborar documento norteador que oriente a construção da base de dados do software livre	1 documento	Gestora DGIE/SES	Gestora DGGR	Set/2017
Adequação de software livre para o projeto	1 software adequado	Consultor em Tecnologia da Informação.	Consultor em Tecnologia da Informação.	Set./2017
Capacitar equipe da DGGR e Gerentes de Geres para utilização do software	1 oficina realizada	Consultor em Tecnologia da Informação.	Consultor em Tecnologia da Informação.	Out./2017
Utilização/Teste do software pelas 12 Geres	Preenchimento 12 Geres	Gerentes das 12 Geres	Gerentes das 12 Geres	Planejado

Nota de rodapé:

Para a construção do documento orientador com vista à criação da base de dados no software livre contei com o apoio da Gestora Inês Eugênia Ribeiro da Costa, Diretora Geral de Informações Estratégicas da SES (DGIE) e Doutoranda em Inovação Terapêutica pela UFPE. Para a escolha do software livre e adequação do mesmo ao Projeto contei com o apoio de Rafael Hosanah Mota Freire Carvalho, Graduado em Programação de Sistemas de Informática pela UNIBRATEC/PE;

Fonte: Elaboração da autora.

II. Implantar sala de situação

Pretende-se inserir na programação do colegiado de Geres, que é realizado mensalmente na Secretaria Estadual de Saúde, entre as 12 Geres e DGGR, a sala de situação, com foco na análise dos dados inseridos no software livre, e consequente produção de informação estratégica que possibilite a tomada de decisão, tendo em vista o Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre.

“A sala de situação, sob a liderança do gestor, se converte em um espaço de interação da equipe, em que se tomam decisões baseadas em dados anali-

sados que geram informação e conhecimento, em contextos sociais, econômicos, históricos, particulares dos grupos de população.” (XIMENES NETO et al., 2013).

Quadro 2 – Ações e metas do objetivo específico II.

Ações	Metas	Parceiros	Responsável	Status
Pactuar a operacionalização da sala de situação nas 12 Geres	1 Pactuação	12 Gerentes de Geres	Gestora DGGR	Planejado
Elaborar boletim informativo	1 Boletim Quadrimestral		Gestora DGGR	Planejado

Fonte: Elaboração da autora.

II. Produzir informações estratégicas que subsidiem gestores, técnicos e controle social, de forma sistemática e oportuna.

Por meio da coleta de dados via software livre e do funcionamento da sala de situação para análise acerca dos dados coletados, pretende-se realizar a produção de relatórios gerenciais que possam subsidiar a gestão na identificação dos possíveis ajustes nas ações e metas programadas inicialmente no Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, ou no mantimento daquelas que sejam identificadas como potenciais para o alcance do objetivo do Plano.

Quadro 3 – Ações e metas do objetivo específico III

Ações	Metas	Parceiros	Responsável	Status
Produzir Relatório Gerencial	1 Relatório Mensal	-	Gestora DGGR	Planejado

Fonte: Elaboração da autora

Resultados esperados

Espera-se que a intervenção possa gerar aprimoramento institucional e profissional a partir do monitoramento das ações e metas relacionadas no Plano de Ação Regional para Redução de Acidentes de Transporte Terrestre, com alcance dos seguintes resultados:

1. Implantação de software livre que apoie o processo de trabalho da DGGR e Geres sem ônus para a gestão pública;
2. Coleta de dados ordenada, sistemática e tempestiva que possibilite a produção de informações estratégicas;
3. Realização de análises sistemáticas das ações programadas e executadas pelas 12 Geres nos territórios;
4. Revisão do Plano de Ação Regional para Redução de Acidentes de Transporte Terrestre;
5. Geração de relatórios quantitativos e qualitativos.

Resultados parciais e discussão

- I. Adotar software livre para registro sistemático das ações executadas nas regiões de saúde

Após pesquisa, optou-se em utilizar para o desenvolvimento da intervenção o software SPHINX Brasil – soluções para coleta e análise de dados; instrumento para coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos trazido ao Brasil em 1995 por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, um software robusto, integrado com a tecnologia web e mobile, bem como gratuito.

A partir de então foram realizadas, conforme descrito no Quadro 1, reuniões com especialista da área de Informática e levantamento de literatura que subsidiaram a elaboração de diretrizes e metas com vistas a definir a base de dados para o software a partir do Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre nas 12 Regiões de Saúde.

II. Necessidades de adequação do software livre ao Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres nas 12 Regiões de Saúde.

Diretriz: Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres nas 12 Regiões de Saúde

1.^a Etapa: Ações e Metas, definidas pelo conjunto dos 12 gerentes de GERES, para o Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres.

- Para cumprimento dessa etapa, precisam estar inseridas no software livre as ações e metas, **por GERES**, para a redução dos acidentes por transportes terrestres, conforme priorizadas no plano regional. Dessa forma, cada gerente de GERES informará **mensalmente** o status da ação, utilizando as seguintes descrições: concluída, em andamento, atrasada.

2.^a Etapa: principais causas que contribuem para os acidentes por transportes terrestres, elencadas pelos gerentes das 12 GERES no Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres, totalizando 15 causas.

- Para essa etapa optou-se em instituir temas que representem as causas elencadas, sendo necessário inserir na base de dados do software livre, os temas. Optou-se em distribuir as 15 causas em 4 temas, cuja escolha se deu a partir do conceito utilizado pela pesquisadora Minayo, ressaltado na tese de mestrado da sanitarista Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho (2013, p. 19, grifo nosso):

“Por acidente, entende-se todo o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais, ocorridos no ambiente domiciliar ou social, como, por exemplo, o do trânsito, o da escola, o do trabalho, entre outros (BRASIL, 2001). Contudo al-

guns autores não consideram muitos desses acidentes como casuais, reconhecendo o sentido de intencionalidade, constituindo, assim, uma violência. Não concordam com o uso do termo ‘fatalidade’ para os acidentes de trânsito, considerando que geralmente são frutos de omissões estruturais em relação às estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, às imprudências e negligências dos usuários (motoristas ou pedestres) [...].”

Nesse contexto, serão trabalhados na base do software, 04 temas, seguindo a nomenclatura usada no Plano Regional para Redução da Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres para as causas:

Em seguida foi atribuído peso para cada causa, de acordo com a influência que esta tem para o alcance da meta do Governo que é - 6% no indicador “variação da taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre” e considerando acidente de trânsito constituir-se uma violência. Dessa forma, à medida que as ações e encaminhamentos elencados no plano forem executados e informado seus status na base do software, esse peso poderá atingir seu potencial máximo ou do contrário não evoluir. Os Gerentes devem **trimestralmente** atribuir para cada causa uma escala de resolatividade alcançada, a partir das ações e medidas tomadas no período. Com isso pretende-se visualizar em quais causas estamos com maior dificuldade de intervir.

A. INFRAESTRUTURA – Peso 70%

Causas/Escala de Resolatividade:

1. Fiscalização insuficiente nos Municípios – 0 a 70%
2. Número de equipes da OLS insuficiente – 0 a 70%
3. Deficiência na conservação e na sinalização das vias – 0 a

4. Falta de estrutura para receber a OLS nas GERES – 0 a 70%
5. 14. Falta de delegados e delegacias para atuar os condutores – 0 a 70%
6. 15. Não existem locais para armazenar os carros autuados – 0 a 70%

Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?

- Governabilidade
- Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
- Recursos Humanos
- Mobilização intersetorial

B. INTERSETORIALIDADE – Peso 15%

Causas/Escala de Resolutividade:

1. Não integralização do trânsito nos municípios – 0 a 15%
2. Baixa participação dos órgãos nas reuniões do CRPAM – 0 a 15%
3. Alta rotatividade dos representantes dos outros órgãos do CRPAM – 0 a 15%
4. Ausência de um CRPAM na I GERES – 0 a 15%
5. Inexistência de integração do CEPAM com os CRPAM – 0 a 15%
6. Ações Educativas (Esse atribui numeração, pois, no planejamento inicial ela não foi numerada) – 0 a 15%.

Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?

- Governabilidade
- Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
- Recursos Humanos
- Mobilização intersetorial.

C. VIGILÂNCIA EM SAÚDE – Peso 5%

Causas/Escala de Resolutividade:

1. Má qualidade no preenchimento das notificações – 0 a 5%
2. Número de digitadores insuficientes na vigilância epidemiológica hospitalar – 0 a 5%

Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?

- Governabilidade
- Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
- Recursos Humanos
- Mobilização intersetorial.

D. NORMAS LEGAIS – Peso 5%

Causas/Escala de Resolutividade:

1. Ausência de regulamentação para os mototáxi – 0 a 5%
2. Descumprimento da Lei de educação nas escolas – 0 a 5%

Escolha abaixo duas questões relevantes que dificultaram a atuação da GERES em se tratando deste tema?

- Governabilidade
- Custeio das ações (diárias, combustível, alimentação, hospedagem, material de expediente, material gráfico)
- Recursos Humanos
- Mobilização intersetorial.

3.^a Etapa: Finalizando a base do software, nesta etapa deve conter perguntas abertas, que devem ser respondidas **mensalmente** pelas Geres:

- Número de óbitos ocorridos

- Locais de ocorrência dos óbitos
- Quantas abordagens da OLS aconteceram nesses locais ou proximidades de ocorrência dos óbitos.

Considerações finais

O Projeto foi idealizado com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, sobretudo da Secretaria Executiva de Coordenação Geral, onde a Diretoria Geral de Gestão Regional encontra-se subordinada, porém, o fato dessa Diretoria ter uma equipe reduzida de profissionais, composta por três membros, e a qual compete o monitoramento das ações desenvolvidas pelas 12 GERES influenciou diretamente no desenvolvimento parcial do Projeto.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e estabelece mecanismos para incentivar as atividades assistenciais relacionadas à identificação das causas externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001, n. 96, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. Mobilizando a sociedade, promovendo a saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 114-117, 2002.

_____. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

COELHO, Jeane Grande Arruda de Miranda. **Acidentes de trânsito atendidos pelo Samu/Olinda: perfil e distribuição espacial, 2009 a 2011**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

COSTA, Reinaldo Candido da; SANTOS, Rosaria Ferreira Otoni dos. **Conhecendo o software livre**. [2010]. Disponível em: <<http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/ueadsl/article/viewFile/2504/2456>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

DALANHOL, Jefferson; SILVEIRA, Sidnei Renato. **Utilização de software livre em órgãos públicos de Frederico Westphalen-RS**: um estudo de caso. [2016]. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/frederico/images/JeffersonDalanhhol.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

JORGE, Maria Helena de Prado Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. **Revista Abramet**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 52-58, 2008.

KOIZUMI, Maria Sumie; JORGE, Maria Helena de Prado Mello. Acidentes de trânsito: perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro. **Revista Abramet**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 32-35, 2009.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de et al. Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. **Revista de Enfermagem UFPE** on-line, Recife, v. 8, n. 3, p. 702-708, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5785/8689>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Administração de projetos**: como transformar idéias em resultados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MIRANDA, Viviane Vieira de; VIEIRA, Carlos Eduardo Costa; CARELI, Flávio Campos. O uso de software livre no Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro). **Cadernos UniUFOA**, Volta Redonda, ano 3, n. 8, p. 11-20, dez. 2008. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/08/11.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares (Org.). **Gestão pública em saúde**: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, 2016. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade 13). Disponível em: <http://repositorio.una-sus.ufma.br/gestao_saude_20161/curso_5/und1/media/pdf/livro_pdf.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

OSÓRIO, Tito Lívio Gomes et al. Utilização de software livre em órgãos públicos. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA – SEGeT, 2., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2005. p. 1039-1058. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos05/360_Artigo_SL_Completo.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Acidentes de transporte terrestre: o cenário em Pernambuco**. Recife, 2013. (Série Acidentes e Violências, n. 3).

_____. Secretaria de Planejamento e Gestão. **Pacto pela saúde**. [2017]. Disponível em: <<http://www.seplag.pe.gov.br/web/pps/pacto-pela-saude>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al.. Análise da utilização da sala de situação por profissionais da estratégia saúde da família. In: Seminário de pesquisa em enfermagem, 17., 2013, Natal. **Anais...** Natal, RN, 2013. p. 02731-02733.

A implantação de aplicativo para acompanhamento de consultas e exames como estratégia para diminuir o absenteísmo dos usuários no município de Caruaru- PE

Tamine Poliane da Mota Miranda
Anderson Danilo Dario Silva
Sebastião André Barbosa Junior

Introdução

As Políticas Públicas de Saúde avançaram nos vinte e sete anos do Sistema Único de Saúde - SUS, ao ponto de podermos discutir a integralidade da atenção, o que significa discutir acesso. Um dos mecanismos que foram refinados e estruturados para que esse acesso alcançasse as necessidades de saúde dos usuários foi a regulação (BRASIL, 2011).

A regulação é uma das funções essenciais do Estado que, entre outras atribuições, é responsável por regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade. O objetivo, teoricamente, é garantir que o sistema, no seu todo, atinja seus objetivos principais (FARIAS; GURGEL; COSTA, 2011).

A ação regulatória, que antes estava restrita aos serviços complementares de saúde, onde a regulação que era tida como um meio de corrigir as falhas no mercado foi introduzida nos serviços de saúde públicos, inicialmente, para os procedimentos de alta complexidade e mais recentemente pela inserção da ação regulatória dos procedimentos de média complexidade no sentido de garantir a oferta para aqueles que necessitavam ser atendidos fora dos padrões preconizados nos protocolos de acesso através das listas de espera (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

O uso de um sistema informatizado online estimula a organização da Central de Consultas e Exames a adotar clara divisão de trabalhos, a estabelecer perfis de acesso diferenciados ao sistema e que devem ser otimizados de acordo com a função específica de cada trabalhador. Cria a possibilidade de uniformizar o processo de trabalho, pois os mesmos passos são seguidos para cada solicitação de consultas especializadas ou exames até seu agendamento ou devolução. Trata-se de um ambiente virtual racionalizado que visa à intensificação da produção, sendo a “matéria- prima” a solicitação de exame ou consulta especializada e o “produto” o agendamento da consulta ou a devolução da requisição. Essa ferramenta tem o mérito de viabilizar o manejo e o processamento de cada uma das solicitações enviadas à Central de Consultas e Exames, possibilitando o estudo e o ataque à demanda reprimida (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

A equipe do Departamento de Tecnologia da Informação (DTI) da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru conta com profissionais com expertise em tecnologia de informação aplicada e comprometimento com a modernização do SUS. Ao contrário do que é relatado pelo Grupo Temático de Informação em Saúde e População, ao precisar de novos sistemas de informação/aplicativos para o SUS não se contenta em buscar um produto no mercado de *softwares*, mas de fato constrói os seus, de acordo com a especificidade da necessidade em questão (GTISP-ABRASCO, 2013).

O departamento constantemente desenvolve tecnologias inovadoras para a secretaria de municipal de saúde, como por exemplo: sistema de gerenciamento de estoque, aplicativo para assistência farmacêutica, sistema de georreferenciamento para o SAMU, sistemas para a vigilância sanitária e site para que os usuários possam acessar e imprimir as guias de agendamento emitidas pela regulação. O sistema de regulação INFOCRAS utilizado no município foi completamente desenvolvido pelo analista de sistemas do Departamento de Regulação. Isso possibilita que o sistema seja constantemente atualizado e adaptado às necessidades e à evolução da forma de fazer regulação.

A regulação da assistência no município de Caruaru ainda é um processo em construção, onde alguns dispositivos estão presentes, como: a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados no nível central na Gerência de Regulação, Avaliação e Controle (GRAC), e de forma descentralizada nas unidades básicas (encaminhadoras) a qual faz a marcação de toda sua demanda através do sistema de informação de regulação próprio chamado INFOCRAS que disponibiliza a grade de referência / oferta especializada para as unidades encaminhadoras do município. Também foram instituídos fóruns de discussão por território, espaço deliberativo, que discute ações relacionadas com a coordenação do sistema de saúde local, como: a utilização/otimização das vagas e a construção dos fluxos assistenciais.

Além de promover acesso regulado e oportuno aos usuários do SUS, a GRAC tem função de monitorar, controlar e avaliar a qualidade da acessibilidade dos pacientes, o desempenho das unidades executantes e seu próprio desempenho por meio da análise dos relatórios gerenciais emitidos pelo sistema INFOCRAS, sistema informatizado permite ao gestor conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de absenteísmo de consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas (ANDRADE, 2013; BARROS; PEREIRA; PEREIRA, 2012).

O Absenteísmo se constitui uma barreira na relação demanda / oferta, ocasionando desperdício de recursos públicos, fila de espera, prejuízos à saúde de indivíduos e aos direitos de cidadania no Sistema Único de Saúde (MARTINS, 2012).

A prática do Absenteísmo pelo usuário dificulta a garantia da atenção nos diferentes níveis da assistência à saúde, além de gerar perdas e desperdício de recursos públicos, bem como aumento da demanda reprimida e retorno do usuário faltoso à fila de espera (SANTOS, 2008).

Através das análises realizadas nos relatórios gerenciais do sistema de regulação percebeu-se um elevado percentual de 44% de perdas secundárias, ou seja, os pacientes faltam às consultas ou procedimentos agendados, sem fazer qualquer comunicação prévia com as unidades de saúde encaminhadoras, o que impossibilita o remanejamento das vagas.

A Secretaria Executiva de Regulação e a Gerência de Regulação do município adotaram ações para acompanhamento do absenteísmo e por meio de contato telefônico com os usuários faltosos concluiu que o fenômeno é multicausal, sendo um dos motivos de ausência, a falta de comunicação com o usuário. Fato esse corroborado por outros estudos sobre absenteísmo de usuários (TOREZANI, 2015; SANTOS, 2008; BITTAR et al, 2016; KLUCK; VALENTE; GIRARDI, 2014).

A comunicação efetiva com o usuário ajuda na redução de fila de espera e diminui o desperdício de recursos provocado pelo absenteísmo, uma vez que a falta do usuário também é ocasionada pela falta de informação do mesmo sobre a data do agendamento (BITTAR et al, 2016).

Com o objetivo de diminuir o absenteísmo ocasionado pela dificuldade de comunicação com os usuários, o Departamento de Regulação solicitou ao Departamento de Análise e Desenvolvimento de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru que desenvolvesse um aplicativo para *tablets* e *smartphones*

que tivesse interface com o sistema de regulação INFOCRAS, permitindo ao usuário acompanhar em tempo real suas solicitações de agendamento, sem precisar comparecer inúmeras vezes a uma unidade de saúde.

Métodos

O projeto de intervenção foi realizado no município de Caruaru. Localizado na região agreste do estado de Pernambuco, dista cerca de 130 quilômetros da capital Recife. A população subsidiária da intervenção é usuária dos serviços de saúde do município de Caruaru. O mesmo foi desenvolvido no período de abril a outubro de 2017, inicialmente como condição de projeto piloto.

A coleta de dados secundários foi realizada através dos relatórios gerenciais do sistema INFOCRAS do período de janeiro a maio de 2017, onde foi constatado o percentual de absenteísmo de 44%.

A população alvo escolhida para avaliação do percentual de absenteísmo era de usuários agendados para consultas especializadas e exames de ultrassonografia, levando em consideração o fato de que o aumento do acesso aos exames de ultrassonografia e a diminuição do absenteísmo nas consultas especializadas fazerem parte do plano de governo da atual gestão municipal.

Foram excluídos os pacientes que estavam com o status de confirmado no sistema INFOCRAS.

Após a definição do problema a ser abordado pela Gerência de Regulação, a secretaria executiva de regulação se reuniu com a equipe de desenvolvimento do Departamento de Análise e Desenvolvimento de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, e apresentou a necessidade que a Regulação tinha de aumentar as estratégias de comunicação com os usuários do município, através da criação de aplicativo.

Em seguida à confirmação de que poderia ser desenvolvido o aplicativo (App) conforme especificado, a equipe de tecnologia da regulação se reuniu com o Departamento de Tecnologia de Informação (DTI) para dar os acessos necessários a fim de que o aplicativo para dispositivos móveis com sistema operacional *android* versão 4 ou superior, fosse integrado ao sistema de regulação INFOCRAS através de *webservice*, possibilitando a visualização de forma rápida e segura pelos cidadãos do *status* dos exames e consultas solicitados.

Uma vez desenvolvido o aplicativo, o mesmo foi disponibilizado pelo DTI à equipe de regulação para testes e ajustes.

Depois de testado e aprovado pela equipe de regulação, a equipe do DTI abriu uma conta na loja virtual Google Play e disponibilizou o mesmo para os usuários poderem baixar gratuitamente.

A Gerência de Regulação, Avaliação e Controle entrou em contato com a Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, apresentou o aplicativo e pediu que fosse feita a divulgação do mesmo, na imprensa local.

Resultados

O aplicativo VICONCUS foi lançado e disponibilizado gratuitamente na loja Google Play em agosto de 2017 pela Secretaria de Saúde de Caruaru, através do Departamento de Tecnologia da Informação e passou por atualizações em abril de 2018 para facilitar ainda mais o acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no município, são elas:

- Alterações nos elementos e nas cores do aplicativo;
- Adição do número do agendamento e as informações do preparo: o número do agendamento agora é exibido na tela inicial bem como as informações de preparo, tendo como objetivo minimizar o uso da etapa onde o usuário imprime a guia de consulta. Ele poderá agora ter acesso a esses dados direto do aplicativo; e

- Avaliação do serviço: o usuário poderá realizar a avaliação do serviço utilizado como ótimo, bom, regular ou ruim, possibilitando que a gestão tenha um feedback e possa tomar decisões baseadas nestas informações.
- Outra ação desenvolvida para continuar combatendo o absenteísmo e assim evitar o desperdício de recursos públicos, foi permitir ao usuário, através do acesso à plataforma www.viconsus.saudecaruaru.pe.gov.br, imprimir os comprovantes de agendamento de consultas e exames sem precisar comparecer a uma unidade de saúde.

Considerações finais

Os objetivos foram alcançados, pois após a implantação do aplicativo, os relatórios gerenciais do sistema de regulação INFOCRAS do período de janeiro a maio de 2018 evidenciaram a queda no percentual de absenteísmo para 32%. Ou seja, 12% a mais da população teve acesso aos serviços de saúde ofertados no município de Caruaru.

Referências bibliográficas

ANDRADE, M.C.F. **A Política de Regulação Assistencial e a Atenção Integral à Saúde da Mulher no município de Caruaru, um estudo a partir da experiência da secretaria de saúde de Caruaru no ano de 2011.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

BARROS, F.A.C; PEREIRA, M.F; PEREIRA, J. Análise da Eficácia do Mecanismo de Regulação Médica da Central de Regulação de Consultas e Exames do Sistema Público de Saúde em Florianópolis. **Coleção gestão da Saúde Pública**, v.4. p. 63-81, 2012.

BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A.; MARTINES, C. M.; FELIZOLA, N. B. G.; FALCÃO, L. H. B. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA)**, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 126 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

FARIAS, S.F.; GURGEL, G.D.; COSTA, A.M. **A regulação no setor público de saúde: Um processo em construção**: Qualificação de gestores do SUS. 2 ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: RAD, ENSP, 2011.

GRUPO TEMÁTICO INFORMAÇÃO EM SAÚDE E POPULAÇÃO. **2o Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde** (2013-2017). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. 47p. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/GT_informacao_plano-diretor.pdf>. Acesso em 31 ago.2017.

KLUCK, M. M; VALENTE, A. P; GIRARDI, A. M. Taxa de absenteísmo em consultas médicas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Clinical and Biomedical Research**, v. 34, suplemento, p.304, 2014.

MARTINS, M. V. H. **Plano de Intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado**. 32f. 2012. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife - PE, 2012.

OLIVEIRA, R.R; ELIAS, E.P. M. Conceitos de Regulação em saúde no Brasil. **Ver. Saúde Pública**, v.46, n.3, p. 571-576, 2012.

PEITER, C.C; LANZONI, G. M. M; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400063&lng=en&nrm=iso>. Acesso 01. Out. 2017.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS**: Um estudo em um município Baiano. 33f. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista - BA, 2008.

TOREZANI, G. S. **Estudo sobre as faltas às consultas e seus motivos**: uma análise da comunidade de Sete Anões- Mesquita/RJ. 36f. 2015. Monografia (Especialização em Saúde da Família), Universidade Aberta do SUS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2015.

Regulação em Saúde: sistematização no processo de trabalho para a otimização das cotas de especialidades em um município do Alto Pajeú

Fernanda Thereza Martins Torres Severo
Gustavo Rego Muller de Campos Dantas
Bruno Costa de Macedo

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil. Como instituição de caráter federativo, determina o dever de todos os municípios, dos estados e da União de atuar para a promoção, prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão descentralizada do Sistema nos limites de seu território (VIEGAS; PENNA, 2013).

O termo regulação está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras e relacionado à satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades. A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o SUS desde a sua criação (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

A regulação deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como forma de racionalizar os parques recursos existentes. O complexo regulador tem

por pressupostos básicos a universalização, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Deve ter por objetivo a utilização racional de todos os meios disponíveis, a integração e maximização da utilização de todos os recursos humanos, materiais e financeiros existentes. A função reguladora no SUS significa a organização dos fluxos dos pacientes no sistema (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2000).

A partir da publicação da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), o Ministério da Saúde busca um conceito mais ampliado de regulação, definindo-a segundo a sua atuação nos sistemas de saúde (regulação sobre sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (regulação da atenção) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (regulação do acesso). Esses conceitos associam e articulam as ações de regulação em saúde ao monitoramento, controle, avaliação auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Dessa forma, o conceito de regulação tem sido empregado em dois sentidos: o primeiro, relativo ao subsistema público, ela é entendida tanto como controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde como o ato de criar e implementar regras. O segundo, com respeito ao subsistema privado, a regulação é concebida como a correção de falhas nas relações do mercado da saúde.

Segundo a Portaria Nº 1.268, de 14 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde, a regulação ambulatorial é definida como **Regulação Ambulatorial de Média Complexidade** o serviço de regulação do acesso às consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais de média complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal. E a **Regulação Ambulatorial de Alta Complexidade** como serviço de regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos vinculados à alta complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal.

A central de regulação do acesso ambulatorial, busca de maneira articulada, adequar a oferta de serviços de saúde à demanda gerada pela atenção básica (AB) à saúde e outros serviços da rede municipal, além de produzir a integração de todos os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde, por meio de fluxos capazes de garantir o acesso em tempo oportuno e seguro às tecnologias necessárias à sua assistência (ALBIERI; CECILIO, 2015).

O Município de Brejinho está localizado na Macrorregião do Sertão Pernambucano e na Microrregião do Pajeú, com uma área territorial de 84,8 km², limitando-se ao Norte com o Estado da Paraíba, ao Sul com São José do Egito e Santa Terezinha, ao Leste com Itapetim, e ao Oeste com a Paraíba. A sede Municipal está a 615m de altitude em relação ao nível do Mar, tem sua posição geográfica determinada pelo paralelo de -7°20'56,4 da latitude -37°17'09.65 de longitude. O clima é semiárido quente, com temperaturas variando entre 20°C e 26°C (IBGE,2016).

A regulação do município é feita na sede da secretaria municipal de saúde, onde é destinada uma funcionária para fazer as marcações das consultas, e demais demandas internas. Desse modo, foi identificado através do monitoramento realizado pela X Gerencia Regional de Saúde (X GERES) com sede no Município de Afogados da Ingazeira – PE, que no período de outubro de 2016 a março de 2017, a cota programada para o referido município não era utilizada no sua totalidade, mostrando que havia uma perda primária dessas cotas.

A tabela 1 indica que a perda no agendamento dessas cotas programadas são perdas primárias, onde o funcionário deixa de agendar o que lhe foi ofertado, e por motivos internos de gestão ou por falta de acesso do usuário a UPAE, também existiu um índice razoável de faltas.

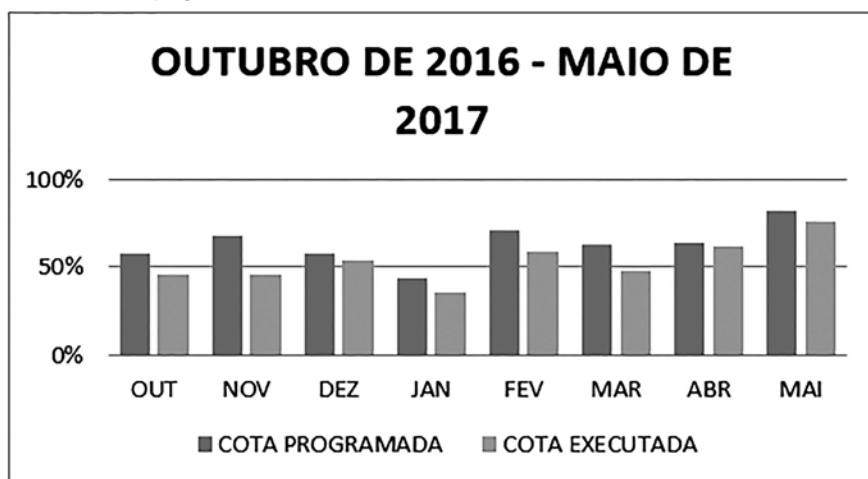
Tabela 1. Agendamento de cotas por mês, entre outubro de 2016 março de 2017

Mês	Programada	Agendada	Executada	Falta
Outubro	59	34	27	7
Novembro	50	34	23	11
Dezembro	59	34	32	2
Janeiro	66	29	24	5
Fevereiro	45	32	26	6
Março	48	30	23	7

Fonte: Monitoramento da Coordenação da Regulação da X GERES.

O gráfico 1 nos permite visualizar a comparação entre as cotas programadas e as executadas e registra que, em todos os meses do período analisado, as cotas nunca foram totalmente aproveitadas. Sempre se mantendo com uma diferença média aproximada de 12%.

Gráfico 1 – Cota programada X Cota Executada.



Fonte: Monitoramento da Coordenação da Regulação da X GERES.

Para a administração das demandas, o Ministério da Saúde disponibiliza como Sistema de Informação em saúde (SIS), o Sistema de Regulação (Sisreg), que tem por objetivo a humanização das ações e dos serviços de saúde, maior controle do acesso e do fluxo assistencial e a otimização na utilização dos recursos

financeiros (SISREG 2008). Tal Sistema já é utilizado como ferramenta no município, no qual todas as consultas de especialidades para a UPAE são agendadas pelo mesmo.

Em outros estudos pesquisados foi visto que o conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos limita uma atuação efetiva e satisfatória dos serviços de regulação (VILARINS; SHIMIZU; GOMES, 2012). A regulação em saúde, como instrumento facilitador da gestão e por consistir em uma das funções essenciais em saúde pública, deve ser amplamente abordada a fim de qualificar as práticas em saúde e fortalecer suas capacidades institucionais (LIMA, 2013).

Nessa direção, na última década, temas como a integralidade da assistência, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, o acolhimento e a humanização dos serviços de saúde vêm ocupando uma posição de crescente destaque nas discussões setoriais no país, o que pode contribuir para a garantia dos princípios do SUS (AZEVEDO, et al 2016).

Dentre esses e outros diversos fatores que podem corroborar para tal problema, a discussão nos leva a colocar em cheque o processo de trabalho das equipes, sugerindo a necessidade de desenvolver e estimular atividades que levem a reflexão crítica sobre o próprio processo de trabalho. Ao passo em que reconhece e fortalece o potencial formativo do trabalho e incorporando-o como eixo orientador da formação para os trabalhadores do SUS.

Dessa forma, tendo em vista a responsabilidade da X GERES em fornecer apoio técnico, bem como o desenvolvimento de ações no âmbito dos municípios que compõem o território da região de saúde, a presente intervenção tem grande potencial de contribuição e viabilidade.

Métodos

A intervenção ora proposta tem como principal objetivo otimizar as cotas programadas de consultas especializadas para a

UPAE por meio da realização de formação pela Coordenação da Regulação da X Gerência Regional de Saúde – PE para a equipe municipal de regulação de Brejinho, bem como, estabelecimento de calendário de visitas regulares de monitoramento ao município e a região de saúde.

Para tanto, serão desenvolvidas seis etapas, descritas a seguir:

- Revisão bibliográfica, de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, a partir dos descritores Regulação Ambulatorial, Acesso, Processo trabalho;
- Organização e reprodução de material didático específico para a formação;
- Visita ao Setor de Regulação Municipal;
- Realizar da formação propriamente dita;
- Implantar Monitoramento mensal por meio de visitas pela Coordenação da Regulação da X Geres ao município;
- Ampliação da formação para outros municípios.

Resultados esperados

- Implantar monitoramento por parte da regulação municipal;
- Apoiar a organização do processo de trabalho (capacitação, visitas mensais, etc);
- Melhor a utilização das cotas programadas;

Resultados parciais

Revisão de Literatura

O status epistemológico do conceito de regulação é pouco estabelecido e sua definição varia conforme os autores. Ainda hoje, é muito difícil propor uma definição desse conceito. Apesar disso, é possível inferir que a ideia de regulação esta alinhada com as noções de sistema e de complexidade (OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

A partir do referencial da economia política, a regulação denota um processo dinâmico de adaptação da produção e da demanda social, resultantes da conjugação de ajustamentos econômicos ligados a uma dada configuração de relações sociais. A regulação expressa ideia de coerência e compatibilidade entre as estruturas de oferta e demanda, em interação dinâmica. Logo, a regulação não é simplesmente um estado de equilíbrio estático, alcançável por mecanismos de mercado, como é defendido nas abordagens mais tradicionais da teoria econômica (BRUNO, 2005).

A regulação também foi concebida como atividade que necessita de conhecimentos científicos e técnicos para sua execução, exigindo-os como pré-requisito. Nos artigos que empregaram a ideia de direção, a regulação esteve associada à atividade de planejamento e formulação de políticas públicas. Trata-se de conceber regulação para além da noção de correção e controle. A partir dessa ideia, o modo de conceituar a regulação é diretamente influenciado pelo modelo de governança adotado.

A regulação está vinculada à ampla gama de distintas ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação (OLIVEIRA, ELIAS, 2012). Por tanto, observa-se a ênfase normativa e burocrática para essa forma de definir a regulação, expressa geralmente como o ato de cumprir regras.

Em um sistema hierarquizado, a continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referências, configurado na regionalização e na hierarquização e os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos serviços em oferecer, a uma determinada população, todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando a resolutividade (VIEGAS, PENNA, 2013).

Na regulação também entra o princípio da equidade onde ele é

operacionalizado segundo duas perspectivas: a primeira, condições de saúde, diz respeito às chances de ocorrência de agravos de saúde; enquanto a segunda, acesso e utilização dos serviços de saúde, trata da disponibilidade de ações de saúde.

Segundo, Peiter, *et al* (2016) a partir da categoria equidade na regulação em saúde, foram desveladas duas subcategorias: Sisreg como ferramenta para gerenciamento da oferta e demanda e desafios da regulação em saúde como gestora do princípio da equidade. Nesse processo, o Sisreg é identificado como principal instrumento facilitador para o desenvolvimento da regulação em saúde. Permitindo o recebimento, a avaliação, o encaminhamento e a aprovação das solicitações, além de possibilitar a interface entre a atenção primária de saúde, ordenadora do cuidado, e a própria regulação em saúde.

Ainda sobre a fala de Peiter *et al*, a subcategoria desafios da regulação em saúde, foi evidenciada que a gerência de regulação pode garantir, através de sua equipe de reguladores, o atendimento a todos os casos que necessitam da aplicação do princípio da equidade, ao mesmo tempo ele avalia a necessidade de expansão da oferta ou a realocação de recursos, conforme demanda da população e impacto nos indicadores de saúde.

Deste modo, a compreensão da importância da regulação como ferramenta para facilitação e efetivação da equidade motiva o profissional a atuar de maneira comprometida na sua função. Onde é um instrumento de gestão que busca viabilizar o acesso de todos os usuários de forma programada. Ou seja, orienta a reprogramação da oferta de serviços a partir da identificação das deficiências com relação às demandas apresentadas pela população.

O alcance da ação regulatória na área da saúde pública traduz-se no grupo de ações mediatas que se põem de permeio entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde. Esse significado da regulação incorpora competências de condução política, análise da situação, planejamento e comu-

nicação, entre outras, na organização e controle dos fluxos de acesso, desempenho dos sistemas e da qualidade da assistência (SANTOS, BARBOSA, NAJBERG, 2016).

O setor de regulação utiliza mecanismos para facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e da integralidade. O conceito de regulação em saúde está atrelado à adequação da oferta dos serviços de atenção à saúde com relação às necessidades da população, ordenando sua execução de forma equânime e qualificada (LIMA ET AL, 2013).

Por tanto, fica evidente a necessidade de desenvolvimento de capacitação e treinamento para desenvolver conhecimento e habilidades necessários para a correta manipulação do sistema e a efetivação da equidade por meio da regulação em saúde.

Fica mais evidente ainda, depois dos relatos no artigo de Vermelho, Figueiredo 2017, onde os gestores relatam que o problema maior foi em relação à dimensão individual, de iniciativa e interesse pessoal para buscar a qualificação profissional.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) estimula o questionamento da realidade atual e o desenvolvimento de propostas que levam a mudanças e melhorias na prática dos profissionais. A necessidade de investimentos em EPS na área da regulação em saúde é justificada pela alta demanda dos serviços de saúde no Brasil e exigindo, o comprometimento dos profissionais, sendo necessário o estímulo para o desenvolvimento de uma assistência à saúde. Sendo assim, qualifica o trabalho dos profissionais envolvidos, que deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões sobre as condutas mais adequadas.

Referências bibliográficas

ALBIERI, F.A.O; CECILIO, L.C.O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Debate*. 2015.

AZEVEDO C.S; SÁ M.C; MATTA G.C; MIRANDA L; GRABOIS V, **Racionalização e construção de sentido na gestão do cuidado**: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. Escola Nacional de Saúde pública, Fiocruz. 2016.

IBGE – *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/2VOW>, acessado em 01.09.2017.

LIMA, M. R. M. et al. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2013.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P.E.M, Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 20.

PEITIR, C.C; LANZONI, G.M.M; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate** 2016.

SISREG – Monitoramento do Setor de Regulação da X Gerência Regional de Saúde no Município de Afogados da Ingazeira.

SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG). Manual do Operador Solicitante SISREG III (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos). Brasília, DF: Ministério da Saúde; Datasus, 2008.

VERMELHO S.C; FIGUEIREDO G, **A percepção de secretários municípios de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do sistema Único de Saúde (SUS)**, Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p. 382-396, 2017.

VIEGAS S.M.F; PENNA C.M.M, O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva** 2013.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

Definição de fluxo funcional e rotina na liberação das macas retidas nas grandes emergências do Estado de Pernambuco

Filipe Alencar de Souza
Bruno Costa de Macedo

Introdução

O atual cenário vivenciado pelo setor de Urgência e Emergência no Brasil e o enorme desafio para minimizar os impactos negativos na saúde, com vistas a mudar as condições de saúde da população por fatores diversos e complexos, sem dúvida é um problema que compromete o atendimento de Urgência e Emergência em todo o Estado de Pernambuco. Frente a essa complexidade de fatores, os usuários do SUS enfrentam dificuldades para o acesso primário assistencial. O grande número de encaminhamentos para hospitais de referência, o atendimento pré-hospitalar sobrecarregado e o atendimento Hospitalar de Urgência nos hospitais, como também a superlotação das Unidades Hospitalares no atendimento de média e alta complexidade compromete um serviço de maior qualidade e eficiência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é fácil concordar com Filho (2014), ao dizer que:

A superlotação, the overcrowding, la saturacion, la congestion dos serviços de atenção as urgências são fenômenos observados pelo mundo afora e que encontram nessas equivalências linguísticas a mesma expressão da desproporção ou inadequação entre necessidades e ofertas nos sistemas de saúde (FILHO, 2014).

Mesmo sendo inserida através da Portaria 2048/02 do M.S. dando ao médico regulador o grau de Autoridade Sanitária, e determinando que o mesmo não deva aceitar a inexistência de vagas nos Hospitais de Referência, “mesmo na situação em que inexistam leitos vagos para a internação dos pacientes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A chamada “vaga zero” é um dispositivo que permite aos serviços móveis de urgência encaminhar os pacientes para os leitos de emergência dos hospitais mesmo havendo superlotação na Unidade, e isso traz um grande problema para os médicos que atuam no setor de Urgência e Emergência, pois quando os Hospitais de Referência estão superlotados, com as salas de emergência sem condição de atendimento, com pacientes graves em macas, no respirador, sem assistência médica adequada e especializada, o Sistema entra em colapso, pois o Médico Regulador não tem para onde encaminhar os pacientes graves que estão nas UPAS, nos Hospitais de menor 11 porte ou nas cidades do interior, ou aqueles atendidos pelo SAMU ou CBMPE. Isto tem gerado conflitos entre os médicos do Sistema, mesmo sendo criado para a garantia do atendimento emergencial do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A assistência às demandas de urgência e emergência no atendimento pré-hospitalar móvel realizado pelas viaturas do SAMU 192 e do Corpo de Bombeiros de Pernambuco 193 onde muitas dessas viaturas permanecem paradas nas Unidades Hospitalares aguardando a devolução de sua maca para voltar a rotatividade no atendimento, e por muitas vezes não ter em suas bases, macas reservas. A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT, HORTALE, 2009).

É de fundamental importância que a gestão hospitalar tome decisões a fim de garantir o atendimento adequado ao usuário do

SUS como traz o próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) ao criar a Resolução CFM 2.077/14 que “normatiza o funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como dimensiona a equipe médica desses locais e seu fluxo de trabalho” e a Resolução CFM 2.079/14 que “dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades” onde ambas estabelecem fluxos, limites, obrigações e responsabilidade de médicos e, especialmente gestores, que se devidamente obedecidas trarão melhorias à assistência oferecida nestes setores, beneficiando, sobretudo, pacientes e familiares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Assim, esse projeto de intervenção tem como pergunta norteadora: Como ajudar a minimizar tempo de espera/liberação das macas em Unidades de Saúde de Urgência e Emergência de Grande Porte, aumentando a efetividade e a qualidade do atendimento ao paciente?

Como fazer

O Projeto de Intervenção visa especificamente proporcionar um planejamento e criação de uma estratégia para que não aconteça, ou que, ao menos diminua o tempo da retenção das macas com a implantação do fluxo da rotina adequada aos serviços permanentemente, visando a liberação célere das macas retidas nos Hospitais Estaduais, principalmente nos que existem uma demanda maior em traumatologia, sem deixar de implantá-lo nas outras Unidades que possuam outros perfis como cardiologia, clínica médica, obstetrícia de média e alto risco e outros. Por ser uma proposta inovadora para o serviço de urgência e emergência, frente ao problema enfrentado no Estado de Pernambuco, repercutindo na mídia a precariedade do serviço público ao usuário do SUS, como a superlotação das Unidades Hospitalares, falta de macas, a implantação permanente do fluxo tornará mais rápido o serviço de urgência móvel e hospitalar,

dando maior fluidez no processo de trabalho. Além de que, haverá maior qualidade no atendimento ao usuário, considerando que as ambulâncias atendem demandas diversas.

Do ponto de vista legislativo, a implantação do fluxo de liberação das macas evitará a criação de leis com vistas a punição das Unidades pela retenção de equipes, equipamentos, macas e ambulâncias do SAMU e de outras Unidades Móveis Hospitalares para atendimento de Urgência e emergências públicas. A implantação permanente do fluxo trará prevenção para a epidemia do trauma, mostrará a necessidade de abertura de mais leitos de UTI ou de unidades intermediárias com vistas a permitir a alta precoce de pacientes da UTI, possibilitando a inserção de novos usuários que hoje se encontram muitas vezes entubados e nos ventiladores mecânicos. A implantação de Livros de Protocolo e Planilhas para o controle da liberação das macas, a sensibilização junto aos gestores para priorização da liberação das Macas do SAMU, Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco (CBMPE) e dos municípios, aquisição de novos equipamentos médico hospitalar para melhor equipar as Unidades, objetivando minimizar o problema das retenções.

Espera-se alcançar com este trabalho de intervenção, a implantação do fluxo funcional das macas, a troca de experiências exitosas entre os profissionais de saúde das Unidades que participam do estudo, por serem de Unidades que possuem um perfil de atendimento diferenciado. Este trabalho avança na medida em que há o melhoramento do fluxo de controle e monitoramento das macas das viaturas de resgate e ambulâncias municipais retidas nos 04 Grandes Hospitais da Rede Estadual de Saúde. Proporcionando a identificação correta das macas (Unidade a qual pertence) para as que não possuem, evitando assim o extravio e/ou devolução incorreta das macas retidas para outras unidades de saúde.

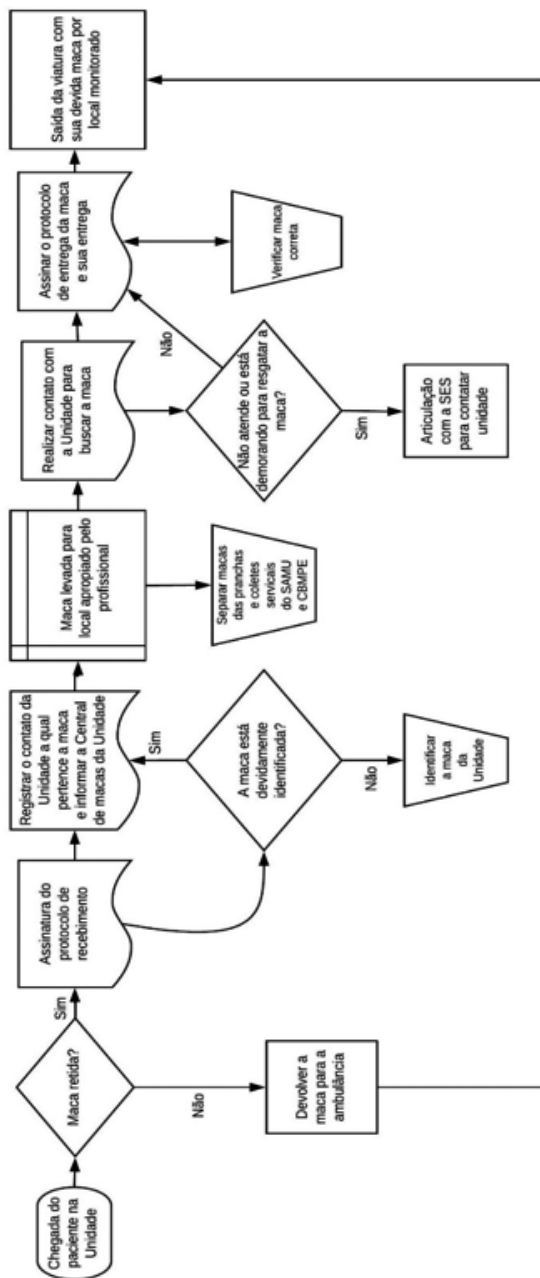
O trabalho vem proporcionando a elaboração de documentos que respaldam tanto os profissionais das Unidades de Saúde quanto os condutores das ambulâncias, salvaguardando os mes-

mos das responsabilidades existentes, e em se ocorrendo problemas de extravio ou qualquer outro tipo de problema que venha a prejudicar o serviço. Com grande expectativa, este projeto viabiliza um grande impacto positivo na assistência aos usuários do SUS, fortalecendo a ideia de que devemos prestar um serviço de qualidade para todos, reduzindo os diferenciais de consequências ocasionados pelo funcionamento da política pública em saúde, além de obrigar a atuação coordenada intersetorial abarcando diversos níveis da administração pública além de valorizar o significado atribuído ao serviço (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH-CSDH, 2006).

Conscientizar os envolvidos no processo de que saúde é responsabilidade de todos e inclusive o respeito para com os indivíduos que necessitam dos serviços de atendimento móvel de saúde como também o melhoramento da capacidade de prever acontecimentos que prejudiquem o bom andamento do serviço e empoderá-los para uma ação social coletiva de participação nos diálogos que visam potencializar a conscientização civil sobre os direitos sociais e civis e a partir desta consciência possibilitar a aquisição da emancipação individual e também da consciência coletiva necessária para a superação da dependência social e dominação política.

Realiza-se mensalmente o monitoramento dos processos de trabalho organizacional das Unidades de Saúde a fim de continuar seu melhoramento e a utilização de ferramentas tecnológicas que facilitem a comunicação entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e os Hospitais da Rede de Saúde tendo sempre o foco no cuidado integral à saúde do paciente. O Fluxo funcional provisório foi criado e está sendo avaliado pela Secretaria Estadual de Saúde a implantação definitiva nas Unidades de Saúde para torná-lo funcional e sua adequação ao perfil dos Hospitais envolvidos. Havendo o interesse de se estender o Fluxo para os Hospitais Regionais e as UPAS, onde já estamos visualizando sua utilidade nessas Unidades para que se torne um padrão para o Estado de Pernambuco tornando o Trabalho de Intervenção factível.

FLUXO FACILITADOR INICIAL PARA O CONTROLE DAS MACAS NOS 06 GRANDES HOSPITAIS DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE



Fonte: elaborado por Filipe Alencar de souza, autor do projeto de intervenção

Considerações finais

Considerando a importância da criação do fluxo o mesmo permite análises de estratégias, ampliação do alcance de seus impactos para os Serviços de Urgências no atendimento aos usuários consolidando oportunamente os sistemas de monitoramento e avaliação sendo capaz de identificar, sistematizar e disseminar conhecimentos e as práticas inovadoras considerando não apenas o conteúdo técnico, mas também suas dimensões administrativas, políticas, econômicas e sociais com base na elaboração de indicadores no âmbito do projeto além de resgatar a integridade do cuidado ao paciente. Sendo um desafio sua construção, revelando um nó crítico para a RUE, o fluxo proporcionará ao estado de Pernambuco o pioneirismo para a resolução de um problema a nível nacional. Não trazendo para o âmbito do Legislativo (criação de leis) e/ou Poder Judiciário (demandas judiciais), cabendo apenas uma organização no nível da Administração Executiva Estadual. Estando o fluxo em conjunto com os outros dispositivos propostos nos serviços hospitalares, bem articulados entre si, será um fator desencadeador das transformações das realidades dos hospitais, em particular nos serviços de UE. O projeto de intervenção servirá como piloto, podendo estender-se também para os Hospitais Regionais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), ou seja, sua viabilidade é para toda a Rede Estadual de Saúde.

Referências bibliográficas

BITTENCOURT R.J; HORTALE V.A, **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar**: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. – Brasília: CONASS, 2015. 400 p. – (CONASS Documenta, 28).

BRASIL. **Lei Nº. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.html Acesso em: 02 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. **Metodologia de gerência de projetos do DATASUS** / Ministério da Saúde, DATASUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Lei n. 5.170, de 28 de dezembro 2012** - Proíbe a retenção de equipes, equipamentos, macas e ambulâncias do SAMU e de outras unidades móveis hospitalares para atendimento de urgência e emergência públicas.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br Acesso em: 13/06/2017.

PERNAMBUCO. **Decreto Nº 36.622**, de 08 de Junho de 2011. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências.

FALTA DE MACAS TRAZ CAOS AO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PELO PAÍS (Reportagem). Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/08/falta-de-macastraz-caos-ao-atendimento-de-emergencia-pelo-pais.html>. Acesso em 05/04/2017

FILHO, A. N., 21 **tópicos para entrar na análise e enfrentamento da Superlotação dos Serviços Hospitalares de Urgências – SHU**, São Paulo, fevereiro 2014.

FRAGA, G. P., Retenção de macas: Socorristas precisam aguardar liberação de macas que estão substituindo leitos. **Rev. Emergência.**, Rio Grande do Sul, ed. 09/2014, pag. 12. Disponível em: <http://www.sbait.org.br/imprensa/destaques/2014/retencao-de-macas.pdf> Acesso em 10/03/2017.

LITTIKE D. SODRÉ F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. Artigo da **Ciênc. saúde coletiva** vol.20 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003051-&lang-pt>. Acesso em: 13/06/2017.

MANAUS/AM, **Lei n. 2.203, de 13 de janeiro de 2017** - DISPÕE sobre a proibição de retenção das macas das ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e de outras unidades móveis de urgência e emergência da rede hospitalar no âmbito do município de Manaus, bem como estabelece a criação de reserva técnica de macas nessas unidades da rede hospitalar e dá outras providências.

OLIVEIRA, C. M. C. S. e OLIVEIRA, M. A. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas**: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI). Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão. 2015.

PELLEGRINI FILHO A. **Compromisso com a ação**. Radis, nº47, p.12-14, jul. 2006.

PERNAMBUCO. **Portaria Nº 482 DE 27 de dezembro de 2016**. Institucionaliza o Sistema de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (Sinatt) e regulamenta a Vigilância Sentinela de Acidentes de Transporte Terrestre, no âmbito estadual.

PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 CIT/GM/MS. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html Acesso em 23/08/2017.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias Acesso em 10/09/2017.

Relatório do CFM Sobre a Crise da Medicina de Urgência e Emergência no Brasil. Disponível em: http://www.cremal.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21184:relatorio-dacrise-da-urgencia-e-emergencia&catid=3 Acesso em 23/08/2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: **Estado Pernambucano é modelo no monitoramento de ATT**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/pernambuco-e-modelo-no-monitoramento-de-att> Acesso em 21/08/2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M.. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.821-828. ISSN 1413-8123.

Implantação de centro de custos na XI Gerência Regional de Saúde como ferramenta gerencial

Tammy Angélica Torres de Carvalho Alves
Bruno Costa de Macedo

Introdução

Quanto custa a atividade de supervisão de uma unidade administrativa da gestão estadual da saúde? Quanto custa um dia de campanha de vacinação? Quanto custa a rotina administrativa de um setor?

Questões como essas constituem um desafio para o funcionamento e para a mensuração dos custos da atuação de uma Gerência Regional de Saúde de uma Secretaria Estadual de Saúde.

Para responder questões semelhantes setores assistenciais da saúde vem incorporando ao longo dos anos um conjunto de tecnologias propostas no campo da economia da saúde.

A Economia da saúde teve origem a partir do estudo e pesquisa sistemática e aplicação de instrumentos econômicos no setor da saúde a questões tanto estratégicas como operacionais (NERO, 1995). Segundo Vidal (2010), “A economia da saúde avalia a relação entre os custos e os efeitos de diferentes intervenções para determinar a mais eficiente, que ofereça melhor rendimento e alocação de recursos.”

Desta forma, a economia da saúde refere-se a um ramo da economia que preocupa-se com a eficiência, efetividade, valor e

comportamento na produção e consumo da saúde e assistência médica. Os economistas da saúde estudam desde o funcionamento dos sistemas de assistência médica até os comportamentos que interferem na saúde (VIANA, 1995).

No âmbito nacional, o Programa Nacional de Gestão de Custos, que tem como objetivo principal difundir, em nível nacional, aspectos importantes e benefícios que a gestão de custos proporciona às instituições de saúde, assim como uniformizar conceitos e metodologias de sua apuração. Também tem por finalidade fornecer instrumentos que estimulem a elaboração de informação gerencial para auxiliar gestores na tomada de decisões.

As técnicas ou tipos de análises econômicas com procedimento para apuração de custos similares são 4 (quatro) e se diferenciam entre si pelas medidas das consequências. O custo-benefício mensura os custos e efeitos em unidades monetárias; O custo-utilidade mede o resultado em unidades de utilidade; o custo-efetividade “o efeito único é expresso em unidades naturais”; e, por fim, a análise de minimização de custos que compara o custo de duas intervenções com resultados similares e custos diferentes (VIDAL, 2010).

Então, tomando por base as técnicas e análises econômicas existentes na literatura que são aplicadas em hospitais e unidades básicas de saúde nas mais diversas regiões do País, podemos utilizar a análise de minimização de custos para comparar as intervenções que são realizadas pela unidade administrativa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, mais precisamente na XI Gerência Regional de Saúde e comparar os resultados e custos gerados, sendo esta uma ferramenta gerencial para a tomada de decisões.

O centro de custos possui diversas definições, principalmente na área privativa, mas refere-se a uma organização lógica que separa diversos setores e atividades dentro de uma empresa. Sobre a estruturação dos tipos de centro de custos destaca-se:

“Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição (Brasil, 2006).”

Assim, os centros de custos serão inseridos ou retirados de acordo com os interesses da instituição, objetivando a melhor identificação dos custos de uma atividade específica, podendo também ser agrupados os que desempenhem atividades semelhantes que irão expressar melhor os custos das atividades (BRASIL, 2006).

A grande mudança deverá ocorrer na qualidade do gasto público e não apenas no corte dos gastos, pois o Estado precisa ser organizado, administrado, planejado e financiado para prestar serviços públicos à sociedade, sendo esta a finalidade de sua existência (Pereira, 2013).

A XI GERES foi criada no ano de 2006, e situa-se em Serra Talhada PE é considerada na região como polo educacional, médico e comercial, tendo 01 (um) Hospital Regional – Professor Agamenon Magalhães (HOSPAM) – 03 (três) hospitais privados conveniados ao SUS (Casa de Saúde e Maternidade Clotilde Souto Maior, Hospital São Francisco e Hospital São Vicente), 01 (um) hospital psiquiátrico privado, mas também conveniado ao SUS (Hospital Psiquiátrico São Vicente), 01 (uma) UPAE (Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado), além de vários consultórios médicos das mais diversas especialidades, clínicas e centros de apoio diagnóstico. Mesmo assim, existem especialidades que são inexistentes na região como hemodiálise, atualmente prestada no município de Arcoverde, e oncologia e pediatria, sendo necessário recorrer a outras cidades para a prestação desses serviços.

O valor mensal de cada unidade administrativa é calculado com base na dimensão populacional dos municípios que a compõe

e pelos serviços instalados, sendo divergente uma das outras. Ao pesquisar na literatura sobre o assunto, a implantação de um centro de custos foi encontrada apenas relacionada a hospitais e unidades básicas de saúde, não estando contempladas as unidades administrativas das Secretarias Estaduais de Saúde. A criação das Geres teve por objetivo apoiar os municípios de Pernambuco, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias.

Para isso a gestão financeira da Geres juntamente com as informações obtidas pelo centro de custos dará um maior suporte quanto às decisões a serem tomadas pela gerência na realização das ações, supervisões e campanhas, o que seria importante, pois otimizaria os recursos recebidos para serem aplicados de forma mais consciente e podendo também mensurar o resultado de cada ação havendo mudança de estratégia para cortar ações que demandem uma alta quantia mas que, ao mudar a estratégia, possa conseguir melhores resultados ou até os resultados já previstos com um menor dispêndio financeiro. Ainda segundo Vidal (2010), por princípio de justiça, faz-se fundamental a eficiência na aplicação dos recursos públicos, sem excluir a possibilidade de priorização de determinados processos em detrimento de outros sem comprovada efetividade.

Métodos

Baseada em um arcabouço empírico concebido e realizado em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, e norteada a partir de um objetivo geral, três objetivos específicos e da elaboração das metas a serem alcançadas através das ações previstas e planejadas, conforme descrito no quadro 1.

Resultados esperados

Os resultados esperados são, além de melhor utilização da ver-

ba de custeio a partir da verificação dos custos de cada ação, também a demonstração da importância da implantação do centro de custos na regional para a gestão e seus servidores.

Com relação aos resultados esperados em cada meta:

Meta 1 – estruturar uma lista de insumos e atividades a serem analisadas no custeio;

Resultado esperado: finalização da estruturação da lista de insumos e atividades a serem analisadas no custeio até o final de outubro/17.

Meta 2 – Definição de data para repasse das informações de custos pelos setores responsáveis pelas ações/atividades;

Resultado esperado: preenchimento pelo setor responsável pela ação/atividade da planilha previamente elaborada com os insumos e atividades que serão mensurados até o final de novembro/17.

Meta 3 – repassar à gerência da unidade administrativa as informações referentes aos custos de cada ação/atividade;

Resultado esperado: utilização das informações contidas na planilha sejam utilizadas como ferramenta gerencial para a tomada de decisão até o final de dezembro/17.

Considerações finais

O projeto de intervenção apresenta baixo custo, pois utilizará os insumos e recursos humanos da unidade administrativa para a formação do centro de custos.

Para a implantação do Centro de Custos necessita-se apenas de 5 (cinco) profissionais da unidade administrativa de setores importantes para a coleta das informações necessárias para a elaboração das planilhas de controle de gastos.

A implantação de um centro de custos na XI Gerência Regional de Saúde na busca de melhor utilização da verba de custeio e otimização dos gastos a partir da mensuração das ações e dos setores da unidade administrativa tem grande relevância para a Secretaria Estadual de Saúde para a demonstração de como verbas de custeio são utilizadas.

Quadro 1. Objetivos metas e ações da intervenção

Objetivo Geral: Implantar o centro de custos na XI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco como ferramenta gerencial para o planejamento e a tomada de decisões.		
Objetivos Específicos	Metas	Ações
Definir o processo de trabalho do Centro de Custos e insumos que serão mensurados (listar os principais);	Estruturar 1 lista de insumos e atividades a serem analisadas no custeio até o final de outubro; Estruturar 1 proposta de fluxo em 2 meses	Listar materiais de expediente a serem custeados e demais materiais (gasolina);
		Estruturar formulário de preenchimento com informações sobre os materiais usados nas ações;
		Realizar reunião interna do setor administrativo para divisão de atribuições;
Articular e pactuar com os demais setores da XI GERES o prazo para envio das informações para compor planilha de gastos a ser apresentada para a gestora;	Definir uma data para repassar as informações dos custos pelas ações/atividades desenvolvidas pelos setores responsáveis.	Preenchimento de planilha previamente elaborada pelo setor responsável pela ação/atividade com os insumos e atividades que serão mensurados.
Monitorar a implantação do Centro de Custos em cada setor e nas ações desenvolvidas pela regional;	A partir das informações obtidas nas planilhas repassadas por cada setor informar a gerência o custo de cada ação/atividade para servir de ferramenta para a tomada de decisão.	Entregar planilha com todas as informações de gastos elaboradas pelos setores para a Gerência.

Fonte: elaborado pelos autores.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

NERO, Carlos R. Del. **O que é Economia da Saúde**. Capítulo I. Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para a Gestão da Saúde. Brasília, outubro de 1995 Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/CAP1.pdf> >. Acesso em: 26.08.2017.

PEREIRA, Jeronimo Rosário Tanan. Silva, Alcione Carvalho. **A Importância da Implantação de Sistema de Custos para a Gestão do Setor Público**. X Congresso Brasileiro de Custos – Guarapari, ES, Brasil. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/2540/2540>> Acesso em 28.08.2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação** (14^oed.) São Paulo: Editora Cortez,2005.

VIANA, Solon Magalhães. PIOLA, Sérgio Francisco. **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: Outubro de 1995.

VIDAL, Sueli Arruda. SAMICO, Isabella Chagas. FRIAS, Paulo Germano de. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no programa saúde da família. **Revista Saúde Pública**. Disponível em: <www.sielo.br/rsp> Acesso em 26.08.2017.

Descentralização do teste rápido para triagem de sífilis no município de Toritama

Vanessa Lopes Gomes da Silva
Efraim Naftali Lopes Soares
Sebastião André Barbosa Junior

Introdução

A sífilis é considerada um problema mundial de saúde pública, tem como agente etiológico a bactéria *Treponema Pallidum*, é caracterizada como uma doença infecciosa, com alternância de períodos que vão desde a fase aguda até fase de latência, quando não realizada a intervenção através do tratamento. Considerada uma doença crônica com características assintomáticas, apresenta transmissibilidade horizontal, pelo contato sexual, e vertical, de forma congênita (LORENZE, 2001; 2005; 2009; RODRIGUES, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), surge diariamente cerca de um milhão de casos novos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Por ano, esse número sobe para 357 milhões, estando entre elas: clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase, tal dado muito preocupa, pois, aumenta o risco de coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A infecção por sífilis eleva significativamente a chance de uma nova transmissão e ou aquisição de infecção do HIV. Mais de 300 mil mortes neonatais no mundo são decorrentes da sífilis congênita, sendo esta adquirida através da transmissão vertical (BRASIL, 2016; OMS, 2008).

Nos anos de 2005 a 2016 entre as regiões brasileiras, a região nordeste foi a segunda colocada quanto ao número de casos de sífilis na gestação um total de 169,546 casos, evidenciando a escassez de meios de diagnóstico em tempo oportuno. Um dado que preocupa e, portanto, reforça a importância da descentralização dos testes rápidos para sífilis, é de que no ano de 2015, o estado de Pernambuco notificou 897 casos de gestantes com sífilis. Neste mesmo período foram notificados 1.214 casos de sífilis congênita em Pernambuco (BRASIL, 2016).

Um estudo realizado por Silva (2014) aponta que um dos principais entraves no controle da sífilis é a dificuldade no tempo resposta ao seu diagnóstico pelo Teste de Investigação de Doenças Venéreas (VDRL), além da baixa cobertura na oferta do exame enquanto problema para devida condução da linha de cuidado e propõe a oferta de teste rápido enquanto caminho para garantia desse acesso. Ressaltando a dificuldade de acesso ao exame e/ou resultado, Miranda (2009), evidencia que das 1.380 gestantes que participaram do seu estudo, mais de 10% não fizeram VDRL ou não obtiveram resultado, estando entre uma das principais dificuldades apontadas, a demora na tramitação do exame, reforçando ainda mais a importância dos testes rápidos.

A sífilis desafia há séculos a humanidade, desde o seu descobrimento no final do século XV, na Europa (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; CARRARA, 1996). Deve-se, portanto, abordar este problema do passado com estratégias inovadoras e atuais, dentre as quais pode se destacar o teste rápido, pois ele já está presente entre as recomendações técnicas para diagnóstico da sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (DST) (AMARAL, 2012).

Em 2015 a 4ª Região de Saúde de Pernambuco apresentou 303 casos de sífilis sendo, 98 adquiridas, 78 congênita e 126 em gestante. O município de Toritama, sediado nessa regional, apresentou cinco casos, sendo quatro de origem congênita e um caso em uma gestante (BRASIL, 2017).

Partindo do desafio de uma melhoria no acesso ao teste de triagem de sífilis e do perfil epidemiológico apresentado pela cidade de Toritama, este trabalho teve o objetivo de apoiar a descentralização dos testes rápidos para triagem da sífilis para as unidades básicas de saúde e um hospital do município de Toritama.

Metodologia

A intervenção aconteceu no município de Toritama que, está localizada na IV Regional de Saúde do Estado e tem sede em Caruaru. Possui uma população de 43.176 habitantes, uma densidade demográfica de 1.396hab/km² em sua rede de atenção primária a saúde possui: nove unidades de saúde da família (83% de cobertura), 67 agentes comunitários de saúde e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I (BRASIL, 2017).

A intervenção foi desenvolvida com o gestor municipal de saúde, coordenadores da área da saúde e as/os enfermeiras/os das unidades básicas e do Hospital Municipal de Toritama.

As atividades do Projeto de Intervenção foram realizadas entre os meses de junho a setembro de 2017. O processo de descentralização dos testes rápidos de triagem da sífilis depois da etapa de implantação (projeto de intervenção) tem a perspectiva de torna-se contínuo nos serviços de saúde participantes.

Etapas da intervenção

A primeira etapa consistiu na articulação junto à gestão municipal de saúde para a implementação do teste rápido para sífilis. Nessa etapa foram planejados conteúdos e pautas da reunião, articulação do local e equipamentos para a mesma, além do convite ao secretário municipal de saúde e coordenadores da atenção à saúde do município. Posteriormente foi realizada a reunião com a perspectiva de apresentação do Projeto de Inter-

venção e articulação com os representantes do município para a realização do processo de descentralização dos testes rápidos de triagem de sífilis. Após a reunião foi realizado uma sistematização dos encaminhamentos apontados no formato de um texto.

A segunda etapa consistiu na capacitação dos profissionais de saúde do município para realização do teste rápido e solicitação dos testes rápidos através do Sistema de Informação Desenvolvido para o Gerenciamento dos Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB). Para a qual foram mobilizados os profissionais enfermeiros das unidades básicas de saúde e do hospital do município. A oficina foi dividida em duas partes, uma teórica e outra prática, sendo a teórica através de uma abordagem expositiva dialogada e a prática, explorando-se uma demonstração de coleta e realização de teste rápido.

Também foi organizada uma capacitação com os coordenadores municipais de saúde do município que conduzem as solicitações dos testes rápidos. Nessa oficina se deu a alimentação do sistema em modelo de estudo de caso, onde os municípios retiravam as dúvidas de forma simultânea. Após as capacitações foi realizada sistematização das atividades através de um relatório.

Na última etapa da intervenção foi trabalhado o monitoramento da realização dos testes no município através do Sistema de Informação Desenvolvido para o Gerenciamento dos Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB) se dará por parte da IV GERES, por meio do SISLOGLAB, para tal faz-se necessário que o município realize, mas de uma solicitação através deste sistema, para assim realizarmos um monitoramento do que vem sendo realizado de testes no município.

O monitoramento foi realizado mensalmente através do Sistema de Informação Desenvolvido para o Gerenciamento dos Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB) que é um sistema de informação desenvolvido para o gerenciamento dos insumos laboratoriais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio do

Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais O mesmo deixa a gestão ciente das ações desenvolvidas pelos municípios (BRASIL, 2013).

A avaliação do processo da intervenção será realizada semestralmente durante o colegiado da Atenção Primária da IV GERES.

Durante a realização do estudo, respeitaram-se os preceitos éticos para pesquisa e anuência da IV GERES e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Toritama. Os dados somente foram coletados após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa. Os participantes do projeto foram esclarecidos sobre a intervenção e pontos positivos e negativos do projeto, através de apresentação e leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A intervenção iniciou-se com a adesão do município de Toritama ao processo de descentralização dos testes rápidos de tiragem de sífilis através do processo de articulação realizado pela IV GERES. A articulação foi realizada no mês de junho de 2017, com a realização de uma reunião com a participação do secretário municipal de saúde e coordenação da atenção à saúde, na sede da secretaria de saúde do município. O encontro teve como pauta: a sífilis no município de Toritama e o processo de descentralização do teste rápido de triagem de sífilis, que gerou os seguintes encaminhamentos: capacitação de profissionais de enfermagem das unidades básicas de saúde e do hospital do município, cadastrados no CNES, e em seguida, a efetivação do processo de descentralização dos testes.

No mês seguinte, julho, foi realizada a capacitação de profissionais através da realização de uma oficina, no auditório da IV GERES, com a participação de 17 profissionais da enfermagem, sendo estes 11 do município de Toritama, nove da atenção básica e dois do hospital. A oficina teve dois momentos, um teórico e outro prático: o momento teórico, no qual abordou-se

a sífilis, sua etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, sinais clínicos, diagnóstico, prevenção e tratamento, além da situação epidemiológica da doença no estado e na região de saúde, e o momento prático foi realizado através de uma demonstração de coleta de material biológico e realização do teste rápido de triagem, no laboratório da IV GERES.

O processo de descentralização iniciou-se no mês de agosto de 2017, no qual os testes rápidos de triagem de sífilis foram encaminhados primeiramente para o Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima, no qual a realização dos testes vem sendo conduzida pelas duas profissionais capacitadas. Posteriormente houve a descentralização para as UBS do município, nas quais cada uma conta com um profissional treinado pela intervenção para a gestão e operacionalização dos testes.

Considerações finais

Esta intervenção promoveu a ampliação do acesso ao teste rápido de triagem de sífilis a população do município de Toritama, além também de fortalecer a organização na rede de saúde e linha de cuidado, agilizando dessa forma o acesso a triagem e diagnóstico definitivo da doença, de um tratamento precoce e adequado, favorecendo as chances de cura da doença. Essa intervenção serve como experiência piloto para subsidiar a ampliação do processo de descentralização dos testes de triagem de sífilis para os outros municípios que compõem a IV GERES.

Referências bibliográficas

AMARAL, E.; FLEMING, R. A. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, p. 325-7, 2008.

AMARAL, E. Editorial: Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n.2, p.52-55, 2012.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 81, n.2, p.111-126, 2006.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica, município de Toritama – PE. **Nota Técnica**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em 10 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família no município de Toritama - PE. **Relatório**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 10 set. 2017

BRASIL. **Como é a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-hepatites/como-e-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv-sifilis-e-hepatite>>. Acessado em 04 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso /Ministério da Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180p

BRASIL. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 100p. (Série TELELAB)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: Sífilis 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 29p.

BRASIL. Sistema de notificação de agravos de notificação compulsória. Acesso em 25/08/2017

CARRARA, S. **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996. 339p.

CARVALHO, M. M.; RABECHINI, R. **Construindo Competências para Gerenciar Projetos**: teoria e casos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, E. L.; PASTORELLO, R. R. Descentralização de teste rápido HIV/sífilis na rede de saúde de Guarujá: um grande desafio. **31º Congresso dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. 14º Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios**. 7º Prêmio David Capistrano. Santos – SP, Março de 2017. Anais...

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, B. F.; GRAZZIOTIM, L.; BASSO, E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul-RS no período de 1998-2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2005.

LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ARTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**, v. 37, n.2, p. 83-90, 2009

DOS ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C. **Sífilis**: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 257-263, 2009.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. **Crítérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. Documento Científico, v.20, Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. 17p.

MIRANDA, A. E.; ROSETTI FILHO, E.; TRINDADE, C. R.; GOUVÊA, G. M.; COSTA, D. M.; OLIVEIRA, T. G. E.; FRANÇA, L. C.; DIETZE, R. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n.4, p.386-391, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008.

PIMENTEL, V. J.; LEÃO, L.; CARMO, M.; FRANÇA, D. V.; FARIAS, S. Descentralização do teste rápido agiliza o diagnóstico do HIV e sífilis no município de Arapiraca. 52º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,

MEDTROP 2016. 21 a 24 de agosto de 2016, Maceió, Alagoas. **Anais...**

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 168-175, 2004.

SARACENI, V. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação de sífilis congênita do município do Rio de Janeiro: 1999-2000. 117f. 2005. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública), Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro - RJ, 2005.

SILVA, J. L. **Fragilidades e desafios na consolidação da linha de cuidado do usuário com sífilis em Santa Maria/RS**. 27f. 2014. Monografia (Especialização em Gestão e Atenção Hospitalar de Sistema Público de Saúde, ênfase Mãe-Bebê), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Univesidade Federal de Santa Maria, Santa Maria – MG, 2014.

TUCKER, J. D.; BU, J.; BROWN, L. B.; YIN, Y. P.; CHEN, X. S.; COHEN, M. S. Accelerating worldwide syphilis screening through rapid testing: a systematic review. **The Lancet infectious diseases**, v. 10, n. 6, p. 381-386, 2010.

A implantação do teste rápido humano de leishmaniose visceral nas unidades básica de saúde dos municípios pertencentes a VII região de saúde de Pernambuco

Luciano Lindolfo
Maria Auxiliadora de Sá Magalhães

Introdução

A leishmaniose Visceral (LV) é considerada uma endemia rural, atualmente com grande expansão para zona urbana e apresenta-se como uma doença emergente (PERNAMBUCO, 2015). O controle é complexo e vem se tornando um desafio para a saúde pública, principalmente devido ao baixo conhecimento da população sobre a doença e pela dificuldade no acesso ao diagnóstico (ROMERO, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), a LV está entre as 06 endemias consideradas prioritária do mundo, acometendo cerca de 02 milhões de casos novos a cada ano, afetando, sobretudo, as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social (ZUBEN, 2016).

No Brasil o controle da doença vem se tornando cada vez mais difícil, conseqüentemente aumentando a taxa de letalidade em

decorrência do diagnóstico tardio, principalmente. O Ministério da Saúde (MS) estima que quase 03 mil pessoas sejam infectadas anualmente no país (BRASIL, 2014).

Em Pernambuco os dados epidemiológicos não são satisfatórios. No período de 2010 a 2014 foram confirmados 473 casos de LV com média de 95 anualmente, ocorrendo 35 óbitos no mesmo período analisado. Pois, a incidência de casos confirmados, bem como a taxa de letalidade aumentaram consideravelmente no ano de 2014 (PERNAMBUCO, 2015).

Na VII região de saúde do estado de Pernambuco, a qual abrange os municípios de Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante, endêmicos para LV, a doença passou a ter maior expansão e o ciclo urbano se tornou mais comum nos últimos anos, deixando a grande parte da população vulnerável à doença. Pois, tendo com base os dados epidemiológicos regional, extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram confirmados, no período de 2010 a 2016, 90 casos de LV, com evolução de 08 óbitos no mesmo período (PERNAMBUCO, 2017).

Logo, considerando, a alta taxa de incidência e letalidade de casos de LV no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2014, a doença passou a ser incluída como prioritária para o Programa de Enfrentamento as Doenças Negligenciadas de Pernambuco (Programa SANAR) no ano de 2015, cuja finalidade é implementar as ações de controle já existente, implantar novas estratégias e tratar oportunamente pelo menos 90% dos casos confirmados.

Tomando por base as diretrizes do plano de ação do Programa SANAR (2015 – 2018), pode-se verificar que o diagnóstico precoce da LV ainda é um desafio para o estado de Pernambuco. Diante disso, o diagnóstico passou a ser prioridade para o Programa, na perspectiva de tratar oportunamente, reduzir óbitos e subsidiar no direcionamento das medidas de controle vetorial

(PERNAMBUCO, 2015). Tal situação fez com que fosse dado maior ênfase, através do Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (LACEN - PE), ao processo de descentralização do Teste Rápido Humano (TRH) de LV, para os laboratórios regionais de Pernambuco. No entanto, para a VII Gerência Regional de Saúde (VII GERES) a implantação do teste se tornou um avanço significativo, visto que, conseguiu-se diagnosticar mais rapidamente os casos suspeitos da doença.

O TRH de LV é importante, principalmente pela fácil realização, fácil armazenamento (em temperatura de +2° a +30° C) e liberação do resultado em curto intervalo de tempo. O teste apresenta especificidade em torno de 97%, garantindo alta confiabilidade e baixa chance de resultado falso positivo. Logo, um resultado reagente associado à clínica e à epidemiologia da LV é capaz de definir o diagnóstico e, conseqüentemente, a autorização imediata do tratamento para o paciente (FUNDAÇÃO EZEQUEL DIAS, 2015).

Embora tenhamos avançados em alguns aspectos, merece ser destacado que atualmente os casos de LV da VII região de saúde, ainda estão sendo diagnosticados tardiamente nas unidades hospitalares, resultando em alguns tratamentos ineficaz e conseqüentemente óbitos. Nesse sentido, levando em consideração, os benefícios do TRH de LV, torna-se de fundamental importância a implantação do teste nas Unidades Básica de Saúde (UBS) dos municípios, na perspectiva de melhorar a qualidade de atenção aos casos suspeitos de LV (BRASIL, 2014). Legalmente, conforme o decreto n°: 7.508 de 28 de junho de 2011, a Atenção Básica (AB) é porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), logo, pacientes suspeito de LV, tendem a procurar em primeiro momento as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que estão mais próximas dos usuários.

Portanto, o presente Projeto de Intervenção (PI) tem o objetivo de implantar o TRH de LV nas UBS dos 07 municípios da VII região de saúde de Pernambuco. O projeto será desenvolvido por

técnicos da Vigilância em Saúde (VS) da VII GERES, no período de fevereiro a julho de 2018, através de capacitação teórica e prática sobre a realização do TRH, além do processo de monitoramento e avaliação, junto aos profissionais enfermeiros das equipes da ESF dos 07 municípios de abrangência da VII GERES. Logo, qual intervenção contribuirá para melhorar o controle da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) nos municípios da VII região de saúde de Pernambuco?

Métodos

Será realizado um PI, que segundo Maximiliano (2002), refere-se ao conjunto de ações planejadas e coordenadas com propósito de alcançar os objetivos definidos mediante o recurso e o tempo estimado. É considerado resolutivo, concreto, objetivo e estabelece viabilidade prática (CARVALHO e RABECHINI 2008), com capacidade de contribuir para a solução de problemas, transformar ideias e sistematizar as atividades (ROBBINS, 2007).

Portanto, Para Luiz (2013), o PI é diferente dos demais projetos por mostrar como as ações devem ser implantadas e não só por apresentar a solução para o problema.

Local do estudo

O local para a implantação dos TRH de LV será nas UBS dos municípios de VII região de saúde de Pernambuco: Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante, ambos os municípios, situados na região central do nordeste brasileiro e pertence à mesorregião do sertão Pernambucano.

A capacitação sobre a realização dos testes será feita no auditório do departamento de VS da VII GERES, cidade de Salgueiro, envolvendo todos os municípios.

População do estudo

A população do estudo serão os profissionais enfermeiros integrantes das equipes de ESF dos municípios pertencentes a VII região de saúde de Pernambuco.

Período do estudo

O PI será desenvolvido no período de fevereiro a julho de 2018.

Quadro 1. Etapas da intervenção			
Etapa	Intervenção	Meta	Responsável
01	Apresentar o PI em reunião do Colegiado Intergestor Regional (CIR) para apreciação e aprovação pelos secretários de saúde dos 07 municípios da VII GERES	Aprovação mínima de 01 secretário de saúde	Gerente da VII GERES
02	Divulgar o PI, para as UBS, coordenações de VS e AB dos 07 Municípios da VII GERES	Divulgação para 52 UBS e coordenações de VS e AB dos 07 municípios	Apoiador do Programa SANAR da VII GERES
03	Planejar e Elaborar as capacitações de realização do TRH de LV	Elaboração de 03 capacitações	Apoiador do Programa SANAR da VII GERES
04	Realizar 03 capacitações sobre a realização do TRH de LV, consecutivas, de 08 horas de duração cada, sendo: 04 horas teórica e 04 horas de prática, na seguinte seqüência: a primeira capacitação será para os municípios: Serrita e Belém de São Francisco; a segunda capacitação para os municípios: Mirandiba, Cedro, Terra Nova e Verdejante; e, a terceira capacitação para o município: Salgueiro	Participação mínima de 40 enfermeiros da ESF, sendo: Belém: 06 Cedro: 03 Mirandiba: 04 Salgueiro: 15 Serrita: 06 Terra Nova : 03 Verdejante: 03	Profissionais de Nível superior da VS da VII GERES
05	Elaborar, confeccionar e distribuir, folder explicativo sobre a doença LV e o passo a passo para realização do TRH	Distribuição do folder para 52 UBS	Departamento de VS da VII GERES
06	Realizar o monitoramento e avaliação da implantação do TRH de LV nas UBS	Envio de 01 planilha de controle e 01 planilha de solicitação de TRH por UBS, e após 03 meses será aplicado um questionário com enfermeiros de 02 UBS/município	Apoiador do Programa SANAR da VII GERES

Etapa	Intervenção	Meta	Responsável
07	Consolidar os dados do monitoramento e avaliação	Consolidação de 100% dos dados coletados	Apoiador do Programa SANAR
08	Elaborar relatório conclusivo do PI	Elaboração de 01 relatório	Apoiador do Programa SANAR da VII GERES
09	Realizar reunião, com secretários de saúde, coordenadores de AB e VS, para apresentação dos resultados	Apresentação de 01 relatório	Gerente da VII GERES

Fonte: elaborado pelos autores.

Antes da aplicação do PI a coleta de dados será realizada através de análise documental. Durante o desenvolvimento do projeto, os dados serão coletados, utilizando planilha de controle da realização de TRH de LV, e planilha de solicitação de testes, ambas preenchidas pelas UBS e encaminhadas a VII GERES. Após a implantação do PI, será aplicado um questionário com profissionais enfermeiros de 02 UBS, por município participante, para obtenção de dados.

Análise de Dados

A análise e síntese dos dados extraídos do levantamento bibliográfico, planilhas e questionários, serão realizadas de forma estatística descritiva, visto que, melhor possibilita observar, contar, descrever e classificar os dados, com a finalidade de reunir o conhecimento produzido no estudo e, sobretudo, gerar informações para o melhoramento da qualidade das intervenções.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento será realizado mensalmente por meio de envio de 01 planilha de controle da realização de TRH de LV e 01 planilha de solicitação de testes, seguindo o fluxo da UBS para a coordenação de VS e sequencialmente para a VII GERES. Ainda está incluído no processo de monitoramento, o assessoramento técnico, este, após o terceiro mês da implantação do PI. Para esse assessoramento, será utilizado o modelo já implantado no programa SANAR, na qual, através de sorteio, serão seleciona-

das 02 UBS em cada município participante da implantação. Nas UBS sorteadas será realizada uma visita para aplicação do questionário específico, por meio de entrevista face a face, com o enfermeiro da ESF.

O processo de avaliação será feito após 03 meses de implantação do PI, e levado em consideração o monitoramento mensal, o assessoramento técnico e os dados epidemiológicos da doença, antes e após a implantação.

Considerações éticas

No PI será levando em consideração a ética na pesquisa, enquanto aos dados e as informações coletadas será autorizado pela gestora da VII GERES, através da declaração de anuência e usados exclusivamente para fins de desenvolvimento do projeto.

Resultados esperados

Espera-se implantar o TRH de LV em no mínimo 40 (80%) UBS nos 07 municípios da VII região de saúde de Pernambuco, tornar enfermeiros da ESF aptos a realizar o teste, e melhorar os conhecimentos desses profissionais quanto a LVH. Com isso: auxiliar no diagnóstico precoce de LV, melhorar a qualidade da atenção assistencial dos casos suspeitos, apontar um melhor direcionamento no controle vetorial, tratar oportunamente os casos e principalmente reduzir e evitar óbitos.

Como resultados parciais já houve a divulgação in lócus sobre a implantação do TRH de LV nas UBS dos municípios de Mirandiba, Salgueiro e Terra Nova, através do assessoramento técnico de LVH, que aconteceu no período de maio a agosto de 2017, e notou-se que os profissionais de saúde demonstraram bastante interesse na implantação do teste.

Considerações finais

Conclui-se que o presente PI ainda não foi desenvolvido em sua totalidade devido a pouca quantidade de TRH de LV disponibilizado a VII GERES através do LACEN - PE, tendo em vista que este laboratório também vem recebendo o insumo em baixa quantidade pelo MS.

Logo, com o restabelecimento do insumo, sobretudo, e considerando a importância e o impacto na implantação do PI para o controle da LVH na VII região de saúde de Pernambuco, o projeto será retomado e conseqüentemente desenvolvido em pelo menos 40 (80%) UBS, uma vez que a intervenção apresenta um baixo custo e com capacidade operacional e política de fácil viabilidade.

Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: DF. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 27 abr. 2017.

CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da; BEVILACQUA, Paula Dias. Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol.21, n.2, pp.621-628. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200621&lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2017.

CARVALHO, M. M.; RABECHINI, R. Jr. **Construindo competências para gerenciar projetos**: teoria e casos. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS. **Uso do teste rápido imunocromatográfico IT LEISH para o imunodiagnóstico da leishmaniose visceral humana (LVH)**. Instituto Octávio Magalhães – LACEN/MG. Divisão de epidemiologia e controle de doenças serviço de doenças parasitárias/laboratório de referência nacional para diagnóstico da leishmaniose visceral. LACEN/MG, 2015. Disponível em: <http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/Instrucoes-para-uso-do-teste-rapido-It-leish_30-4-15.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2017.

LUIZ, Cordoní Júnior. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva** [livro eletrônico]. Londrina: Edeal, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/editora/portal/pages/arquivos/elaboracao%20e%20avaliacao_digital.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2002. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000300004&lng=pt&lng=pt>. Acesso em: 01 jun. 2017.

MAXIMINIANO A. C. A. **Administração de projetos**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2002. Organização Mundial da Saúde . Leishmaniose . 2 0 1 5 . D i s p o n í v e l e m : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>>. Acesso: 13 jul. 2017.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de Ações para o Enfrentamento às Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/ SANAR – 2015 - 2018 /** Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. 46p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 1.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica da VII gerência regional de saúde. Salgueiro: Secretaria Estadual de Saúde, 2017.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

ROMERO, Gustavo Adolfo Sierra. O controle de leishmaniose visceral no Brasil: transformar é preciso. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2016, vol.32, n.6, eCO010616. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000600402&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2017.

ZUBEN, Andrea Paula Bruno Von; DONALISIO, Maria Rita. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.32, n.6, e00087415. Epub 01-Jun-2016. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000600401&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2017.

Desafios da formação interiorizada de sanitaristas “*latu sensu*” em Pernambuco: a experiência das Turmas Sertão e Agreste

Bruno Costa de Macedo
Anderson Danilo Dario Lima
Sebastião André Barbosa Junior

Introdução

A retomada da formação de sanitaristas em Pernambuco remonta a uma antiga contraposição entre um *projeto contra-hegemônico* – hasteado sob uma dimensão ética, buscando provocar mudanças na forma de enfrentar a questão da saúde na sociedade – e uma *reforma setorial* profunda do sistema de saúde, partindo de reformas administrativas e institucionalizando a participação popular (PAIM, 2007).

Ainda distantes da superação de tal embate, nossa trajetória buscou caminhar e avançar entre os dilemas que surgem entre uma formação ética e humanamente responsável e as necessidades concretas do domínio das tecnologias, técnicas e ferramentas setoriais da saúde.

A condução de uma proposta de formação em saúde pública, na modalidade *latu sensu*, apresenta-se como um desafio para aqueles presentes nos seus bastidores, principalmente quando

se leva em consideração os aspectos conjunturais atuais que posicionam e gestor da saúde pública (público-alvo dessa formação) em um local naturalmente envolvido em conflitos de interesses diversos e muitas vezes antagônicos a égide do direito constitucional a saúde.

Para tanto, essa formação foi desenvolvida pela ESPPE estruturada a partir de três eixos didáticos “Conhecendo o lugar da produção social da saúde”; “Analisando e intervindo nos problemas de saúde”; e “Refletindo sobre o processo de trabalho e a gestão em saúde”, a matriz curricular foi composta a partir de quatro grandes áreas do conhecimento: Ciências Humanas e Sociais; Planejamento e Gestão em Saúde; Epidemiologia e Processo Saúde- Doença-Cuidado; Trabalho, Ensino e Pesquisa na Saúde (SANTANA et al., 2017).

Uma colcha que costurou dentre muitos retalhos: “concepções de Estado e Sociedade” e “normatizações no processo de organização e de consolidação do SUS”; “saúde como construção sociocultural” e “bases conceituais da economia em saúde, da reforma do Estado e os impactos no setor saúde”; “bases históricas e conceituais da epidemiologia em saúde, seus métodos, principais instrumentos e usos” e “Lutas sociais na América Latina e a presença do pensamento crítico latino-americano na formação do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira”; “O pacto federativo e a descentralização após a constituição de 1988” e “A organização da vigilância em saúde e a integração com a atenção à saúde”; “O processo histórico do trabalho em saúde” e “Educação e educação popular em saúde”; “Ética, bio-ética e o direito à saúde” e “Utilização de softwares para análise e construção de indicadores”.

Outra questão central para o curso consiste no fortalecimento do processo de descentralização e interiorização da responsabilidade pela implantação e implementação das ações e serviços de saúde para os entes federados subnacionais. Iniciado a partir da década de 1990 mediante normativas institucionais do Ministério da Saúde, esse processo posicionou o município e

seus diversos atores representantes como responsáveis por um conjunto de ações, anteriormente executadas de forma difusa no território e sem tanta clareza entre ações e ator responsável (DOURADO; ELIAS, 2011).

Tal contexto obriga trabalhadores e gestores locais à busca constante por processos formativos na saúde sob a perspectiva tanto da educação continuada quanto da Educação Permanente em Saúde, buscando tornar a prática gestora um processo permeado por orientações e diretrizes de densa aplicabilidade ao complexo campo da execução da política de saúde em um contexto locorregional, bem como conferir resultados sanitários positivos diante da limitação sistêmica de recursos.

Ao assumir tal missão, novos e velhos desafios são postos ao processo de ensino-aprendizagem na interface saúde e educação, inferindo o planejamento contínuo e comunicação constante entre os pares visando o alcance da imagem objetivo de aprendizagem contextualizada e problematizadora.

Partindo de um cenário no qual o conhecimento foi construído a partir do processo de trabalho dos profissionais e tendo a Educação Permanente em Saúde como estratégia norteadora da formação, a especialização foi desenvolvida pensando o homem como ser social e trazendo a categoria do trabalho como análise principal do processo educativo, proporcionando uma formação com a perspectiva de transformação social (CURY, 1995). Dessa forma os profissionais discentes puderam contribuir com suas experiências no decorrer da construção da aprendizagem.

A luz dessa compreensão, esse capítulo apresenta-se como uma narrativa sobre o processo de condução da especialização em Saúde Pública da “Turma Sertão” e da “Turma Agreste”, nomenclatura essa expressa e adotada pelos atores envolvidos, que fazem referência localidade geográfica das mesorregiões do interior de Pernambuco. O que consolidou identidades próprias da conjuntura política locorregional, mas principalmente, cultural, distinta no contexto do sertão e do agreste do Estado.

Destarte, esse capítulo está organizado da seguinte maneira: inicia-se com uma apresentação sobre o perfil dos alunos das turmas em tela, uma discussão sobre o processo de implementação de cada módulo do curso e por fim uma análise sobre as potencialidades e fragilidades vivenciadas por equipe de coordenação e profissionais-discentes no dia a dia de execução da proposta de ensino em serviço.

Perfil das Turmas

A especialização tem como objetivo central o fortalecimento do processo de trabalho dentro da estrutura institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma descentralizada no estado de Pernambuco, dessa forma, como critérios de seleção para formação das turmas foi definido que o futuro discente deveria impreterivelmente fazer parte de diversas áreas da gestão do SUS na esfera municipal ou estadual em saúde.

A “Turma Sertão” teve como local sede de encontro dos profissionais-discentes a cidade de Serra Talhada, localizada a uma distância de 412 Km da capital do estado de Pernambuco, o respectivo município é sede da XI Região de Saúde, como também, sede da III Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco.

A “Turma Agreste”, teve como sede de encontro dos profissionais-discentes a cidade de Garanhuns, localizada a uma distância de 230 Km da capital do estado, sede da V Região de Saúde. Ambos os municípios são polos de educação, comércio e com maior capacidade instalada de serviços de saúde públicos e privados em suas respectivas localizadas.

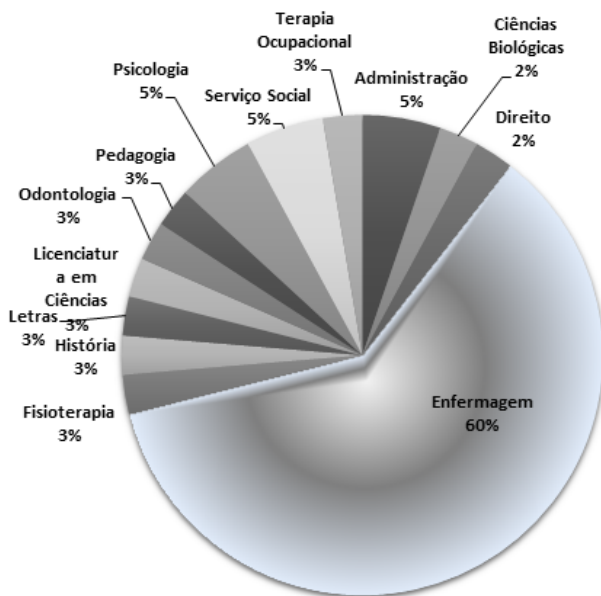
Ambas as turmas foram formadas proeminentemente por mulheres, os quais sejam: Turma Sertão, 87% (33 mulheres de 38 matriculados) do total de profissionais-discentes era de mulheres e de forma bem próxima a Turma Agreste com 80% (35 mulheres de 41 matriculados). Quanto a faixa-etária da turma a maior representatividade, em ambas as turmas foi entre a faixa-

-etária de 30 a 39 anos (Turma Sertão, 18 profissionais-discentes e Turma Agreste com 19 profissionais-discentes) seguidos da faixa-etária de 20 a 29 anos.

Houve heterogeneidade quanto a formação básica dos profissionais discentes, contemplando desde profissões da área da saúde como educação física, psicologia, e medicina veterinária, como também profissionais da área de humanas como bacharelado em direito, administração e licenciaturas em pedagogia e letras.

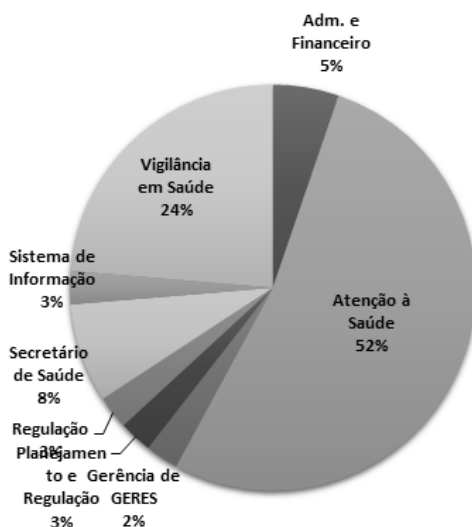
Entretanto, em ambas as turmas nota-se a maior participação de profissionais-discentes bacharéis em enfermagem, no âmbito da Turma Sertão, essa relação quantitativa de profissionais nessa área foi maior que a representatividade de todas as outras categorias profissionais somadas, representando 60% (23 profissionais-discentes) de toda a turma. Já a Turma Agreste apresentou um quantitativo de 46% (20 profissionais-discentes) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Área de formação dos discentes - trabalhadores das duas turmas.



Tais discentes estiveram distribuídos de forma distinta entre os diversos setores da administração direta municipal e estadual em saúde, todavia o primeiro foi aquele no qual contemplou o maior quantitativo de discentes, expressos pelos seguintes valores 26 e 30 profissionais discentes para as Turmas Sertão e Agreste, respectivamente. Por sua vez, os setores que se destacaram foram os de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2. Área de atuação dos discentes - trabalhadores das duas turmas.



Vale salientar a participação de duas gerentes de Gerência Regional de Saúde (GERES), estrutura administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) responsável institucionalmente pela coordenação e condução das Regiões de Saúde do estado de Pernambuco. A presença das respectivas profissionais-discentes se posicionou durante o curso como um input de legitimidade política locorregional da formação para os demais profissionais presentes, também vinculados aos respectivos postos de trabalhos distribuídos pelos interior do estado.

Quanto à natureza do vínculo empregatício dos profissionais da área da saúde, destaca-se a dificuldade de municípios de pequeno porte para desenvolver suas atividades de planejamento em saúde, uma vez que grande parte do quadro de trabalhadores municipais da saúde apresentar vínculos precários e irregulares, visto as mudanças nos efetivos de trabalhadores a cada troca da gestão do município. Gerando uma irregularidade no aprendizado institucional que é construído na rotina de trabalho e de formações dos trabalhadores (SANTOS; GIOVANELA, 2014).

Apesar da precarização do vínculo do trabalhador da saúde, a especialização obteve uma baixa taxa de evasão, sendo de aproximadamente 18% na Turma Sertão e de 12% na Turma Agreste. Não tendo essa relação positiva com área de atuação ou formação dos discentes.

O caminhar do curso

O curso foi pactuado, durante seu planejamento, para ser executado em sua totalidade num período de 12 meses incluindo o último momento presencial de apresentação do Projeto de Intervenção (PI), modalidade do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização. Todavia, diante dos processos de planejamento interno da equipe de coordenação foi observado a necessidade de mais um momento presencial.

Dessa forma, o objetivo dessa ampliação do período total do curso foi o de promover maior fluidez das diversas atividades de finalização do curso, conferir maior qualidade dos produtos finais da formação, bem como, os aspectos logísticos referentes a realização das defesas também descentralizadas do PI. Assim, o curso foi executado em um total de 13 meses, iniciando-se no mês de outubro de 2016 e finalizando no mês outubro de 2017.

A carga horária do curso foi distribuída mensalmente em momentos presenciais de três dias (de quarta a sexta), com carga horária de total de 24 horas mais 6 horas de atividades de dis-

persão desenvolvidas no território. Sendo cada módulo composto numa lógica multidisciplinar que envolvia dois ou três disciplinas e, portanto, dois ou três docentes.

Para tanto, conforme planejado, cada docente era responsável pela elaboração do Plano de Aula para cada módulo em que atuaria, observado que cada docente participava em diversos módulos de maneira a entrelaçar os conteúdos ministrados superando a construção de currículos modulares unidisciplinares.

Cada Plano de Aula contempla em sua totalidade a carga horária e esgotamento do conteúdo foco na metodologia que o mesmo iria desenvolver para alcance dos objetivos de aprendizagem propostos na Matriz Curricular da especialização, bem como a relação com as demais disciplinas.

Assim, trata-se de um instrumento didático pedagógico essencial para a maior fluidez do processo de ensino-aprendizagem durante o módulo, pois, além das demandas referentes ao conteúdo básico, são necessárias outras atividades transversais como: orientação individual sobre aproveitamento do profissional-discente; atividades de dispersão do módulo anterior, prazos e processo de estruturação.

Ambiente Virtual de Aprendizagem como ferramentas de mediação pedagógica à distância

Levando em consideração a distância geográfica entre os discentes que, em grande parte, residiam no interior do estado, e os docentes e equipe de coordenação, que desenvolviam suas atividades na região metropolitana, bem como os intervalos mensais entre cada encontro presencial, foi incluído na proposta do curso como ferramenta de mediação pedagógica o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Dessa forma, constituiu-se um Local não apenas de discussões, mas de organização, sistematização e registro de atividades.

Cada módulo apresentava um espaço específico no AVA, visando à maior organização cronológica dos encontros presenciais e do caminhar do grupo frente à matriz curricular do curso. Tal espaço continha informações pormenorizadas referentes a data, horário e local dos encontros nas regiões de saúde; as disciplinas que seriam desenvolvidas; os colaboradores docentes responsáveis. Incluía também a recomendação de textos para leituras prévias. Por fim, era implantado um link específico para a postagem da Atividade de Dispersão (AD).

Essa atividade era disparada no fim de cada módulo e deveria ser desenvolvida pelos profissionais discentes nos seus ambientes de trabalho a partir da realidade vivenciada pelos mesmos e seus colegas de trabalho, com prazo de postagem até o próximo encontro presencial, o que possibilitava uma média de quatro semanas para a realização da atividade.

Seguem dois exemplos de AD:

No primeiro – inserido no âmbito dos conteúdos “O papel da formação em saúde na construção do SUS” e “Educação Permanente em Saúde” –, foi solicitado aos profissionais-discentes a estruturação de um projeto de Educação Permanente em Saúde para os municípios ou regiões de saúde, no qual estivessem vinculados profissionalmente, partindo das necessidades dos territórios. A atividade requeria: justificativa para a seleção da temática abordada, atores e suas responsabilidades, metas, cronograma, orçamento e financiamento da proposta.

No segundo – para o conteúdo “Linha do Cuidado, Redes de Atenção e Integralidade em Saúde” –, foi proposto que cada profissional-discente deveria, em grupo de até cinco membros ou de forma individual, selecionar uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que tenha sido desenvolvida na região de saúde na qual está vinculado. Após a seleção dessa RAS, deveria ser realizada uma narrativa sobre as principais fragilidades e barreiras para a sua efetivação e fortalecimento no território da região de

saúde, finalizando com alternativas para a solução dos respectivos entraves.

Além dos colaboradores docentes, os profissionais discentes contavam com os Apoiadores Pedagógicos, especialistas na área de Saúde Pública/saúde coletiva, que estavam à disposição de ambas as turmas para esclarecimentos sobre o objetivo das atividades, metodologias para estruturação da proposta, local de postagem no AVA e datas.

Houve adesão ao AVA por grande parte da turma, excetuando situações pontuais de dificuldade de acesso à internet ou ainda pouca habilidade no uso de recursos de informática. Todavia, durante todo o curso, reforçou-se a necessidade de aproximação com essa ferramenta de mediação pedagógica, considerando que ela também representava a memória de todo o curso, desde os primeiros módulos até os últimos, com conteúdo que incluía, além do registro da postagem de atividades de dispersão, o acesso ao acervo de literatura básica e complementar.

Ademais, destaca-se o apoio dos docentes e equipe do curso quanto ao uso da ferramenta, viabilizando o cumprimento de todas as atividades solicitadas nesse espaço, apesar da dificuldade por parte de alguns profissionais discentes.

O trabalho de conclusão de curso no formato de Projeto de Intervenção

Considerando a missão do curso de provocar transformações e o aprimoramento da gestão do SUS no âmbito dos municípios e do estado embasado na Educação Permanente em Saúde, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) consistiu na construção e defesa de um Projeto de Intervenção (PI), voltado ao local de atuação dos discentes.

A decisão da ESPPE pela produção do PI permitiu aos discentes tanto o aprendizado sobre a construção de um TCC, visto que esse formato apresenta o mesmo roteiro ou estrutura que os

projetos convencionais (DYNIEWICZ, 2009), como oportunizou elaborá-lo a partir da identificação de problemas do local de trabalho, reconhecendo as suas causas e consequências. Permitindo, assim, propor e experimentar soluções com intervenções, focadas nas principais causas, que garantirão que o problema, se não resolvido, seja minimizado (MAXIMINIANO, 2002).

Outro aspecto do PI que contribuiu para a formação proposta pelo curso é que ele deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, partilhada entre atores do contexto. Logo, não se trata da elaboração solitária de um projeto para, posteriormente, outros executarem. Trata-se, ao contrário, de um projeto que, desde sua proposição, ocorre no e com o coletivo (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Um PI precisa também ser tecnicamente exequível, economicamente viável, socialmente desejável e politicamente aceitável. Para isso, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação, que envolve a presença efetiva das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção (THIOLLENT, 2005; CHEHUEN NETO, 2012). Os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das intervenções desenvolvidas (MARCONI; LAKATOS, 2008; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Desenvolver um PI é sempre difícil por se tratar de um processo imbricado com os trabalhadores e suas rotinas nos serviços, que busca trazer mudanças institucionais de gestão e no processo de trabalho. Dessa forma, vai sempre encontrar pontos de resistência. Entretanto, por maior que tenham sido as dificuldades na construção do TCC como PI, foi possível verificar que os discentes alcançaram os objetivos de aprendizagem previstos no curso, ao mesmo tempo que conectaram todas as etapas dessa construção com a rotina de sua atuação nos serviços de saúde.

Os discentes constataram que o aprendizado vivenciado e construído nesta formação serviu não apenas para chegar até a con-

clusão do curso com o produto final, mas que a teoria científica não se limita ao âmbito acadêmico, que cabe também na rotina de atuação deles no SUS. Entre esses aprendizados: a construção e utilização de árvore de problemas; definição de métodos coerentes com o objetivo da intervenção e público-alvo almejado; estabelecimento dos instrumentos de monitoramento e avaliação da intervenção; planejar intervenções para serem mais contínuas e profundas; e realizar e sistematizar os registros das intervenções de forma sistemática.

Analisando o processo, tem-se a certeza do dever cumprido e objetivos alcançados. Porém, vale citar algumas das barreiras enfrentadas: as experiências anteriores frustrantes dos discentes quanto ao sentido e significado da produção de um TCC; a dificuldade de olhar para “si/serviço” e propor caminhos de melhorias, acreditando que a mudança é possível; a limitada rotina de produção e divulgação sobre o que se desenvolve nos serviços de saúde; o descompasso entre tempo de trabalho e tempo de estudo; poucos orientadores conscientes em relação à proposta do TCC da ESPPE e o tempo de desenvolvimento do próprio curso, que não conseguiu atender aos planejamentos de todas as ações dos PI.

Vencidos os desafios, e certos de que eles sempre existirão, seguimos até a conclusão do curso, que se deu com muita troca de conhecimentos científicos e populares, recheada daquela alegria e satisfação compartilhada por todos que fizeram o curso nas duas turmas. Encerra-se esta seção com uma produção que, entre tantas outras, serviu para motivar e mobilizar todos os envolvidos na construção do TCC como um PI.

Potencialidades e fragilidades do processo de ensino-aprendizagem

O processo de condução da proposta da especialização envolveu momentos de construção e desconstrução para posterior construção do planejamento interno do curso. Dinâmica essa

compreendida como algo natural diante da Matriz Curricular estruturada para a formação e das peculiaridades da distância geográfica entre equipe de coordenação, alocada na Escola de Saúde Pública Pernambuco (ESPPE) na cidade do Recife, e profissionais-discentes residentes e distribuídos pelo vasto território do interior do estado.

Dessa forma, foi consolidado nesse tópico, as principais discussões da equipe de coordenação articulado com a Avaliação do Módulo, realizado pelos discentes e postados no AVA, logo ao final de cada Módulo, abordando desde aspectos relacionados aos componentes do curso, como também a dinâmica entre esses (Quadro 1.)

Quadro 1. Potencialidade e fragilidades vivenciadas pelas Turma Sertão e Turma Agreste no decorrer da formação, Recife, 2018.

Componentes	Potencialidades	Fragilidades
Ambiente de Aprendizagem Virtual	- Facilitador da comunicação;- Acesso ao acervo literário de toda formação	- Falta de dinamicidade do Layout;
Comunicação e seus meios		
Matriz Curricular	- Transversalidade e comunicação entre os diversos conteúdos	- Processo moroso de definição dos conceitos quanto ao primeiro Eixo
Projeto de Intervenção	- Partindo da realidade do processo de trabalho do profissional-discente	- Mudança de posto de trabalho do profissional-discente; - Distância geográfica entre orientadores e orientados prejudicando a comunicação;
Docente e Didática e didática de ensino-aprendizagem	- Profissionais especializados ou com experiência na área do conteúdo a ser discutido;	- Repetição de discussões abordadas por docentes presentes em módulos anteriores;
Atividade de Dispersão	- Abordando temáticas referentes aos processo de trabalho do discente	- Dificuldade de inclusão dessa demanda na rotina; - Falha de comunicação entre profissional-discente e docente sobre estruturação e objetivos da atividade de dispersão

Fonte: Relatórios de Avaliação; autores.

Considerações Finais

Contribuições da formação em Saúde Pública para além da dimensão técnica dos sujeitos.

A conformação de um curso nas proporções desse que ora apresentamos constitui-se em um grande desafio pedagógico, logístico, político e institucional. E, como tal, somente se faz possível com a composição de uma equipe que extrapola titulação e/ou currículo.

Além de contar com docentes especialistas nas diversas áreas do conhecimento da Saúde Coletiva e da Saúde Pública, o curso reuniu um conjunto de sujeitos que compreendem saúde como um direito de cidadania, efetivado por meio do SUS, e comprometidos com a formação de sanitaristas imbuídos dos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira.

A Especialização em Saúde Pública se soma às demais estratégias desenvolvidas no estado, por meio da ESPPE, com o objetivo de ampliar as ferramentas teórico-práticas da ação pública na saúde, destacando-se sua forte capilaridade pelos municípios do agreste e semiárido do estado, sempre partindo do compromisso institucional de ofertar formações para regiões historicamente carentes de estratégias densas de educação na saúde.

Para além dos aspectos técnicos que essa formação conferiu aos profissionais-discentes, deve-se destacar o potencial de estreitamento das relações interpessoais entre os atores de áreas distintas da administração em saúde, mais especificamente, entre atores sociais vinculados a entes federados distintos, ou seja, municípios e estado. Os atores sociais desses dois entes federados se mostram como aqueles, contidos no federalismo nacional, em que as relações conflituosas tendem a se expressar de forma pronunciada nas discussões sobre as responsabilidades interfederativas e as relações hierárquicas historicamente instituídas.

Assim, compreender o outro, não de forma competitiva, mas sob uma perspectiva cooperativa, foi um dos muitos pontos positivos dessa formação, que se reflete nos diversos ambientes e arenas de discussão, negociação e formação em saúde do estado de Pernambuco e para além dele. Conferindo, dessa forma, um sentimento de pertencimento e realidade sistêmica comum às atividades que geralmente são desenvolvidas em ambientes controlados pelas burocracias e nem sempre providos do fator solidariedade.

Referências

CHEHUEN NETO, J. A. Pesquisa em base de dados. In: CHEHUEN NETO, J. A. (org.). **Metodologia científica: da graduação à pós-graduação**. Curitiba: CRV, 2012.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1995

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo: Atlas, 2008.

MAXIMINIANO, A. C. A. **Administração de projetos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, C. M. C. S.; OLIVEIRA, M. A. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas**: metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 6 jan. 2019.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica. 2007. 300 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007

SANTANA, C. M. B. S. et al. **Interiorização da formação em saúde pública**: o compromisso da ESPPE na transformação do processo de trabalho e da gestão pública no SUS de Pernambuco. In: SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. Redescola e a nova formação em saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP/RedEscola, 2017. cap. 11.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Juramento das turmas



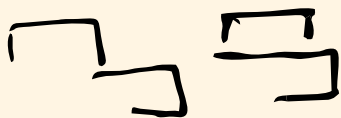
“Juro exercer a profissão de Sanitarista, dedicando-me com zelo e honradez às minhas atribuições, seguindo os preceitos da ética, respeitando e defendendo o Sistema Único de Saúde e os princípios de Universalidade, Integralidade e equidade para a garantia da saúde como direito humano fundamental. Prometo atuar com responsabilidade e autonomia em prol dos interesses e dos direitos da população, comprometido com a humanização, o cuidado, o aperfeiçoamento e a consolidação das políticas públicas de saúde e desempenhar minhas competências e habilidades, de forma crítica e construtiva, fundamentado nos ideais do campo da Saúde Coletiva.”

(Adaptado do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco)





MINISTÉRIO DA SAÚDE



M

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-65-80064-04-5



9 786580 064045