

GUETO

ISSN 2319-0752

REVISTA ACADÊMICA

11ª EDIÇÃO
JAN / MAI 2018

VIGITEC: uma nova ferramenta de comunicação em Vigilância Sanitária

Metodologias Ativas e Preceptoria no Sus: uma proposta para o fortalecimento do COAPES de Santo Antônio de Jesus – Ba

Implantação do Programa de Residência Médica no município de Angra dos Reis

A permanência do acompanhante durante o período de internação em UTI Pediátrica: implantação de protocolo clínico.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DE AMARGOSA -
CFP/UFRB

Bibliotecário: André Montenegro – CRB-5ª / 1515

R454r

Revista Acadêmica GUETO / Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Formação de Professores – Vol. 1, n.1 (2014) - . Amargosa, Bahia: UFRB - CFP, 2014 - . v.; il.

Semestral

Disponível em <http://www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/>
e-ISSN – 2319-0752

1. Educação - Periódicos. 2. Inclusão social - Periódicos. 3. Cultura corporal – Periódicos. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II. Centro de Formação de Professores III. Título.

CDD – 370

GUETO

revista acadêmica

A Revista Acadêmica GUETO tem periodicidade semestral e é uma iniciativa do Grupo de Pesquisa GUETO do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia | UFRB, e é investida do compromisso de publicar artigos, ensaios, debates, entrevistas, resenhas, imagens e vídeos inéditos, em qualquer idioma, sobre temas que contribuam para o desenvolvimento do debate educacional, bem como para a divulgação do conhecimento produzido na área, considerando as perspectivas da Inclusão e Cultura Corporal.

The Academic Journal GUETO has six months, and is an initiative of the Ghetto Research Group of the Teacher Training Center of the Federal University of Bahia Recôncavo | UFRB, and is invested with the obligation to articles, essays, debates, interviews, reviews, pictures and unpublished videos, in any language, on topics that contribute to the development of the educational debate as well as for the dissemination of knowledge produced in the area, considering the prospects of inclusion and Body Culture.

v.5 n.11 jan./abr. 2018 ISSN: 2319-0752

www.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia | UFRB

Reitor: Prof. Dr. Silvio Luiz de Oliveira Soglia

Centro de Formação de Professores | CFP

Diretor: Prof. Dr. Clarivaldo Santos de Sousa

Grupo de Pesquisa GUETO

Coordenador: Jean Adriano Barros da Silva

Editor Chefe

Jean Adriano Barros da Silva
(CFP/UFRB)

Gestor Executivo

Carolina Gusmão Magalhães
(CCS/UFRB)
revistagueto@gmail.com

Revisão da Língua Portuguesa
e Normalização

Carolina Gusmão Magalhães
(CCS/UFRB)

Gestão da Comunicação

Kelly Adriano Barros da Silva
(UNEB)

Diagramação e Design

Carolina Gusmão Magalhães
(CFP/UFRB)

Foto de Capa

Kelly Adriano B. da Silva
(UNEB)



Conselho editorial e consultivo

Anália de Jesus Moreira, Dr^a.
(CFP-UFRB)

Emanoel Luís Roque Soares, Dr.
(CFP-UFRB)

Iolanda Oliveira de Carvalho, Dr^a.
(CFP-UFRB)

Susana Couto Pimentel, Dr^a.
(CFP-UFRB)

Sílvia Maria Leite de Almeida, Dr^a.
(UNEB)

Fernando Reis Espírito Santo, Dr.
(FACED-UFBA)

Rita de Cassia Dias P. Alves, Dr^a.
(UFRB)

Comitê Editorial

Jean Adriano Barros da Silva,
Dr.. (CFP-UFRB)

Anália de Jesus Moreira,
Dr^a. (CFP-UFRB)

Emanoel Luís Roque Soares,
Dr. (UFRB)

Iolanda Oliveira de Carvalho,
Dr^a. (CFP-UFRB)

Susana Couto Pimentel,
Dr^a. (CFP-UFRB)

Sílvia Maria Leite de Almeida,
Dr^a. (UNEB)

Fernando Reis Espírito Santo,
Dr. (FACED-UFBA)

Rita de Cassia Dias P. Alves,
Dr^a. (UFRB)

Maria Fernanda dos Santos Martins,
Dr^a. (UMINHO)

Custódia Martins,
Dr^a. (UMINHO)

Carolina Gusmão Magalhães
M^a, (UFRB)

Endereço

Av. Nestor de Melo Pita, n. 535 – Centro, Amargosa, Bahia,
Brasil **E-mail:** jeanadriano@ufrb.edu.br
revistagueto@gmail.com

Website: //www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/

Fone: + 55 75 3634-3042

Copyright © 2018 Revista Acadêmica Gueto. Todos os direitos reservados.

Sumário

- 10** **Editorial**
- 11** **Projetos Aplicativos**
- 12** **Metodologias Ativas e Preceptoria no Sus: uma proposta para o fortalecimento do COAPES de Santo Antônio de Jesus - Ba**
Tatiane Santos Couto de Almeida
Carla de Magalhães Cunha
Ionara Magalhães de Souza
Nívia Maria Oliveira de Souza
Camila Torres da Paz
Hozana Vieira dos Santos Nascimento
Flávia Freitas
Rogério Lima dos Santos
Deise Santana de Jesus Barbosa
- 24** **Integralidade: um desafio para o processo regulatório em saúde no SUS**
Aline Ferreira Sanches Solei de Oliveira
Amanda Cristina de Moraes
Fernando Oliveira Souza Junior
Gabrielle Giacomini Bruscalin
Jose Eduardo Pelliser Filho
Marisol Dias Miguel
Letícia Cristina Piaia
Nathalia Stein Montalti
Neila Kátia da Silva
Roberto Galdino
Viviana Aparecida de Lima
- 41** **Rede de articulação ensino-serviço na saúde - RAESS**
Ana Camila Gonçalves
Cláudia Feio da Maia Lima
Carolina Gusmão Magalhães
Carolina Prazeres
Delma Alves dos Santos
Érica Cardoso Firmino Pereira
Queli Nascimento Santos
Ivone de Jesus Assis
Simone Andrade dos Santos
Deise Santana de Jesus Barbosa
- 56** **Boas práticas sanitárias na manipulação do açaí no bairro central do município de Santana – AP**
Tânia Regina Ferreira Vilhena
José Sousa Trindade
Walterleny Almeida Santos
Ezequias de Oliveira
Silvana Monteiro Rabelo Azevedo
Lourena de Jesus da Silva
Marleth Lopes

- 68** **Proposta de intervenção para promover a articulação dos serviços de atenção à hanseníase no município de Vitória da Conquista - Bahia**
Glauber Lacerda Santos
Josemeire Nóbrega Almeida
Luciana Farias Souza
Rosângela França Oliveira
Rosana Nogueira Santana Cincurá
Silvana Hohlenwerger Galdino Dias
Simone Maria Galvão Oliveiras
- 79** **Intervindo na falha da coleta de dados para análise e disseminação da informação no município de Santo Antônio de Posse**
Adilson Araújo Lins
Claudia Rielli Ramos
Edilaine Taís Oliveira Lima Conti
Jaísa Valéria Moro
Márcia Cristina Antônio Simentom
Marina Leitão David
Paulo Cesar Madi
Rosângela Zabaleta Alves Corrêa
Sandro Sebastião Ferreira
Valeria Mileo F. Corrêa Alberto
Rafaela Rodrigues Cheche
- 96** **Implementação do processo de avaliação interna dos Programas de Residência em Saúde da COREMU - ESPPE**
Ana Ruth Barbosa de Sousa
Altair Massarora
- 106** **Aedes Aegypti: ações de educação e mobilização social para controle vetorial em uma escola da região administrativa do GAMA/DF**
Ana Edith Marques Leitão Gouveia
Bárbara Gonçalves Formiga
Daniella Cristina Rodrigues Pereira
Geane Di Magielli Figueiró da Silva
Maria Silvana Andrade
Patrícia Pimenta dos Santos
Sávia Silva Soares Pueyo
Sâmia Kelle de Araújo
- 120** **Fortalecimento e integração das ações de gestão para o controle e a fiscalização do medicamento talidomida no Brasil**
Carla Catarine Pereira Nobre
Erico Miroro De Oliveira
Juliana Ruas De Menezes Rodrigues
Leidy Anne Alves Teixeira
Luciana Dos Santos Lopes
Mateus Dias Da Costa Fernandes
Renata De Moraes Souza
Renata Quintão Mendes Mota
Solange Alves Canavieiras
Teresa Gardenia Pereira Braga
Virgínia Badya Nabut

-
- 139** **Integração dos processos de trabalho entre as equipes que compõem a vigilância em saúde de Hortolândia**
Alexandra da Silva Rodrigues Lira
Angelita de Paula e Silva de Castro
Antonio Roberto Stivalli
Cinthya Custodio de Andrade Soares
Fátima Regina da Cal Seixas
Geisa Tavares Tencatti
Raquel Maria Ramalheira Duarte
Renata Caporalle Mayo
Yohana Albrecht
Wilson José Guarda
Sílvia Lutaif Dolci Carmona
- 151** **Proposta de integração da Vigilância Sanitária com demais setores da vigilância em saúde e Atenção Primária no município de Santa Bárbara D'Oeste/SP**
Salma Regina Rodrigues Balista
Edimar Lopes de Almeida
Elena da Costa Cordeiro
Eliane Ferreira
Eliane Franco Wiesel Salvador
Graziela de Braga Barreto Carneiro
Heverson Knauer de Campos
Luiz Henrique Martinelli Ramos
Márcia Elena Simal Fante
Cláudia Ferreira Manão
- 161** **A permanência do acompanhante durante o período de internação em UTI Pediátrica: implantação de protocolo clínico.**
Fernanda Maryneve Menezes
Renata Nicole Natividade de Oliveira
Elenita de Oliveira Silva
Nancy Filgueiras da Costa
Maria José da Silva Palheta
Sheila Cristina Maia Bezerra
Guacy Mayara Monteiro Costa
Rafael de Oliveira Barbosa
Marlindo da Rocha Campos
Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves
- 173** **O desafio de desenvolver a cultura de segurança em três instituições públicas de saúde na região metropolitana de São Paulo**
Carolina Costa Santos Dominguito
Cynthia de Souza Lima
Daniele Mitieyoshioka
Danilo Schimith de Almeida
Juliana Mascara Garcia
Joaquim Mesquita Neto
Laura Maria Fontes Prado Moraes
Maikol Lucas de Camargo Gonçalves
Rogério Vitalino Fagundes
Vinicius Martins Neves
Tassiana Vecchia
Graciane Netto Cardoso Arruda

- 187** **Promoção e prevenção a saúde do homem na Unidade Básica de Saúde Igarapé da Fortaleza no município de Santana - Amapá**
Aldenizia Pereira Silva
Ana Lúcia Fernandes De Brito
Eliane Pinto Santiago
Érica Maria Pereira Lacerda
Fabíola Dos Santos Paiva Ribeiro
Juvanete Amoras Távora
Mariana Carvalho Da Silva
Otonilda Macêdo Cardoso
Rosalina Silva De Sousa
Rosilene Valéria Cardoso De Oliveira Corrêa
- 198** **Integração Ensino e Serviço: uma estrada de mão dupla**
Giselle Bianca Tófoli
Rosa Gouvea de Sousa
Jéssica Laís Resende Vieira
Laura Isadete Dutra Pereira Batista Lopes
Giselle Alves Pádua
Daniele Lílian Trindade Guimarães
José Gabriel Knuppel
Cynthia Adriana Marques Rios Carvalho
Carolina Borges Rodrigues
Jaime César Ribeiro Júnior
- 208** **Proposta para adequação da gestão dos leitos SUS de Obstetrícia no município de Vitória da Conquista**
Carlos Alberto Ferraz de Andrade
Flávia Madalena Neves Cardim Rodrigues
Glícia Miranda da Silveira
Ilca dos Santos Baleeiro
José Gustavo Cabral da Silva
Luciana Borges Menezes
Luciana Soares de Barros
Rosana Nogueira Santana Cincurá
Taiane Tigre Lima
- 220** **Instrumento de avaliação baseado nas Metodologias Ativas para preceptor e estudantes dos cursos de graduação em Saúde na preceptoría no SUS**
Adriano Silva Oliveira
Denise Nunes Rosa De Lima
Hayana Leal Barbosa
Joana Rosa De Menezes Almeida
Karina Andrade Cerqueira
Kítya Aparecida Santos Queiroz
Maíza Sandra Ribeiro Macedo Silva
Naluse Anne Silva Coutinho
Rosa Isela Delgado Ramirez
Sinaide Coelho
- 232** **Integração Ensino-serviço nos cenários do SUS: uma proposta de readequação aos processos educacionais no município de Vila Velha – ES**
André Luis Barros de Souza
Cinthia Lyrio dos Santos
João Elias Rodrigues
Juliani da Silva Araujo Alves
Junia Helena Fagundes da Silva
Nadia Souza Moreira de Alencar
Rosimere de Carvalho Lessa

- 252** **Implantação e implementação da microrregulação na Atenção Primária em Saúde para qualificação do acesso às consultas e exames especializados**
Carla Cristina da Rocha
Carlos Henrique Miranda de Assis Martins
Daiane Aparecida Torres da Silva
George Rodrigo Floriano
Larissa Trombetta Palermo
Luciana Gonçalves
Magda Facelli
Marcelle Rígitano Silva Teles
Salette Castelli Girardi
Valdnei Cláudio Mascarenhas da Silva
Viviana Aparecida de Lima
- 269** **Implantação do Programa de Residência Médica no município de Angra dos Reis**
Ivan Batista Coelho
Lilian Gomes Machado
Cristiane Coelho Cabral
André Luiz da Silva Farias
- 279** **Trabalhando com Metodologias Ativas: melhorias na assistência prestada na emergência do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN**
Aline Negrini
Andreska Rafaelli Silva
Ceany Level da Costa
Valeria Cristina Nascimento Silva
Lucimara Araújo de Almeida
- 291** **VIGITEC: uma nova ferramenta de comunicação em Vigilância Sanitária**
Ana Carolina Frazão
Cassius Tadeu de Lima Dias
Cristina Quemelo Adami Fais
Felipe Ambrosano de Moraes
Helena Husemann Menezes
Maria do Carmo Rezende Fanni
Paulo Henrique Leutevilier Pereira
Plínio Cavalcanti de Albuquerque Neto
Priscilla Brandao Bacci Pegoraro
Yunes Eiras Baptista
Marcelle Regina Silva Benetti
- 309** **Levantamento do perfil sociocupacional e das atividades produtivas domiciliares para planejamento de ações em saúde do trabalhador no território da UBS Camaçari de Dentro**
Francesca de Brito Magalhães
Rosane Aline dos Reis Pedreira
Rita de Cassia Lopes Gomes
Mariana Lisboa Costa
Aline Gomes da Silva Santos
Gildete Sodré de Britto
Jaudilene de Santana Antunes
Mariuxa Portugal Moreira Conceição
Ana Cláudia Conceição da Silva
Lourenço Ricardo Oliveira

323 **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para mudanças nas práticas assistenciais da equipe multiprofissional da Clínica Especializada São Pedro em Macapá - AP**

Adriana Karla Silva Carneiro
Benedita Góes da Costa
Denise de Souza Vilhena
Fernanda Karina Lopes Barata
Glauber Alves
Helencarla dos Santos Ferreira
Melina Bradaci de Souza Quiozini
Nilza de Vilhena Lima
Odilon Costa Ribeiro
Robson Adachi dos Santos
Maribel Nazaré Smith

330 **Em busca de melhores práticas para resolutividade das ações direcionadas ao controle da sífilis no município de São José/SC**

Ângela Maria Weizenmann Sauter
Catarina Izabel da Silva
Flávia Soares da Cruz
Karina Mendes Garcia
Keila Maura de Souza
Mychelle Melo Cardoso
Regiane Valdeci Schmitt
Rosilene Catarina Pires Ventura
Sabrina da Silva de Souza
Thaís Títon de Souza

349 **UBS 02 de Brazlândia: uma proposta de intervenção no acesso dos usuários**

Aline Fernanda de Sá Reis
Eliene Ferreira de Sousa
Fernanda da Cruz Kubitschek
Jean Ponciano do Nascimento Dias
Kely Rodrigues Mourão
Márcia Costa Pinheiro Nery
Perla Estrela Ribeiro
Silvana Reigota Naves de Araújo
Tatiana Fonseca Rocha Vicente
Walkíria Warley Ferreira
Maria Francisca Santos A Britta Moro
Karlo Josefo Quadros de Almeida

360 **Elaboração de planejamento estratégico na atenção básica do município de Laranjal do Jari**

Walter de Souza Tavares
Ana Claudia Silva Leite
Lidiana Ferreira dos Santos
Talina Blenda dos Santos Miranda
Elioneide de Almeida Monteiro

371 **Normas de submissão**

Editorial

A relação entre a teoria e a prática, bem como entre o mundo do trabalho e da aprendizagem constitui-se enquanto importante eixo educacional de currículos orientados por competência e baseados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e foi por este eixo, utilizado pelos cursos ofertados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL, a partir do desenvolvimento de capacidades para intervenção e transformação da realidade que muitos projetos – denominados projetos aplicativos ou PA, foram gerados, pretendendo todos serem potentes, viáveis e factíveis.

A Revista Acadêmica GUETO, preocupada em replicar as ideias e ações planejadas nos diversos Projetos Aplicativos produzidos a partir da realidade SUS do país inteiro, e em pulverizar todo o esforço e debruçamento sobre realidades complicadas e desafiadoras, mas passíveis de mudanças, resolveu produzir uma edição especial chamada *Projetos Aplicativos*, para que muito mais gestores e profissionais de saúde possam vislumbrar saídas factíveis para seus cotidianos dentro do Sistema Único de Saúde.

Acreditamos que a publicação de tais estratégias educacionais e seus fundamentos pautados no planejamento estratégico situacional, possa produzir inovações e apoiar a transformação de práticas, processos ou produtos na área da saúde e no contexto do Sistema de Saúde Brasileiro.

Convido-os a encantar-se com tantas propostas baseadas em sonho, viabilidade e factibilidade, rumo à superação e concretização do SUS que desejamos!

Carolina Gusmão Magalhães
Grupo de Pesquisa GUETO

Projetos Aplicativos

METODOLOGIAS ATIVAS E PRECEPTORIA NO SUS: UMA PROPOSTA PARA O FORTALECIMENTO DO COAPES DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS - Ba

Tatiane Santos Couto de Almeida¹
Carla de Magalhães Cunha²
Ionara Magalhães de Souza³
Nivia Maria Oliveira de Souza⁴
Camila Torres da Paz⁵
Hozana Vieira dos Santos Nascimento⁶
Flávia Freitas⁷
Rogério Lima dos Santos⁸
Deise Santana de Jesus Barbosa⁹

1 INTRODUÇÃO

As almeçadas mudanças no âmbito do SUS perpassam pela educação e saúde, pelas transformações na formação dos trabalhadores, no processo de trabalho, nas práticas de gestão, de atenção e de controle social. Nessa direção, preconizam-se novos pactos pautados em diálogos permanentes, articulação entre comunidade, gestão, trabalhadores e profissionais de saúde em consonância com as concepções vigentes no SUS (BRASIL, 2005).

Com efeito, a educação e saúde constituem parte do processo de trabalho e formação profissional; processos educativos baseados nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente que visam contribuir para a consolidação do SUS (VASCONCELOS et al., 2009).

Por sua vez, o SUS tem responsabilidade constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de fomentar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Conforme a Lei 8.080/90, a formação profissional impacta diretamente na qualidade da assistência, oferta das ações e serviços do SUS (BRASIL, 2007).

Nessa direção, em 2004 foi publicada por meio da portaria 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Fundamentada na Constituição Federal e Lei Orgânica

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Feira de Santana, Professora da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo, tatiane.almeida@facemp.edu.br

² Nutricionista, Mestre em Alimentos Nutrição e Saúde – Universidade Federal da Bahia, Professora Assistente na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, carlamagalhaesc@gmail.com

³ Pedagoga, Fisioterapeuta, Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, ionaramagalhaes@ufpb.com.br

⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus – Ba, niviaauditoriasaj2008@gmail.com

⁵ Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente – FAMAM, Docente da Faculdade Maria Milza – FAMAM, camilatorrespaz@gmail.com.

⁶ Enfermeira, Faculdade Maria Milza, Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus – Ba.

⁷ Enfermeira, Faculdade Zacarias de Gois, Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus – Ba, flaviafreitas3015@gmail.com

⁸ Farmacêutico, Faculdade Maria Milza, Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus – Ba.

⁹ Cirurgiã Dentista, Doutoranda em Administração – Universidade Federal da Bahia, Secretária Municipal de Saúde de São Felipe –Ba, deisesjb@ig.com.br

do SUS, a PNEPS está solidificada na relação aprendizagem-trabalho e se efetiva, metodologicamente, mediante processos de aprendizagem significativa e problematizadora sedimentados a partir do enfrentamento da realidade, da problematização do processo de trabalho, do cotidiano das relações e organizações e das necessidades de saúde das populações.

Dessa forma, perspectiva-se o desenvolvimento de embates teóricos e práticos e de estratégias coletivas, dialógicas e horizontalizadas. Trata-se de uma perspectiva freiriana fundamentada na autonomia do sujeito, no ser humano e seu contexto, na reflexão contínua sobre sua realidade, no seu lugar no mundo, na compreensão de relações complexas e dinâmicas e intervenção no mundo (FREIRE, 1996).

Objetivamente, a PNEPS visa a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, cujos processos explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Assim, a PNEPS deve considerar 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.

A condução da PNEPS se efetiva por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, as quais são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes envolvidas com a construção e desenvolvimento da PNEPS (BRASIL, 2007). Para sua concretização, a PNEPS preconizou, ainda, a criação de Polos de Educação Permanente em Saúde, cuja tônica consiste na difusão da proposta da EPS nos municípios brasileiros.

A PNEPS discorre sobre as responsabilidades municipais na Educação na Saúde. Desse modo, compete a todo município diretamente ou em cooperação com os Estados, municípios e com a União formular e promover a gestão da educação permanente em saúde; apoiar e promover a educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde; incentivar a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS em articulação com a rede de ensino municipal; cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a formação de profissionais técnicos e graduação em saúde de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a educação permanente representa estratégia global, sistemática e sustentável, pensada a partir da cultura institucional dos serviços de saúde, uma parte substantiva de estratégia de mudança institucional (BRASIL, 2009). O enfoque da Educação Permanente implica mudança na concepção de educação e trabalho, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática reflexiva e como fonte de conhecimento e problematização do próprio fazer em seus respectivos contextos. Assim, urge resgatar em todas as esferas (municipal, estadual e federal), uma EPS que articule a saúde como direito de todos, cuja luta se efetive nos espaços políticos, nas articulações coletivas, no cotidiano das relações, nos

movimentos permanentes de reforma sanitária e consolidação do SUS.

Uma das estratégias metodológicas para se promover educação em saúde corresponde ao desenvolvimento do Projeto Aplicativo (PA). O PA compreende uma atividade curricular, na qual o objeto de estudo e aprendizagem relacionam-se aos problemas vivenciados pelos autores envolvidos. A partir do(s) problema(s) priorizado(s) formula-se uma proposta de intervenção, cujo propósito é transformar aquela realidade, através do seu enfrentamento. Assim, busca-se, por meio de uma abordagem teórico-prática, associar conhecimento e ação para dar respostas técnicas e políticas a uma realidade concreta (INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2016).

Assim, em reconhecimento da necessidade de atender à PNEPS e promover educação e saúde, em 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus definiu o comitê gestor local do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) e celebrou a assinatura do COAPES entre a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Estudos Superiores e a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (PORTARIA GSMS, nº 54/2017).

O COAPES corresponde a uma contratualização entre instituições de ensino e de gestão da saúde (SUS) que possibilita o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e o compartilhamento de responsabilidades da formação no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a). Desse modo, preconiza o diálogo entre todos os atores envolvidos com as instituições de ensino e gestão da saúde e propõe definição dos cenários de prática e a garantia ao acesso a todos os estabelecimentos de saúde para a formação na área da saúde (BRASIL, 2017b).

Com efeito, o COAPES representa uma proposta de EPS deveras relevante para a melhoria das ações e serviços em saúde. Portanto, considerando-se a PNEPS, a necessidade de aplicabilidade do COAPES, a ausência/insuficiência de ações voltadas para educação permanente em saúde, esse projeto aplicativo objetiva promover a formação de gestores e preceptores voltada para o fortalecimento da integração de ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS em Santo Antônio de Jesus-BA. Desse modo, pretende-se contribuir para o fortalecimento do COAPES, melhoria da formação, sustentabilidade das ações e qualidade da atenção à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover a formação de gestores e preceptores, de Santo Antônio de Jesus-BA, voltada para o fortalecimento da integração de ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Apresentar o COAPES aos gestores e preceptores da rede municipal de saúde de Santo Antônio de Jesus;
- ✚ Desenvolver o curso de formação em preceptoria no sus para gestores e preceptores da rede municipal de saúde de Santo Antônio de Jesus;
- ✚ Fortalecer o COAPES no município de Santo Antônio de Jesus.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O processo de construção do Projeto Aplicativo (PA) correspondeu a um trabalho coletivo, no qual cada componente do grupo contribuiu elencando os problemas identificados, a partir de suas realidades, considerando o contexto da preceptoria no SUS em Santo Antonio de Jesus-BA. Inicialmente, foi delineado o macroproblema e classificado como a Desarticulação entre Gestão Municipal e as Instituições de Ensino Superior (IES). A posteriori, elaboramos a árvore explicativa, estabelecendo as causas, descritores, consequências e, finalmente, identificando os nós críticos.

Na análise dos nós críticos, foram considerados os critérios de governabilidade e viabilidade, sendo caracterizados como a inexistência de uma política municipal de integração ensino-serviço. Nesse sentido, considerou-se a necessidade de contribuição para a implementação e fortalecimento da política municipal de educação permanente a partir da celebração do Contrato de Ação Pública da Integração Ensino-Serviço (COAPES).

O COAPES segue as diretrizes nacionais e representa uma realidade em Santo Antônio de Jesus, porém, apesar da vigência, a implementação revela-se incipiente. O plano de ação do COAPES de Santo Antônio de Jesus prevê o investimento de educação permanente para preceptores dos municípios. Diante disso, o grupo propôs a realização de uma formação para preceptores do SUS do município de Santo Antônio de Jesus.

Nessa perspectiva, na proposta de intervenção, inicialmente, propõe-se a apresentação do COAPES para preceptores e gestores, mostrando sua relevância para a integração ensino-serviço. Adicionalmente, prevê-se a formação dos preceptores mediante o uso de metodologia ativas, visando fortalecer a integração ensino-serviço, sedimentação do COAPES e consolidação do SUS.

À guisa de contextualização, Santo Antônio de Jesus está situado no Recôncavo da Bahia e possui uma população estimada para o ano de 2017 de 103.342 habitantes. Apresenta uma extensão territorial de 261,74 km², uma densidade demográfica de 348,14 habitantes/km² e sua distância para a capital é de 187 km (IBGE, 2017).

Em relação à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, cumpre destacar que a Atenção Básica (AB) está dividida em quatro distritos sanitários. Esta divisão leva em

consideração o perfil epidemiológico das comunidades e situação geográfica, de modo que cada distrito compõe-se de unidades que apresentem características semelhantes e proximidade geográfica. A AB constitui-se por 03 equipes de Unidades Básicas do modelo tradicional e 21 equipes de Saúde da Família, destas 17 situadas na zona urbana; possui dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de saúde de diversas categorias que matriciam as equipes de Saúde da Família da zona urbana. Esses equipamentos representam uma cobertura populacional estimada por equipes de AB de 79,48%.

Outros pontos da RAS configuram-se por uma Policlínica Municipal, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD Vale Viver e CAPS II Nova Vida), um ambulatório de Saúde Mental, um Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST SAJ 11 de Dezembro), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Dr. Renato Lyrio Mello), um Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE Viva Vida) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Reconvale). Além destes serviços, existem duas instituições hospitalares públicas, o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e a Santa Casa de Misericórdia/Hospital e Maternidade Luis Argolo.

A rede apresentada se constitui como campo de formação dos estudantes do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo (UFRB) e Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP), ambas situadas em Santo Antônio de Jesus e contratualizadas no Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Os cursos da área da saúde utilizam o SUS como rede-escola e cenário de práticas e tendem a fortalecer as ações de integração ensino-serviço-comunidade.

Desse modo, considerando-se a análise diagnóstica e contextual de Santo Antonio de Jesus-BA e, fundamentados em um plano de ação que envolva gestores e preceptores, como proposta de intervenção, intenciona-se realizar um curso de formação voltado para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

4 GESTÃO DO PLANO

Como forma de garantir a execução do Projeto Aplicativo o monitoramento do plano de ação do foi proposto e construído com o principal objetivo de sistematizar e/ou acompanhar a execução das ações que viabilizam a execução do PA. A matriz contemplou a análise de seis ações, a saber:

1. Elaborar plano de ação;
2. Elaborar e entregar ofícios convidando o Comitê Gestor local de Santo Antônio de Jesus para apresentação da proposta do curso de formação de gestores e preceptores envolvidos no COAPES;

3. Reunir o grupo afinidade com o Comitê Gestor local de Santo Antônio de Jesus para apresentação da proposta do curso de formação de gestores e preceptores envolvidos no COAPES;
4. Convidar os gestores e preceptores envolvidos no COAPES para o curso de formação;
5. Realizar inscrição e seleção dos gestores e preceptores envolvidos no COAPES para curso de formação;
6. Realizar curso de formação voltada para fortalecimento da integração de ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

Para realizar a análise de cada ação, critérios de monitoramento foram utilizados com o intuito de verificar se a ação se encontrava concluída, não concluída ou em andamento. Quando a ação já havia sido concluída, era possível mensurar os resultados já obtidos. Porém, mesmo em casos de ausência de execução da ação, os possíveis resultados que se esperava alcançar foram cogitados pelo grupo, e os impactos destes para as ações seguintes também foram avaliados.

Semelhantemente, as possíveis dificuldades a serem enfrentadas na execução das ações foram levantadas hipoteticamente pelo grupo afinidade. Tais levantamentos impulsionaram a criação de estratégias para contornar o empecilho à execução da ação, e em alguns casos, a ação foi revista e reestruturada afim de otimizar o sucesso e adequado alcance dos objetivos esperados.

O sucesso da gestão do plano de ação foi facilitado pela diversidade de experiências dos integrantes do grupo afinidade, que incluíam professores, gestores da secretaria de saúde e integrantes da rede de saúde do município. Tal formação enriqueceu a discussão de construção das ações bem como as possíveis dificuldades a serem enfrentadas, que muitas vezes eram de cunho administrativo e logístico, e foram contornadas com sugestões daqueles que estavam ligados diretamente aos atores envolvidos na execução da ação, devido as suas rotinas de trabalho.

Adicionalmente às produções do grupo, as contribuições dos orientadores e a socialização do PA, prévia a execução das ações, aos atores-chave e demais integrantes do curso de especialização trouxeram ainda mais contribuições, que repercutiram em novos ajustes de forma a viabilizar o sucesso da execução final do projeto.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Elaborar plano de ação;	 Plano de ação elaborado e publicado no diário oficial.
2	Elaborar e entregar ofícios convidando o Comitê Gestor local de Santo Antônio de	 Número de ofícios protocolados.

	Jesus para apresentação da proposta do curso de formação de gestores e preceptores envolvidos no COAPES;	
3	Reunir o grupo afinidade com o Comitê Gestor local de Santo Antônio de Jesus para apresentação da proposta do curso de formação de gestores e preceptores envolvidos no COAPES;	 Número de reuniões realizadas.
4	Convidar os gestores e preceptores envolvidos no COAPES para o curso de formação;	 Quantitativo de convites realizados.
5	Realizar inscrição e seleção dos gestores e preceptores envolvidos no COAPES para curso de formação;	 Número de gestores e preceptores inscritos no curso de formação.
6	Realizar curso de formação voltada para fortalecimento da integração de ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.	 Número de edições do curso realizadas.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2018											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1. Elaboração do Curso	[X]	[X]	[X]									
2. Apresentação do Projeto Aplicativo ao Comitê Gestor Local.				[X..]								
3. Execução do Curso de Formação					X	X	X	X	X	X		
4. Avaliação do PA			X			X			X			X

[X] - ação iniciada e concluída

[X - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria Nº 1.996 GM/MS, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. 1988; 5 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.127 de 04 de agosto de 2015**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/323-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/12-gestao-da-educacao/20058-coapes> Acesso aos 24 out 2017a

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/noticias-sgtes/29139-ministerios-retomam-a-pauta-do-coapes>. Acesso aos 24 out 2017b

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes Necessários à prática educativa/** Paulo Freire: Paz e Terra, 1996.

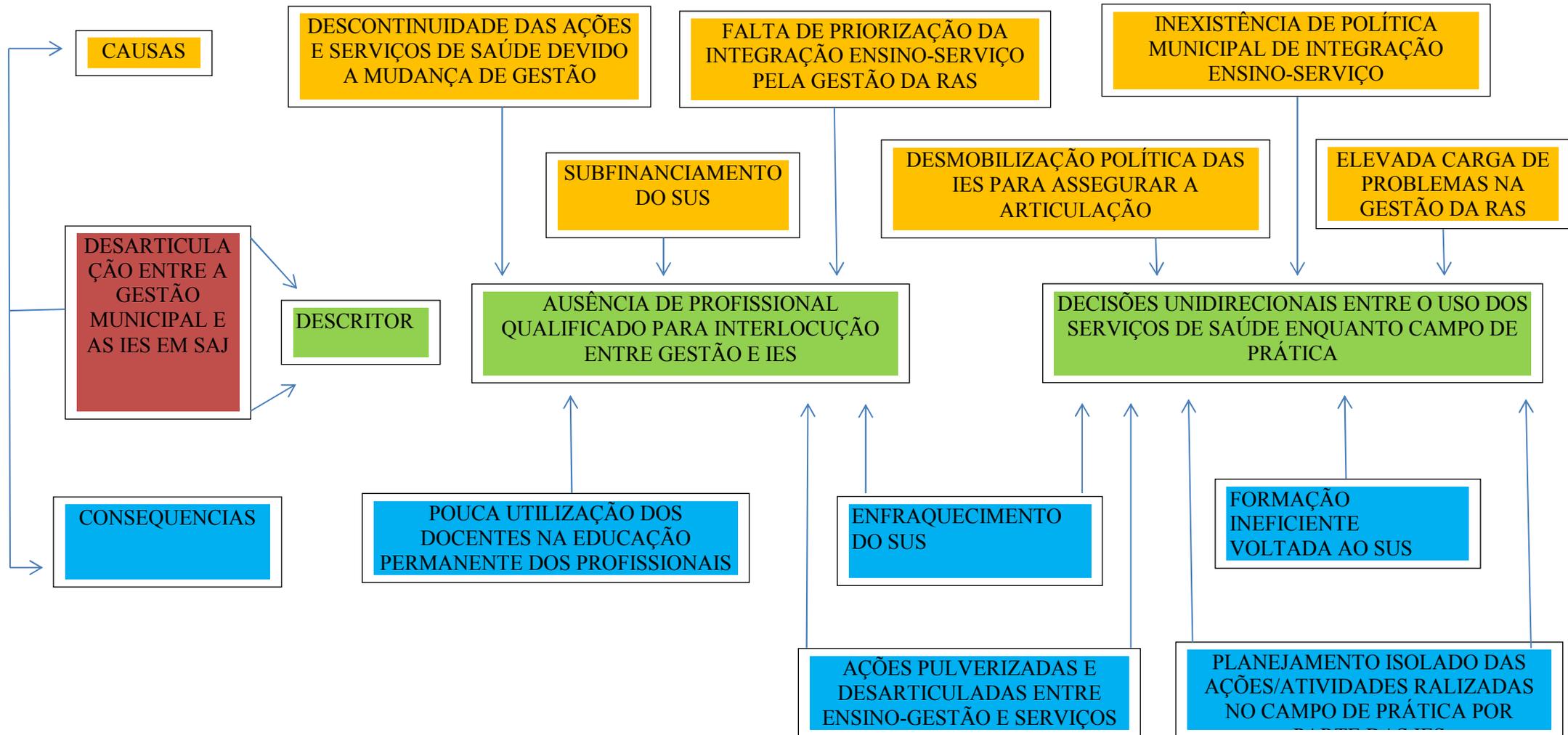
IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios contínua segundo semestre de 2017. Rio de Janeiro-RJ, ago. 2017.

INSTITUTO SÍRIO LIBÂNES DE ENSINO E PESQUISA. **Projeto Aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2016, 54p.

VASCONCELOS, M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. In: **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

ANEXOS

1. Arvore Explicativa



Quadro 1. Plano de ação – PES, segundo frente de ataque (nó crítico).

ESPAÇO DO MACROPROBLEMA	SUS – DESARTICULAÇÃO ENTRE A GESTÃO MUNICIPAL E AS IES NO ÂMBITO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS					
PROBLEMA	AUSÊNCIA DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE					
NÓ CRÍTICO	INAPLICABILIDADE DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SERVIÇO					
RESULTADO ESPERADO	FORMAÇÃO DE GESTORES E PRECEPTORES VOLTADA PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO DE ENSINO, SERVIÇOS E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO SUS.					
AÇÃO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS	VIABILIDADE	AUMENTAR VIABILIDADE	PRAZOS
ELABORAR O CURSO DE FORMAÇÃO	- Conhecer as demandas de formação para preceptoria dos serviços; - Elaboração do plano de ação.	- Equipe executora.	- Humanos; - Audio-visual	- Alta.		Out./2017

<p>APRESENTAÇÃO DO PROJETO APLICATIVO AO COMITÊ GESTOR LOCAL DO COAPES</p>	<p>- Reunir membros do Comitê Gestor Local para apresentação do plano de ação do curso de formação.</p>	<p>- Equipe executora.</p>	<p>- Humanos; - Audio-visual; - Local (auditório/sala de reuniões)</p>	<p>- Média.</p>	<p>- Agendamento prévio; - Confirmação de presença;</p>	<p>14/Nov./2017</p>
<p>CURSO DE FORMAÇÃO</p>	<p>- Convidar gestores e preceptores das unidades de saúde e das IES; - Realizar inscrição dos participantes; - Execução do plano de ação do curso de formação.</p>	<p>- Equipe executora (comissões: científica, logística, divulgação, etc.); - Membros do Comitê Gestor Local.</p>	<p>- Humanos; - Audio-visual; - Local (auditório); - Financeiro; - Material educativo; - Influência Prestígio Comunicação</p>	<p>- Média.</p>	<p>- Planejamento; - Sensibilização; - Divulgação;</p>	<p>Jan./2018 – Divulgação e inscrições; Mar./2018 - Curso</p>
<p>AValiação DA EXECUÇÃO</p>	<p>- Reunir o GAF; - Avaliar criticamente as ações realizadas;</p>	<p>- Equipe executora.</p>	<p>- Humanos; - Audio-visual; - Local (auditório/sala de reuniões)</p>	<p>- Alta</p>		<p>Abr. e Mai./2018</p>

INTEGRALIDADE: UM DESAFIO PARA O PROCESSO REGULATÓRIO EM SAÚDE NO SUS.

Aline Ferreira Sanches Solei de Oliveira¹
Amanda Cristina de Moraes²
Fernando Oliveira Souza Junior³
Gabrielle Giacomini Bruscalin⁴
Jose Eduardo Pelliser Filho⁵
Marisol Dias Miguel⁶
Letícia Cristina Piaia⁷
Nathalia Stein Montalti⁸
Neila Kátia da Silva⁹
Roberto Galdino¹⁰
Viviana Aparecida de Lima¹¹

1 INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos norteadores da construção do Projeto Aplicativo

As experiências trocadas durante a realização da Especialização em Regulação em Saúde no SUS ofertado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa possibilitaram a formação do Grupo Afinidade 4 (GAF 4), composto por trabalhadores com formação em áreas distintas da saúde que atuam em seis municípios: Itatiba, Monte Mor, Valinhos, Vinhedo, Indaiatuba e Poços de Caldas - MG.

Durante a elaboração de um Projeto Aplicativo (PA) e a partir das experiências vividas por cada um dos integrantes do grupo, elencamos os principais problemas enfrentados no dia a dia de cada um. Deste modo, identificamos que muitas das dificuldades enfrentadas estavam presentes na maior parte dos municípios, e que o desejo de desenvolver um projeto visando melhorar a qualidade do serviço ofertado era um anseio de todos.

Em um contexto geral, a falta de clareza dos fluxos de acesso, a ausência de protocolos

¹ Serviço Social, Esp. Reg. em Saúde no Sírio Libanês, Pref. Mun. de Valinhos, aline_solei@yahoo.com.br.

² Fisioterapia, Esp. Reg. em Saúde no Sírio Libanês, Pref. Mun. de Itatiba, amanda.moraes9@gmail.com.

³ Educação Física, Esp. Gestão em Saúde no FIOCRUZ, Pref. Mun. de Itatiba, fjunior@saude.itatiba.sp.gov.br.

⁴ Educação Física, Esp. Reg. em Saúde no Sírio Libanês, Pref. Mun. de Valinhos, fisicagabi@yahoo.com.br.

⁵ Gestão de Empresas, Esp. Reg. Em Saúde no Sírio Libanês, Pref. Mun. de Itatiba, epelliser@gmail.com.

⁶ Gestão Pública, Esp. Reg. em Saúde no Sírio Libanês, Pref. Mun. de Poços de Caldas, marisol.miguel@pocosdecaldas.mg.gov.br.

⁷ Serviço Social, MBA em Adm. Hospitalar no UniAnchieta, Pref. Mun. de Vinhedo, assistenciahospitalar.saude@vinhedo.sp.gov.br.

⁸ Enfermagem, Gestão em Enfermagem na PUC Campinas, Pref. Mun. de Monte Mor, nathaliasteinmoltalti@yahoo.com.br.

⁹ Administração, Esp. Reg. Em Saúde no Sírio Libanês, Pref. Mun. de Vinhedo, solucao.medicos@gmail.com.

¹⁰ Enfermagem, Esp. Gestão de Enfermagem na PUC Campinas, Pref. Mun. de Indaiatuba, robertogald@hotmail.com.

¹¹ Enfermagem, Doutorado Saúde Coletiva na UNICAMP, PUC Campinas, vivianalima@globo.com.

preestabelecidos construídos em equipe, as falhas na comunicação, a falta de acolhimento com escuta sensível, a inexistência do matriciamento, a ineficiência dos processos de planejamento e a fragmentação da assistência comprometem o trabalho e o cuidado recebidos pela população. É função da gestão, com o auxílio dos trabalhadores, efetivar e fortalecer as redes de atenção e linhas de cuidado, criando fluxos e protocolos que sejam discutidos com todos, qualificando assim a demanda do município e promovendo ações que integrem toda a rede de saúde.

Sobre a fragmentação dos serviços, Mendes (2011) nos alerta que atualmente a atenção à saúde traz como características a composição por componentes isolados e o sistema de organização por níveis hierárquicos, com foco na atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes da agudização de condições crônicas, sendo uma estrutura voltada para a doença e não para o indivíduo, com ênfase nas ações curativas e reabilitadoras, que trabalha com base na gestão da oferta e na lógica do pagamento por procedimentos; o que poderá levar o sistema a um colapso.

Durante a realização de uma dinâmica para a priorização dos problemas foi identificado como principal a existência de “Falhas na Integração entre os Serviços de Saúde”, na presença do qual entendemos como necessário o aprimoramento dos processos de integração entre os diferentes serviços, não só dos municípios, mas também da região.

Na sequência, reconhecemos como principal nó crítico: “A falta de espaços municipais de cogestão com poder deliberativo que acolham todos os níveis de atenção”.

Na busca por ferramentas práticas com desenvolvimento conceitual lógico que se conectassem a nossa proposta de promover a integração entre os serviços através da construção em conjunto, encontramos como referencial pedagógico a proposta contida no método PAIDEIA, uma rede conceitual e operativa desenvolvida por Campos, para a prática com coletivos. (ANDRADE et al, 2014). O apoio PAIDEIA é a metodologia empregada para estruturar essa rede de concepções e possui várias linhas de aplicação, sendo utilizada na gestão, através do apoio institucional, no contato entre profissionais por meio do apoio matricial e também na relação clínica com a experiência da clínica ampliada e compartilhada. (CAMPOS et al, 2014).

Visando compreender a necessidade de organizar o coletivo para a produção, reflete-se sobre a tríplice função do trabalho neste contexto: gerar valor de uso para terceiros, tomar parte da formação social dos indivíduos constituintes do grupo, considerando para a conexão entre os seus membros os desejos e interesses de cada um e a reprodução da experiência com equipes. Desta forma, mais do que os aspectos administrativos e financeiros, é necessário que a gestão pondere os aspectos pedagógicos, políticos e subjetivos que compõem os processos de trabalho, com o propósito de produzir acima de bens ou serviços, sujeitos e coletivos. É indispensável ainda compreender que o trabalho é exercido entre indivíduos com diferentes níveis de conhecimento e poder, o que torna essencial a construção de espaços coletivos que tornem possível a elaboração de projetos em comum e mediação de conflitos e discordâncias através da criação de conexões, pactuações e contratos. (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014).

O apoio institucional nesta temática é proposto como estratégia de uma forma inovadora de fazer coordenação, planejamento supervisão e avaliação em saúde, tendo como meta estar sempre inserido nestes movimentos coletivos, auxiliando na análise da instituição e buscando novos modos de

operar e produzir as organizações, envolvendo a mobilização das equipes, o contato entre as redes e a inclusão da pluralidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns, ampliando o potencial de desenvolver uma rede de compromissos e de contratualização entre os seus atores. É função do apoiador ainda seja qual for o seu direcionamento, auxiliar o grupo a investigar seus questionamentos e impasses, com a responsabilidade de transpor a análise crítica e intervir na realidade. (YAHN, YASUI, 2015)

Com a finalidade de exercitar o potencial terapêutico e pedagógico da metodologia PAIDEIA através da expansão das capacidades de análise e intervenção individuais e coletivas (CAMPOS, 2015), as rodas de conversa constroem encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido e saberes sobre as experiências dos participantes. O envolvimento dos sujeitos em sua composição ocasiona o posicionamento dos mesmos como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. É no momento da roda que há a produção de conhecimentos coletivos e contextualizados, ao elegerem a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, não usando nem a leitura nem a escrita da palavra, mas sim a releitura crítica das imagens e dos modos de vida cotidianos. (SAMPAIO et al, 2014). Como nos indica Freire (1996, p.34) “exercitaremos tanto mais e melhor a nossa capacidade de aprender e de ensinar quanto mais sujeitos e não puros objetos do processo nos façamos”.

É essencial que se reconheça que a saúde e a doença formam uma extensão, em que se entrelaçam os aspectos econômicos e socioculturais, a experiência pessoal e estilos de vida do ser humano. Sendo assim, uma vez que um profissional, isoladamente não consegue suprir todas as dimensões do cuidado, são necessárias intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde, incentivando o reconhecimento da multidimensionalidade humana. (CAMARA, GROSSEMAN, PINHO, 2015).

1.2. Sobre o município de Monte Mor

O grupo optou por desenvolver o projeto no município de Monte Mor tendo em vista a forma como a saúde está organizada, contendo apenas Unidades de Saúde da Família, além do acesso oportuno ao gestor local através de um dos membros do GAF4.

O município de Monte Mor faz parte da RMC (Região Metropolitana de Campinas), está a 122 km da capital e faz divisa com outras sete cidades: Campinas, Santa Bárbara D’Oeste, Hortolândia, Capivari, Sumaré, Indaiatuba e Elias Fausto.

De acordo com o Censo de 2016 do IBGE, possui uma população de 56.335 habitantes.

Em relação à área de saúde, a cidade possui:

- 9 Unidades de Saúde da Família (USF);
- 1 Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS) localizado em um bairro afastado com uma demanda menor em relação as demais unidades de saúde do município;
- 1 Policlínica Municipal onde funciona o Ambulatório de Especialidades com consultas médicas, pequenos procedimentos cirúrgicos e exames (ultrassonografia e

mamografia);

- 1 Hospital (Associação Beneficente Sagrado Coração de Jesus) com serviço de Pronto Socorro e Maternidade;
- Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Zoonoses);
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 1 Centro de Fisioterapia;
- O Serviço Social, a Regulação, a Unidade de Avaliação e Controle (UAC) e a Coordenação da Atenção Básica e Odontológica que estão localizados no mesmo espaço que a Secretaria da Saúde.

É importante destacar que o hospital, além de realizar todos os exames de radiografia e endoscopia da cidade, também é responsável por uma grande parcela dos exames de ultrassonografia. Por não possuir leitos de internação clínica, realiza apenas as cirurgias de média complexidade, incluindo os partos. Para os casos de alta complexidade, o município tem como referência o Hospital Estadual de Sumaré. O agendamento dessa referência é realizado pelo DRS7 (Departamento Regional de Saúde 7), em conjunto com a Regulação do município ou via CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

Para iniciar o projeto, escolhemos uma das Unidades de Saúde da Família (Maria Ribeiro da Silva – USF Nova Alvorada) como piloto visando expansão progressiva da experiência aos demais serviços do município.

1.3. Lócus de atuação: Unidade de Saúde da Família Maria Ribeiro da Silva – USF Nova Alvorada

A USF Maria Ribeiro da Silva está localizada no bairro Nova Alvorada e fica a 7 km do centro da cidade. Tem uma população referenciada de 12 mil pessoas, sendo que pelas normas do Ministério da Saúde, Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 a população ideal para cada equipe deveria ser de, no máximo, 4 mil pessoas.

Conta hoje com 21 profissionais de saúde fixos: 7 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de limpeza, 2 recepcionistas, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem, 1 técnica de enfermagem, 1 psicólogo, 2 dentistas, 1 auxiliar de consultório dentário e 2 médicas da família, sendo uma delas do Programa Mais Médicos. Uma vez por semana, a unidade recebe o atendimento de 2 pediatras e 1 ginecologista.

Nos seis primeiros meses de 2017, as consultas realizadas na Unidade de Saúde geraram 147 encaminhamentos para especialidades, 917 exames de média complexidade (Endoscopia, Colonoscopia e Ultrassom), e outros 35 exames de alta complexidade (Ressonância e Tomografia). Considerando que tais exames recebem classificação de risco (feita pela Regulação Municipal) e que existe um tempo de espera para os que são especificados como de baixo risco, identificamos que para tais pedidos não existem protocolos instituídos capazes de nortear e qualificar as solicitações e que

permitam a realização dos mesmos em tempo oportuno.

As especialidades disponíveis no município são agendadas na Policlínica Municipal por ordem de chegada, através de contato telefônico (por intermédio das recepcionistas das USF) ou ainda pelo próprio paciente (pessoalmente), não havendo nenhum processo microrregulatório instituído ou estratificação de risco que permita a qualificação dos encaminhamentos. As equipes possuem olhar técnico para casos identificados como urgência e agem baseadas em suas experiências e condutas profissionais.

Os demais exames e encaminhamentos para as especialidades que o município não disponibiliza em sua rede própria são enviados para a Central de Regulação, que realiza os agendamentos após classificação de risco e priorização dos casos. Porém, esse processo regulatório não conta com um médico regulador, nem com protocolos que auxiliem estas práticas. Já os exames laboratoriais e de radiografia são agendados pelo próprio paciente diretamente no prestador não havendo nenhum processo de regulação para estes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Aperfeiçoar o processo de integração entre os diferentes serviços de saúde de Monte Mor, proporcionando assim um melhor funcionamento da rede assistencial de saúde do município.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver ações na USF Nova Alvorada que contribuam para a integração entre todos os níveis de atenção, tomando esta unidade como projeto piloto e modelo de processos de trabalho a serem elaborados e estruturados coletivamente;
- Identificar as potencialidades e fragilidades da regulação interna e externa, buscando intervir de forma a fortalecer o seu vínculo com os demais serviços e incentivar o planejamento e as ações em conjunto;
- Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral, promovendo a articulação entre os diferentes setores com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde;
- Coordenar os fluxos e as contra referências dos usuários em cada área de atuação e ampliar o acesso com qualificação e humanização da atenção;
- Promover espaços internos de comunicação e pactuação entre os serviços;
- Incentivar a corresponsabilização de todos os atores envolvidos nos processos de macro e microrregulação incluindo os usuários da rede;
- Estruturar o Núcleo de Microrregulação da unidade de saúde Nova Alvorada e posteriormente das demais unidades;

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Inicialmente, o GAF4 elaborou um plano de ação para subsidiar as intervenções e ajustes do projeto, com a finalidade de conhecer, avaliar e contribuir com novos olhares sobre os processos de trabalho, incorporando nessas rotinas o tema da microrregulação e da gestão participativa.

Para tal, foram planejadas inicialmente as seguintes ações e estratégias:

Ação 1 – Conhecer os processos de trabalho da USF Nova Alvorada

- Observação in loco pelos especializandos na unidade piloto USF Nova Alvorada, Policlínica Municipal e Setor de Regulação, para o levantamento dos processos de trabalho das equipes e conhecimento da realidade vivida pelos trabalhadores de saúde;
- Elaboração do relatório técnico apontando as potencialidades e os desafios a serem enfrentados nesta unidade (ANEXO VI e VII);
- Acompanhar uma reunião de equipe como observador para verificar como ocorre o aproveitamento deste espaço e refletir sobre formas de potencializar a sua funcionalidade.

Ação 2 - Análise dos indicadores que apontem as falhas na integração entre os serviços

• Eleger os indicadores para os quais serão direcionadas as primeiras estratégias da abordagem prática, considerando para a escolha a relação entre o indicador e a sua interferência no funcionamento adequado do processo de trabalho correspondente, assim como o impacto ao usuário no aspecto do cuidado em tempo oportuno.

A equipe da USF Nova Alvorada registrou nos seis primeiros meses de 2017, 3.690 consultas médicas. Nelas, os profissionais solicitaram 952 exames complementares de média e alta complexidade e 147 avaliações de especialistas. Em relação aos exames, os dados obtidos sinalizam que a maioria corresponde a exames de média complexidade, como mostra o quadro abaixo:

ESPECIALIDADES	QUANTIDADES
Médico Generalista	3.014
Ginecologia/ Obstetrícia	243
Pediatria	433
Total geral	3690

EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE	
Colonoscopia	13
Endoscopia	53
Mamografia	167
Ultrassonografia	636
Outros exames	48
Total geral	917

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE	
Ressonância	10
Tomografia	25
Total Geral	35

Ação 3 - Apresentar o Projeto Aplicativo ao Gestor Municipal

- Apresentação do Projeto Aplicativo ao Gestor Municipal para sua análise e apreciação, visando à aplicabilidade no município de Monte Mor;
- No momento da exposição tornar claro ao gestor o conceito PAIDEIA, ressaltando suas evidências teóricas e práticas e a influência desta metodologia no desenho das estratégias de intervenção que norteiam o PA, além dos fundamentos que sustentam esta escolha.

Ação 4 - Definir as estratégias de intervenção

- Apresentação das intencionalidades do projeto aplicativo para a equipe USF Nova Alvorada, contendo a análise realizada através das observações técnicas e indicadores apresentados, e a proposta de utilização da metodologia PAIDEIA como ferramenta de integração através do Método da Roda e da capacitação de um apoiador institucional;
- Discutir e decidir em consenso com o GAF e, posteriormente, com a equipe USF Nova Alvorada se os indicadores eleitos estão dentro das possibilidades de atuação direta ou se envolvem a mobilização conjunta com algum outro serviço da rede;

- Implementar na USF Nova Alvorada um espaço deliberativo para matriciamento das demandas com participação de especialistas e início da produção de protocolos clínicos e de acesso, articulando junto a equipe a incorporação dos processos de microrregulação e atividades de Educação Permanente (EP);
- Através de práticas didático-pedagógicas e também da comunicação informal, buscar nivelar a conscientização dos funcionários da USF em relação ao seu potencial de análise crítica e sensibilização com a realidade do usuário, motivando-os a rever seus processos de trabalho e identificar os pontos falhos e com a oportunidade de propor soluções para serem apreciadas em grupo;
- Propor a utilização de recursos alternativos como estratégia de atuação na medida e de acordo com os desafios que se apresentarem durante o desenvolvimento do PA, acolhendo os posicionamentos contrários e valorizando as contribuições do grupo;
- Manter contato direto com o funcionário eleito para ser capacitado como apoiador, certificando-se do seu comprometimento e conhecimento técnico, o auxiliando a adquirir e aperfeiçoar as habilidades necessárias para a contextualização da realidade, articulação eficiente e exercício da atividade de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde dentro e fora dos espaços destinados para as rodas de conversa;
- Buscar a princípio alcançar resultados mensuráveis de qualificação do trabalho, com a intenção de dar credibilidade ao PA, oferecendo respaldo à articulação de intervenções nos demais serviços.

Ação 5 - Definir os atores que irão compor os grupos de integração

- Realizar oficina utilizando a estratégia das rodas de conversa e tendo a participação de todos os níveis de atenção à saúde para pactuação e apresentação do Projeto Aplicativo, com a condução dos especializandos para definição dos atores de cada serviço que passarão a compor o grupo de integração;
- Pactuar reuniões quinzenais com esses representantes durante as quais, através das rodas de conversa, sejam expressas as dificuldades encontradas e progressos realizados em determinada intervenção em um processo de trabalho predeterminado, contando com a articulação conjunta dos especializandos e do apoiador junto ao grupo para propor alterações e promover a construção do coletivo.

Ação 6 - Compartilhar com as outras unidades de saúde de Monte Mor os resultados obtidos com a USF Nova Alvorada

- Com a intencionalidade motivacional e de adesão das demais equipes à ideia de integração, apresentaremos os resultados positivos obtidos durante a nossa atuação junto à USF Nova Alvorada.

Ação 7 - Iniciar o processo de integração dos demais serviços de saúde de Monte Mor

- Através das ações e estratégias já implementadas anteriormente e ampliando os processos a todas as demandas do município, promover espaços de conversa e corresponsabilização das ações a fim de estender as iniciativas desenvolvidas com vistas a consolidar o trabalho em redes de atenção, estruturando linhas de cuidado capazes de ofertar uma atenção integral aos usuários, suas famílias e comunidade, de maneira equânime e igualitária;
- Identificar se o grau de pactuação entre os serviços envolve algum nível de organização, recursos e processos predeterminados em comum, que permita o delineamento das ações de integração com algumas estratégias de aplicação coletiva como as sugeridas para a unidade piloto.

4 GESTÃO DO PLANO

Considerando a análise de indicadores como demanda reprimida, nível de absenteísmo, existência de mecanismos de qualificação do atendimento (acolhimento, clínica ampliada, matriciamento), exercício da classificação de risco e tempo de espera estimado para a realização de procedimentos, em conjunto com as reflexões acerca das percepções dos especializandos durante a realização de visitas à USF, ocorridas durante as primeiras etapas do programa de intervenção, foi possível compreender a dinâmica de funcionamento da unidade piloto e dos serviços com os quais ela se articula.

Identificamos que a relação entre a demanda, oferta e necessidade não possui estrutura que permita uma visualização clara por parte de funcionários e gestores e conseqüentemente não possibilita a elaboração de estratégias que ambicionem trazer novos sentidos e visões sobre a regulação da atenção e as formas de entrelaçar suas ações com as ferramentas disponibilizadas pela regulação assistencial.

Os funcionários, ainda que conscientes e comprometidos com saúde de seus usuários carecem de conhecimento no que concerne a importância dos processos regulatórios e de seus impactos na produção de um cuidado que atende os princípios de equidade, universalidade e integralidade idealizados pelo Sistema Único de Saúde.

A formação de coletivos empoderados em cada unidade, com potencial de diálogo, argumentação e sensíveis ao ideal de atendimento humanizado, com propósito de expansão gradativa para abranger todos os serviços que compõem o sistema de saúde de Monte Mor, busca capacitar a todos os colaboradores, de forma que se teça em conjunto as tramas para a formação de uma rede completa e cônica do seu papel como agente de poder no exercício de sua profissão.

Frente ao cenário que nos foi apresentado, fortalecemos nossa opção pelo uso do método da roda com a utilização da lógica PAIDEIA, em associação com a figura do Apoiador Institucional, por entendermos que através destas ferramentas seremos capazes de mobilizar aliados em prol do que idealizamos para Monte Mor, de forma a integrar gestores, coordenadores, prestadores e funcionários da ponta em um mesmo objetivo, propondo uma forma de trabalho que garanta um certo nível de autonomia ao mesmo tempo em que se favorece a decisão coletiva.

Em um momento crítico da economia, os custos advindos da implementação de um projeto poderia se tornar um empecilho para a aceitação do gestor, pensando nisso, desenhamos nossas ações de forma a manter como ponto central de ação as práticas de valorização do saber de cada um, utilizando e acreditando em todos como capazes de buscar, adquirir e transmitir conhecimentos com base em suas experiências prévias e por meio da pesquisa e reflexão, reduzindo gastos e nos concentrando exclusivamente na produção de conhecimento, cuidado e responsabilidade social.

Com a evolução e posterior conclusão das estratégias de intervenções expostas, nossa meta

é alcançará como resultados positivos:

- A comunicação efetiva entre todos os níveis de atenção e gestão em Monte Mor;
- Maior resolutividade na Atenção Básica;
- A utilização adequada dos recursos disponíveis;
- A qualificação dos encaminhamentos para especialidades e solicitações de exames, estratificando risco e incorporando os processos regulatórios em todos os níveis da atenção, possibilitando acesso adequado e em tempo oportuno;
- A promoção da gestão e qualificação das filas, intervindo e propondo estratégias para evitar demandas reprimidas;
- A integração dos serviços em uma rede potente, com fluxo bem definido e linhas de cuidado capazes de promover o cuidado integral à saúde da população de Monte Mor.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Monitorar o volume de solicitações após o início do processo de integração e acompanhar a qualidade dos resultados de exames;	Percentual de solicitações para cada especialidade, exame e procedimento. Percentual de laudos normais apresentados.
2	Verificar a qualidade dos encaminhamentos/solicitações junto aos especialistas pactuando ações adicionais de matriciamento e espaços pedagógicos para discussão de casos comuns e sentinelas;	Análise por amostragem, considerando aspectos como descrição detalhada do quadro clínico, exame clínico e complementar e contra referência.
3	Acompanhar o nível de satisfação dos usuários com o serviço ofertado através do contato com o seu representante no Conselho Municipal de Saúde e por meio da criação de um método adequado e confidencial de ouvidoria para receber as críticas e sugestões;	Ouvidoria, através da escuta de representantes dos usuários e da manifestação individual/ Pesquisas responsivas de satisfação do usuário.
4	Observar o grau de comunicação, colaboração, envolvimento e apoio dos participantes do grupo que compõem as rodas de conversas.	Avaliações individualizadas do coletivo.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018								2019						
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1. Conhecer os processos de trabalho da USF Nova Alvorada		[X]																	
2. Análise dos indicadores que apontem as falhas na integração entre os serviços de saúde					[X]														
3. Apresentar o Projeto Aplicativo ao Gestor Municipal					[X]														
4. Definir as estratégias de Intervenção					[X]														
5. Definir os atores que irão compor os grupos de integração					[X]														
6. Compartilhar com as outras unidades de saúde de Monte Mor os resultados obtidos com a USF Nova Alvorada						X													
7. Iniciar o processo de integração entre os Serviços de Saúde de Monte Mor								[X]											
8. Monitoramento trimestral das ações de integração realizadas na USF Nova Alvorada com posterior extensão aos demais serviços												X							

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

ANDRADE M.A; BARROS S.M.M; MACIEL N.P; SODRE F; LIMA R.C.D. Apoio Institucional. **Revista Interface**, Botucatu, UNESP, V.18, nº1, 2014, p. 2 -3.

CAMARA A.M.C; GROSSEMAN S.; PINHO D.L.M. Educação Interprofissional no Programa PE-Saúde: a percepção de tutores. *Revista Interface*, Botucatu, UNESP, V.19, nº1, 2015, p. 818.

CAMPOS Gastão Wagner de Souza. **Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos**. 5ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2015, p. 231 -234.

CAMPOS G.W.S; FIGUEIREDO M.D; JUNIOR N.P; CASTRO C.P. A Aplicação da metodologia PAIDEIA no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Revista Interface**, Botucatu, UNESP, V18, nº1, 2014, p. 984.

FIGUEIREDO M.; CAMPOS G. O Apoio Paideia como Metodologia para Processos de Formação em Saúde. *Revista Interface*, Botucatu, UNESP, V.18, nº1, 2014, p.932-935.

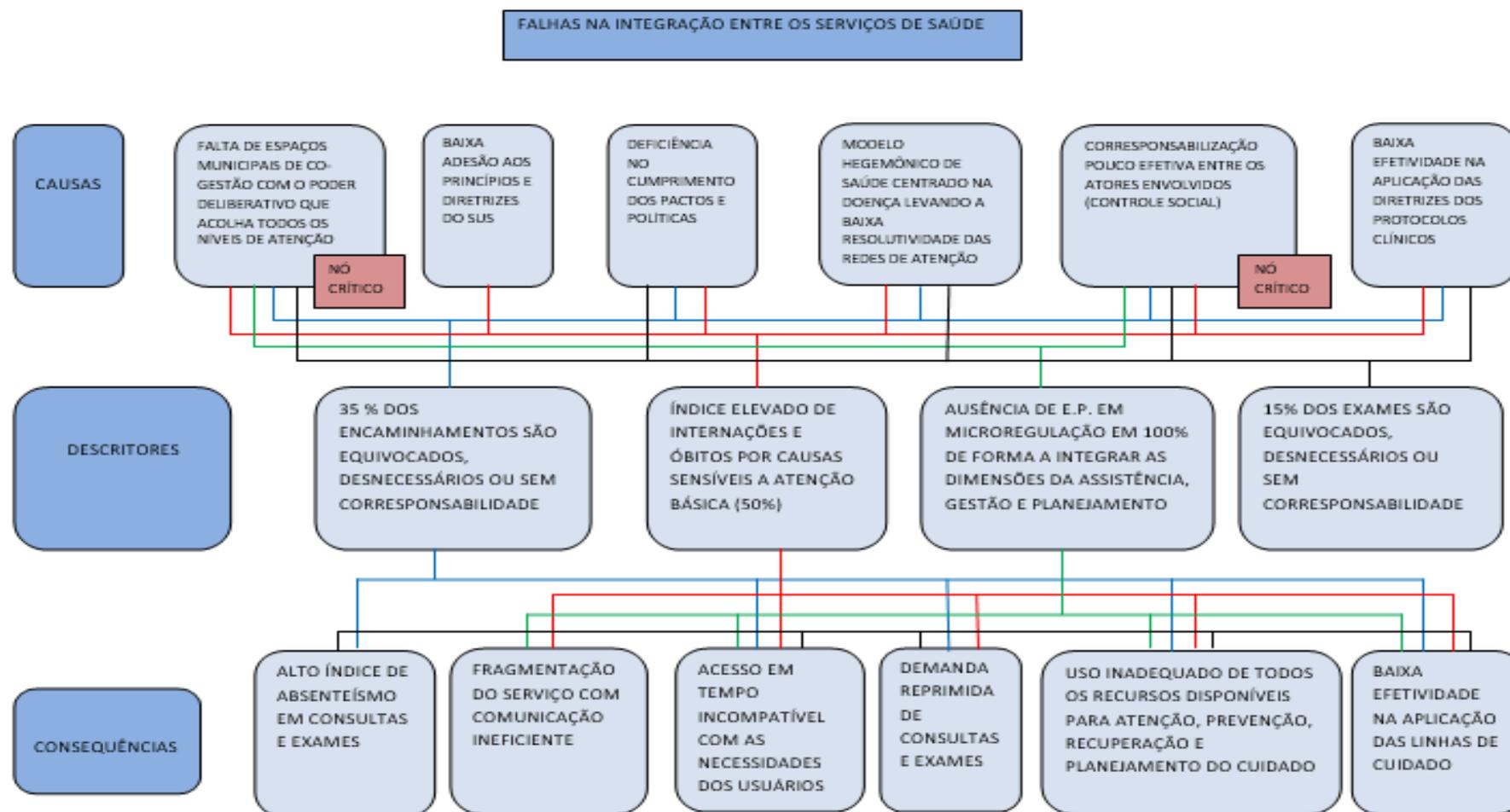
FREIRE Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 43ª Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2011, p. 34.

MENDES Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 17 -18.

SAMPAIO J.; SANTOS G.C; AGOSTINI M.; SALVADOR A.S. Limites e Potencialidades das Rodas de Conversa no Cuidado em Saúde. **Revista Interface**, Botucatu, UNESP, V.18, nº2, 2014, p. 1300 -1302.

YAHN P.; YASUI S. O Apoiador Caipira. *Revista Interface*, **Botucatu**, UNESP, V.18, nº1, 2014, p. 874 -876.

Árvore Explicativa



Anexo 2

Matriz de intervenção

PLANO DE AÇÃO - Planilha 5W3H

Espaço do Problema:

Macro-problema: Falhas na Integração entre os serviços de saúde

Nó Crítico: Falta de espaços municipais de co-gestão com poder deliberativo que acolha todos os níveis de atenção

	What O que fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer?	When Quando fazer?	Where Onde?	How Como fazer	How Much Quanto custa?	How measure Qual indicador?
1	Conhecer os processos de trabalho da USF Nova Alvorada	Para conhecer a realidade vivida pelos trabalhadores da saúde.	Especializando	Outubro de 2017	Na unidade de USF Nova Alvorada	A partir de um roteiro de levantamento de dados (elaborado pelos especializando)	Não traz custo para a unidade.	Não se aplica
2	Análise dos indicadores que apontem as falhas na integração entre os serviços	Para identificar, mensurar e exemplificar os aspectos resultantes do macroproblema das falhas de integração, além de ser uma ferramenta necessária para a comparação de resultados após a intervenção.	Especializando	Outubro de 2017	UAC e no USF Nova Alvorada de Monte Mor	Planilhando os dados e apresentando os resultados em formas de gráficos	Não traz custo para a unidade.	Demanda reprimida, absenteísmo, tempo de espera para realização de procedimentos, existência de classificação de risco, clínica ampliada (escuta qualificada acolhimento, matriciamento)
3	Apresentar o Projeto Aplicativo ao Gestor Municipal	Para aprovação de sua aplicação no município e garantia do poder deliberativo necessário para os espaços de discussões propostos.	Especializando	Janeiro de 2018	Monte Mor	Através de slides, exposição da metodologia PAIDEIA, argumentação e uma proposta por escrito, com a descrição dos indicadores levantados durante a análise dos dados na unidade, bem como a proposta de intervenção, elencando as necessidades de mudança para iniciar o processo de integração dos serviços e qualificação das demanda.	Tempo do Gestor e da equipe de coordenação dos diversos departamentos de saúde de Monte Mor	Não se aplica

4	Definir as estratégias de intervenção	Para a partir do diagnóstico situacional da unidade obtido através das etapas anteriores, criar e organizar a sequência de atividades que irão compor os processos necessários para a aplicabilidade do projeto.	Especializando	Fevereiro de 2018	Reunião com o grupo de especializando em Monte Mor	Com base nas experiências relatadas na literatura e adaptando as propostas para a realidade local.	Não traz custo para a unidade.	Dados das condições e processos de trabalho, levantados anteriormente.
5	Definir os atores que irão compor os grupos de integração	Para garantir que após a definição das estratégias de intervenção haja comprometimento da gestão e adesão dos atores ao projeto, garantindo continuidade e evolução.	Especializando	Abril de 2018	Todos os serviços de Saúde de Monte Mor	Apresentar e pactuar com os atores inicialmente pensados o comprometimento com o projeto, levando em consideração e deixando claro para os mesmos a necessidade de disposição de tempo e envolvimento com a proposta.	Tempo e Dedicção dos atores envolvidos	Não se aplica
6	Compartilhar com as outras unidades de saúde de Monte Mor os resultados obtidos com a USF Nova Alvorada	Com a intencionalidade motivacional e de adesão das demais equipes à ideia de integração.	Especializando e equipe de apoio	Abril de 2018	Todas as unidades de Saúde de Monte Mor	Utilizando o modelo desenvolvido na Unidade Nova Esperança	Tempo e Dedicção dos atores envolvidos	Monitoramento dos processos de trabalho e satisfação das equipes e usuários

7	Iniciar o processo de integração dos serviços de saúde de Monte Mor	Para integrar os serviços e níveis de atenção, atuando em redes e linhas de cuidado efetivas	Especializando e equipe de apoio	Maio de 2018	Todas as unidades de Saúde de Monte Mor	Protocolos, processos de trabalho, fortalecimento da AB e comunicação interpessoal e intersetorial através da cogestão.	Tempo e Dedicção dos atores envolvidos	Monitoramento dos processos de trabalho e satisfação das equipes e usuários
8	Monitoramento trimestral das ações de integração da USF Nova Alvorada com posterior expansão aos demais serviços	Para mensurar os resultados positivos e negativos das estratégias de intervenção em um determinado período de tempo nos serviços de saúde	Especializando e equipe de apoio	Agosto de 2018	Todas as unidades de Saúde de Monte Mor	Análise de indicadores quantitativos e qualitativos dos serviços de saúde onde as estratégias de intervenção já tenham sido aplicadas.	Tempo e Dedicção dos atores envolvidos	Volume e qualidade das solicitações, satisfação do usuário, avaliação do nível de envolvimento e desempenho individual e coletivo dos integrantes das rodas de conversa.

REDE DE ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA SAÚDE - RAESS

Ana Camila Gonçalves¹
Claudia Feio da Maia Lima²
Carolina Gusmão Magalhães³
Carolina Prazeres⁴
Delma Alves dos Santos⁵
Érica Cardoso Firmino Pereira⁶
Queli Nascimento Santos⁷
Ivonete de Jesus Assis⁸
Simone Andrade dos Santos⁹
Deise Santana de Jesus Barbosa¹⁰

1 INTRODUÇÃO

Ancorados na pedagogia da autonomia freireana, que "ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo" (FREIRE, 2008, p. 61), nós, profissionais de Saúde - alguns implicados também na docência superior em Saúde - fomos desafiados pelo Curso de Especialização em Preceptoría no SUS (IEP | HSL), na condição de discentes, a construirmos um Projeto Aplicativo (PA), como parte dos produtos esperados no desenvolvimento de iniciativas educacionais dos Projetos de Apoio ao SUS, o que representou uma oportunidade concreta de produzirmos ações dentro das realidades que desejamos contribuir para a transformação.

Em projetos como estes, o objeto de estudo e aprendizagem coincide com os problemas ligados à vivência concreta dos participantes do grupo afinidade, no contexto do SUS e com a possibilidade de intervenção nesses problemas. Neste sentido, Lima (2017, p.34) alerta que "os planos de intervenção devem ser baseados no aprofundamento teórico e reflexivo sobre a cadeia explicativa de causas e consequências dos problemas identificados, e o facilitador atua no sentido de favorecer esse processo

¹ Enfermeira, Especialista em Preceptoría no SUS - IEP/HSL, Prefeitura Municipal de São Felipe,

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem – UERJ, Professora Adjunta CCS – UFRB, claudiafeiolima@yahoo.com.br

³ Nutricionista, Mestra em Desenvolvimento e Gestão Social – UFBA, Professora Assistente do CCS | UFRB, carol.magalhaes@ufb.edu.br.

⁴ Fisioterapeuta, Especialista em Preceptoría no SUS - IEP/HSL, Coordenadora da AB - Prefeitura Municipal de São Felipe,

⁵ Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica – UNIGRAD, NASF - Prefeitura Municipal de Presidente Tancredo Neves,

⁶ Enfermeira, Especialista em Nefrologia – FTC, Enfermeira PSF - Prefeitura Municipal de Presidente Tancredo Neves,

⁷ Psicóloga, Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho – UFBA, Professora CAHL – UFRB,

⁸ Psicóloga, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Universidade Estácio de Sá, NASF - Prefeitura Municipal de Presidente Tancredo Neves,

⁹ Licenciada e bacharel em Educadora Física, Especialista em Administração em Marketing Esportivo - Universidade Estácio de Sá, NASF e Professora - Prefeitura Municipal de Presidente Tancredo Neves,

¹⁰ Cirurgiã Dentista, Doutoranda em Administração – Universidade Federal da Bahia, Secretaria Municipal de Saúde de São Felipe –Ba, deisesjb@ig.com.br.

e não como especialista".

A identificação dos problemas realizada pelo grupo considerou o lugar de referência / trabalho de cada integrante da equipe, trazendo a realidade vivenciada por cada um, em seus municípios, totalizando ao final da atividade um conjunto 18 (dezoito) problemas elencados e discutidos em equipe e, dado ao seu volume, ordenados por núcleos de sentido (NS).

Os NS se configuraram da seguinte forma: NS1 - A comunicação ineficiente gerando relações fragmentadas e hostis; NS2 - Precariedade logística gerando restrições para o desenvolvimento de ações profissionais; NS3 - Descomprometimento dos atores que gerem o processo formativo em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, foi preciso elaborar aquilo que a equipe determinava como resolutividade diante dos problemas encontrados. Portanto, para cada NS, caracterizou-se uma imagem objetivo, ou seja, uma mudança desejada para a situação.

A **imagem-objetivo** elaborada para o NS1 foi pautada no estabelecimento da comunicação como eixo central no planejamento das ações formativas em saúde, já no NS2, na garantia, por parte dos envolvidos, da logística mínima para o desenvolvimento das ações profissionais e, no NS3 o estabelecimento da interação dos atores envolvidos no processo formativo em saúde no SUS.

Ao utilizar a matriz decisória I (Termo de referência 3 - TR3) disponibilizada pelo material didático do curso, que conduz a priorização do problema, a equipe estruturou como seu **macroproblema** o *Planejamento mal executado e ineficiente na relação ensino-serviço, comprometendo a formação, a integralidade do cuidado, a produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais, usuários e estudantes (graduandos e residentes) no âmbito do SUS*, tendo em vista que os demais problemas não dialogavam diretamente com a proposta do curso, baseada na Relação Ensino-Serviço (RES).

Esta escolha deu-se pela própria realidade do grupo, configurado por profissionais de diferentes regiões da Bahia, tendo em vista o empenho em contribuir com a mudança na perspectiva da relação ensino-serviço nestes territórios. Neste sentido, decidiu-se que o projeto aplicativo será executado, de início, nos municípios de Amargosa, Santo Antônio de Jesus, Cachoeira, São Felipe e Presidente Tancredo Neves, dentro de um formato piloto, projetando, futuramente, sua ampliação para municípios adjacentes.

Como etapa seguinte, identificaram-se os atores sociais relevantes aos problemas priorizados e agregados em NS, a partir de seus valores e interesses, escolhendo, como caminho, a matriz decisória I (TR4), pois, apresentava-se como a mais pertinente às articulações necessárias. A partir dessa matriz, foi atribuído valor - importância que um ator social confere a cada problema e; interesse - posicionamento por meio do qual um ator social se situa ante a realidade - que pode ser visto como uma situação a ser superada ou evitada, ou como oportunidade para ser aproveitada e/ou fomentada, do ator social envolvido no problema identificado como prioritário (CADERNO DO PROJETO APLICATIVO, 2017). Assim, importantes **atores sociais** foram escolhidos, bem como, alguns foram excluídos após o levantamento inicial, tendo em vista sua capacidade de colaborar ou opor-se à implantação deste projeto.

A partir daí, a equipe voltou-se à análise do macroproblema, para identificação dos empecilhos e oportunidades projetados na intervenção, e em seguida, construção de uma árvore explicativa, desenvolvendo capacidades pertinentes à elaboração de explicações sobre a ocorrência do problema e suas consequências como parte da análise situacional, baseando-se no levantamento de causas, descritores e consequências, com o objetivo de identificar os nós críticos, problemas sobre os quais o grupo possui governabilidade, e intervir para mudar.

Então, identificaram-se os **nós críticos** com relação estreita ao macroproblema da equipe, centrado no planejamento mal executado e ineficiente na relação ensino-serviço: i. Baixa adesão da gestão dos municípios nas parcerias para a preceptoria em saúde; ii. Restrição de campos de atuação para estágios e práticas; iii. Planejamento ineficaz das ações em saúde gerando baixa organização e limitações para os resultados esperados; iv. Barreiras criadas pelos gestores para efetivação das ações de ensino-serviço em saúde.

A partir da identificação dos nós críticos, evidenciou-se pela equipe a necessidade de aprofundar na busca de novas informações, diante de três categorias fundamentais utilizadas na construção do projeto aplicativo: i. A construção de redes; ii. A relação ensino-serviço; e iii. A intersectorialidade, subsidiando a construção de novos significados obtidos, como produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações (LIMA, 2017).

A relação de ensino-serviço, as redes e a intersectorialidade

A intervenção em redes se tornou consensualidade nos diferentes âmbitos da sociedade contemporânea, proporcionando a redução de custos, favorecendo o processo de produção e de efetividade das políticas sociais. O fortalecimento das redes deve ocorrer pela interação, cooperação e parceria entre público e privado, como uma nova modalidade prática social e de saúde (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Dentre as muitas redes citadas por Gonçalves e Guará (2010), estão às chamadas de redes setoriais públicas, de serviços privados, regionais e, em destaque, as redes intersectoriais, que compartilham serviços das organizações governamentais, não governamentais, setor privado, público e comunidade.

Da noção de intersectorialidade emerge uma nova concepção de gestão, de forma integrada, articulada com saberes, serviços e parcerias entre os sujeitos coletivos, considerando as diferentes demandas da população, superando a visão restrita de mundo e compreendendo a complexidade da realidade (NASCIMENTO, 2010; GARCIA *et al*, 2014).

Nessa perspectiva está a integração ensino-serviço, cuja relação, segundo Santos *et al* (2012), deve refletir o trabalho coletivo, articulado e integralizado entre discentes, docentes, profissionais dos serviços de saúde e gestores, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da população, ampliar a

formação profissional e a satisfação dos trabalhadores do campo da prática.

O diálogo entre universidade, serviços e comunidade encontra embates de diferentes naturezas para a mudança na formação dos profissionais de saúde, pois existem desajustes entre o planejamento e a prática, decorrentes da perspectiva de saúde e cuidado, e da própria lógica organizacional do trabalho (ELLERY, 2013). Assim, devem ser considerados algumas condições essenciais, como a horizontalidade nas relações, o processo de trabalho conjunto, os interesses em comum e os ajustes entre necessidades e potencialidades, por meio da comunicação permanente e eficiente entre os envolvidos.

As estratégias de aproximação ensino-serviço na saúde representam um significativo progresso no redirecionamento das funções institucionais na formação em saúde. Destarte, este PA, do ponto de vista da intersetorialidade como caminho da formação de ‘redes’ entre diferentes municípios, justifica-se pela grande possibilidade de sensibilizar atores sociais para o trabalho coletivo em saúde e de contribuir para a mudança e valorização da preceptoría nesses espaços de construção do saber e da prática profissional mais próxima dos princípios da integralidade em saúde, o que corrobora com aqueles do Curso de Especialização em Preceptoría no SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Criar uma Rede de Articulação Ensino-Serviço (RAES), que abarque o problema enumerado por meio das evidências encontradas na deficiência da qualidade do ensino-serviço no SUS.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a comunicação dos setores e instituições envolvidas na relação ensino-serviço;
- Criar uma Agenda de ações para fortalecer a RAES;
- Difundir os mapeamentos de campos de práticas e estágios existentes, e realizar mapeamento dos municípios onde estes ainda não existam.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da identificação de problemas, elegeu-se o problema *Planejamento mal executado e ineficiente na relação ensino serviço no SUS, comprometendo a formação, a integralidade do cuidado, a produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais, usuários e estudantes no âmbito do SUS*, descrevendo causas, descritores e consequências do mesmo, além de explicar sua abrangência e relevância.

A etapa posterior conduziu a equipe a ampliar a capacidade de intervir no problema, considerando os nós críticos também já estabelecidos, a partir da árvore explicativa como forma de favorecer a identificação de recursos que, combinados, podem gerar mudanças na produção do problema priorizado, no sentido da imagem objetivo, com foco na elaboração do plano de ação, relacionando a análise situacional realizada e a constante mudança de conjuntura (Caderno de PA, p. 33).

A equipe escolheu o método 5W3H, que corresponde a uma lista de ações/atividades definidas previamente e que devem ser desenvolvidas com base na identificação e priorização dos nós críticos. Sua aplicação permite mapear atividades e estabelecer o que deve ser feito “(*what*); porque (*why*); quem o fará (*who*); em que período de tempo (*when*); em qual área da instituição (*where*); e, como a atividade será desenvolvida (*how*); bem como, quando possível, seu custo (*how much*). Por fim, para acompanhar os resultados é recomendado que seja definido, pelo menos, um indicador por ação planejada (*how measure*). Em função de sua praticidade e clareza, esse método facilitou a comunicação em torno das ações planejadas e permitiu o acompanhamento da realização das mesmas” (CADERNO PA, p.36).

Em continuidade à proposta da matriz 5W3H, iniciou-se a construção do Plano de Ação, seguindo os enunciados sugeridos:

What? (O que deve ser feito?) - Decidiu-se pela criação da Rede de Articulação Ensino-Serviço (RAES), que preza pela relação de todos os atores sociais e instituições envolvidas na relação ensino-serviço (RES) dos municípios abrangidos pelo espaço do problema delimitado. Assim, funcionar para a melhoria da comunicação dos setores e instituições envolvidos na RES, a consolidação e atualização do mapeamento dos campos de práticas e estágios nos municípios, bem como a difusão das ações efetivas da RAES para todos os envolvidos na mesma.

Why? (porquê deve ser feito?) - Definiu-se pelo desejo da equipe de: i. Ampliar a comunicação dos setores e instituições envolvidas na relação ensino/serviço; ii. Criar uma agenda de planejamento das ações ensino/serviço; iii. Difundir os mapeamentos de campos de práticas e estágios existentes, e realizar mapeamentos nos municípios onde não existem; iv. Estimular a criação de uma comissão permanente da relação ensino-serviço; e v. Divulgar as potencialidades das ações ensino-serviço.

Who? (quem o fará?) - Neste quesito foram escolhidos os seguintes atores sociais: a) Na esfera municipal: Secretário Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Atenção hospitalar, Coordenação da Residência e Estágio (serviço), Representante do Conselho de Saúde, Coordenação VISA/VIEP e Secretário Municipal de Administração; e b) Na esfera das IES: representante da Comissão Permanente do Estágio (ensino), Coordenação Estadual da Preceptoria e representante do Núcleo de Estágio da Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD). Nesta discussão, a partir da matriz decisória, que prioriza atores sociais, elegeu-se como ator de maior valor a Coordenação da Residência e Estágio (serviço), seguidos do Secretário

Municipal de Saúde e da Comissão Permanente do Estágio (ensino). O ator de maior interesse ficou a Comissão Permanente de Estágio (ensino) empatado com o Representante do Núcleo de Estágio da PROGRAD e a Coordenação da Residência e Estágio (serviço).

When? (em que período de tempo?) - A ação será permanente, com ações pontuais trimestrais, anuais etc., conforme cronograma de detalhamento das ações exposta no item 4 (quatro), sobre a Gestão de Plano.

Where? (onde será realizado?) - As reuniões ordinárias e encontros anuais foram firmados em esquema de rodízio entre os municípios abrangidos na RAES e as demais atividades realizadas via Plataforma Virtual no sistema Moodle (SEAD-UFRB).

How? (como a atividade será desenvolvida?) - De início com a definição de: a) Divisão dos Grupos de Trabalho (GT's) sobre os eixos Comunicação e marketing, mapeamento e plataforma virtual, planejamento; b) A construção das atribuições de cada GT; c) O convite dos representantes de cada setor e instituição envolvidas nas atividades ensino-serviço; d) A promoção reuniões ordinárias trimestrais da RAES; e) A construção, monitoramento e avaliação da Agenda RAES; f) A construção, disponibilidade e difusão do Ambiente Virtual de Trabalho da RAES na Plataforma Moodle, via parceria RAES e Universidade Federal do recôncavo da Bahia - UFRB; e g) A realização dos Encontros Anuais da RAES.

How Much? (os custos, quando possíveis, associados à realização deste projeto?) - O projeto prevê, enquanto custos aplicáveis, todos os envolvidos na realização dos encontros trimestrais e anuais da Rede que serão descritos abaixo, relacionando-os com as ações necessárias, bem como os de manutenção da plataforma Moodle da RAES:

a) Convidar representantes de cada setor e instituição envolvidas nas atividades ensino-serviço:

- ✚ Tecnológicos: internet;
- ✚ Materiais: computadores e telefones;
- ✚ Organizacionais: nomes, endereços eletrônicos, local e nº de telefone.

b) Promover a divisão de Grupos de Trabalho - GT's (comunicação e marketing; mapeamento e plataforma moodle; planejamento):

- ✚ Humanos/técnicos: sujeitos dos grupos de trabalho.

c) Promover reuniões trimestrais da RAES:

- ✚ Humanos/técnicos: sujeitos dos grupos de trabalho.

d) Realizar encontro anual da RAES:

- ✚ Políticos: atores sociais;
- ✚ Econômicos: transporte, alimentação, água;

- ✚ Tecnológico: TI;
- ✚ Materiais: audiovisuais, papéis, lápis, canetas, etc.;
- ✚ Logístico: local para realização do evento.

e) Planejar a construção do ambiente virtual de trabalho da rede: plataforma moodle:

- ✚ Humanos/técnicos: atores sociais envolvidos na RES;
- ✚ Tecnológico: TI;
- ✚ Organizacionais: Servidores da SEAD | UFRB.

f) Construir a agenda RAES:

- ✚ Políticos: atores sociais envolvidos na RES;
- ✚ Econômicos: transporte, alimentação, água;
- ✚ Tecnológicos: TI;
- ✚ Materiais: audiovisuais, papéis, lápis, canetas, etc.;
- ✚ Logística: Local para realização do evento, em município abrangidos pela rede RAES.

How Measure? - Um ou mais indicadores por ação planejada para acompanhar os resultados:

a) Construção de GT's de comunicação, mapeamento e plataforma Moodle e planejamento:

- ✚ Indicação dos membros dos GT's em reunião extraordinária da Comissão Organizadora.

b) Construir atribuições dos GT's de comunicação, mapeamento e plataforma Moodle e planejamento:

- ✚ Sistematização escrita e compartilhamentos das atribuições de cada GTS.

c) Convidar representantes da Relação Ensino-Serviço:

- ✚ Ciência e aceitação ou recusa dos atores sociais convidados, mediante indicação de representante para participação quando da recusa.

d) Promover reuniões trimestrais da RAES:

- ✚ Realização da reunião em município da rede RAES (quórum mínimo de 50 + 1 convidados) durante as reuniões ordinárias trimestrais e Encontros anuais.

e) Construir, monitorar e avaliar a agenda RAES:

- ✚ Sistematização escrita de Agenda RAES, a ser executada pelos atores sociais os municípios da rede que evidenciem ações de indicações para o aporte do monitoramento e avaliação da mesma.

f) Planejar, disponibilizar e difundir a Plataforma virtual Moodle da RAES:

- ✚ Aceite e parceria estabelecida entre a RAES e a Secretaria de educação à Distância (SEAD) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB);
- ✚ Disponibilização *online* e contabilidade de acessos à Plataforma Virtual da RAES no sistema *Moodle*;
- ✚ Divulgação de Plataforma Virtual da RAES.

g) Realização do Encontro Anual da RAES:

- ✚ Realização do Encontro Anual tendo com sede um dos municípios da rede RAES;
- ✚ Participação de atores sociais envolvidos na RES de diferentes municípios abrangidos.

Encerrando a construção do plano de ação, através da matriz 5W3H, iniciou-se a produção da matriz de análise de estratégias de viabilidade do plano de ação. Por meio das ações consideradas conflitivas, deve-se buscar a construção de viabilidade, considerando os recursos necessários e quem os controla.

Nessa matriz, a viabilidade pode ser alta, média ou baixa, a depender da disponibilidade dos recursos disponíveis para viabilizá-las. Então, a estratégia de viabilidade foi analisada por cada ação planejada, seguindo da identificação dos recursos necessários (que se tem e o que não se tem). Portanto, a viabilidade e a estratégias para aumentá-la, ficou com a seguinte estruturação:

a) Promover a divisão dos GT's (Comunicação e marketing; Mapeamento e plataforma virtual; e Planejamento), onde serão necessários recursos técnicos (humanos), o qual a equipe dispõe dos membros da comissão organizadora que serão responsáveis pelos Grupos de Trabalho, sendo assim considerado de viabilidade alta;

b) Construir as atribuições de cada GT de comunicação e marketing, mapeamento e plataforma *Moodle* e planejamento, onde serão necessários recursos técnicos (humanos), o qual a equipe dispõe dos membros da comissão organizadora que serão responsáveis pelos Grupos de Trabalho, sendo assim considerado de viabilidade alta;

c) Convidar representantes de cada setor e instituição envolvidas nas atividades ensino-serviço, onde serão necessários recursos tecnológicos (internet); materiais (computadores e telefones); e organizacionais (acesso aos contatos dos representantes setoriais - nomes, endereços eletrônicos, local e nº de telefone), o qual a equipe só não dispõe dos contatos dos representantes, sendo assim considerado de viabilidade média, podendo ser ampliada a partir do levantamento dos contatos dos atores sociais para indicar seus representantes na RAES, bem como captar recursos econômicos ou fornecer os

serviços e produtos necessários;

d) Promover reuniões trimestrais da RAES, nas quais serão necessários recursos técnicos (comissão permanente da RAES), políticos (atores sociais dos setores da RES), econômicos e logístico (transporte, alimentação, água), tecnológicos (internet, TI); materiais (audiovisuais, papéis, lápis, canetas, computadores, Datashow e som); e organizacionais (local para sediar encontro), os quais a equipe só não dispõe dos recursos políticos, materiais, e organizacionais, sendo assim considerado de viabilidade média, podendo ser ampliada por meio do estabelecimento de parcerias com atores sociais para indicar seus representantes na RAES, bem como captar recursos econômicos ou fornecer os serviços e produtos necessários;

e) Promover Encontro Anual da RAES, onde serão necessários recursos técnicos (comissão permanente da RAES), políticos (atores sociais dos setores da RES), econômicos e logístico (transporte, alimentação, água), tecnológicos (internet, TI); materiais (audiovisuais, papéis, lápis, canetas, computadores, *Datashow* e som); e organizacionais (local para sediar encontro), o qual a equipe só não dispõe dos políticos, materiais, e organizacionais, sendo assim considerado de viabilidade média, podendo ser ampliada a partir do estabelecimento de parcerias com atores sociais para indicar seus representantes na RAES, como captar recursos econômicos ou fornecer os serviços e produtos necessários;

f) Construir, monitorar e avaliar a agenda RAES, onde serão necessários, na fase de construção, monitoramento e avaliação da AGENDA RAES a realização de encontros trimestrais e anuais, no qual deverão reunir os recursos técnicos (comissão permanente da RAES), políticos (atores sociais dos setores da RES), econômicos e logístico (transporte, alimentação, água), tecnológicos (internet, TI); materiais (audiovisuais, papéis, lápis, canetas, computadores, *Datashow* e som); e organizacionais (local para sediar encontro), o qual a equipe só não dispõe dos políticos, materiais, e organizacionais, sendo assim considerado de viabilidade média, podendo ser ampliada a partir do estabelecimento de parcerias com atores sociais para indicar seus representantes na RAES, bem como captar recursos econômicos ou fornecer os serviços e produtos necessários;

g) Construir, disponibilizar e difundir o ambiente virtual de trabalho da rede RAES, por meio da plataforma *Moodle*, cedida pela parceria com a Secretaria de Educação a Distância (SEAD-UFRB), onde serão necessários os recursos políticos (atores sociais dos setores da RES), tecnológicos (TI); organizacionais (cessão da plataforma *Moodle* e de servidor por parte da SEAD | UFRB) e recursos técnicos (comissão permanente da RAES), sendo considerado de viabilidade alta, em virtude de a equipe possuir 03 (três) servidores docentes da UFRB, o que viabiliza a parceria com esta IFES e cessão de

serviços e produtos necessários.

Assim, considerando a matriz de viabilidade deste projeto aplicativo, conclui-se que o mesmo tem viabilidade média a alta, restando o estabelecimento de contatos com os atores sociais envolvidos na RES, bem como a captação dos demais recursos.

4 GESTÃO DO PLANO

Componente essencial do PA, a gestão do plano foi formulada pelo grupo, para o acompanhamento da execução da proposta construída e está constituída por uma proposta de monitoramento e avaliação, e um cronograma detalhado cruzando ações ao tempo.

No que tange ao orçamento, o grupo ponderou as variáveis dos contextos inseridos no projeto e decidiu que as variáveis políticas e econômicas impossibilitariam o orçamento dos gastos futuros. Portanto, seguem nas planilhas abaixo as propostas de monitoramento e avaliação do PA e o cronograma de suas ações. É importante ressaltar que este é um projeto de ação permanente no território regional.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Promover a divisão GT: comunicação e marketing; mapeamento e plataforma virtual; e planejamento.	➤ Indicação e aceite dos membros dos GT em reunião extraordinária de Comissão organizadora.
2	Construir as atribuições de cada GT.	➤ Sistematização escrita e compartilhamentos das atribuições de cada GT.
3	Convidar representantes de cada setor e instituição envolvidas nas atividades ensino-serviço.	➤ Ciência, aceitação ou recusa e indicação de convite para participação.
4	Promover reuniões Trimestrais da RAES.	➤ Na reunião Trimestral e Anual: realização da reunião em município da Rede RAES (quórum de 50 + 1 convidados).
5	Construir, monitorar e avaliar a agenda RAES.	➤ Sistematização escrita da Agenda RAES, construída pelos atores sociais de seus municípios, que evidenciem ações e indicadores para o aporte do monitoramento e avaliação da mesma.
6	Construir, disponibilizar e difundir o ambiente virtual de trabalho da rede RAES em plataforma Moodle.	➤ Aceite de parcerias RAES x SEAD UFRB; ➤ Disponibilização <i>online</i> de plataforma virtual da RAES; ➤ Divulgação de plataforma virtual da RAES.
7	Realizar Encontro Anual da RAES.	➤ Realização do Encontro Anual em um dos municípios da rede RAES; ➤ Participação de atores sociais envolvidos na RES.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1. Promover a divisão de GT por afinidades: comunicação e marketing; mapeamento e plataforma virtual; planejamento.	[X]																		
2. Construir as atribuições de cada GT.		[X]	X	X															
3. Convidar representantes dos setores/IES envolvidas nas atividades de ensino-serviço.					[X]	X	X												
4. Promover reuniões trimestrais da RAES.							X			X			X			X			
5. Construir, monitorar e avaliar a agenda RAES.							X			X			X			X			X
6. Planejar, disponibilizar e difundir a construção do ambiente virtual de trabalho da rede: Plataforma Moodle.						X													
7. Realizar encontro anual da RAES.																X	X	X	X

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc*, v. 22, n. 1, p.187-98, 2013.

GARCIA, L. M. T. et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out-dez, 2014.

CADERNO DO PROJETO APLICATIVO: TERMOS DE REFERÊNCIA. In: Gilson Caleman et al. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS)

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA; Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 101, p. 95-120, jan-mar. 2010.

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência sociais. *Rev. Textos & Contextos*, v. 12, n. 1, p. 114-127, jan-jun, 2013.

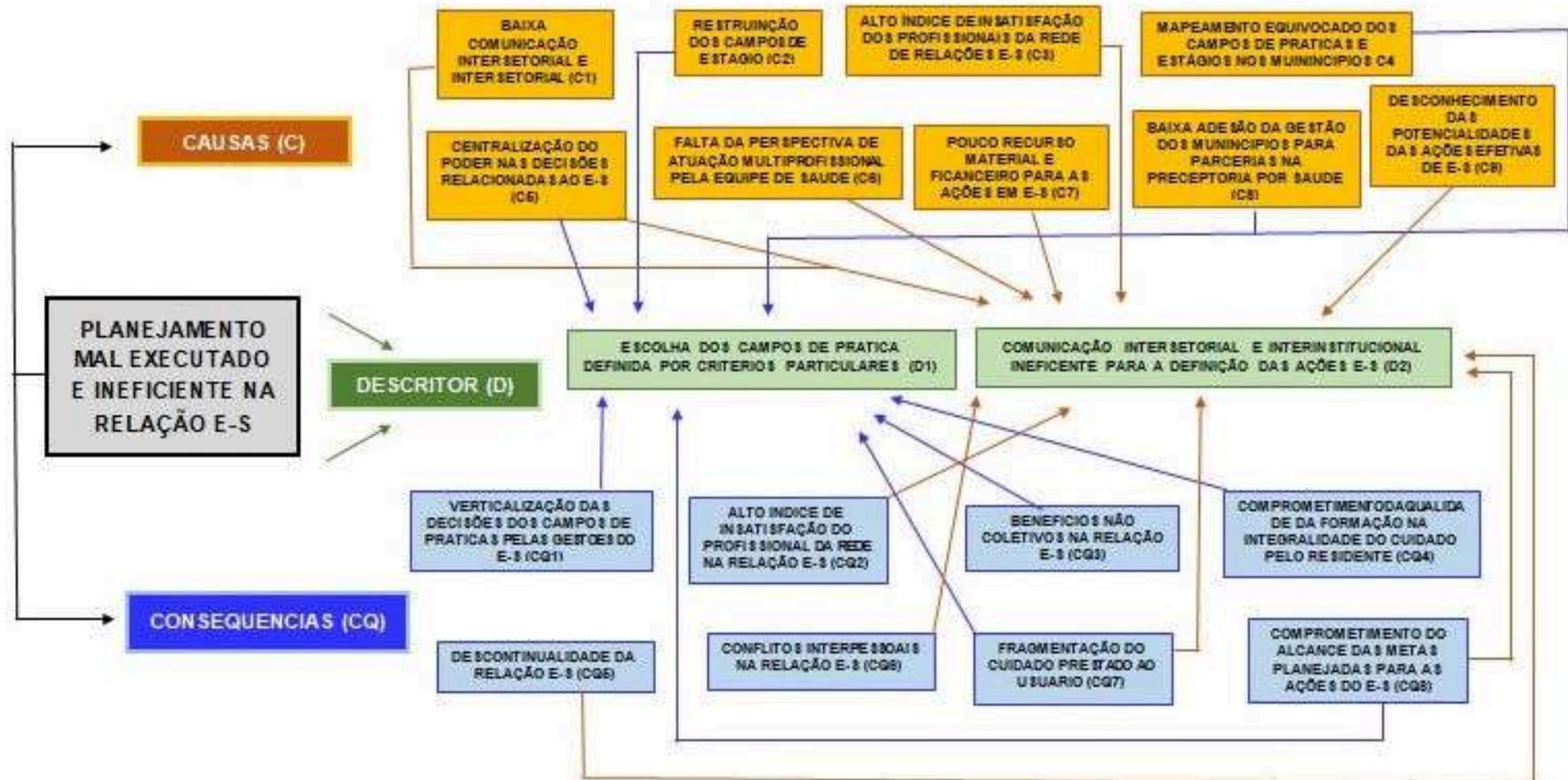
SANTOS, B. R. L. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 174, n. 36 (1 Supl. 2), p. 170 -177 ; 2012.

ANEXOS:

1. Árvore explicativa

2. Matriz 5W3H

ARVORE EXPLICATIVA



2. Matriz de intervenção 5W3H

Espaço do Problema: Municípios de Amargosa, Santo Antônio de Jesus, Cachoeira, São Felipe e Presidente Tancredo Neves.								
Macroproblema: "Planejamento mal executado e ineficiente na relação ensino serviço no SUS, comprometendo a formação, a integralidade do cuidado, a produtividade do serviço e a satisfação dos profissionais, usuários e estudantes no âmbito do SUS."								
Nó crítico:								
i. Baixa comunicação Intersetorial e interinstitucional;								
ii. Mapeamento inadequado dos campos de práticas e estágios nos municípios;								
iii. Desconhecimento das potencialidades das ações efetivas de ensino/serviço por parte das gestões municipais.								
Nó crítico	What > O quê?	Why > Porquê?	How	Who	When	Where	How much	How measure
Baixa comunicação Intersetorial e interinstitucional	CRIAÇÃO DA REDE DE ARTIOCULAÇÃO ENSINO/SERVIÇO	Ampliar a comunicação dos setores e instituições envolvidas na relação ensino/serviço	Convidar representantes de cada setor e instituição envolvidos nas ações/serviço	1) Na esfera municipal: Secretário Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Atenção hospitalar, Coordenação da Residência e Estágio (serviço), Representante do Conselho de Saúde, Coordenação VISA/VIIEP e Secretário Municipal de Administração; 2) Na esfera das IES: representante da	Fase inicial: convite aos representantes	Reuniões ordinárias e encontros anuais: rodizio entre os municípios da RAES	Logística	Plano de marketing
Mapeamento inadequado dos campos de práticas e estágios nos municípios		Criar uma agenda de planejamento das ações ensino/serviço	Divisão de grupos de trabalho por afinidade: comunicação, marketing, mapeamento de campos e planejamento		Divisão dos grupos afinidades: reunião inicial		Plataforma ead: moodle	Criação da comissão permanente da RAES
Desconhecimento das potencialidades das ações efetivas de ensino/serviço por parte das gestões municipais		Difundir os mapeamentos de campos de práticas e estágios existentes e realizar mapeamentos nos municípios	Reuniões dos Grupos Afinidades		Encontro da RAES: Anual			Mapeamento dos campos de práticas e estágios dos municípios da RAES

		onde não hajam		Comissão Permanente do Estágio (ensino), Coordenação Estadual da Preceptoría e representante do Núcleo de Estágio da Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD).				
		Estimular a criação de uma comissão permanente da relação ensino/serviço	Encontro Anual da RAES		Reuniões ordinárias trimestrais: presencial			Agenda RAES
		Divulgar as potencialidades das ações ensino/serviço						Reuniões Ordinárias da RAES (GAF)
								Encontro anual da RAES
								Monitoramento do acesso IES/campo de estágio e praticas

BOAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NA MANIPULAÇÃO DO AÇAÍ NO BAIRRO CENTRAL DO MUNICÍPIO DE SANTANA – AP

Tânia Regina Ferreira Vilhena ¹

José Sousa Trindade ²

Walterleny Almeida Santos³

Ezequias de Oliveira ⁴

Silvana Monteiro Rabelo Azevedo ⁵

Lourena de Jesus da Silva ⁶

Marleth Lopes ⁷

1 INTRODUÇÃO

O açaí por muito tempo foi considerado um produto da alimentação básica das populações ribeirinhas e das camadas de baixa renda, predominantemente extrativista, objetivando o consumo doméstico, com pouca venda do excedente (MENDONÇA, BERNARDE, BIANCHI, 2014).

É um dos pratos mais consumidos pela população da região Norte, alimento essencial na alimentação, dos diferentes grupos etários, por ser um alimento que oferece benefícios à saúde devido as suas propriedades nutricionais e funcionais. (EMBRAPA, 2011).

Na década de 90 o açaí ganha mercado Nacional e Internacional devido seu valor nutritivo e energético. Consumido em todo Brasil, o fruto é saboreado de várias maneiras, tais como na forma de polpa, suco, geleia, licor, sorvete, além de ter um grande potencial na fabricação de cosméticos

¹ Enfermeira, Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá – UNIFAP, Prefeitura Municipal de Macapá/ Ap, tania.vilhena@uol.com.br

² Licenciatura Plena em História, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, Prefeitura Municipal de Santana/ Ap, Secretaria Municipal de Saúde, js_trindade@hotmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, Prefeitura Municipal de Calçoene/ Ap, walterlenyasantos@yahoo.com.br

⁴ Licenciatura Plena em matemática, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, Prefeitura Municipal de Santana/ Ap, Secretaria Municipal de Saúde, zecabatera2009@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, Prefeitura Municipal de Mazagão/ Ap, Secretaria Municipal de Saúde, silvanavaninha2011@hotmail.com

⁶ Nutricionista, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS, lourena_jsilva@hotmail.com

⁷ Enfermeira, Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL, Prefeitura Municipal de Mazagão/ Ap, Secretaria Municipal de Saúde, marlethllopes@hotmail.com

(AGUIAR, 1985). Passou a ser um fator gerador de emprego e renda, além do destaque cultural e socioeconômico na região Norte.

Desse modo, podemos concluir que o mercado de açaí, principalmente o externo, é um mercado potencialmente em expansão devido ao apelo de alimento funcional por seu reconhecido poder antioxidante, e a inserção em cosméticos e formulações alimentícias como um ingrediente orgânico, influenciando positivamente na produção nacional de frutos. (EMBRAPA, 2016).

O Amapá é o segundo Estado produtor de açaí da região Norte, os Municípios de Macapá, Mazagão e Santana são responsáveis por 56% de toda produção de frutos no Estado (IBGE, 2016). As pequenas unidades artesanais onde o açaí é processado e comercializado para o abastecimento local são chamadas de amassadeiras de açaí – ou bateadeiras, pequenos/micro empreendedores fazem desse comércio sua única fonte de sustento e renda (EMBRAPA, 2011)

Nas cidades da região Norte, as amassadeiras de açaí – ou bateadeiras – têm destaque no comércio, mas nem sempre seguem as Boas Práticas de Fabricação de Alimentos (BPF). Essas práticas contribuem para a prevenção de doenças como cólera, Doença de Chagas, hepatite, giardíase e amebíase. "As regras das Boas Práticas de Fabricação servem tanto para as pequenas indústrias de polpa de açaí, quanto para as bateadeiras de açaí, porque essas também são consideradas unidades de fabricação de alimentos". (EMBRAPA, 2015).

Para implantar uma bateadeira ou amassadeira faz-se necessário um bom planejamento desde sua localização até a comercialização do produto. Desta forma alguns critérios precisam ser seguidos: regularização de funcionamento junto a Vigilância Sanitária, garantir através das Boas Práticas de Fabricação (BPF), o controle de algumas fontes de contaminação, cumprir a normas vigentes como a Resolução RDC nº 218 de 29 e Julho de 2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Higiênico Sanitários para Manipulação de Alimentos e Bebidas Preparados com Vegetais, a Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004 da ANVISA que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

A implantação de Boas Práticas tanto nos pequenos, médios e grandes empreendimentos não é opcional, é uma exigência da Legislação que deve ser cumprida a partir do momento que um estabelecimento começa a funcionar (SEBRAE, 2013). Durante a transformação do fruto em bebida pode não haver uma preocupação com a higiene e até mesmo à não execução de etapas básicas que são necessárias durante o processamento. Estes descuidos durante a produção podem causar riscos para a saúde uma vez que pode ser veículo de transmissão de várias doenças dentre elas a Doença de Chagas e as doenças de veiculação hídrica (MENDONÇA, BERNARDE, BIANCHI, 2014).

É causada pelo agente etiológico *Trypanossoma cruzi*, transmitida pelo Triatomíneos hematófagos conhecidos como “barbeiros” ou “chupões”. Existem várias formas de transmissão da doença: vetorial, oral, transfusional, transplante de órgãos, vertical e acidental (COSTA, *et al*, 2013).

A forma de transmissão mais importante era a vetorial, nas áreas rurais, responsável por

cerca de 80% dos casos hoje considerados crônicos. As medidas de controle vetorial proporcionaram a eliminação transmissão pela principal espécie (*T. infestans*). A transmissão transfusional também sofreu redução importante, com rigoroso controle dos doadores de sangue de hemoderivados. Nos últimos anos as formas de transmissão vertical e oral ganharam importância epidemiológica, sendo responsáveis por grande parte dos casos identificados. (BRASIL, 2010)

No Município de Santana/AP, nos anos de 2015, 2016 até agosto de 2017 foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 227 casos suspeitos de Doença de Chagas.

O cenário de aplicabilidade desde projeto será o Bairro Central do Município de Santana/AP. Localizado a 30 km da capital Macapá, Santana teve início do agrupamento populacional em Ilha de Santana, localizada à margem do rio Amazonas, em 1753. Os primeiros habitantes eram portugueses e mestiços vindos do Pará, além de índios tucuju, comandados pelo desbravador português Francisco Portilho de Melo. Por ordem de Mendonça Furtado, foi instalado e fundado o povoado de Santana, em homenagem a Santa Ana (GEAP, _____)

O Distrito de Santana foi elevado à categoria de município pelo decreto de lei 7.639 de 17 de Dezembro de 1987, desmembrando-se de Macapá. É o segundo mais populoso com 115.471 habitantes, possui uma extensão de 1.541,224 km², (IBGE, 2017). Santana tem uma conurbação com o município de Macapá formando a região metropolitana de Macapá.

Sua economia é voltada principalmente para o setor primário, é comandada pela criação de gados bovinos, bubalinos e suínos, atividade pesqueira, extração da madeira, venda de produtos tipicamente nortista e o açaí que contribui também para o seu desenvolvimento econômico (IBGE, 2017)

Em 2016 o Município de Santana produziu 365 toneladas de frutos de Açaí gerando uma economia de R\$ 730.000 além da extração de 3 toneladas de palmito. Dentre os 16 Municípios do Estado é o terceiro com a maior produção de açaí (IBGE, 2016).

O Bairro Central é um dos 16 bairros do Município de Santana, foi escolhido para aplicabilidade inicialmente deste projeto por estar localizado na região central, dividido em 25 ruas/avenidas, é via de acesso para diversos bairros (Imagem 1), possui uma concentração significativa dos órgãos públicos, movimentação comercial. É um bairro de grande fluxo de pessoas que ao passar por lá também efetua suas compras inclusive de produtos alimentícios dentre eles o açaí.

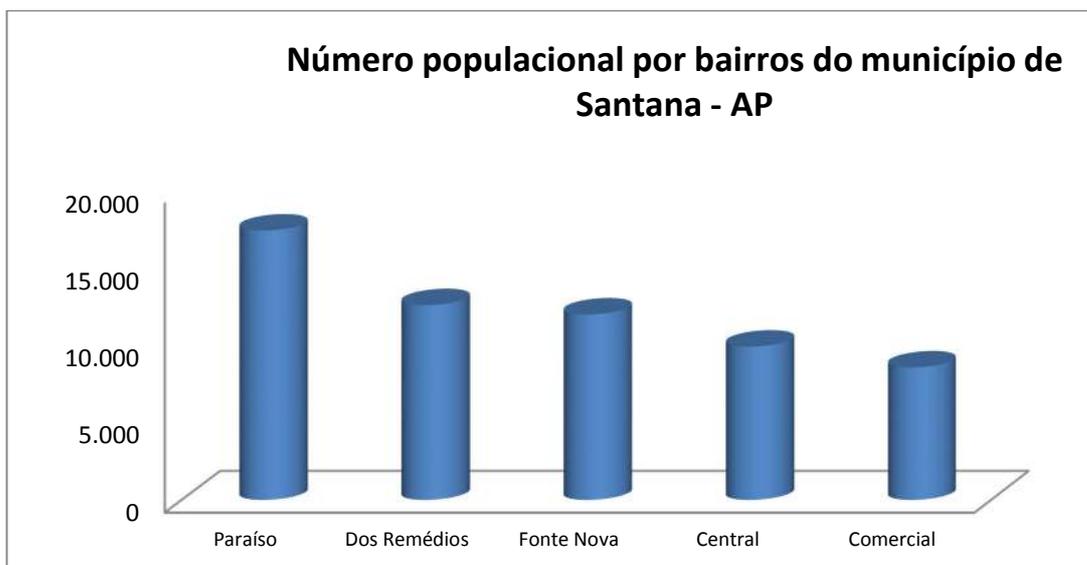
IMAGEM 1 - Mapa do Bairro Central de Santana/AP



Fonte: Google Maps, 2017.

O gráfico 01 demonstra que o bairro central está entre os cinco bairros mais populosos do município de Santana – AP, com aproximadamente 9.923 habitantes (IBGE, 2010).

GRÁFICO 1 – Número populacional dos 5 bairros mais populosos de Santana/ AP.



Fonte: IBGE, 2010.

Desta forma faz-se necessário o fortalecimento da Educação em Saúde voltada para as boas práticas higiênico-sanitária durante a manipulação do açaí nas amassadeiras, no município de Santana - AP. O problema não está no fruto, mas sim na sua forma de manipular que quando feita corretamente, torna-se um alimento seguro, de qualidade e saudável.

O objetivo das regras das Boas Práticas de Fabricação é auxiliar as pessoas que trabalham com o processamento do açaí, para que possam eliminar quase a totalidade os riscos de contaminação do alimento que produzem. O manipulador do açaí deve se preocupar desde a compra da matéria-

prima, ou seja, verificar sempre a procedência do fruto de açaí, como é feita a coleta, o transporte, até o local de beneficiamento do produto final, sem esquecer a qualidade da água deve seguir as regras das Boas Práticas de Fabricação para garantir um açaí seguro à saúde (EMBRAPA, 2015).

Para garantir segurança alimentar aos consumidores de açaí, as ações das equipes da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) têm sido fortalecidas nos Estados que fabricam o produto. Garantindo mais qualidade e evitar, sobretudo, a contaminação do açaí pelo barbeiro, inseto transmissor da doença de Chagas.

O Amapá possui uma Lei Estadual nº 1.914 de 03 de julho de 2015, que dispõe sobre a implementação do programa estadual de qualidade do açaí e cria o selo de qualidade para estabelecimento que produzam bebidas de consumo humano de origem vegetal (açaí e bacaba), porém muitos estabelecimentos não seguem a legislação de boas práticas.

Diante deste contexto houve-se a necessidade de implementar, as ações de educação sanitária, cursos e treinamentos em parceria com o SENAI, SEBRAE, SESA. A Vigilância Sanitária Estadual alcançou grandes avanços no que diz respeito às implantações mínima de condições de higiene nas bateadeiras de açaí, porém esses avanços ainda não contemplaram todos os municípios, informações coletadas na Vigilância Sanitária Municipal de Santana, 2017, revelou que nenhum estabelecimento que comercializa açaí no Bairro Central possui licença de funcionamento pelos órgãos competentes, logo subentende-se que os manipuladores não receberam nenhum tipo de orientação e nem está nas ações programadas de visita de inspeção da VISA.

O PA visa com as ações definidas e viáveis voltadas para a sensibilização em Educação e Saúde, apoio e interesse da gestão, as parcerias pactuadas, os recursos financeiros necessários, mão-de-obra qualificada, monitoramento do plano de ação, garantir a adoção de práticas sanitárias adequadas e com um certo rigor técnico-científico e ao mesmo tempo de forma simples, dentro da realidade dos produtores.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Prevenir e ou Minimizar os riscos de contaminação provocada pela manipulação inadequada na produção do açaí no bairro central do Município de Santana - Amapá.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Evitar as doenças contraídas pela ingestão do açaí contaminado;
- ✚ Mapear a área e estabelecer um cronograma de visitas periódicas pela VISA;
- ✚ Implementar a lei estadual nº. 1914 de 03 de Julho de 2015, nos estabelecimentos que não

cumprem a legislação;

- ✚ Estabelecer procedimentos higiênico-sanitários para o preparo, acondicionamento, distribuição e comercialização do açaí para o setor regulado;
- ✚ Propor à Câmara Municipal de Vereadores a elaboração de leis que possam adequar os batedores de açaí, nas boas práticas sanitárias do município de Santana;

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As ações serão direcionadas para o manipulador abordando as seguintes práticas: inspeção do espaço físico e suas instalações, equipamentos e utensílios, proteção contra a contaminação da batedeira, controle da qualidade da água, controle de pragas e outros animais, destinação adequada do lixo, higiene comportamento pessoal, saúde do manipulador.

Sensibilizar o manipulador da importância da regularização do empreendedorismo junto aos órgãos competentes, estimular a realização do processo de lavagem e branqueamento do açaí, para reduzir os riscos sanitários. Elaborar em conjunto um checklist que é um instrumento de controle composto por um conjunto de condutas utilizado diariamente para seguir os critérios de Boas Práticas de Manipulação do Açaí desde o recebimento do fruto até a sua conservação e/ou comercialização. Isso ajuda a verificar os pontos que devem ser observados e, assim, é possível registrar aqueles que não estão sendo bem controlados e os que precisam de ação corretiva (SEBRAE, 2013).

4 GESTÃO DO PLANO

Ações bem definidas atores pactuados, recursos necessários o plano precisa agora ser gerenciado. O TR8 “Gestão do Plano” define bem a importância da viabilidade diretamente com quem vai comandar esse plano e a sua duração. Nas ações do PA os atores agora classificados como internos e externos possuem viabilidade alta com duração média e longa execução das ações (Figura 1).

MATRIZ GESTÃO DO PLANO

AÇÕES	VIABILIDADE	COMANDO	DURAÇÃO
Estudo da área, quantificação dos estabelecimentos	A+	ATORES INTERNOS EXTERNOS	MÉDIA
Fortalecer as parcerias para a manipulação adequada do açaí (SENAI, SEBRAE, Atenção Básica)	A+	ATORES INTERNOS EXTERNOS	LONGA
Sensibilizar os batedores de açaí para a prevenção de agravos/doenças decorrentes da manipulação inadequada do açaí	A+	ATORES INTERNOS EXTERNOS	LONGA
Visitas periódicas/rotina da VISA na área voltada para a fiscalização da manipulação adequada do açaí	A+	ATORES INTERNOS	LONGA

Figura 1 - Matriz de Gestão do Plano.

Fonte: Própria

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Estudo da área, quantificação dos estabelecimentos.	100% dos estabelecimentos identificados e cadastrados
2	Fortalecer as parcerias para a manipulação adequada do açaí (SENAI, SEBRAE, Atenção Básica).	100% dos estabelecimentos cumprindo as normas adequadas de manipulação.
3	Sensibilizar os batedores de açaí para a prevenção de agravos/doenças decorrentes da manipulação inadequada do açaí.	Eliminar as doenças transmitidas pela ingestão do açaí contaminado.
4	Visitas periódicas/rotina da VISA na área voltada para a fiscalização da manipulação adequada do açaí.	100% dos estabelecimentos acompanhados pela VISA.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019			
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	
1. Estudo da área, quantificação dos estabelecimentos.								[X	X											
2. Fortalecer as parcerias para a manipulação adequada do açaí (SENAI, SEBRAE, Atenção Básica).					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
3. Sensibilizar os batedores de açaí para a prevenção de agravos/doenças decorrentes da manipulação inadequada do açaí.					[X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
4. Visitas periódicas/rotina da VISA na área voltada para a fiscalização da manipulação adequada do açaí.							X			X			X			X				

[X] - ação iniciada e concluída

[X - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.P.L.; MARINHO, H.A.; REBELO, Y.S.; SHRIMPION, R. Aspectos nutritivos de alguns frutos da Amazônia. *Acta Amazônica*, Manaus, v. 10, n.4, p.755-758, 1985. Suplemento.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p.: Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

COSTA, M; *et al.* **DOENÇA DE CHAGAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**. 2013. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/download/42/29>>. Acessado em: 21.11.17.

EMBRAPA, AP 2011. EMBRAPA-AP. **Planejando uma BATEDEIRA DE AÇAÍ**. (21. ed.) 39 p.: il.; 16 cm X 22 cm. 18 de outubro de 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:avwXK7hQBVIJ:ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/69767/1/2-Planejando-uma-Batedeira-de-Acai.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> >. Acessado em: 20.11.17.

EMBRAPA. **Embrapa orienta Boas Práticas de Fabricação para amassadeiras de açaí**. 08/04/15. Disponível em:<<https://www.embrapa.br/buscadenoticias/noticia/2648735/embrapa-orienta-boas-praticas-de-fabricacao-para-amassadeiras-de-acai> >. Acessado em: 22.11.17.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ. **Lei Nº 1914 DE 03/07/2015, DOE nº 5986**. Dispõe sobre a implementação do Programa Estadual de Qualidade do Açaí e cria o selo qualidade para estabelecimentos que produzam bebidas e alimentos de consumo humano de origem vegetal (Açaí e Bacaba) no Estado do Amapá e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=287125> >. Acessado em: 20.11.17.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PAS – Pesquisa anual de serviços, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/comercioeservico/pas2010> >. Acessado em: 12.11.17.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PAS – Pesquisa anual de serviços, 2016**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/comercioeservico/pas2016> >. Acessado em: 12.11.17.

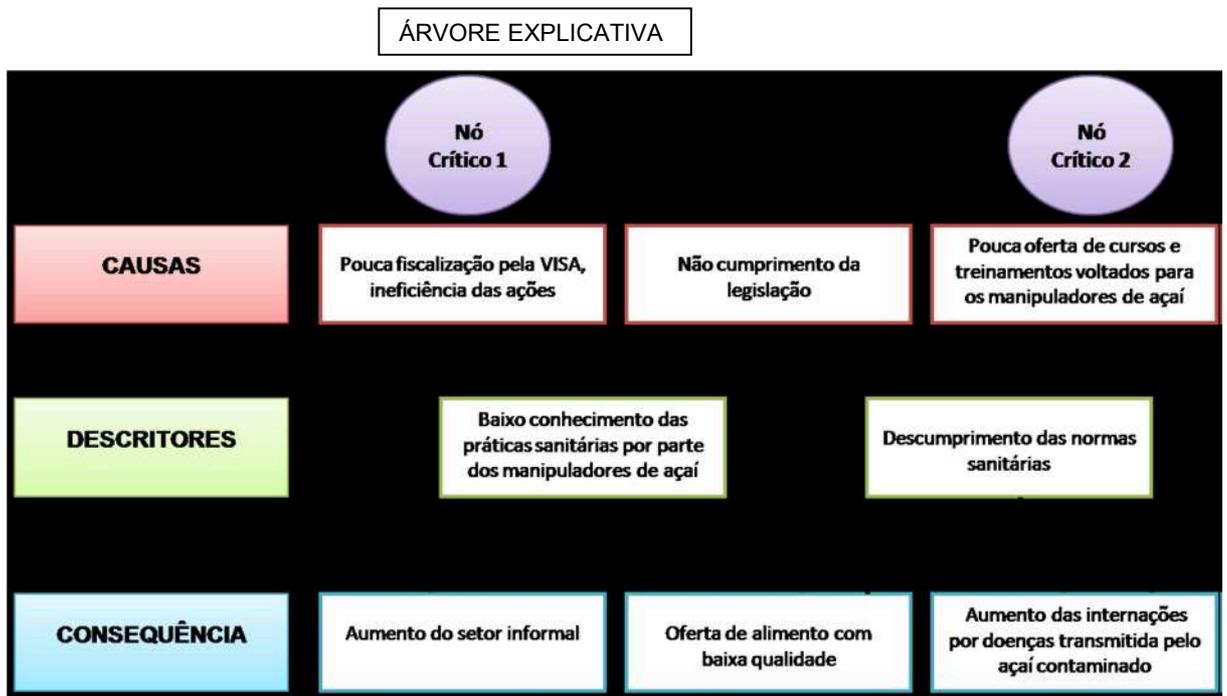
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PAS – Pesquisa anual de serviços, 2017**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/comercioeservico/pas2017> >. Acessado em: 12.11.17.

MENDONÇA, V. C. M; BERNARDE, R. H; BIANCHI, V. L. D. IMPACTO DO SURTO DA DOENÇA DE CHAGAS NA COMERCIALIZAÇÃO DO AÇAÍ (*Euterpe oleracea* Mart.) NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO-MA. **Revista SODEBRAS** – Volume 9 Nº 100 – ABRIL/ 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/122471/ISSN1809-3957-2014-09-100-174-178.pdf?sequence=1>>. Acessado em: 25.11.17.

SEBRAE. **Boas Práticas para os Batedores Artesanais de Açaí**. Brasília: SEBRAE, 2013. PAS – Açaí. Programa Alimento Seguro. Convenio SENAI/SEBRAE/SESI/SENAC.

ANEXOS

ANEXO 1 – ÁRVORE EXPLICATIVA



ANEXO 2 – MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Nó critico	What > O quê?	Why > Porquê?	How como fazer?	Who quem vai fazer?	When quando fazer?	Where onde fazer	How much recursos	How measure indicador
Pouca fiscalização pela VISA, ineficiência das ações	Estudo da área, quantificação dos estabelecimentos	Baixo conhecimento das práticas sanitárias por parte dos manipuladores de açai	Convidar os gestores parceiros: SEMSA, Secretaria Municipal de Meio ambiente, MP	Fiscais da VISA	Abril e Maio/2018	No setor regulado do bairro central do município de Santana-Ap	Mão de obra qualificada, transporte, insumos e impressos	SINAN SISVEP
	Visitas periódicas/rotina da VISA na área voltada para a fiscalização da manipulação adequada do açai		Dividir a equipe em duplas, para a visita		A cada 3 meses			

Pouca oferta de cursos e treinamentos voltados para os manipuladores de açaí	Fortalecer as parcerias para a manipulação adequada do açaí (SENAI, SEBRAE, Atenção Básica).	Descumprimento das normas sanitárias	Convidar os gestores parceiros: SEMSA, Atenção Básica, SEBRAE e SENAI	VISA, SENAI, SEBRAE, SEMSA, Atenção Básica	Atividade permanente	No município, para os proprietários de batedeiras de açaí	Mão de obra qualificada, transporte, insumos e impressos	SINAN SISVEP
	Sensibilizar os batedores de açaí para a prevenção de agravos/doenças decorrentes da manipulação inadequada do açaí		Através da oferta de cursos com as empresas parceiras					

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PROMOVER A ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

Glauber Lacerda Santos¹
Josemeire Nóbrega Almeida²
Luciana Farias Souza³
Rosângela França Oliveira⁴
Rosana Nogueira Santana Cincurá⁵
Silvana Hohlenwerger Galdino Dias⁶
Simone Maria Galvão Oliveira⁷

1 CENÁRIOS E PERSPECTIVAS DE ENFRENTAMENTO A HANSENÍASE

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), decorrente dos processos de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde, ampliou o contato deste sistema com a realidade social, política e administrativa, tendo como ênfase as especificidades regionais e locais, tornando-o mais complexo frente aos grandes desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas no âmbito da saúde e de gestão destes sistemas no Brasil.

É inegável que houve uma expansão das ações e dos serviços ofertados, sobretudo pelos municípios, porém, ainda estamos distantes de uma rede contínua de cuidados integrais, indispensável para cooptar os distintos níveis de atenção, otimizar a aplicação dos recursos e consolidar a legitimidade do SUS junto aos usuários.

Acrescenta-se ainda, a ocorrência das transições demográficas, tecnológicas e epidemiológicas, que apontam a superposição de etapas, com a persistência concomitante das

¹ Bacharel em Enfermagem e Bacharel em Direito, Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade (UESB), Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, glauberuesb@gmail.com

² Bacharel em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Obstétrica (UESB), Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, josy_na@yahoo.com.br

³ Cirurgiã Dentista, Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, lfarias799@gmail.com

⁴ Nutricionista, Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, rosy-franca@hotmail.com

⁵ Cirurgiã Dentista, Mestre em Planejamento e Gestão (ISC/UFBA), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, rosananog@hotmail.com

⁶ Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em PSF (UFBA), Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, sil_hohlenwerger@hotmail.com

⁷ Bacharel em Enfermagem, Especialista em Saúde da Família na Atenção Primária (FATEC), Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, simonemgalvao@gmail.com

doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contra transições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, e as doenças reemergentes; a transição prolongada e a falta de resolução da transição em sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (MENDES, 1999).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, as instâncias gestoras, com base nos princípios constitucionais do SUS, assumiram o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população, através de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados mediante análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, traz a ideia da regulação, do matriciamento e das linhas de cuidado como alternativas para articular gestão do sistema e produção do cuidado. Uma das prioridades se refere às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

Apesar das induções e implementações de ações e serviços no SUS, estudos recentes apontam a existência da fragmentação do cuidado, a necessidade de conformar as redes, à dificuldade de acesso a serviços e procedimentos (BADUY et al., 2011). Santos e Giovanella (2016) observaram na região de saúde de Vitória da Conquista, pontos de atenção secundária e sistema de apoio que atuavam de forma fragmentada da Atenção Primária à Saúde (APS), com fluxos comunicacionais deficientes entre si ou mesmo com ausência informacional entre os profissionais e/ou serviços, afetando as tentativas de integração e, desta forma, comprometendo a longitudinalidade do cuidado.

Para Mendes (2010), os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população, e assegura a necessidade da operacionalização das Redes de Atenção à Saúde destacando a estrutura operacional e o papel da APS como eixo estruturante e central da comunicação.

Este contexto tem contribuído para o agravamento de doenças reemergentes, a exemplo da hanseníase. Sendo esta considerada um problema de saúde pública no Brasil, dado o elevado número de casos e sua magnitude (tem alta infectividade e baixa patogenicidade), atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa e populações negligenciadas (BRASIL, 2008).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, de evolução lenta e causada pelo *Mycobacterium leprae* (Bacilo de Hansen) a qual foi descoberta e descrita por Gerhard H. A. Hansen,

no ano de 1868, em Bergen, na Noruega. Durante anos ficou conhecida mundialmente como lepra, o que tornou a doença estigmatizante e marginalizante, em especial para os doentes e seus familiares. Devido a esses preconceitos e às discriminações, o termo lepra e seus derivados caíram em desuso no Brasil, por força da Lei nº 9.010 de 29/03/1995, sendo substituído por hanseníase.

O *Mycobacterium leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular obrigatório e tem afinidade por células cutâneas e células de nervos periféricos.

A doença é um problema de saúde pública, sendo o Brasil o segundo país com número de casos, devido à sua magnitude (tem alta infectividade e baixa patogenicidade) e atinge principalmente a faixa etária economicamente ativa e populações negligenciadas (BRASIL, 2008).

A doença é manifestada por sinais e sintomas dermatoneurológicos sinais na pele e diminuição ou perda de sensibilidade e nervos periféricos e o alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionada ao poder imunogênico do *Mycobacterium leprae*.

O homem é considerado única fonte de infecção e sua transmissão se dá pela eliminação do bacilo através do trato respiratório necessitando de convívio prolongo com período de incubação entre 2 a 7 anos. É mais predominante no sexo masculino e menos frequente na infância.

Na classificação operacional de um caso de Hanseníase considera-se a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico: a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade; b) acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e c) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Investigação – SINAN (BRASIL, 2016).

O tratamento dos casos notificados deverá ser em regime ambulatorial e assegurado pelos serviços públicos de saúde, segundo a Portaria MS/GM nº 3125, de 07 de outubro de 2010, adotando-se o esquema de tratamento Poliquimioterápico (PQT) como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB) definido de acordo com número de lesões.

O tratamento multibacilar é completado em até 18 meses com 12 doses e o Paucibacilar (PB) é completado em até 9 meses com 6 doses.

Para a doença não existe proteção específica e para evitar possíveis sequelas neurológicas algumas ações devem ser desenvolvidas na Atenção básica de saúde por ser porta de entrada da rede: educação em saúde, diagnóstico oportuno dos casos, tratamento com alta por cura, prevenção e tratamento das incapacidades, vigilância epidemiológica e exames dos contatos com vacinação BCG.

Como práticas de atenção integral à saúde e a gestão do programa é importante a reorientação do modelo assistencial para atender à hanseníase como condição crônica e ao fortalecimento das

redes de cuidado à saúde. Dessa forma, o desenvolvimento de linhas de cuidado integral em hanseníase se faz necessária visando articular e integrar a atenção primária e especializada (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, elaborou-se um projeto de intervenção na realidade no âmbito do Curso de Especialização de Regulação em Saúde, a partir do levantamento de problemas do sistema local de saúde realizado pelos especializandos, atores sociais, que atuam na gestão e em serviços de saúde do município de Vitória da Conquista. Após o levantamento de problema foi priorizado a desarticulação entre os serviços de saúde da Atenção Básica e o Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (CMPDS) no município de Vitória da Conquista/BA, que se expressa em três nós críticos principais, a saber: 1. Ausência de um fluxograma de referência e contra referência com a rede de Atenção Básica para acolhimento do paciente de hanseníase; 2. Deficiência nas ações de educação continuada dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, visando vigilância, atenção e eliminação da hanseníase; 3. Centralização das ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária do município.

Acerca desse último aspecto deve-se ressaltar que desde 1995 a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a descentralização das ações de controle da hanseníase para os serviços de APS como importante estratégia para o controle desse agravo em locais hiperendêmicos, a exemplo do município de Vitória da Conquista. Assim, este projeto se destina a descrever uma proposta de intervenção na realidade elaborada para enfrentar esta problemática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover maior articulação entre os serviços de saúde da Atenção Básica e o CMPDS no município de Vitória da Conquista/BA.

2.2 Objetivos Específicos

-  Caracterizar o perfil clínico, social e demográfico dos casos de hanseníase existentes na área de abrangência de cada ESF.
-  Elaborar linha de cuidado em hanseníase no município, com pactuação das responsabilidades nos pontos da rede de atenção.
-  Descentralizar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dos contatos de pacientes com hanseníase a partir da APS.
-  Apoiar a realização de ações de prevenção e diagnóstico precoce na área de abrangência

das ESF.

- ✚ Aumentar a captação dos casos de hanseníase no município, e a busca ativa dos casos com envolvimento de todas as categorias profissionais das ESF.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No município de Vitória da Conquista o serviço é disponibilizado no Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária, vinculado à coordenação de Vigilância Epidemiológica e conta com equipe multiprofissional com uma médica dermatologista, uma enfermeira, um fisioterapeuta e um técnico de enfermagem. O acesso ao serviço é feito em sua grande maioria por demanda espontânea ou encaminhamento de serviços particulares e públicos. É realizado acolhimento a todos os pacientes com triagem, avaliação. Caso haja confirmação do diagnóstico gera-se uma notificação e uma matrícula no serviço e posterior tratamento, acompanhamento e reabilitação. A assistência e tratamento ainda não foi descentralizada para a Atenção Básica.

Tomando como referência os dados coletados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e no livro de registro do Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária, as notificações dos casos de hanseníase se comportaram conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 1. Notificações dos casos de hanseníase no período de 2012 a outubro de 2017 no município de Vitória da Conquista.

ANO	NÚMERO DE CASOS	CLASSIFICAÇÃO		Nº DE PACIENTES ACOMETIDOS COM IDADE < 15 ANOS
		PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR	
2012	30	03	27	01
2013	30	06	24	01
2014	41	04	37	02
2015	77	07	70	06
2016	70	06	64	04
2017* (Jan/Out)	34	06	28	03

Fonte: SINAN e registros do Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária.

Os dados descritos acima reafirmam que a Hanseníase também é um problema de saúde pública no município de Vitória da Conquista. Observa-se uma prevalência do número de casos multibacilares (MB). Esse dado é preocupante pois, nesses casos, o tratamento farmacológico é realizado com um número maior de drogas e por um período maior, além de predispor a reações hansênicas e maior comprometimento neural, demandando outras terapias farmacológicas e não farmacológicas. No que diz respeito aos casos em menores de 15 anos, é preciso considerar o

conjunto de alterações incapacitantes relacionadas tanto à patologia quanto ao tratamento, com claras implicações psicossociais e econômicas, o que reforça a necessidade de busca ativa dos contatos, principalmente aqueles que constituem grupos de maior vulnerabilidade.

Deve-se destacar, ainda, que há um aumento significativo do número de notificações no biênio 2015-2016 em razão da execução do projeto INTEGRAHANS - NORTE E NORDESTE, que teve como objetivo caracterizar aspectos operacionais, epidemiológicos, clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em áreas de alta endemicidade em municípios do estado da Bahia, entre os quais Vitória de Conquista. Nos demais anos descritos nessa série histórica percebe-se uma notificação inferior do número de casos, o que reforça a percepção de uma rede assistencial desarticulada.

Nesse sentido, buscou-se, repetidas vezes, a descentralização das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dos contatos de pacientes com hanseníase, porém sem êxito. Um dos fatores para o insucesso refere-se às dificuldades relatadas por profissionais que atua na rede da Atenção Básica que não se consideram capacitados para diagnóstico e acompanhamento dos pacientes. O cotidiano do trabalho no CMPDS tem apontado para uma predominância de atendimento por demanda espontânea ou por encaminhamento de médicos especialistas (dermatologistas e/ou neurologistas) seja da rede pública, ou seja, da rede privada.

4 GESTÃO DO PLANO

Para elaboração do plano de ação com propostas de enfrentamento para cada nó crítico definiu-se uma ferramenta denominada 5W3H, que é conceituada por Coleman et al. (2016) como uma “listagem de ações/atividades definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos”. O **Quadro 1** apresenta de forma sucinta as ações e o modo de avaliação e monitoramento do plano e o **apêndice 2**, traz detalhes das ações e atividades a serem executadas no plano de ação para resolução do problema em destaque, a partir da aplicação da ferramenta mencionada.

Quadro 1. Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Elaborar fluxo de referência e contra referência em hanseníase na Rede de Atenção à Saúde (Atenção Básica, CMPDS e Atenção Especializada) de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.	 Percentual de reuniões planejadas/realizadas;  Fluxo elaborado.
2	Capacitar os profissionais da Rede de Atenção Básica	 Percentual de oficina/treinamento /capacitação planejadas/realizadas.

Considerando-se esses aspectos, e tendo em vista o problema priorizado, este Projeto Aplicativo constitui-se como uma proposta de intervenção formulada através do PES para potencializar integração da rede de atenção e cuidado às pessoas com hanseníase, suas famílias e redes sociais. Entendemos que as ações aqui definidas são estruturantes para assegurar a integralidade e qualificação desse cuidado, na medida em que viabilizam a descentralização das ações de controle da hanseníase, com ênfase nas ações de matriciamento pelo Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária junto às equipes de saúde, bem como a construção e efetivação do fluxo de referência e contra referência em hanseníase no município de Vitória da Conquista

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2018										2019	2020									
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN-DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
1. Elaborar fluxograma analisador assistência integral em hanseníase de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, adaptadas à realidade do município de Vitória da Conquista/BA.	[X]	x	x	x	x	x	x														
2. Capacitar os profissionais da rede de Atenção Básica do município de Vitória da Conquista/BA visando à: divulgação do fluxograma, responsabilização dos atores envolvidos e descentralização das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, vigilância e seguimento.								[X]	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

- [X] - ação iniciada e concluída
- [X] - ação iniciada com conclusão posterior
- X - ação permanente

REFERÊNCIAS

BADUY et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.2, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Debate**: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2016. 118 p.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase na Atenção Básica de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 149, de 3 de fevereiro de 2016**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 2016.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica**: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CALEMAN, Gilson et al. **Projeto aplicativo**: termos de referência. 1 ed. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016. 54p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

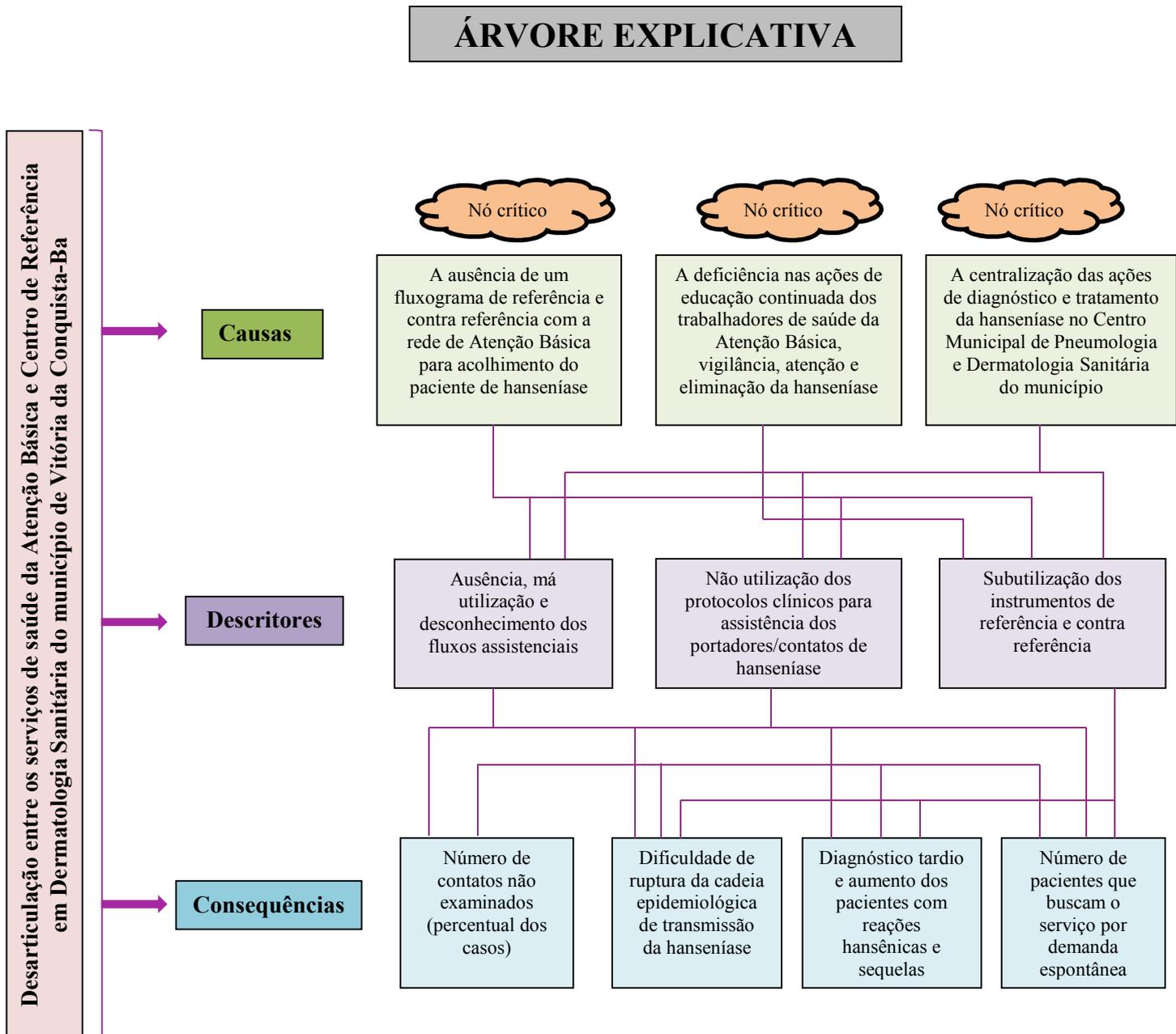
MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, 2016.

SOUZA, Eliana Amorim de. **Hanseníase, risco e vulnerabilidade: perspectiva espaço-temporal e operacional de controle no Estado da Bahia, Brasil**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016. 321 f.

APÊNDICES

1. Árvore explicativa



2. Matriz de intervenção 5W3H

5W3H									
Desarticulação entre os serviços de saúde da Atenção Básica e o Centro Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária no município de Vitória da Conquista, Bahia									
NÓ CRÍTICO	What O que fazer?	Why Por que fazer?	How Como fazer?	Who Quem vai fazer?	When Quando fazer?	Where Onde?	How much Quanto custa?	How measure Qual indicador?	Resultados
Inexistência de fluxograma	Elaborar fluxo de referência e contra referência em hanseníase na Rede de Atenção à Saúde (Atenção Básica, CMPDS e Atenção Especializada) de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.	Organização dos serviços, racionalização dos recursos, melhoria da qualidade do atendimento e avaliação permanente e sistematizada da assistência.	1-Characterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos casos de hanseníase no município de Vitória da Conquista utilizando os dados dos sistemas de informação e pesquisas realizadas em anos anteriores; 2-Identificar pontos de rede ligados ao serviço de referência, considerando-se os níveis de atenção; 3-Realizar reuniões periódicas para construção de fluxo de referência, contra referência e de informação.	Componentes do grupo afinidade, Coordenadores da Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Centro Municipal de Reabilitação Física (CEMERF), Central de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados (CRPEE), técnicos da Vigilância Epidemiológica, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e profissionais do CMPDS.	Março a setembro de 2018. Reunião presencial/quintzenal.	Polo de Educação do Município de Vitória da Conquista.	Material gráfico; Hora/homem; Espaço físico.	Percentual de reuniões planejadas/realizadas; Fluxo elaborado.	Existência de fluxo de referência e contra referência em hanseníase efetiva e resolutive.
Deficiência nas ações de educação continuada	Capacitar os profissionais da Rede de Atenção Básica.	Para viabilizar a descentralização das ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e vigilância do contato.	1-Identificar as unidades de saúde com maior número de casos; 2-realizar oficinas e capacitação in loco dos profissionais da Atenção Básica.	Equipe do CMPDS; Componentes do grupo afinidade.	Outubro de 2018 a outubro de 2020; Reuniões /encontros/oficinas mensais.	Polo de Educação do Município de Vitória da Conquista.	Material gráfico; Hora/homem; Espaço físico.	Percentual de oficinas/treinamento/capacitação planejadas/realizadas	Apresentação fluxo de referência e contra referência em hanseníase do município para sensibilização e mobilização dos profissionais que atuam na Atenção Básica e Atenção Especializada de forma continuada.

INTERVINDO NA FALHA DA COLETA DE DADOS PARA ANALISE E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE POSSE

Adilson Araújo Lins¹
Claudia Rielli Ramos²
Edilaine Tais Oliveira Lima Conti³
Jaísa Valéria Moro⁴
Márcia Cristina Antonio Simentom⁵
Marina Leitão David⁶
Paulo Cesar Madi⁷
Rosângela Zabaleta Alves Corrêa⁸
Sandro Sebastião Ferreira⁹
Valeria Mileo F. Corrêa Alberto¹⁰
Rafaela Rodrigues Cheche¹¹

1 INTRODUÇÃO

O curso de Especialização em Vigilância em Saúde tem como proposta de intervenção e transformação da realidade, a elaboração de um Projeto Aplicativo que segue uma perspectiva construtivista da educação seguindo a metodologia com fundamentos do planejamento estratégicos situacional, com estratégias e ações educacionais desenvolvidas no curso visando produzir uma intervenção na realidade.

Seguindo esta metodologia foi constituído Grupos Afinidade e este Grupo foi definido como Grupo Afinidade 1 que é constituído por profissionais que atuam na área da saúde e trabalham em sete

¹ Direito, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município de Águas de Lindoia, lins.adilson@oi.com.br

² Enfermeira, Especialista UNIARARAS, Prefeitura do Município Serra Negra, rielliramos@gmail.com

³ Enfermeira, Especialista UNIFESP/UNASUS, Pref. do Munic de Monte Alegre, edilainelimaconti@gmail.com

⁴ Enfermeira, Mestrado-USP, Prefeitura do Município de Itatiba, ja_valeria@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Especialização IEP/HSL, Pref. Munic. Santo Antonio de Posse, marsimenton@hotmail.com

⁶ Enfermeira, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município Amparo, mldavid@amparo.sp.gov.br

⁷ Médico, Especialista FAMERP, Prefeitura do Munic. de Santo Antonio de Posse, pc-madi@uol.com.br

⁸ Enfermeira, Mestrado USF, Prefeitura do Município de Itatiba, rozabalc@gmail.com

⁹ Engenheiro Civil, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município de Itatiba, engsandroferreira@gmail.com

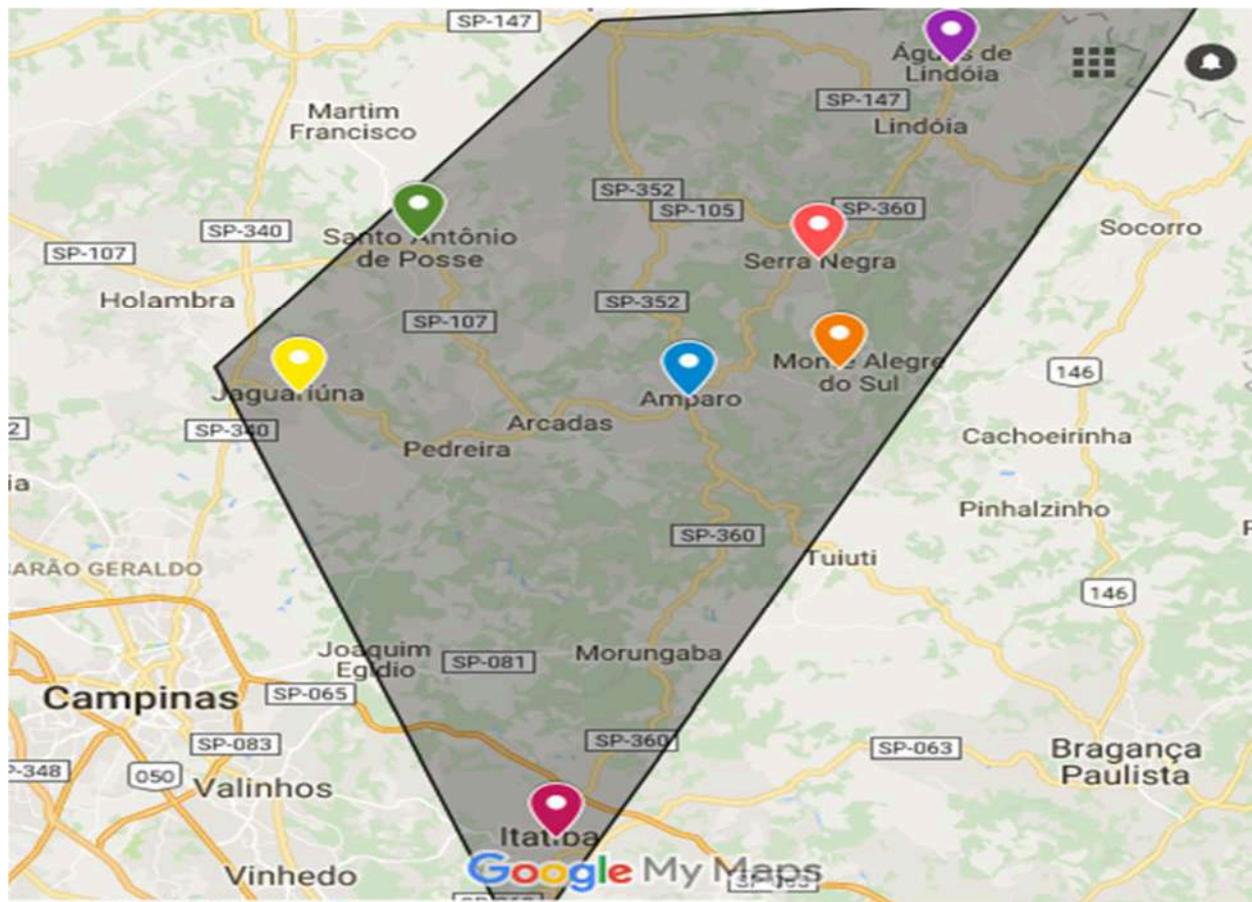
¹⁰ Enfermeira, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município de Jaguariuna, valeria.alberto@yahoo.com.br

¹¹ Orientadora. Psicóloga, Especialização IEP/HSL, Departamento RegionalVII, Campinas, rafacheche@yahoo.com.br

municípios que estão geograficamente próximas, possuem características próprias e estão localizadas em duas regiões distintas sendo que três estão na Região Metropolitana de Campinas e quatro no Circuito das Águas (Figura 1).

Os municípios envolvidos são: Aguas de Lindoia, Amparo, Itatiba, Jaguariúna, Monte Alegre do Sul, Santo Antônio de Posse e Serra Negra.

Figura 1



O Grupo foi formado com o intuito de elencar um problema comum para todos os municípios e elaborar um projeto com o objetivo de montar estratégias para melhorar o problema existente, podendo ser aplicado em qualquer município levando em consideração as devidas proporções e características de cada município.

As pessoas que fazem parte do Grupo trabalham na área de saúde em diversos setores sendo eles Unidade de Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, com diversas profissões como enfermeira, médico, engenheiro, advogado, que atuam em diversas funções sendo elas administrativas e assistenciais.

Estas áreas de atuação estão contidas na Vigilância em Saúde e utiliza indicadores técnicos e operacionais, e sua construção depende das informações que derivam da Atenção Primária, Secundária e Terciária. Para que esses indicadores sejam fidedignos e mostrem um retrato muito próximo da

realidade, é necessário ter uma visão epidemiológica com o objetivo de identificar uma doença ou agravo. E para isso, é preciso que os dados enviados dos serviços de saúde sejam também fidedignos, pois o dado é a base da informação.

Segundo J. Last, 1995, Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde.

O conceito de vigilância epidemiológica segundo a Lei 8.080 é, um “Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A coleta de dados é fator fundamental da determinação e investigação de eventos e os dados mais frequentemente utilizados em epidemiologia são resultantes de enumerações (contagens) e esta representação numérica é uma tentativa de aproximação ou de descrição (distribuição de atributos em categorias previamente definidas) de eventos ou fenômenos que se quer avaliar

Seguindo as orientações e metas pré determinadas pelo curso, foi elencado um problema comum à todos os municípios envolvidos no Grupo e identificado que os dados relatados e entregues à Vigilância epidemiológica em forma de formulários específicos, como por exemplo o Formulário de Doenças de Notificação Compulsória, ou por outro veículo de dados chegam com falhas de preenchimentos, dificultando a determinação, prejudicando um estudo epidemiológico com a investigação do caso. Para sanar esta falha é necessário refazer a coleta de dados disponibilizando/deslocando outro profissional para completar o preenchimento dos dados faltantes, comprometendo o tempo dispendido para concluir a investigação.

Para um melhoramento sistemático dos processos de uma organização é necessário a consolidação dos Manuais Administrativos, que são um conjunto de normas, procedimentos, instruções e orientações a ser obedecido pelos funcionários de forma individual ou coletiva (CURY 2008).

CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ENVOLVIDOS

Águas de Lindóia

O município de Águas de Lindóia pertence à região de Campinas, do Circuito das Águas Paulista, tem território de 60 Km². Apresenta uma população de 17.261 habitantes (IBGE 2010), com densidade demográfica de 287,68 habitantes por Km².

Na atenção à saúde o município conta com três unidades ESF – Estratégia saúde da Família, um ambulatório de Especialidades e um Hospital geral.

Amparo

Amparo é um município localizado na região de Campinas no Circuito das Águas, seu território tem área total de 445,55 Km². Possui uma população de 69.322 habitantes (IBGE, 2010) com taxa de urbanização de 78,71%; densidade demográfica de 150,50 habitantes por Km.

Na Atenção Básica o município conta com 15 Estratégias de Saúde da Família e (ESF) e 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 02 Hospitais com pronto socorro, 01 ambulatório de especialidades, 01 Centro de Atenção Psicossocial II e AD (CAPS), 01 Centro de Reabilitação.

Itatiba

Itatiba é um município de área total de 322 Km², pertencente a região metropolitana e administrativa de Campinas. Possui uma população de 101.471 (IBGE, 2010), com densidade demográfica bruta de 346,34 hab/km².

O município conta com 19 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Ambulatório Central de Especialidades, 01 Centro de Atenção Integral a saúde da Mulher Itatiba, 01 Centro de Atenção a Criança, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Serviço de Atenção Domiciliar, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro Integral saúde odontológica, 01 Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPS-AD) e 01 Hospital Geral.

Jaguariúna

Jaguariúna é um município com uma área de 142,437 Km², que compõe a Região Metropolitana de Campinas. Sua população estimada é de 44.311 habitantes (IBGE 2010), com densidade populacional de 311,1 hab./Km².

Conta com 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 01 Hospital e Maternidade Municipal; 01 Ambulatório de Especialidades Médicas; 01 Unidade de Pronto Atendimento; 01 Centro de Atenção Psicossocial; 01 Centro de Referência da criança e do Adolescente (em saúde mental); 01 Serviço de Atendimento domiciliar - "Melhor em Casa"; 01 Centro de Odontologia; 01 Centro de Especialidades Odontológicas; 01 Ambulatório de Feridas; 01 Serviço de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vetores); 01 Ambulatório Municipal de DST/AIDS/HIV e Hepatites (Serviço de Atendimento Especializado); 01 Central de regulação; 01 Centro de Controle de Zoonoses; 01 Serviço Assistência Farmacêutica; 01 Serviço de Transporte Ambulatorial e de urgência.

Monte Alegre do Sul

O município de Monte Alegre do Sul apresenta área territorial de 110,3 Km quadrados. Pertence a Regional de Saúde de Campinas e é localizado no Circuito das Águas Paulistas com uma população de 7.812 hab e densidade demográfica de 64,8 hab/km² (IBGE, 2010).

Monte Alegre conta com 03 Estratégias de Saúde da Família (ESF). O Pronto Atendimento Municipal, atualmente conta com convênio municipal hospital Santa Casa Anna Cintra, do município de Amparo (13,3 km distância) para internações e avaliações de gestantes. Internações de média e alta complexidade são reguladas via CROSS.

Santo Antônio de Posse

Santo Antônio de Posse apresenta 154 Km² de extensão. Faz parte da Região Metropolitana de Campinas. A população atual é de aproximadamente 22.176 (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 134 hab/km².

O município conta com Pronto Atendimento 24 horas, 6 Estratégias de Saúde da Família, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Centro Odontológico Municipal, Centro de Especialidades, Centro Municipal de Reabilitação e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O Pronto Atendimento Municipal, atualmente conta com convênio municipal hospital Santa Casa Anna Cintra, do município de Amparo (30 km distância) para internações e avaliações de gestantes. Internações de média e alta complexidade são reguladas via CROSS.

Serra Negra

O município de Serra Negra apresenta 203,01 Km² de extensão, pertence à região de Campinas, localizada no Circuito das Águas Paulista. População de 26.387 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 129hab/km².

Serra Negra conta com 05 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 4 Unidades Básicas de Saúde. 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Centro de Atendimento Psicossocial I (CAPS), 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Fisioterapia, Vigilância em Saúde e 01 Hospital Geral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade da informação no serviço de saúde.

2.2 Obejetivos Especificos

- Sensibilizar e capacitar os atores envolvidos na coleta de dados;
- Demonstrar a importância da coleta de dados análise e disseminação da informação;

- Promover a socialização e disseminação dos protocolos e instruções existentes;
- Fortalecer a integração Intersetorial.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No primeiro momento o grupo realizou uma técnica para elencar um problema semelhante a todos os municípios envolvidos para a realização de um projeto de intervenção.

Após a exposição de todos os componentes do grupo sobre as características e problemas encontrados em cada município, vimos que havia muito mais semelhanças do que diferenças, o que nos possibilitaria a execução do Projeto Aplicativo.

Cada participante em targetas, elencou as dificuldades e angústias encontradas em seus municípios. Em seguida os problemas foram discutidos e agrupados em núcleo de sentido por semelhança de características.

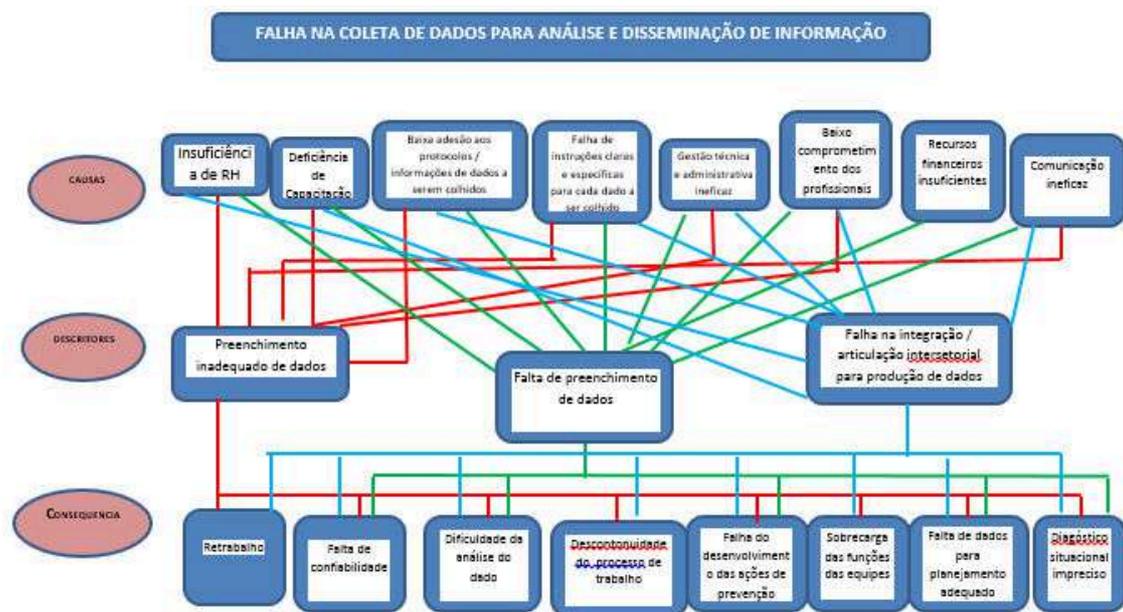
Assim foram elencados 7 macro problemas:

1. Quadro de funcionários insuficientes;
2. Falta de capacitação;
3. Falta de comprometimento/estímulos dos profissionais;
4. Falta de integração da rede de atenção a saúde;
5. Baixo financiamento e má gestão e recursos;
6. Pouca efetividade da comunicação;
7. Falha na coleta de dados, análise e disseminação da informação.

Utilizamos a ferramenta do planejamento estratégico, com instrumentos apresentados no curso para priorização dos problemas e em análise foi definido para o desenvolvimento do projeto de intervenção o seguinte macroproblema: **“Falha na coleta de dados, análise e disseminação da informação”**.

Após “exaustiva discussão/atividade”, começamos a entender que era necessário chegar às “causas, descritores e consequências” provenientes do problema escolhido e evidenciamos o seu impacto na realidade de cada serviço com a elaboração da Árvore Explicativa (figura 2)

Figura 2



Com base na análise da árvore explicativa foram encontrados quatro Nós Críticos importantes:

- ✓ Deficiência de Capacitação;
- ✓ Baixa Adesão dos Protocolos/Informações de dados a serem colhidos;
- ✓ Falta de Instruções claras e específicas para cada dado a ser colhido;
- ✓ Coordenação técnica/administrativa ineficaz;

Em nova análise destes Nós Críticos elencados, foi verificado que a “Deficiência de Capacitação” pode gerar a “baixa adesão dos protocolos/informações de dados a serem colhidos”, gerar a “falta de instruções claras e específicas para cada dado a ser colhido” e com uma “coordenação técnica/administrativa ineficaz” contribuir para a deficiência na coleta de dados. Portanto, concluímos que, para o Macroproblema “A Falha na coleta de dados para análise e disseminação da informação” deve-se trabalhar: a ” Deficiência de Capacitação,” e para isto o grupo deu início no planejamento das ações e seu passo a passo para o fortalecimento e o direcionamento na qualidade das capacitações com o objetivo de agregar, envolver e responsabilizar os líderes das equipes. Padronizar as ações de vigilância, qualificando o processo de coleta, análise e disseminação dos dados.

DISCUSSÃO

Nós críticos x referencial teórico

1-Deficiência da capacitação

De acordo Sousa et al (2012), quando se fala do nível do conhecimento das doenças de notificação compulsória pela Equipe Saúde da Família (ESF) no Piauí, apesar de demonstrarem um variado nível de conhecimento e sua real necessidade de notificação, há uma deficiência no conhecimento pela equipe, havendo assim a necessidade de investir em capacitação, afim de corrigir e fortalecer os conceitos e diretrizes do processo de notificação.

Já Silva, Ogata e Machado (2007), demonstraram que existem alguns entraves no desenvolvimento das ações de capacitação técnico-política dos trabalhadores dos serviços de saúde no que se refere a educação permanente e isto se deve muitas vezes ao formato das capacitações, metodologia aplicada, temas abordados que não condizem com a realidade e necessidade dos trabalhadores, tornando a capacitação ineficiente.

2- Baixa Adesão dos Protocolos/Informações de dados a serem colhidos

O processo ensino-aprendizagem se desenvolve com base em trocas entre os sujeitos envolvidos: quem aprende e quem ensina estão intimamente integrados num processo de partilha de conhecimentos, vivências e sentimentos, pautados pela comunicação entre estes pares. Este não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Deve-se levar em conta as experiências vivenciadas pelos indivíduos e sua bagagem profissional e pessoal (ZANI, NOGUEIRA, 2006). Essas afirmações são fundamentais, considerando-se tratar-se de qualificar pessoas que já trazem consigo uma bagagem composta pelo conhecimento técnico e fortemente influenciada por experiências vivenciadas em seu cotidiano, permeadas de valores, atitudes e significações pessoais, que podem ou não estar consoantes com aquilo que se propõe como ideal em atitudes a serem tomadas no trabalho e no desempenho da assistência prestada. Por isso, a atualização técnico-científica dos trabalhadores é uma das estratégias de qualificação das práticas profissionais. Qualificá-las passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo a sua transformação e a reorganização dos processos de trabalho, por meio da problematização das experiências, permeadas por aspectos que vão além de habilidades técnicas e conhecimento, passando pela subjetividade e por relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Diante do exposto entende-se que quanto mais se discute junto aos profissionais os protocolos e com os mesmos tendo a chance de fazer as colocações pertinentes, mais possibilidade de adesão a esses.

3- Falta de instruções claras e específicas para cada dado a ser colhido

Segundo Bocatto, 2012, o desenvolvimento de sistemas de vigilância implica o acesso à elevada gama de informações, especialmente as relativas à morbidade, à mortalidade, à estrutura demográfica,

ao estado imunitário e nutricional da população, à situação socioeconômica e ao saneamento ambiental. Por isso deve trabalhar de forma integrada e harmônica com todas as Unidades de Atendimento à Saúde – também intersetorialmente, mantendo como princípios norteadores:

- ✓ Manutenção da qualidade na coleta de dados;
- ✓ Consolidação desses dados em informações fidedignas;
- ✓ Ampla disseminação dessas referidas informações a todos aqueles que as geraram e que delas necessitam tomar conhecimento.

Para Graciano et al., 2009, a coleta de dados é deficiente e a formulação de diagnóstico de saúde é baseada nos dados do sistema de informação de saúde. A coleta de dados é uma etapa deficiente no processo e existem fatores que acabam resultando na baixa qualidade de informação gerada, sendo ele o preenchimento de vários formulários, desinteresse, falta de capacitação de vários profissionais de saúde, diversas informações existentes no sistema e resistência de alguns profissionais de utilizar o computador.

4- Coordenação técnica/administrativa ineficaz

A transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal do SUS encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos de saúde – completamente despreparado para essa tarefa. Outra realidade não seria de esperar, tendo em vista a forma histórica de organização destas instituições e sua participação no conjunto da assistência

[...] Em geral, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de saúde de cuidados básicos que era articulada com outras unidades ambulatoriais mais complexas, unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar, nas ações coletivas, o papel municipal era incipiente e historicamente limitado às ações de vacinação. (MAGALHÃES, 2001).

Neste contexto o gerente atua como um mero chefe de pessoal, se atendo a atividades exclusivamente de ordem burocrática, exercendo um papel controlador e centralizador, sua visão é limitada e predominantemente voltada para o intramuros. (ANDRÉ E CIAMPONE, 2007)

Em consequência da falta de planejamento e adequação dos meios e instrumentos necessários, não é raro o seu fracasso por motivos perfeitamente evitáveis. O desafio de vencer esta contradição da área de saúde – projetos brilhantes x estrutura precária – é que reveste o setor administrativo ou de recursos logísticos de um caráter estratégico na gestão de um sistema ou serviço de saúde. Isto, que parece lógico e tranqüilo na teoria, não é o que acontece na maioria das cidades, trazendo um enorme

prejuízo às gestões e um significativo desperdício de tempo gerencial e político dos dirigentes”. (MAGALHÃES, 2001)

Conforme André e Ciampone (2007), como representante da autoridade política, o gestor, ao assumir o comando de uma organização pública, com suas distintas finalidades e atreladas ao sistema político, deve ter a clareza que a lógica que prevalece é a lógica da permanência no poder. Por decorrência, os objetivos e metas, na organização pública, espelham as escolhas políticas, nem sempre explícitas e claras, o que torna o processo decisório, no âmbito local, ainda mais complexo e centralizado.

Continua Magalhães (2001), a idéia de sistema deve estar presente na proposta de organização da área administrativa. Todas as áreas e meios (jurídico, planejamento, orçamento, execução financeira, materiais, gerência de contratos, serviços gerais, manutenção e transporte) e as áreas-fim (técnicas) devem estar entrosados e funcionar como uma engrenagem lubrificada, de forma a fazer girar sem problemas a ‘roda’ dos serviços. Esta integração deve acontecer no cotidiano e fazer parte das preocupações constantes dos gestores. Desta forma, evita-se a perda de energia com questões menores e de caráter interno ao funcionamento das organizações.

Isso explica a descontinuidade de programas quando ocorrem mudanças de dirigentes, até dentro do mesmo governo. (ANDRÉ E CIAMPONE, 2007). É fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura. Portanto, desde o primeiro momento de uma gestão, é necessário dimensionar cuidadosamente a infraestrutura necessária, seja no próprio órgão gestor do SUS ou fazendo-se gestões e estabelecendo um bom relacionamento com os demais órgãos da administração municipal. (MAGALHÃES, 2001)

O gestor local enfrenta o desafio de responder aos anseios da comunidade utilizando-se dos recursos disponíveis; dessa maneira, faz-se imprescindível que disponha de um arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes, a fim de poder otimizar e maximizar tais recursos, realizando parcerias, negociando propostas e trabalhando com a equipe e a comunidade num exercício de “empoderamento” para a cidadania. (ANDRÉ E CIAMPONE 2007)

Contextualizando com o nó crítico encontrado, a gestão técnica e administrativa ineficaz, apresenta como causa e consequência as situações e problemáticas apontas no referencial: perfil controlador e centralizador, o baixo entrosamento com as demais áreas e meios, as escolhas políticas, nem sempre explícitas e claras, aliadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes administrativas insuficientes, são de maneiras isoladas ou agrupadas o consenso em que a equipe chegou durante a elaboração do projeto aplicativo.

Desde o início da década de 90 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal, além

disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos. (BRITO 1993)

Segundo Cavalcante, Silva e Ferreira (2011) na saúde as informações são frequentemente subutilizadas e se perdem, dificultando a avaliação de dados fidedignos. Traz em seu contexto a necessidade de realizar capacitações contínuas para os profissionais de saúde, com isso terá a melhora das informações de vigilância em saúde.

4 GESTÃO DO PLANO

As propostas sugeridas pelo Grupo foram, de sensibilizar os coordenadores dos setores envolvidos sobre a importância, necessidade da coleta fidedigna de dados, criação de POPs para as notificações no Sistema de Informação (SINAN) e organização, desenvolvimento e capacitação das equipes de saúde.

Para que o Plano de Ação seja realizado, é importante analisar sua viabilidade. Para isto, avaliou-se a motivação em relação aos interesses e valores dos atores sociais sobre as ações:

- ✓ Sensibilização dos coordenadores envolvidos sobre a importância e necessidade da coleta fidedigna de dados;
- ✓ Criação de POPs;
- ✓ Capacitação das equipes.

Os coordenadores da Vigilância em Saúde, Educação Continuada e Gestor da Secretaria de Saúde demonstram interesse positivo com alto valor para 3 ações. Já em análise de interesse dos coordenadores dos demais setores, percebe-se que tanto a positividade, como os valores variam entre positivo, negativo, nulo a alto.

Dentro da evolução do grupo na atividade, foi discutido sobre as necessidades, dificuldades, falhas encontradas no processo de coleta dados para análise e disseminação da informação em todos os municípios envolvidos.

Assim, analisando a viabilidade da implantação do projeto aplicativo, ficou definido o município de Santo Antonio de Posse como “município piloto”, por contarmos com a presença do gestor do município e coordenadora da Vigilância Epidemiológica no grupo.

Vale lembrar que este projeto pode ter aplicabilidade em qualquer município da região e país e que ser realizado sensibilização com o intuito de transformação.

Pensando na disponibilidade de tempo a equipe concordou com a aplicação do projeto para o ano de 2018 e para isso foi apontado que seria viável a criação de uma comissão formada durante a reunião de sensibilização, liderada pela coordenadora da vigilância epidemiológica e o coordenador da educação permanente do município.

Ao detalhar, definiu-se que os coordenadores do projeto em uma primeira reunião com os representantes dos diversos setores de serviço de saúde como: Estratégia da Saúde da Família (ESFs), Pronto Atendimento (PA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Especialidades, Centro Odontológico, Centro de Reabilitação, Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância Epidemiológica(PA) formarão uma comissão de planejamento de ações.

Foi montado um cronograma iniciando com o estabelecimento dos componentes, que serão denominados de coordenadores, do Grupo de Acompanhamento do Projeto Aplicativo que foi determinado

para este Projeto o número de 21 profissionais. Após estabelecido os coordenadores será realizado reunião para a sensibilização dos mesmos para a importância e a necessidade da coleta fidedigna de dados.

Um terceiro momento será para elaborar o material que será utilizado para a próxima etapa que é a sensibilização das equipes de coordenadores e estes irão elaborar um Procedimento Operacional Padrão. Após este período serão elaboradas e realizadas as capacitações com as equipes envolvidas.

A monitorização das ações realizadas serão realizadas desde o início da elaboração até completar um ano de acordo com o quadro na Figura 3.

Para que haja viabilidade do Projeto será realizada uma planilha orçamentária identificando cada ação a ser realizada e sua respectiva despesas de custeio, despesas de investimento conforme Figura 4.

Os encontros periódicos e as ações serão definidos pela equipe gestora conforme cronograma estabelecido neste projeto. Para esta capacitação é necessária uma sala de reunião com capacidade para acomodar o número de pessoas envolvidas, equipamentos como: datashow, flip chart, sistema de som, material de papelaria, coffee break e transporte se necessário.

Seguindo a programação descrevemos também como será o conteúdo programático da capacitação realizadas com cada equipe.

Segue abaixo a programação:

Figura 3

Figura 4

CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO - 2018													
N	AÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	Estabelecer os 21 componentes do grupo de acompanhamento do PA												
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA 2018													
2	AÇÃO	DATA INICIAL		DATA FINAL		DESPESAS DE CUSTEIO			DESPESAS DE INVESTIMENTO			TOTAL	
3	coleta fidedigna de dados				02/jan	03/jan							
4	Elaborar material para sensibilização das equipes de coordenadores												
5	Sensibilizar os coordenadores dos setores envolvidos sobre a importância e necessidade da coleta fidedigna de dados		15A 16		04/jan	05/jan							
6	Elaborar POP s		15A 16										
7	Capacitar as equipes de coordenadores		02 A 30		08/jan	12/jan							
8	Monitorar as ações realizadas							02 A 31					
	Sensibilizar as equipes pelos coordenadores com avaliação				15/jan	28/fev							
	Elaborar POP s				15/jan	16/mar							
	Elaborar capacitação das equipes de saúde				19/mar	30/mar							
	Capacitar as equipes				02/abr	20/abr							
	Monitorar as ações realizadas				04/jan	31/dez							
	* Essa Planilha será alimentada durante a realização do projeto												

Conteúdo programático

Primeiro encontro

- 1- 8:00h as 8:45h - Apresentação do projeto, dos facilitadores e do grupo
- 2- Sugestão: dinâmica de integração denominada Batata Quente que promove a relação interpessoal é um melhor aproveitamento
- 3- 8:45h as 9:00h - Contratualização: Horários de intervalos, tolerâncias e construção de pactos do grupo.
- 4- 9:00h as 10:00h – Apresentação da rotina dos serviços de saúde:
- 5- Dividir em grupos por serviços (AB, Especialidade, Saúde mental, Hospitais, Reabilitação, Vigilância, CEO) solicitando que cada grupo descreva em folha de Flip Chart as atribuições de outro serviço. 20'
- 6- Os mesmos grupos agora devem descrever suas próprias atribuições.
- 7- 10:00h as 10:15h – intervalo
- 8- 10:15h as 11:00h - apresentação dos trabalhos por grupo e confronto entre os resultados.
Objetivo: Provocar uma análise do pré julgamento dos serviços, entendendo a importância e a realidade de cada um.
- 9- 11:00h as 11:45h - Importância dos sistemas de informação e Saúde com enfoque na vigilância epidemiológica.
- 10- 11:45h as 12:00h - Avaliação do encontro.

Segundo encontro

- 1- 8:00h as 9:00h – dinâmica de impacto para sensibilizar a importância da comunicação e informação
- 2- 9:00h as 10:00h - Estudo de caso:
- 3- Elaborar um caso com detalhes de sinais e sintomas data de início de sintomas, locais de passagem da pessoa. Baseado numa ficha de notificação de um determinado agravo e Outro caso sem os detalhes da ficha -
- 4- Elaborar um estudo de caso baseada numa ficha de notificação de determinado agravo de saúde, com descrição de todos os itens da ficha. Em outro estudo deixar faltando várias informações para se preencher a ficha do agravo escolhido.
- 5- Na sala dividir os participantes em grupos heterogêneos de 4 a 6 pessoas e distribuir para cada grupo um estudo de caso dos dois planejados

- 6- Numa mesa deixar disponível várias fichas de notificação de agravos contendo entre elas as fichas corretas do estudo planejado.
- 7- Solicitar que o grupo diante do caso faça uma suspeita, preencha a ficha completa e aponte as ações de vigilância do caso.
- 8- 10:00h as 10:30h - intervalo
- 9- 10:30h as 11:45- h Apresentação dos grupos e discussão sobre a falha na coleta disseminação e análise da informação.
- 10- 11:45h as 12:00h Avaliação do encontro.

Terceiro encontro

- 1- 8:00h as 10:00h Apresentação do POP
- 2- 10:15h as 10:30h intervalo
- 3- 10:30h as 11:30h discussão por grupos
- 4- 11:30h as 12:00h avaliação final

Os encontros periódicos e as ações serão definidos pela equipe gestora conforme cronograma estabelecido neste projeto. É necessário para esta capacitação, uma sala de reunião com capacidade para acomodar o número de pessoas envolvidas, equipamentos como: datashow, flip chart, sistema de som, material de papelaria, coffee break e transporte se necessário.

Para o monitoramento da atividade foi montado a Matriz de Monitoramento do Plano identificando a ação da situação, resultados, dificuldades e as novas ações ou ajustes necessários conforme descrito na Figura 3.

O sistema de monitoramento e indicador do mesmo serão baseados no:

- Número de participantes capacitados a partir da lista de presença;
- Percentual de Notificações recebidas com preenchimento completo e correto para alimentação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),;
- Alcance das metas pactuados no Sistema online utilizado para o registro da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde (SISPACTO) dos seguintes indicadores:
 - ✓ 05 - proporção de casos de doença de notificação compulsória imediata) DNCI, encerradas em até 60 dias após notificação no SINAN;
 - ✓ 06 - proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;
 - ✓ 08 - número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade.;

- ✓ 09 - número de casos novos de Aids em menores de 05 anos;
- ✓ 23 - proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que o projeto aplicativo promova a sensibilização e responsabilização dos coordenadores de setores e equipes de saúde, afim de realizar uma transformação no processo de trabalho a nível local que apoie diretamente os sistemas de informação, contribuindo para uma avaliação do perfil epidemiológico do município, facilitar e garantir a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressaltamos a importancia da devolutiva para as equipes de saúde do resultado da coleta dos dados e as ações desenvolvidas a partir destes, para a demonstração da relevância dos indicadores para o histórico da situação epidemiológica do município e assim mantê-los motivados/envolvidos na continuidade do processo de padronização destas informações.

Com a demonstração da importância da coleta de dados para análise e disseminação da informação, promoverá a socialização dos protocolos e instruções já existentes, fortalecendo a integração intersectorial.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A.M; CIAMPONE, M.H.T. **Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde**. RAS.vol.9, n34, pag16-21,Jan-Mar. 2007.

BOCATTO, M. **Vigilância em Saúde/ Conceitos**. UNA-SUS UNIFESP – Unidade 11. 2012

BRASIL. Lei Número 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília; DF.1990. Disponível em: <https://planalto.gov.br/ccvil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em 20 de outubro de 2017

BRITO L.S.F. **Sistema de informações de agravos de notificação - Sinan**. In: Fundação Nacional de Saúde. Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. P.145-146.

CAVALCANTE R.B, SILVA P.C, FERREIRA M.N. **Sistema de informação em saúde: possibilidades e desafios**. Rev. Enf.. UFSM, v.01, n.2, p.290-299, 2011.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CURY, Antonio. **Organização e Métodos: Uma Holística**. São paulo: Atlas 2008.

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica**: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface (Botucatu), v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

GRACIANO, M.M.C.; ARAÚJO E.W.; NOGUEIRA, D.A.. **Sistema de Informação em Saúde e atuação do profissional médico**. Rev. Méd. de MG, América do Norte, v.19, n.3, p198-205,2009.

LAST, J.M. **Um dicionário da Epidemiologia**. 2 edição Lisboa: Departamento de Estudos e Planejamento da Saúde, 1995.

MAGALHÃES, H.M.J. **Administração na Área de Saúde**: Uma Perspectiva para Gestores Municipais: Administração de Material, Patrimônio e Serviços do SUS Municipal. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos , Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, p. 17-23, jan. 2001.

SILVA J.A.M., OGATA M.N., MACHADO M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acessado em: 04/09/2017

SOUSA S.P.O. et al. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil – 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.21 n.3 Brasília set.2012. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300012. Acessado em: 04/09/2017

ZANI, A.V.; NOGUEIRA, M.S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.14, n.5, p.742-8, 2006.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO INTERNA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA COREMU-ESPPE

Ana Ruth Barbosa de Sousa¹
Altair Massaro²

1 INTRODUÇÃO

A Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) é uma instituição da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), integrante da estrutura da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES/SES-PE), cujo principal papel é o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão que promovam o fortalecimento das Políticas Nacional e Estadual de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco. Desde a sua criação, em 1989, a ESPPE vem oferecendo cursos na área de saúde nas suas diversas modalidades, atendendo às necessidades dos serviços de saúde locais, com o objetivo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde em Pernambuco. Atualmente oferece cursos técnicos, cursos de curta duração, cursos de pós-graduação (Residência em Área Profissional da Saúde e Especialização Lato Sensu), e cursos de Ensino a Distância.

No ano de 2015, a ESPPE instituiu sua Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU-ESPPE), a qual foram vinculados os seguintes programas de residência: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase na Gestão de Redes de Atenção à Saúde, Residência em Enfermagem Obstétrica, Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase na Gestão do Cuidado do Hospital Regional Dom Moura, e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz. Os três primeiros programas são de coordenação e execução direta da ESPPE, apresentando um caráter de foco na descentralização da formação, visto que sua estruturação e organização espacial contempla o aspecto da regionalização da saúde, sendo desenvolvidos nas regionais de saúde ao longo do estado de Pernambuco.

Neste sentido, é importante destacar que os programas descentralizados incorrem em características peculiares na sua organização, visto que demandam situações específicas e bem

¹ Fisioterapeuta, Mestrado em Saúde Coletiva (UFRJ), Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, anaruthbs@hotmail.com

² Médico, Mestrado em Saúde Coletiva (Unicamp), Hospital Sírio Libanês, altair.massaro@iadsus.com

complexas, uma vez que abrange serviços de saúde que até então não mantinham relação com a proposta de formação de profissionais a partir de um programa de residência em saúde. Além disso, cada regional de saúde apresenta uma organização ímpar, considerando a realidade e necessidade dos diferentes territórios em saúde ao longo do estado, constituindo como desafio importante o desenvolvimento das atividades da residência de forma mais adequada a cada território, sem, contudo, deixar de levar em conta uma identidade para cada programa, de acordo com as áreas de concentração e com os objetivos dos respectivos Projetos Político Pedagógico.

É imprescindível então, que todo este processo esteja sendo alvo de contaste avaliação, para que se possa planejar e executar de forma mais acertada os caminhos que os programas devem percorrer na direção de promover a formação desejada aos profissionais residentes, bem como potencializar a contribuição aos serviços que são cenários de prática dos programas.

Considerando tal questão, em reuniões da COREMU-ESPPE vem sendo frequentemente pautada a necessidade de organização dos programas no que diz respeito ao desenvolvimento de um processo de avaliação interna, que permita a identificação das fragilidades e potencialidades, gerando reflexão sobre a estrutura e andamento dos programas, com vista ao aprimoramento dos mesmos. Além disso, há a preocupação com o eminente processo de avaliação pelo Ministério da Educação (MEC) com vistas ao reconhecimento dos programas. É sabido que este processo de avaliação pelo MEC, previsto como atividade da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), deve ocorrer como uma das etapas da acreditação pedagógica dos programas. Contudo, recentemente esta comissão vem passando por um movimento de reestruturação, após um período considerável de pausa nas suas atividades, atravessado por questões políticas da conjuntura do país, o que causou certo enfraquecimento na relação e diálogo com as coordenações locais dos programas. Isto vem causando certo receio em relação ao tema da avaliação dos programas, visto que torna um tanto quanto imprevisível a postura da CNRMS em relação a este processo.

Logo, é fundamental que os programas de residência multiprofissional em saúde possam estar arranjados e fortalecidos no tocante a sua organização, sobretudo, em relação às normas e direcionamentos colocados pelo MEC.

Diante disto pode-se perceber, enquanto problema no contexto dos programas da COREMU-ESPPE, a ausência de processo de avaliação interna, bem como a pouca apropriação dos atores envolvidos sobre processos de avaliação e de auto-avaliação. É possível que este problema se justifique dado a inexistência de uma cultura organizacional de processos de avaliação como um todo na rede de saúde do estado, incluindo às ações de Educação Permanente, o que implica em uma necessidade maior de que este tema seja abordado.

Entende-se então, como de extrema relevância para a qualidade dos programas e da formação em saúde a que se propõem, que haja a incorporação da discussão sobre o tema da avaliação interna, bem como da própria realização de processos avaliativos dos programas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar o processo de avaliação interna dos Programas de Residência em Saúde (PRS) da ESPPE.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Criar uma comissão de avaliação interna com representação dos segmentos de todos os PR.
- ✚ Definir os instrumentos de avaliação a serem utilizados neste processo.
- ✚ Realizar o processo de avaliação interna dos PRS.
- ✚ Incentivar a discussão sobre processos avaliativos e auto-avaliativos nos PRS.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando a importância e necessidade de incorporar a discussão e a realização de processos avaliativos dos programas de residência multiprofissional em saúde da COREMU-ESPPE, tem sido pauta recorrente nas reuniões ordinárias deste colegiado, a organização de um processo que contemple a realização de avaliação interna dos programas, com vistas ao aprimoramento e qualificação dos mesmos.

Logo, se fez necessário que, enquanto gestora dos programas de residência da ESPPE, eu pudesse estar facilitando a construção de uma proposta que vise à implementação do processo de avaliação interna dos programas. Para tanto, por ocasião da minha participação no Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Programas de Residência em Saúde (GPRS), oferecido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, foi possível pensar em construir um projeto de intervenção que contemplasse a demanda em questão, da qual trata este presente Projeto Aplicativo.

Para tanto, foi discutido em reunião da COREMU, e acatada a sugestão de que este PA pudesse ser o ponto de partida para a organização deste processo que já vinha se anunciando. Foram pactuadas ainda algumas questões essenciais e que deveriam direcionar a construção da proposta, considerando as contribuições de todos os membros da comissão.

Vale salientar que a partir desta pactuação, a proposta em questão inicialmente toma como base principal o formato que se tem até o momento estabelecido como modelo de avaliação dos programas pelo MEC, que se dá através de visita *in loco*, de uma equipe de avaliadores externos, com o objetivo

de avaliar a estrutura oferecida e o desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem, os quais são tidos como requisitos para autorização reconhecimento dos programas. Os aspectos que compõem esta avaliação institucional perpassam os elementos da organização didático-pedagógica, do corpo docente-assistencial e das instalações físicas, os quais serão os elementos que se pretende avaliar também na proposta que segue. No entanto, há a intenção de ampliar a discussão futuramente, uma vez que tal estratégia esteja implantada e consolidada, considerando a possibilidade de inserção de critérios de avaliação mais qualitativos, de forma a compreender os programas em sua totalidade, e alcançar uma análise mais aprofundada das necessidades de aperfeiçoamento, para além das questões normativas envolvidas neste processo de acreditação pedagógica em questão.

Para o alcance dos objetivos propostos, o plano de ação da intervenção em questão seguirá as etapas descritas a seguir:

a) Criar comissão de avaliação interna com representação dos segmentos de todos os PRS.

Devem ser definidos quais os representantes de cada segmento envolvido com os programas (coordenadores dos programas, preceptores, tutores e residentes) irão compor a comissão de avaliação interna, de forma a contemplar todos os programas que compõem a COREMU-ESPPE. Esta formação se dará a partir do interesse e disponibilidade dos profissionais em comporem e atuarem na referida comissão.

b) Realizar reuniões da comissão para apropriação de material teórico sobre o tema, bem como, sobre os instrumentos e experiências já existentes em outros PRS e no MEC.

A comissão irá se reunir, inicialmente, a partir do formato de grupo de trabalho, com objetivo de se apropriarem de material teórico que aborde o tema da avaliação interna de PRS. Serão discutidos também, alguns modelos de instrumentos de avaliação e algumas experiências de avaliação interna de outros PR, levantados na construção do referencial teórico deste projeto aplicativo.

Alguns dos instrumentos que servirão de base para a discussão serão: Roteiro de visita para avaliação de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde do MEC; Instrumento de Avaliação de Situação Transitória para Autorização/reconhecimento de Residências Multiprofissionais do MEC; Roteiro de visita para avaliação de Programas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde da UFPE; Relatório de Visita de Verificação – Dados Institucionais da UFPE.

c) Definir quais serão os instrumentos utilizados para a realização da avaliação interna.

A partir do material e dos modelos estudados, a comissão deverá construir um instrumento específico a ser utilizado para avaliação dos programas da COREMU-ESPPE, a partir dos critérios básicos de avaliação do MEC, mas considerando o contexto específico de cada programa.

d) Construir roteiro e cronograma de atividades de avaliação interna nos programas.

A comissão deverá organizar um roteiro e o cronograma de execução das atividades de avaliação interna de cada PRS da COREMU-ESPPE.

e) Informar aos atores envolvidos nos PRS sobre o processo de avaliação interna.

Pretende-se realizar momentos onde serão explanados para todos os atores dos programas, a proposta de avaliação interna, bem como a metodologia que será utilizada para tal. Este momento explicativo ocorrerá anteriormente ao início do processo de avaliação, permitindo que os atores estejam cientes do processo que seguirá.

f) Realizar as visitas *in loco* para avaliação interna dos programas.

A partir do roteiro e cronograma de atividades, aplicar o instrumento construído, efetivando o processo de avaliação interna do PRS.

g) Analisar os resultados da avaliação interna e dar o feedback para os PRS.

Após o cumprimento das etapas descritas anteriormente, os resultados do instrumento utilizado deverão ser analisados, organizados e disponibilizados às coordenações dos programas, de forma a possibilitar o conhecimento dos aspectos frágeis e dos aspectos potentes, de forma que possam realizar as alterações que se mostrarem necessárias para o aprimoramento do respectivo programa. Pretende-se ainda apresentar tais resultados em reunião da COREMU, de forma que os programas possam compartilhar e se apoiar entre si, no fortalecimento da formação dos profissionais residentes.

4 GESTÃO DO PLANO

4.1 Viabilidade

Uma vez que a proposta em questão advém de uma demanda direta da COREMU-ESPPE, e vem sendo construída em pactuação com este colegiado, além da própria relevância do tema, acredita-se que o apoio e participação dos atores envolvidos na condução do processo de avaliação interna dos programas, serão fatores presentes e facilitadores da execução do referido plano de ação. Contudo, é sabido que a fragilidade da cultura de avaliação e auto-avaliação no contexto dos serviços de saúde pode constituir um fator um tanto quanto dificultador da incorporação e reconhecimento deste movimento pelos demais atores envolvidos com os programas. Neste sentido, já é previsto nas etapas no plano de ação, um momento específico de diálogo com tais atores para aproximação com a proposta, na intenção de que a possível resistência que possa ocorrer, não inviabilize a execução das atividades. Isto se torna fundamental, uma vez que a intenção é de também promover a reflexão e estimular a prática e o fortalecimento de processos avaliativos neste contexto.

Em relação aos recursos necessários para a execução da proposta, entende-se que não há incremento significativo em todo o material humano e físico já demandado normalmente pelas atividades das coordenações dos programas de residência, constituindo em uma facilidade operativa para a execução do plano de ação. Porém, será necessária a garantia de disponibilidade de tempo e

priorização de agendas dos profissionais envolvidos na comissão de avaliação interna, com vistas ao cumprimento do cronograma de atividades construído pela mesma.

4.2 Monitoramento

CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES

ATIVIDADE	PRAZO	STATUS	DIFICULDADE ENCONTRADA	ENCAMINHAMENTO
Criação de comissão de avaliação interna com representação dos segmentos de todos os PRS.	Outubro 2017			
Realização de reuniões da comissão para apropriação de material teórico sobre o tema, bem como, sobre os instrumentos e experiências já existentes em outros PRS e no MEC.	Outubro 2017			
Definição de quais serão os instrumentos utilizados para a realização da avaliação interna.	Novembro 2017			
Construção de roteiro e cronograma de atividades de avaliação interna nos programas.	Novembro 2017			
Explicação aos atores envolvidos nos PRS sobre o processo de avaliação interna.	Novembro 2017			
Realização de visitas <i>in loco</i> para avaliação interna dos programas.	Dezembro 2017 e Janeiro 2018			
Análise dos resultados da avaliação interna e feedback para os PRS.	Fevereiro 2018			

OBS: STATUS – Realizado; Em andamento; Não realizado

REFERÊNCIAS

BRASIL. MEC. INEP. CONAES. SINAES. Roteiro de Auto-Avaliação Institucional: Orientações Gerais. Brasília: INEP, 2004.

CARVALHO JR. et al. Avaliação do programa de residência multiprofissional em saúde da família: uma análise qualitativa através de duas técnicas. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. Ano 11, Suplemento 2012.

CECCIM, RB. Acreditação pedagógica como estratégia de avaliação formativa institucional em programas de residência em área profissional da saúde. In: *Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes*. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 315-344.

LEITE, D. *Reformas universitárias: avaliação institucional participativa*. Petrópolis: Vozes, 2005.

MARTINS, JP. Considerações sobre avaliação no Ensino Superior, p 19-42. In: ROSSIT, R. A. S.; STORANI, K. (Orgs). *Avaliação nos Processos Educacionais*. Editora UNIFESP/UNICEP. 2010.

ROSSIT, RAS. et al. Avaliação: processos e modelos. *Coletânea Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde – Região Norte / Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS*. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

VASCONCELOS MIO. et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 53-77, 2015.

ANEXOS

Matriz de Intervenção

5W2H-IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO INTERNA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA COREMU-ESPPE

O QUE SERÁ FEITO?	POR QUE SERÁ FEITO?	ONDE SERÁ FEITO?	QUANDO SERÁ FEITO?	POR QUEM SERÁ FEITO?	COMO SERÁ FEITO?	QUANTO CUSTARÁ FAZER?
Criar comissão de avaliação interna para condução da implementação do processo de avaliação interna.	Definir quais os representantes dos PRS serão responsáveis pela condução do processo.	ESPPE	Outubro de 2017	Coordenadores dos programas e coordenação da COREMU ESPPE.	Através de reunião extraordinária da COREMU.	Não haverá custo.
Realizar reuniões da comissão de avaliação interna.	Apropriação de material teórico sobre o tema, bem como, sobre os instrumentos e experiências já existentes em outros PRS e no MEC.	ESPPE	Outubro de 2017	Comissão de avaliação interna.	Através do compartilhamento do material teórico e modelos de instrumentos de avaliação, e posterior reunião dos membros da comissão para discussão sobre o material.	Não haverá custo.
Definir quais serão os instrumentos	Construir um instrumento específico a ser	ESPPE	Novembro 2017	Comissão de avaliação interna.	Através de discussão e pactuação de	Não haverá custo.

utilizados para a realização da avaliação interna.	utilizado para avaliação dos programas da COREMU-ESPPE.				instrumentos específico para os PRS, a partir dos critérios básicos de avaliação do MEC.	
Construir roteiro e cronograma de atividades de avaliação interna nos programas.	Orientar o processo de avaliação interna dos PRS.	ESPPE	Novembro 2017	Comissão de avaliação interna.	Através de discussão e pactuação de agendas dos membros da comissão.	Não haverá custo.
Informar aos atores envolvidos nos PRS sobre o processo de avaliação interna.	Permitir que os atores envolvidos nos PRS estejam cientes do processo de avaliação interna.	ESPPE	Novembro 2017	Comissão de avaliação interna e coordenadores dos PRS.	Através de reuniões presenciais e emails informativos sobre roteiro e cronogramas de atividades da avaliação interna.	Não haverá custo.
Realizar visitas <i>in loco</i> para avaliação interna dos programas.	Aplicar os instrumentos de avaliação interna.	Nos locais (serviços de saúde e coordenações dos programas) onde são desenvolvidos os PRS.	Dezembro 2017 e janeiro 2018	Comissão de avaliação interna.	Através das visitas presenciais da comissão e aplicação dos instrumentos de avaliação.	Haverá os custos de deslocamento da comissão até os locais onde os PRS se desenvolvem.
Analisar os resultados da	Possibilitar o conhecimento	ESPPE	Fevereiro	Comissão de avaliação	Através da análise dos resultados	Não haverá custo.

<p>avaliação interna e dar o feedback para os PRS.</p>	<p>dos aspectos frágeis e dos aspectos potentes, de forma que possam ser realizadas as alterações que se mostrarem necessárias para o aprimoramento do PRS.</p>		<p>2018</p>	<p>interna.</p>	<p>encontrados, e divulgação dos mesmos para as coordenações dos programas.</p>	
--	---	--	-------------	-----------------	---	--

***Aedes Aegypti*: AÇÕES DE EDUCAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA CONTROLE VETORIAL EM UMA ESCOLA DA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO GAMA/DF**

Ana Edith Marques Leitão Gouveia¹
Bárbara Gonçalves Formiga²
Daniella Cristina Rodrigues Pereira³
Geane Di Magielli Figueiró da Silva⁴
Maria Silvana Andrade⁵
Patrícia Pimenta dos Santos⁶
Sávia Silva Soares Pueyo⁷
Sâmia Kelle de Araújo⁸

1 INTRODUÇÃO

O mosquito *Aedes aegypti* transmite dengue e outras arboviroses como o vírus Zika, Chikungunya e Febre Amarela que estão amplamente distribuídos em várias regiões do Brasil. Destaca-se as limitações nas ações de controle tais como, a baixa detecção de potenciais criadores, a existências de espécies críticas (que são tão assemelhadas que se pensa serem representantes de uma só) e o desenvolvimento de resistência em diversas populações do mosquito.

Diversas tecnologias vêm sendo desenvolvidas para o controle vetorial utilizando diferentes mecanismos de ação como medidas sociais, monitoramento, dispersão de inseticidas, novos agentes de controle químico e biológico e procedimentos moleculares para o controle populacional do vetor.

Nos últimos anos, o principal vetor do vírus da Dengue (DENV), o mosquito *Aedes aegypti*, está presente nas áreas urbanas de diversos municípios brasileiros e apresenta picos de infestação nos meses de verão e início de outono (BRASIL, 2009). Outros patógenos emergentes

¹ Fisioterapeuta, especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde, anaedithgouveia@gmail.com

² Graduação em Saúde Coletiva, especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Pesquisadora no Centro de Tecnologia Educacionais em Saúde (Centeias) - Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília (FS/UnB), bg.formiga@hotmail.com

³ Farmacêutica, mestre em Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz Brasília, daniella.pereira@fiocruz.br

⁴ Bacharel em Administração, especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Fundação Oswaldo Cruz Brasília, geane.silva@fiocruz.br

⁵ Tecnólogo em Processamento de Dados, especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Fundação Oswaldo Cruz Brasília, ssyls23@gmail.com

⁶ Bacharel em Economia, especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Fundação Oswaldo Cruz Brasília, patricia.pimenta@fiocruz.br

⁷ Tecnólogo em Gestão Pública, especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Fundação Oswaldo Cruz Brasília, savia.pueyo@fiocruz.br

⁸ Doutoranda em Enfermeria Clínica y Comunitaria pela Universidade de Valência - ES, sadea@alumni.uv.es

transmitidos por *Aedes aegypti* têm sido registrados no Brasil, como os vírus Chikungunya (CHIKV), Zika (ZIKV) e Febre Amarela.

No Distrito Federal, entre janeiro e março de 2016, foram registrados 9.287 casos suspeitos de Dengue, dos quais 8.058 foram confirmados, sendo esse número quatro vezes maior que a quantidade de casos durante o mesmo período em 2015 (SES/GDF, 2016). Em relação às outras arboviroses, dos 333 casos suspeitos da febre Chikungunya e 349 da febre pelo ZIKV, 30 e 32 foram confirmados, respectivamente, sendo a maioria autóctones (SES/GDF, 2016).

O Distrito Federal é uma unidade federativa autônoma dividida em 31 regiões administrativas. Este projeto irá contemplar a região administrativa do Gama, que pertence à Região de Saúde SUL. Esta região possui um quadro de vulnerabilidade socioambiental. Situa-se na periferia do centro metropolitano de Brasília e possuem zonas ainda não urbanizadas, prevalecendo a população de baixa renda. Existem nelas muitos loteamentos irregulares e invasões em áreas de preservação permanente revelando um quadro de abandono, e falta infraestrutura básica e saneamento ambiental. Assim, é comum o depósito irregular de resíduos sólidos, esgoto a céu aberto configurando um cenário propício ao desenvolvimento de doenças infecto contagiosas transmitidas por vetores.

A Vigilância em Saúde tem fundamental importância nesta situação, pois consiste num processo contínuo de coleta, consolidação e disseminação de dados com vistas ao planejamento e implementação de medidas para a proteção da saúde, prevenção e controle de doenças (TEIXEIRA, 2000).

Infelizmente, como não existem programas de vacinação para essas viroses nem tratamentos etiológicos eficientes, o controle de vetores é a melhor estratégia disponível para diminuir a incidência dessas doenças na população. Para enfrentamento de epidemias transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* é necessário o estabelecimento de ações estratégicas para a tomada de decisão nos diferentes eixos do controle: vigilâncias epidemiológica, sanitária e laboratorial, controle de vetores, assistência médica e mobilização social.

Segundo a Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. As diretrizes e ações da Vigilância em Saúde são competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal os quais têm como responsabilidade promover a proteção contra as doenças e agravos à saúde à população e conscientizar a população por meio de ações educativas visando o autocuidado, investindo no estilo de vida e assumindo hábitos saudáveis (BRASIL, 2013).

Diversas estratégias são utilizadas para evitar a proliferação de mosquitos. O controle

químico tem sido usado para a eliminação de mosquitos, porém sua eficácia é limitada pela dificuldade de acesso a criadouros crípticos, pela fraca cobertura de aplicação, pelo alto custo financeiro dos inseticidas e devido ao desenvolvimento de resistência dos mosquitos aos principais inseticidas utilizados (BELINATO et al. 2012).

Neste sentido, ao se traçar estratégias para a prevenção e cuidado das arboviroses, não há como ignorar o nível de complexidade que a caracteriza relacionados ao modelo econômico, crescimento desordenado das grandes cidades. A situação de vulnerabilidade socioeconômica e ambiental, considerados fatores de risco para a incidência de casos da tríplice epidemia em populações rurais e urbanas. Essa situação é comum nas cidades que carecem de saneamento ambiental. O saneamento ambiental, considerado infraestrutura básica é composto pela coleta e tratamento de esgoto, fornecimento de água encanada, limpeza das vias públicas e coleta de lixo. Todas as cidades com lacunas no abastecimento de água, na coleta e destino adequado de resíduos sólidos, condições precárias de moradia, além da expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, condições climáticas favoráveis, movimentação de populações de diferentes lugares, possuem características ideais para a proliferação e disseminação dos mosquitos (Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, 2009 in Fiocruz, 2016).

Segundo os dados da PDAD 2015, no Centro Oeste 46,4% do esgoto é tratado. No entanto, a média de esgoto tratado não atinge nem a metade da população. Já a taxa de cobertura de coleta de resíduos sólidos domiciliares no Centro Oeste foi de 14,5% foi de 35,3%. Os domicílios urbanos da região administrativa do Gama, Distrito Federal, utilizam entre 2,80% e 17,40% de fossa rudimentar como esgotamento sanitário (SNSA, 2014).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade de vida individual e coletiva, desenvolvendo um modelo de educação sanitária, ambiental e da popularização da ciência que integra a rede de educação básica, rede de atenção básica à saúde, a comunidade e as instituições de ensino para controle vetorial do mosquito *Aedes aegypti* na região de Saúde Sul, de forma que os alunos sejam disseminadores das informações junto a sua família e comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Promover popularização da ciência, por meio da tecnologia educacional e utilização de ferramentas de informação e comunicação para otimização de processos de cuidado, promoção e vigilância em saúde, no âmbito das arboviroses;
- Promover o diálogo entre saberes técnico-científico, tradicional e popular e a sensibilização da sociedade de forma a construir soluções para o controle vetorial do mosquito *Aedes aegypti* na região de Saúde Sul, especificamente na região administrativa Gama – Distrito Federal.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto se caracteriza por uma intervenção no ambiente escolar de forma lúdica, com a participação ativa dos alunos tornando-os disseminadores de ações que promovam a eliminação de focos do mosquito na comunidade em que vivem.

Para Almeida (1994), a educação lúdica, na sua essência, além de contribuir e influenciar na formação da criança e do adolescente, possibilitando um crescimento sadio, um enriquecimento permanente, integra-se ao mais alto espírito de uma prática democrática enquanto investe em uma produção séria do conhecimento. A sua prática exige a participação franca, criativa, livre, crítica, promovendo a interação social e tendo em vista o forte compromisso de transformação e modificação do meio, desta forma as intervenções voltadas para o lúdico surtirão a participação efetiva, o conhecimento duradouro e a modificação do meio em que os alunos estão inseridos.

De acordo com Fleury & Orveney (2005), nos espaços públicos onde se discute saúde também se disputam concepções sobre a vida, o bem-estar, a cidadania, a cultura, os bens-públicos. Sendo assim, a ação a ser realizada será um seminário para sensibilização e conscientização dos alunos, uma Feira de Ciências, composta por: oficinas de teatro, oficinas de música, produção de vídeos, incentivar o uso de aplicativos que estimulem a conscientização dos alunos por meio da tecnologia (ex: app agente *Aedes aegypti*, disponível em todas as plataformas), promovendo uma cultura de prevenção e controle. As atividades supracitadas estarão vinculadas ao projeto político pedagógico da escola.

A proposta é que seja uma ação interdisciplinar abordando a temática das arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes*, assim como, os impactos e consequências da proliferação do mosquito e a importância da participação ativa da comunidade no controle vetorial. Sendo assim, a aplicação será na escola Centro de Ensino Fundamental do Gama, preferencialmente com turmas de até 35 alunos cada.

O intuito é que seja adotado pela escola a Semana de Educação e Vigilância em Saúde, por meio da abordagem deste assunto em todas as disciplinas no decorrer deste período, promovendo a

sensibilização da comunidade escolar no combate e controle do vetor.

Face ao exposto, as ações serão desenvolvidas conforme metodologia de aplicação abaixo.

Feira de Ciências

As feiras de ciências são momentos em que os alunos produzem e transmitem o conhecimento, desta forma a proposta é a realização de uma Feira de Ciências, durante a semana de Educação e Vigilância em Saúde.

Assim, o intuito é abordar o tema das arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, de forma didática e lúdica por meio de seminário, oficinas de cultura para prevenção e controle, oficinas de teatro e oficinas para reciclagem, objetivando avanços nos conhecimentos de eliminação dos focos do mosquito tanto na escola quanto na comunidade em que estão inseridos. Os trabalhos a serem desenvolvidos serão criativos de modo a fazer sentido e chamar atenção dos alunos melhorando a falha no processo de comunicação e informação de assuntos relacionados ao controle vetorial.

Seminário

A proposta para o seminário é realizar a abordagem por meio da fundamentação teórica objetivando empoderar os alunos com conhecimento sobre a importância da prevenção, controle e vigilância da saúde, no que diz respeito as arboviroses.

A metodologia consiste na participação de um especialista para uma roda de conversa com os alunos, proporcionando troca de saberes. Considerando o público alvo, uma estratégia de aprendizagem será a apresentação de alguns aplicativos que dispõe de funcionalidades como: acesso a notícias atualizadas sobre as doenças transmitidas pelo mosquito, dicas de como evitar sua proliferação, sintomas da doença, o tratamento e os aspectos clínicos, espaço para denúncia dos focos do Aedes e jogos simulando o combate ao foco do mosquito.

O intuito dessa abordagem é incentivar o conhecimento de forma descontraída e interativa de aprendizado por meio das potencialidades das redes sociais e aplicativos, pois, a utilização de jogos on-line como estratégia de ensino-aprendizagem pode apresentar uma mudança de atitude significativa de participação dos alunos.

O tempo para realização desta atividade será de duas horas, com a participação de todas as turmas no mesmo ambiente.

Oficinas de cultura para prevenção e controle

Serão desenvolvidas oficinas que abordam a cultura de prevenção e controle e estratégias que melhorem a comunicação de assuntos relacionados ao controle vetorial.

Promover a cultura dentro dos aspectos de prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti* pode ser uma resposta a diversos tratados, que procure soluções que advenham de dentro de uma sociedade (DUPRET, 2002).

Diante disso a proposta é trabalhar a temática sobre o controle vetorial de forma horizontal, dinâmica, participativa e lúdica, que propõe conteúdo a partir de uma experiência e uma realidade concreta que todos podemos vivenciar e sentir como uma experiência pessoal e próxima.

A proposta é que por meio de brincadeiras intervencionais os alunos articulem-se, despertem interesse, tomem consciência e aprendam sobre a importância do controle vetorial do mosquito *Aedes aegypti*.

Abaixo destacamos algumas oficinas que serão aplicadas:

Oficina: Rede de prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti*

O objetivo desta oficina é entender o efeito de ação e reação e que tudo está relacionado e se interligam sobre o que é importante para que seja realizado o controle vetorial do mosquito *Aedes aegypti* e a as formas de comunicação a partir da teoria aplicada nas aulas interdisciplinares e no seminário.

Os materiais que serão utilizados são: diversas figuras impressas ou palavras que façam associação a prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti*, uma rede de pesca. A metodologia consiste em espalhar todas as figuras, imagens, palavras ou frases no chão. Cada grupo de 05 alunos vai até o centro da sala, onde estão as figuras e escolhe em média 03 figuras, aleatoriamente. Ao final, cada aluno se dirige em frente a rede e atribuem significado às palavras e/ou as imagens, que ele ou ela retirou. No entanto, àquelas imagens ou palavras que forem correlacionadas como prevenção e controle será colocada em uma “rede”. As que não forem atendidas, jogarão- a no lixo. Ao final, com as informações colocadas na rede, será criado um painel que demonstra a forma de propagação de comunicação.

Oficina: O Que Fazer?

A proposta da dinâmica é a reflexão do comportamento e a mudanças de atitudes. Materiais: aparelho de DVD, televisor, balões e perguntas impressas. A metodologia é baseada em vídeo que alerte as crianças de como agir para que possam contribuir para a prevenção e o controle

vetorial. Primeiramente será feita a transmissão do vídeo, como forma de educação e incentivo, a fim de demonstrar algumas atitudes que devem ser tomadas para colaborar com a erradicação de focos do mosquito transmissor das arbovirozes.

O segundo momento da dinâmica é a narrativa do que foi visto no vídeo. A turma é dividida em dois grupos e cada grupo terá que responder a uma questão que estará dentro do balão, este deve ser estourado e a pergunta deve ser respondida com base nos ensinamentos que o vídeo transmitiu (as perguntas podem ser de múltipla escolha, verdadeiro ou falso ou narrativas).

Busca-se por meio dessas perguntas fixar o conteúdo assistido, estimular o cuidado e as mudanças de atitude sobre o que deve ser feito para controlar os focos do mosquito *Aedes aegypti*.

Oficina: Vamos cantar?

O objetivo desta oficina é construir uma música com o tema prevenção, com o intuito de colocar em prática o conteúdo transmitido por meio das outras atividades. Os materiais utilizados serão: gravador, instrumentos de sucatas (balde, Garrafas com pedras, e outros) para conseguir sons. A metodologia utilizará o facilitador para transmitir a consigna para o grupo para a construção de uma música podendo esta ser um rap ou uma paródia entre vários outros ritmos com o tema voltado para a prevenção e controle das doenças provocadas pelo *Aedes aegypti*. O grupo primeiro deverá estabelecer quais as formas de prevenção aos focos e em seguida montar a música do grupo.

Oficina de Teatro

O objetivo desta oficina é a elaboração de uma peça “teatral” com intuito de demonstrar as práticas que podem ser utilizadas para o combate do foco do mosquito *Aedes aegypti*. Os materiais utilizados serão roupas, perucas, chapéus, balde, mosquito do AE, garrafas pet's e outros. O desenvolvimento se dá por meio do facilitador que passará a consigna ao grupo para a elaboração de uma peça teatral com o objetivo descrito acima. O grupo deverá fazer a mesma com base em seus conhecimentos e com a ajuda do facilitador.

Oficina de produção de Vídeo

O objetivo desta oficina é elaborar um vídeo que exponha as ações que cada indivíduo, em suas casas e na comunidade, podem realizar para o controle do mosquito vetor das arbovirozes, estimulando que os alunos criem o roteiro do vídeo com base nas realizações descritas nas aulas

interdisciplinares e no seminário apresentado, com apoio do facilitador para gravar o vídeo. O material necessário para que seja desenvolvida a oficina é uma câmera para gravação, roupas e objetos para contribuir com a encenação.

Oficina de utilização de reciclados

O objetivo é a construção de brinquedos por meio da utilização de garrafas pets com intuito de conscientizar sobre a importância de evitar possíveis criadouros do AE em suas casas e despertar o hábito da reutilização de materiais reciclados. Os materiais utilizados para desenvolver a atividade são: garrafas pets, durex, palito de churrasco sem ponta, tesoura, papel e barbante.

O desenvolvimento da atividade será por meio do facilitador que orientará aos alunos quanto o cuidado de manuseio dos materiais utilizados. Os alunos irão cortar cerca de 30 cm de barbante, amarrar uma ponta de barbante na tampinha de refrigerante e a outra na ponta da garrafa pet e enfeitar o bilboquê com os materiais disponíveis. Agora é só brincar, tentando colocar a tampinha dentro da garrafa sem usar as mãos. O facilitador poderá levar outros produtos para que o grupo visualize as várias opções de utilização da reciclagem.

A organização das oficinas será de modo que o 1º integrante ficará responsável na Oficina de Teatro; o 2º responsável pela Oficina de Música, o 3º pela Oficina de produção de vídeos; o 4º pela Oficina de Utilização de reciclados; o 5º pela Oficina de Troca de Experiências e o 6º.

Essa divisão poderá ser revista de acordo com a necessidade da equipe participante ou para melhor desenvolvimento das atividades.

Cada oficina será trabalhada uma sala de aula distinta com a duração de 45 minutos para que cada grupo possa realizar até 2(duas) Oficinas. A realização das atividades poderá ser reestruturada para melhor atender a proposta pedagógica da escola.

4 GESTÃO DO PLANO

As ações de gestão do plano de ação seguem disponibilizadas no anexo 2 deste projeto, dentre as quais: Definição da Equipe e atribuições das equipes; Como será feito o monitoramento; Orçamento previsto; Definição de indicadores e critérios; Cronograma de aplicabilidade e Avaliação sistemática do impacto após a implementação das ações.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Definir e mapear as experiências exitosas no controle vetorial voltadas para crianças e adolescentes (evidências locais e global).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do grupo com base nos documentos e experiências apresentadas.
2	Ação educativa para o controle vetorial do mosquito.	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão da comunidade e parceiros para que a ação seja durável.
3	Reuniões presenciais do grupo afinidade com possíveis atores/parceiros.	<ul style="list-style-type: none"> • Mensurar pelo tipo de ações que serão pactuadas a partir destas reuniões.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2018											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1. Definir e mapear as experiências exitosas no controle vetorial voltadas para crianças e adolescentes (evidências locais e global).	[X]											
2. Ação educativa para o controle vetorial do mosquito.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Reuniões presenciais do grupo afinidade com possíveis atores/parceiros.	[X]	X	X	X	X	X						

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Paulo Nunes de. Educação lúdica. São Paulo: Loyola, 1994.
- BELINATO, T.A., Martins, A.J. & Valle, D. Fitness evaluation of two Brazilian *Aedes aegypti* field populations with distinct levels of resistance to the organophosphate temephos. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 107, p 916–922, 2012.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika. Distrito Federal, Ano 11, nº 52, dezembro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: atividade física e prevenção/controla da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (APS)/ Prevenção e controle da dengue no espaço urbano. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016. 46p.
- BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde / Departamento de vigilância epidemiológica; Ministério da saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da saúde, 2009. 160p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília: FUNASA; 2002.
- BRASIL. Portaria nº 488/SVS/MS de 18 de junho de 1998. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. n. 114. 1998.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. n. 114. 1998.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. n. 114. 1998.
- BRASIL. Decreto nº 6.286/2007, de 05 de dezembro de 2007. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. n. 114. 1998.
- BRASIL. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. n. 114. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>
- BRASÍLIA. GOVERNO DE BRASÍLIA. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD, 2015/2016
- BUSS, P.,M., Promoção da Saúde da Família, Promoção da Saúde, Programa saúde da Família, dezembro de 2002. p. 50-63.
- DEVINE, Gregor J. et al. Using adult mosquitoes to transfer insecticides to *Aedes aegypti* larval habitats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 106, n. 28, p. 11530-

11534, 2009.

DUPRET, Leila. Cultura de paz e ações sócio-educativas: desafios para a escola contemporânea. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.) [online]. 2002, vol.6, n.1, pp. 91-96.

FIOCRUZ, Vice-Presidência de Ambiente Atenção e Promoção da Saúde, CPQ René Rachou/Fiocruz MG. Mobilização social frente à emergência sanitária no Brasil: A contribuição da Fiocruz. Rio de Janeiro, maio de 2016.

MORAIS, Selene M. et al. Larvicidal activity of essential oils from Brazilian Croton species against *Aedes aegypti* L. *Journal of the American Mosquito Control Association*, v. 22, n. 1, p. 161-164, 2006.

PRADO, Marta Lenise do, VELHO, Manuela Beatriz, ESPÍNDOLA, Daniela Simoni, Sobrinho, Sandra Hilda, & BACKES, Vânia Marli Schubert. (2012). Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 16(1), 172-177. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>

SNSA - Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: diagnóstico do manejo de resíduos sólidos urbanos – 2014. Brasília: MCIDADES.SNSA, 2016.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Fundamentos da vigilância sanitária*, p. 49-60, 2000.

ZARA, Ana Laura de Sene Amâncio et al. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 391-404, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200391&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200017>.

ANEXOS

1. ÁRVORE DO PROBLEMA



2. Matriz de intervenção 5W3H

5H3W							
Espaço do problema: Escola de Ensino Fundamental na Região Sul (Gama)							
Macro-problema: Falha no controle vetorial e aumento do número de arboviroses no DF.							
Nó Crítico: Conscientização e participação ativa da comunidade em prol do controle vetorial e melhoria da saúde.							
O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	QUEM VAI FAZER?	QUANDO FAZER?	ONDE?	COMO FAZER?	QUANTO CUSTA?	QUAL INDICADOR?
Definir e mapear as experiências exitosas no controle vetorial voltadas para crianças e adolescentes (evidências locais e globais)	Para identificar as experiências exitosas, com intuito de elaborar um projeto de educação em saúde, com foco no controle do mosquito Aedes Aegypti.	Todos os integrantes do grupo.	Primeira quinzena do mês de setembro	Região Sul (Gama)*	Por meio de pesquisas bibliográficas e base de dados científicas.	Não se aplica	Avaliação do grupo com base nos documentos e experiências apresentadas.
Ação educativa para o controle vetorial do mosquito	Porque identificamos nessa região loteamentos irregulares e invasões em áreas de preservação permanente, falta de infraestrutura básica e saneamento ambiental, depósito irregular de resíduos sólidos, esgoto a céu aberto, configurando o cenário propício ao desenvolvimento de doenças infecto contagiosas transmitidas por vetores.	Todos os integrantes do grupo em parceria com o Projeto PSE e a Fiocruz.	Aplicabilidade de algumas ações depende dos parceiros*	Escola na Região Sul (a definir*)	Feria de ciências; teatro, oficinas sobre prevenção e controle do vetor; oficina de música; Estimular estudantes a criarem vídeos com o tema Controle Vetorial (combate ao mosquito); Incentivar o uso de alicativos que estimulem a conscientização dos alunos por meio de jogos (Ex: App Agente Aedes, já disponível nas plataformas)	Estimar custos para elaboração das oficinas	A adesão da comunidade e parceiros para que ação seja durável (Cabe aplicação de questionário? Como mensurar o impacto e a continuidade destas ações na comunidade?)
Reuniões presenciais do grupo afinidade com possíveis atores/parceiros	Para buscar melhores estratégias que possam viabilizar a execução das ações.	Todos os integrantes do grupo.	setembro/outubro	Fiocruz	Por meio de convites formais e informais	Não se aplica	Mensurar pelo nível de ações que serão pactuadas a partir destas reuniões

FORTALECIMENTO E INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE GESTÃO PARA O CONTROLE E A FISCALIZAÇÃO DO MEDICAMENTO TALIDOMIDA NO BRASIL

Carla Catarine Pereira Nobre¹
Erico Miroro De Oliveira²
Juliana Ruas De Menezes Rodrigues³
Leidy Anne Alves Teixeira⁴
Luciana Dos Santos Lopes⁵
Mateus Dias Da Costa Fernandes⁶
Renata De Moraes Souza⁷
Renata Quintão Mendes Mota⁸
Solange Alves Canavieiras⁹
Teresa Gardenia Pereira Braga¹⁰
Virginia Badya Nabut¹¹

¹ Bacharel em Enfermagem, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Técnica em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, carla.nobre@anvisa.gov.br

² Farmacêutico, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, erico.moliveira@anvisa.gov.br

³ Bióloga, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Técnica em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, juliana.rodrigues@anvisa.gov.br

⁴ Química, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Técnica em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, leidy.teixeira@anvisa.gov.br

⁵ Química, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Técnica em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, luciana.lopes@anvisa.gov.br

⁶ Médico veterinário, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mateus.cfernades@anvisa.gov.br

⁷ Farmacêutica, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, renata.souza@anvisa.gov.br

⁸ Farmacêutica industrial, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Técnica em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, renata.mota@anvisa.gov.br

⁹ Farmacêutica, Mestre em Produtos Naturais, Sintéticos e Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, solange.canavieiras@anvisa.gov.br

¹⁰ Farmacêutica, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Técnica em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, teresa.gardenia@anvisa.gov.br

¹¹ Bacharel em Direito, Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, virginia.nabut@anvisa.gov.br

1 INTRODUÇÃO

A talidomida é uma substância química que foi sintetizada pela primeira vez na Alemanha Ocidental, em 1953, nos laboratórios da Ciba, e depois pela empresa alemã Chemie Grünenthal, em 1954 (BRASIL, 2014).

A partir do final de 1957, após a caracterização de suas propriedades hipnótico-sedativas, começou a ser comercializada pela própria Chemie Grünenthal como um medicamento sonífero e antiemético (BRASIL, 2014). Anunciado pela empresa como um produto “inteiramente atóxico” e que poderia combater diversos problemas, em pouco tempo sua comercialização se difundiu por todos os continentes, incluindo 11 países europeus, sete africanos, 17 asiáticos e 11 nas Américas do Norte e do Sul (MOKHIBER, 1995 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Em 1959, médicos alemães identificaram o aumento da incidência de recém-nascidos com defeitos no seu esqueleto, ausência das extremidades superiores, como os ossos rádio e ulna e, às vezes, malformações nos membros inferiores. Dessa forma, foi constatada a ocorrência de focomelia, nome dado à síndrome caracterizada pela aproximação ou encurtamento dos membros junto ao tronco do feto, tornando-o semelhante à forma externa da foca. Os profissionais também identificaram a amelia, ausência completa de braços e/ou pernas e ainda ausência ou malformação dos dedos das mãos e dos pés (BRASIL, 2014).

Entretanto, somente em 1961, casos de má formação congênita em recém-natos foram correlacionados ao uso da talidomida. Ficou comprovado que a focomelia em recém-nascidos era fruto da iatrogenia medicamentosa. Efeitos colaterais apareceram em milhares de crianças, chamadas de "bebês da talidomida", porque suas mães, nos meses iniciais de gestação, ingeriram a droga, sobretudo, para alívio do desconforto dos enjoos matinais (LEANDRO; SANTOS, 2015).

Os motivos de seus efeitos teratogênicos também não estão bem esclarecidos pela comunidade científica (LIMA; FRAGA; BARREIRO, 2001). Em 2010, cientistas japoneses descobriram que a talidomida se liga a uma enzima chamada cereblon, que é de extrema importância para o desenvolvimento dos membros, tornando-a inativa (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010). Sabe-se que o número de crianças nascidas com deformidades, na década de 60, em decorrência do uso dessa substância pode chegar a 15.000 (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

¹² Enfermeira, Mestre em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo, Ministério da Saúde, denisribeiro2907@gmail.com

Em 1965, o médico israelita Jacob Sheskin, prescreveu a talidomida como sedativo para pacientes leprosos, observando acentuada redução da dor e do processo inflamatório associados ao leproma. Com isso, identificaram-se propriedades anti-inflamatórias da talidomida, até então desconhecidas (SHESKIN, 1965).

Após esta descoberta, foi confirmado que a talidomida havia sido efetiva no tratamento de pacientes com reação hansênica tipo II (ENL) nos Estados Unidos, no U.S. Public Health Service (USPHS) Hospital, em Carville, Louisiana (BORGES; FROEHLICH, 2003).

O tratamento dos casos graves de reação hansênica tipo II (ENL), cuja resposta aos esquemas terapêuticos tradicionais seja insatisfatória, pode ser considerada a primeira indicação precisa para o uso da talidomida (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

Na década de 1960, o uso da talidomida no Brasil foi regulamentado pelo Ministério da Saúde (MS) para o tratamento do Eritema Nodoso Hansênico - ENH. O número de vítimas da talidomida ditas de primeira geração é estimado em cerca de trezentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

A partir de 1962, com o reconhecimento da teratogênese, o governo federal cassou as licenças dos medicamentos à base de talidomida, mas o ato só foi formalmente estabelecido em 1964, resultando na retirada dos produtos do mercado em 1965 (ABPST, 2008 *apud* VIANNA, 2008).

Em 1973, em Porto Alegre, foi criada a Associação Brasileira de Vítimas da Talidomida (ABVT), no intuito de postular ações indenizatórias contra o governo brasileiro (SALDANHA, 1994). Em 1976, impetrou-se uma ação judicial contra laboratórios fabricantes e contra o governo brasileiro, exigindo suas responsabilidades pela tragédia das vítimas da talidomida. Só em 1982 o governo sancionou a Lei n. 7070/1982, garantindo pensão vitalícia para os portadores de embriopatia por talidomida. Em 1992 foi criada a Associação Brasileira de Portadores de Síndrome de Talidomida (ABPST) com o objetivo principal de revisão dos valores das pensões, direito a tratamento cirúrgico, ortopédico e reabilitação (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

Concomitantemente à mobilização pelos direitos das vítimas pela ABPST, o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) era notificado do surgimento de novos casos de embriopatia por talidomida. Todos os núcleos do Morhan iniciaram uma investigação de crianças nascidas com defeitos compatíveis com o uso de talidomida e, após uma triagem inicial, 61 casos foram confirmados através de inquéritos, com visitas domiciliares, consulta a laudos médicos e registros dos prontuários das unidades onde ocorreram os tratamentos. Na maioria dos casos, 72,7%, o uso da talidomida foi para o tratamento do ENH, sendo que o restante do uso foi sem prescrição ou por outros motivos não especificados (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

Em consequência do surgimento de uma nova geração de vítimas da embriopatia por talidomida no Brasil, foi proibida a prescrição deste medicamento para mulheres em idade fértil em

todo território nacional, através da Portaria n. 63 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), de 04 de julho de 1994 (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

Em 1997, a Portaria SVS/MS n. 354, de 15 de agosto, regulamentou o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição à venda, a prescrição e a dispensação dos produtos à base de Talidomida (MEIRA *et al.*, 2004 *apud* VIANNA, 2008). Em 2003, foi promulgada a Lei n. 10.651, de 16 de abril de 2003, que dispõe sobre os requisitos de controle do uso da talidomida.

Em 22 de março de 2011, foi publicada então a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11 da ANVISA, que dispõe sobre o controle da talidomida e dos medicamentos que a contenham. Essa Resolução trouxe as seguintes melhorias: (a) estabelece o uso de, no mínimo, dois métodos efetivos de contracepção, sendo pelo menos um método de barreira; (b) lista as doenças autorizadas [(hanseníase, DST/AIDS (úlceras aftóides idiopáticas), lúpus eritematoso sistêmico, doença enxerto contra hospedeiro e mieloma múltiplo)], no entanto, esclarece que usos não previstos em norma necessitam de autorização prévia da Anvisa; (c) presta orientações para a solicitação de Autorização Excepcional para uso da Talidomida; (d) unifica os termos de responsabilidade e esclarecimento; (e) modifica a embalagem com a inclusão da imagem de uma criança acometida pela Síndrome da Talidomida no cartucho e de folheto explicativo para o profissional de saúde e uma *Black Box* na bula; (f) torna obrigatória a notificação de reações adversas; (g) inclui o cadastro de prescritores e usuários, que se soma ao cadastro de serviços públicos de saúde pré-existente; (h) determina que o receituário seja emitido pelas Vigilâncias Sanitárias; (i) determina os procedimentos para a devolução e o descarte do medicamento; e (j) dispõe que o descumprimento das disposições contidas em norma constitui infração sanitária, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal, o que é extensivo a profissionais de saúde, gestor de saúde, paciente ou qualquer pessoa que não siga as determinações postas.

Anualmente, são distribuídos no Brasil, em média, 6 (seis) milhões de comprimidos de medicamento à base de talidomida. Desse total, a maior parte é consumida por pacientes com hanseníase. Dados consolidados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2016, demonstram que havia um total de 1.986 de Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida (UDT) e 31.530 pacientes em tratamento para essa doença.

De acordo com Vianna *et al.*, 2017, o Brasil é o maior consumidor da talidomida no mundo e único país que relatou casos de embriopatia por talidomida relacionados ao número de comprimidos dispensados em áreas com alta prevalência de hanseníase após 1960.

Em estudo realizado por Vianna *et al.* (2015) foi estabelecida uma correlação direta entre a frequência de nascimentos com fenótipo da embriopatia por talidomida e a dispensação do medicamento entre os anos de 2005 e 2010 no Brasil. A regressão de Poisson mostrou que houve um aumento de 26,1% nos casos de embriopatia por talidomida para cada 100.000,00 comprimidos dispensados.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (1997), a promoção do uso racional da talidomida implica obrigatoriamente o desenvolvimento de um programa de educação continuada para médicos e farmacêuticos, abordando questões ligadas às boas práticas da prescrição e da dispensação.

Desse modo, entendeu-se que medidas de intervenção voltadas para melhoria da gestão do controle e monitoramento da talidomida, no Brasil, são necessárias para o uso seguro do medicamento e serão objeto de análise deste projeto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Evidenciar a importância da atuação da vigilância sanitária como parte integrante dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo ferramentas para uma proposta de intervenção nos problemas priorizados que se referem à gestão ineficiente do controle e monitoramento do medicamento Talidomida no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Estudar a realidade do controle do medicamento Talidomida no Brasil, identificando as necessidades de intervenção;
- ✚ Contextualizar a situação que envolve o problema central e sua relevância, no âmbito do SUS, para o trabalho em saúde dos atores envolvidos;
- ✚ Indicar os principais problemas, sob a perspectiva da priorização, utilizando matrizes que analisam diferentes combinações de critérios, permitindo o diálogo com a leitura situacional de cada ator;
- ✚ Realizar o mapeamento dos atores sociais relevantes e comprometidos com os problemas priorizados para ampliar a viabilidade do projeto aplicativo;
- ✚ Elaborar um fluxograma (árvore explicativa ou árvore do problema) relacionando as causas e consequências relativas aos problemas priorizados e identificando potenciais obstáculos e oportunidades para a intervenção;
- ✚ Definir os resultados ou produtos que serão potencialmente obtidos a partir da sistematização da intervenção pretendida, considerando os meios necessários para alterar a situação atual;
- ✚ Favorecer o desenvolvimento do pensamento estratégico por meio da busca de recursos e da construção de alternativas que tornem as intervenções possíveis;

- ✚ Apoiar a construção e a avaliação dos resultados ou produtos, considerando aspectos como, viabilidade, factibilidade e potência, com vistas a fortalecer o enfrentamento dos problemas prioritizados; e
- ✚ Fortalecer os desempenhos relacionados às áreas do perfil de competência do especialista em gestão da vigilância sanitária relacionados à gestão do risco à saúde, do trabalho e da educação em vigilância sanitária.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1991), o qual identifica quatro momentos, sendo eles: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. Esses momentos do PES foram desenvolvidos através do uso de Termos de Referência (TR). Os TR, num total de oito, foram disponibilizados como material de apoio da Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária no livro intitulado “Projeto Aplicativo: Termos de referência”.

A partir da utilização da ferramenta PES Simplificado, buscou-se identificar soluções, traduzidas em ações, a serem desdobradas em atividades, para mudança de cada nó crítico. A construção do plano foi pautada ainda na análise dos resultados esperados e a especificidade destes com os nós críticos, de forma a permitir a definição de indicadores para avaliação do resultado da ação.

Na primeira etapa do PES denominada momento explicativo são propostas estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas a fim de fundamentar a própria ação, além de interferir e compreender a ação dos interessados (MATUS, 1991; KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Assim, consideram-se tanto as informações objetivas (dados quantitativos, normas e rotinas) como as informações subjetivas (por exemplo, a percepção dos diversos atores sobre os problemas analisados) (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Nessa etapa, para a identificação de problemas, utilizou-se uma dinâmica a qual é composta por cinco movimentos: identificação individual da situação inicial (Si) por meio do levantamento de três desconfortos/inquietudes em relação à realidade; identificação do conjunto de desconfortos/problemas por meio do esclarecimento das ideias individuais, da análise de pertinência e do agrupamento de ideias afins; declaração dos macroproblemas identificados; declaração dos desejos de mudança (situação objetivo – So); pactuação no grupo de trabalho (CALEMAN *et al.*, 2016).

Como resultado desses movimentos, foram identificados três macroproblemas, sendo estes: regulamentação com inconsistências; Exercício profissional inadequado; e gestão ineficiente do controle e monitoramento do medicamento Talidomida.

Após identificação dos macroproblemas, foi utilizada uma Matriz Decisória que viabiliza a análise de diferentes combinações e critérios que demonstram graus de importância dos problemas de forma objetiva. Optou-se pelo uso de uma Matriz Decisória que contemplou os critérios magnitude, vulnerabilidade, transcendência e factibilidade para auxiliar na priorização/escolha de um macroproblema previamente identificado. De sua aplicação resultou a seguinte ordem de prioridade: gestão ineficiente do controle e monitoramento do medicamento Talidomida; regulamentação com inconsistências; e exercício profissional inadequado.

A partir da priorização e da reflexão sobre as causas e consequências, definiram-se os descritores que melhor caracterizaram e mensuraram o problema e construiu-se o diagrama de causa-efeito ou árvore explicativa ou árvore problema, conforme figura em anexo. Foram identificadas e selecionadas duas causas-chaves, ou seja, os pontos de enfrentamento sobre os quais o ator pode e deve atuar (também denominados nós críticos – NC): Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento do medicamento Talidomida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); Intervenções insuficientes, a partir da esfera federal, para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos da talidomida.

Definidos os nós-críticos, passou-se então para segunda etapa do PES, momento normativo que consiste em desenhar o plano de intervenção, definindo e estruturando a situação-objetivo ou situação futura desejada e as operações/ações concretas que visam resultados eficazes, tomando como referência os nós críticos selecionados (ARTMANN, 2000).

Para o desenvolvimento dessa etapa, lançou-se mão da ferramenta plano de ação – PES Simplificado que analisa as variáveis: espaço do macroproblema; problema; nó crítico; e resultado esperado. Esta última variável é subdividida nos seguintes critérios: ações e atividades; responsáveis; parceiros/eventuais opositores; indicadores; recursos necessários; e prazos.

Sabe-se que o plano de ação em vigilância sanitária é um recurso de planejamento, no qual estão expostas todas as ações que se pretende realizar durante um intervalo de tempo, bem como as atividades a serem desenvolvidas, as metas e resultados esperados e seus indicadores de monitoramento, os recursos financeiros envolvidos, os responsáveis e parcerias necessárias para a realização dessas ações (BRASIL, 2007). Desta forma, ele permite a visualização das ações e atividades de forma encadeada e organizada.

Por intermédio da utilização da ferramenta PES Simplificado que se encontra em anexo, buscou-se identificar soluções, traduzidas em ações, a serem desdobradas em atividades, para mudança de cada nó crítico. A construção do plano foi pautada ainda na análise dos resultados esperados e a especificidade destes com os nós críticos, de forma a permitir a definição de indicadores para avaliação do resultado da ação.

Adicionalmente, realizou-se a análise de viabilidade do plano de ação. Para Matus (1996), definir as decisões, considerando seus aspectos técnicos e políticos, escolher as que ofereçam maior viabilidade e eficácia e, conforme a mudança de contexto, priorizar uma delas é a função da estratégia

Desse modo, a análise de viabilidade consiste na terceira etapa, o momento estratégico do PES que enfatiza a importância de analisar recursos políticos, econômicos e institucionais-organizativos (AZEVEDO, 1992; ARTMANN, 2000; KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Considera, também, as dimensões cognitiva (ARTMANN, 2000) e social (TONI, 2004) necessárias e/ou disponíveis e que sejam capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas. Para isso, deve-se fazer a análise criteriosa de cenários e dos demais atores sociais ou agentes (TONI, 2004).

Para avaliar a viabilidade do plano de ação proposto em nosso PA, empregou-se a matriz de análise de motivação dos atores sociais para cada nó crítico identificado. É importante destacar que não foram identificadas ações conflitivas ou duvidosas que pudessem inviabilizar a execução do plano de ação. Apesar de muitos atores sociais terem sido considerados indiferentes às ações propostas, conforme os quadros um (1) e dois (2) abaixo, nenhum deles se mostrou capaz de imobilizar a atitude dos apoiadores, nem tão pouco de inviabilizar as ações propostas, diante de análise da governabilidade e dos meios que detinham. Assim, o grupo considerou que a análise de meios táticos e estratégicos, como imposição, negociação cooperativa, confrontação e persuasão, não se aplicava, naquele momento.

Quadro 1. Matriz de análise de motivação dos atores sociais elaborada para o nó crítico: Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento do medicamento Talidomida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Atores/Ações	Propor diretrizes aos estados, municípios e DF para apoiar a padronização de procedimentos.	Fomentar a adoção das diretrizes por estados, municípios e do Distrito Federal, utilizando, por exemplo, espaços de pactuação (CONASS, CONASEMS, GTVISA/ANVISA).
ANVISA	+M	+M
ABPST	+A	+A
ASCOM	0	0
Conselhos Federais de Farmácia e Medicina	0	0
Conselho Nacional da Saúde	0	0
GFARM	+M	0
Gestores locais	0	0
Ministério da Saúde	+A	+A
Secretarias Estaduais de Saúde	0	+B
VISAs locais	+M	+M

Legenda: ABPST: Associação Brasileira de Portadores de Síndrome de Talidomida; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; ASCOM: Assessoria de Comunicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; CONASS: Conselho

Nacional de Secretários de Saúde; GFARM: Gerência de Farmacovigilância; GTVISA: Subgrupo Técnico Tripartite de Vigilância Sanitária; VISAs: Vigilâncias Sanitárias.

Interesse: a favor (+), contra (-) e indiferente (0); Valor: alto (A), médio (M) ou baixo (B).

Fonte: Autores (2017).

Quadro 2. Matriz de análise de motivação dos atores sociais elaborada para o nó crítico: Intervenções insuficientes a partir da esfera federal para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos do medicamento Talidomida.

Atores/Ações	Articular com a ASCOM para a produção de ações publicitárias (vídeos de orientação, folders e cartazes), estabelecendo parceria com o Ministério da Saúde e profissionais de saúde para participação na campanha educativa.	Promover a elaboração das peças publicitárias para ampla divulgação em diferentes espaços destinadas a gestores, profissionais e usuários.
ABPST	+A	+A
Anvisa	+M	+M
ASCOM	+A	0
Ministério da Saúde	+A	+A
Profissionais de saúde	0	0

Legenda: ABPST: Associação Brasileira de Portadores de Síndrome de Talidomida; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; ASCOM: Assessoria de Comunicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Interesse: a favor (+), contra (-) e indiferente (0); Valor: alto (A), médio (M) ou baixo (B).

Fonte: Autores (2017).

4 GESTÃO DO PLANO

A gestão do plano de ação é um dos principais momentos do planejamento. Trata-se do momento tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita (CALEMAN *et al.*, 2016).

Com o objetivo de determinar a ordem de precedência das ações, apresentou-se uma descrição clara e precisa dos critérios que classificavam as ações e atividades propostas. Para isto, foi elaborado o quadro três (3).

O momento tático-operacional é decisivo no planejamento estratégico, posto que será implementado o plano de ação, transformando o conhecimento sobre a realidade em ação concreta (MATUS, 1991; AZEVEDO, 1992; MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005; BERNARDINO; OLIVEIRA).

A ação, porém, nunca é a mera execução do plano, uma vez que este será recalculado e aprimorado quando se julgar necessário, considerando às circunstâncias do momento. Isso garante a continuidade do processo sem romper com os outros momentos e a ação diária (MATUS, 1991;

DIAS *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, quebra-se a lógica linear – planejar/executar/avaliar (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

A gestão do plano compreendeu as etapas de condução do plano, monitoramento, identificação das dificuldades e correções necessárias a serem efetivadas nas ações propostas. Com este intuito, foram executados quatro movimentos: classificação das ações quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a precedência, por meio da matriz de gestão do plano; construção da matriz de monitoramento do plano que avalia a situação, resultados, dificuldades, novas ações e/ou ajustes; Construção do cronograma de acompanhamento da implementação das ações; e Construção da planilha orçamentária das ações/atividades que demandam recursos econômicos (CALEMAN *et al.*, 2016).

Quadro 3. Matriz de gestão do plano.

Nó crítico 1: Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento da Talidomida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).					
Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Precedência	Recursos
Propor diretrizes aos estados, municípios e Distrito Federal para apoiar a padronização de procedimentos.	Alta	Médio	DIMON/ GGMON/ GPCON	1.a	-
Fomentar a adoção das diretrizes por estados, municípios e Distrito Federal, utilizando, por exemplo, espaços de pactuação (CONASS, CONASEMS, GTVISA/ANVISA).	Alta	Alta	DIMON/ GGMON/ GPCON, DAF/SCTIE/ MS e Gestores estaduais, municipais e distrital	1.b	-
Nó crítico 2: Intervenções insuficientes a partir da esfera federal para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos da Talidomida.					
Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Precedência	Recursos
Articular com a ASCOM para a produção de peças publicitárias (vídeos de orientação, folders e cartazes), estabelecendo parceria com o Ministério da Saúde.	Alta	Alta	DIMON/ GGMON/ GPCON, ASCOM e DAF/SCTIE/ MS	2.a	-
Promover a elaboração das peças publicitárias para ampla divulgação em diferentes espaços destinadas a gestores, profissionais de saúde e usuários.	Alta	Alta	DIMON/ GGMON/ GPCON, ASCOM e DAF/SCTIE/ MS	2.b	R\$ 1.350,00

Legenda: ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; ASCOM: Assessoria de Comunicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; DAF/SCTIE/MS: Departamento de Assistência

Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; DIMON: Diretoria de Controle e Monitoramento Sanitários; GGMON: Gerência Geral de Monitoramento; GPCON: Gerência de Produtos Controlados; GTVISA: Subgrupo Técnico Tripartite de Vigilância Sanitária.
Fonte: Autores (2017).

Com vistas a ampliar a capacidade de acompanhamento da execução do plano de ação elaborado e, ainda facilitar a sua gestão, considerando a necessidade de ajustes no sentido da imagem objetivo (resultados esperados), foi construída a matriz de monitoramento do plano, trazida pelo quadro quatro (4).

Quadro 4. Matriz de monitoramento do plano.

Nó crítico: Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento do medicamento Talidomida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).				
Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades previstas	Novas ações e/ou ajustes
Propor diretrizes aos estados, municípios e Distrito Federal para apoiar a padronização de procedimentos.	Em andamento.	Não se aplica.	Não foram previstas dificuldades.	Não se aplica.
Fomentar a adoção das diretrizes por estados, municípios e Distrito Federal, utilizando, por exemplo, espaços de pactuação (CONASS, CONASEMS, GTVISA/ANVISA).	Em andamento.	Não se aplica.	Não aceitação da pauta por parte dos espaços de pactuação.	Não se aplica.
Nó crítico: Intervenções insuficientes a partir da esfera federal para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos do medicamento Talidomida.				
Ação ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades previstas	Novas ações e/ou ajustes
Articular com a ASCOM para a produção de peças publicitárias (vídeos de orientação, folders e cartazes), estabelecendo parceria com o Ministério da Saúde.	Em andamento.	Não se aplica.	Dificuldade para agendamento das gravações das peças.	Não se aplica.
Promover a elaboração das peças publicitárias para ampla divulgação em diferentes espaços destinadas a gestores, profissionais de saúde e usuários.	Em andamento.	Não se aplica.	Não participação do Ministério da Saúde como colaborador na produção do vídeo.	Não se aplica.

Legenda: *Não se aplica uma vez que o plano ainda não foi implementado.

Fonte: Autores (2017).

De forma a ilustrar o avanço das diferentes etapas do projeto construiu-se o cronograma do plano apresentado no quadro cinco (5).

Quadro 5. Cronograma de acompanhamento de implementação do plano de ação.

Nós críticos	2017		2018										2019							
	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun
Nó crítico 1: Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento do medicamento Talidomida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).																				
Ação 1.a: Propor diretrizes aos estados, municípios e Distrito Federal para apoiar a padronização de procedimentos.																				
Ação 1.b: Fomentar a adoção das diretrizes por estados, municípios e Distrito Federal, utilizando, por exemplo, espaços de pactuação (CONASS, CONASEMS, GTVISA/ANVISA).																				
Nó crítico 2: Intervenções insuficientes a partir da esfera federal para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos do medicamento Talidomida.																				
Ação 2.a: Articular com a ASCOM para a produção de peças publicitárias (vídeos de orientação, folders e cartazes), estabelecendo parceria com o Ministério da Saúde.																				
Ação 2.b: Promover a elaboração das peças publicitárias para ampla divulgação em diferentes espaços destinadas a gestores, profissionais de saúde e usuários.																				

Fonte: Autores (2017).

O processo de construção do Projeto Aplicativo, a partir do planejamento estratégico situacional, permitiu o acesso e o domínio de importantes dispositivos e ferramentas que apoiam o desenvolvimento do pensamento estratégico.

O desenvolvimento deste pensamento implicou na identificação de padrões, relacionamentos e tendências, tanto nos ambientes interno como externo, proporcionando a criação e inovação na construção de alternativas para produzir resultados diante das oportunidades e dos problemas identificados. Neste sentido, o Projeto Aplicativo constitui-se essencial para o aprimoramento da gestão prática de planos de intervenção.

A partir da aplicação da metodologia, foi possível, com base na análise situacional da realidade local e dos potenciais problemas presentes no cenário analisado, realizar o mapeamento de atores sociais relevantes, elaborar o diagrama causa-efeito que estabelece relações entre causas e consequências dos macroproblemas prioritários e elaborar um plano de intervenção, por meio do qual foram estabelecidas ações e atividades encadeadas e organizadas, dimensionando os resultados esperados.

A gestão do plano permitiu ainda realizar estimativas de custos para a implementação do plano de ação, estabelecer responsáveis e prazos, definir os indicadores do desenvolvimento do processo, com o propósito de monitorar e avaliar sua execução.

Com isto, e a partir da exploração de habilidades como articulação, negociação e pactuação, foi possível fortalecer desempenhos relacionados às áreas do perfil de competência do especialista em Gestão da Vigilância Sanitária referentes à gestão do risco à saúde, do trabalho e da educação em vigilância sanitária.

Por fim, espera-se que o produto deste trabalho seja um potente instrumento de apoio às intervenções propostas para o enfrentamento dos problemas priorizados no âmbito do controle do medicamento à base de Talidomida, bem como contribua para o fortalecimento da importância da atuação da Vigilância Sanitária como parte integrante dos serviços do SUS.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: *Cadernos da oficina social 3. Desenvolvimento local*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ. Fevereiro, p. 98-119, 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>> Acesso em: 17 de outubro de 2017.

AZEVEDO, C. S. Planejamento e Gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 129-133, 1992

BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E.; CIAMPONE, M.H.T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 1, p. 36-40, jan.-fev., 2006.

BORGES, L. G.; FROEHLICH, P. E. Talidomida: novas perspectivas para utilização como antiinflamatório, imunossupressor e antiangiogênico. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 96-102, jan., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000100041&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 de novembro de 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Guia de orientações para a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007, 17 p. Disponível em: <<https://goo.gl/kkBqRa>> Acesso em: 22 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Talidomida: orientação para o uso controlado*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 100 p.

CALEMAN, G. et al. *Projeto Aplicativo: termos de referência*. 1.ed, 1 reimpr. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016, 54 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Talidomida: Descobertas, Possibilidades, Polêmicas, Cautela. *Revista Pharmacia Brasileira*. jul.-ago., p. 15-18, 2010. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/127/015a018talidomida.pdf>> Acesso em: 6 de novembro 2017.

DIAS, R.C.; GIORDANO C.V.; SIMÕES, F.; VARELA, P. Impacto do planejamento estratégico situacional em um ambulatório de atenção especializada. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 83-96 jan. - jun., 2012.

KLEBA, M.E.; KRAUSER, I.M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, jan.-mar., v. 20, n. 1, p. 184-193, 2011

LEANDRO, J.A.; SANTOS, F. L. *História da talidomida no Brasil a partir da mídia impressa (1959-1962)*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00991.pdf>> Acesso em: 6 de novembro de 2017.

LIMA, L.M.; FRAGA, C. A. M.; BARREIRO, E J. O renascimento de um fármaco: talidomida. *Quím. Nova*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 683-688, out., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422001000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

MATUS, C. O Plano como Aposta. *São Paulo em perspectiva*. v. 5, n. 4, p. 28-42 out.-dez., 1991.

MATUS, C. *Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R.; CIAMPONE, M.H.T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta Paul Enferm*, v. 18, n. 2, p. 165-71, 2005.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z., SOUZA, A. C. M. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 15, n. 1, p. 99-112, 1999.

SALDANHA, P.H. A tragédia da Talidomida e o advento da teratologia experimental. *Revista Brasileira de Genética*, v. 17, n. 4, p. 449-64, 1994.

SHESKIN, J. Thalidomide in treatment of lepra reactions. *Clin Pharmacol Ther*, v. 6, p. 303, 1965.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN). Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>> Acesso em: 10 de novembro de 2017.

TONI, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? *Revista Espaço Acadêmico*, n. 32, jan., 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>> Acesso em: 10 de novembro de 2017.

VIANNA, F. S. L. *Uso atual de talidomida e defeitos congênitos no Brasil*. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15493/000680509.pdf?squeem_ce=1> Acesso em: 6 de novembro de 2017.

VIANNA *et al.* Pharmacoepidemiology and Thalidomide Embryopathy Surveillance in Brazil. *Reproductive Toxicology*, v. 53, p. 63-67, jun., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.reprotox.2015.03.007>> Acesso em: 7 de novembro de 2017.

VIANNA *et al.* The impact of thalidomide use in birth defects in Brazil. *European Journal of Medical Genetics*, v. 60, p. 12-15, jan., 2017. Disponível em: <<http://dx.doi:10.1016/j.ejmg.2016.09.015>> Acesso em: 7 de novembro de 2017.

WHO (World Health Organization). Public-Private Roles in the Pharmaceutical Sector – Implications for Equitable Access and Rational Drug Use. *Health Economics and Drugs DAP Series 5*. Geneve: WHO, 1997.

ANEXOS

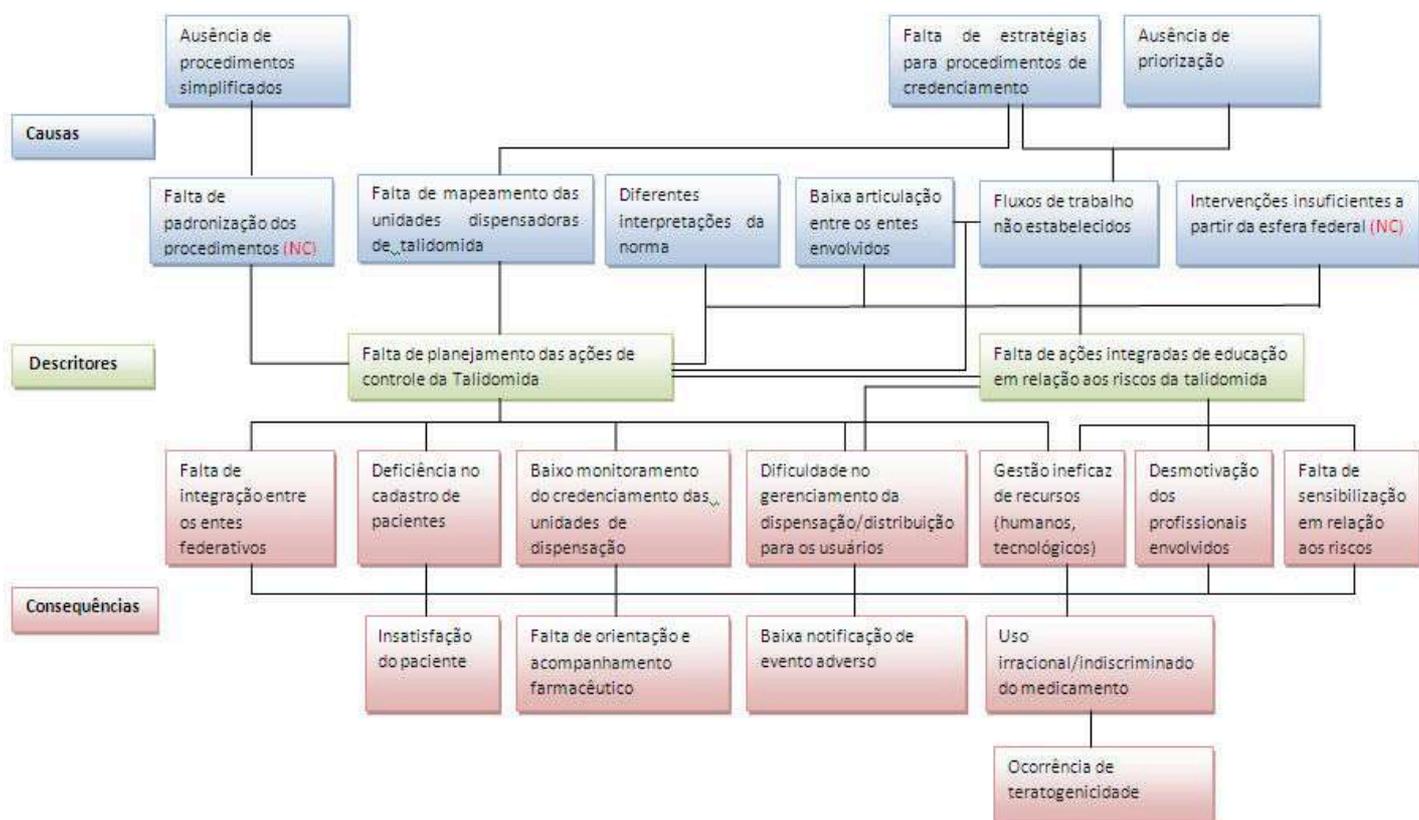


Figura 1. Diagrama causa-efeito do problema priorizado “gestão ineficiente do controle e monitoramento do medicamento Talidomida”.

Fonte: Autores, 2017.

Quadro 6. Plano de ação elaborado para o nó crítico: Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento do medicamento Talidomida no SNVS.

PES Simplificado						
Problema	Gestão ineficiente do controle e monitoramento do medicamento Talidomida					
Nó crítico	Falta de padronização dos procedimentos de controle e monitoramento do medicamento Talidomida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).					
Resultado esperado:	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros e opositores	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Aprimorar as ações de gestão do medicamento Talidomida.	Propor diretrizes aos estados, municípios e Distrito Federal para apoiar a padronização de procedimentos.	GPCON/GGMON/ANVISA	Parceiros: - ABPST; - Conselho Nacional da Saúde; - GFARM; - Ministério da Saúde; - Secretarias Estaduais de Saúde; - VISAs locais. Opositores eventuais: - Gestores locais.	Publicação das diretrizes (qualitativo).	- Cognitivos; - Políticos; - Organiza-tivos; - Econômico-financeiros.	8 meses.
	Fomentar a adoção das diretrizes por estados, municípios e Distrito Federal, utilizando, por exemplo, espaços de pactuação (CONASS, CONASEMS, GTVISA/ANVISA).			Número de planos de ação estaduais implementados dividido pelo número total de unidades federativas (percentual de adoção das diretrizes).		1 ano a partir da publicação das diretrizes.

Legenda: ABPST: Associação Brasileira de Portadores de Síndrome de Talidomida; ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; GFARM: Gerência de Farmacovigilância; GGMON: Gerência Geral de Monitoramento; GPCON: Gerência de Produtos Controlados; GTVISA: Subgrupo Técnico Tripartite de Vigilância Sanitária; VISAs: Vigilâncias Sanitárias.

Fonte: Autores (2017).

Quadro 7. Plano de ação elaborado para o nó crítico: Intervenções insuficientes a partir da esfera federal para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos do medicamento Talidomida.

PES Simplificado						
Problema	Gestão ineficiente do controle e monitoramento do medicamento Talidomida					
Nó crítico	Intervenções insuficientes a partir da esfera federal para a promoção de ações integradas de educação sobre os riscos do medicamento Talidomida					
Resultado esperado:	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros e opositores	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Desenvolver campanha educativa abordando a gestão e uso do medicamento Talidomida.	Articular com a ASCOM para a produção de ações publicitárias (vídeos de orientação, folders e cartazes), estabelecendo parceria com o Ministério da Saúde e profissionais de saúde para participação na campanha educativa.	GPCON/GGMON/ANVISA	- Ministério da Saúde; - ASCOM; - Profissionais de saúde.	- Aprovação da ASCOM para a produção da campanha; - Aprovação do Ministério da Saúde para participação na campanha.	- Cognitivos; - Políticos; - Organizacionais; - Econômico-financeiros.	4 meses.
	Promover a elaboração das peças publicitárias para ampla divulgação em diferentes espaços destinadas a gestores, profissionais e usuários.				Número de peças publicitárias produzidas.	5 meses a partir da articulação com a ASCOM e Ministério da Saúde.

Legenda: ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; ASCOM: Assessoria de Comunicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; GGMON: Gerência Geral de Monitoramento; GPCON: Gerência de Produtos Controlados.

Fonte: Autores (2017).

INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO ENTRE AS EQUIPES QUE COMPÕEM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE HORTOLÂNDIA

Alexandra da Silva Rodrigues Lira¹
Angelita de Paula e Silva de Castro²
Antonio Roberto Stivalli³
Cinthya Custodio de Andrade Soares⁴
Fátima Regina da Cal Seixas⁵
Geisa Tavares Tencatti⁶
Raquel Maria Ramalheira Duarte⁷
Renata Caporalle Mayo⁸
Yohana Albrecht⁹
Wilson José Guarda¹⁰
Silvia Lutaif Dolci Carmona¹¹

1 INTRODUÇÃO

Entre os anos 1980-90, consolidou-se no Brasil, a proposta do modelo Vigilância em Saúde voltada à reestruturação das práticas sanitárias pela incorporação da interdisciplinaridade, articulando saberes da epidemiologia, do planejamento, da comunicação e educação, da política e gestão, da geografia e da organização dos serviços (BRASIL, 2009). Em 2014, foi lançado um documento base para a criação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Essa política

¹ Graduação em Enfermagem - USP, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Enfermeira da Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Paulínia, alexandra.sr@gmail.com

² Graduação em Enfermagem – UNICAMP, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste, depaula.angelita@gmail.com

³ Graduação em Enfermagem – USP, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Diretor Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de Hortolândia, stivalliar@gmail.com

⁴ Graduação em Enfermagem e Obstetrícia – FAMEMA – Marília, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Diretora Vigilância em Saúde – Prefeitura Municipal de Vinhedo, cinthyandrade1302@gmail.com

⁵ Graduação em Enfermagem e Obstetrícia – UFRJ, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Enfermeira no Centro de Referência em Reabilitação da Prefeitura Municipal de Campinas, fattulipa@gmail.com

⁶ Graduação em Enfermagem – UFPR, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Cosmópolis, gtencatti@yahoo.com.br

⁷ Graduação em Ciências Biológicas - PUC Campinas, Mestrado em Saúde Coletiva – UNICAMP, Assessor Técnico de Saúde Pública no GVE XVII Campinas/ SES SP, rquelm2@gmail.com

⁸ Graduação em Psicologia – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Itatiba, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Assistente Técnico de Pesquisa e Tecnológica – Superintendência de Controle de Endemias SUCEN, rcaporale.mayo@gmail.com

⁹ Graduação em Enfermagem – UNIARARAS, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Coordenadora da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Monte Mor, voenf@hotmail.com

¹⁰ Graduação em Medicina Veterinária – UNIFESP Jaboticabal, Especialização em Vigilância em Saúde – Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, Chefe de Divisão Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste, wilsonguarda@gmail.com

¹¹ Facilitadora do Instituto Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, silvia_lutaif@yahoo.com.br

aponta como uma de suas finalidades a integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, reconhecendo a diversidade dos processos de trabalho internos da vigilância em saúde, porém buscando integrá-los (BRASIL, 2010).

Hoje, vivenciamos um grande problema no desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde (VS) que é a falta de integração entre as diferentes áreas que a compõem. Essa dificuldade acaba refletindo negativamente em toda a rede de assistência à saúde.

Na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) coordena nacionalmente todas as ações executadas pelo SUS nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, de programas de prevenção e controle de doenças, de informações epidemiológicas, de análise de situação de saúde e de vigilância em saúde ambiental, enquanto que as ações de Vigilância Sanitária são regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e as ações de Saneamento Ambiental pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA as quais são autarquias independentes e não vinculadas à Secretaria de Vigilância em Saúde (CRUZ, 2015).

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde tem sua estrutura organizacional composta por diversas coordenadorias, divergentes da estrutura federal. Nesta esfera organizacional as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária estão inseridas na Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Existe ainda dentro desta mesma organização a rede de laboratórios Instituto Adolfo Lutz e Instituto Pasteur, Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e dentre outros, a Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN, uma autarquia da CCD.

Esta estrutura organizacional estadual se repete de forma descentralizada no âmbito regional através dos Grupos de Vigilância Epidemiológica e Sanitária – GVE's e GVS's, os quais auxiliam na supervisão, assessoria e qualificação das ações de Vigilância em Saúde nos municípios¹.

O município de Hortolândia – SP é classificado como de grande porte considerando a população residente de 222.186 habitantes, com 100% localizada em área urbana. Faz parte da Região Metropolitana de Campinas – RMC – com mais 19 municípios.

Figura 1. Mapa segundo Regiões de Saúde. DRS VII, 2017



A Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia é composta por quatro Departamentos: Assistência à Saúde, Planejamento e Regulação, Administração e Vigilância em Saúde.

O Departamento de Vigilância em Saúde é composto pelas Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Unidade de Vigilância em Zoonoses. Ações de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental estão incluídas na estrutura administrativa das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

Dentro da estrutura física municipal, a Vigilância Sanitária e Epidemiológica ocupam espaço físico em comum, dentro da Secretaria Municipal de Saúde. A Unidade de Vigilância em Zoonoses localiza-se em espaço distinto em função da característica de seus serviços e necessidades específicas.

Assim como nas outras esferas de governo, verifica-se uma compartimentalização entre as Vigilâncias, apesar de terem como base princípios e processos de trabalho semelhantes.

No entanto, a evolução no olhar dos riscos e atuação da Vigilância em Saúde necessita cada vez mais da aproximação entre as áreas, com espaços para discussão de situações e casos que justificam ações conjuntas e/ou complementares, potencializando e qualificando investigações, inspeções, análises, recomendações e outras decisões.

Atualmente, além das doenças transmissíveis, novos agravos veem assumindo importância

nos indicadores de morbimortalidade como o caso dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, intoxicações, contaminações ambientais, acidentes, violências entre outros. Pensar esses novos agravos exige a necessidade de diferentes saberes e por isso a necessidade do estreitamento das relações entre as divisões da Vigilância em Saúde para, a partir dessa integração, conseguir organização suficiente para dialogar e construir propostas em conjunto com outros departamentos e secretarias.

Essa integração vem sendo discutida em outras esferas de decisão, no entanto nossa governabilidade encontra-se nos municípios, que na realidade é o palco dos acontecimentos, portanto acreditamos que o início desse processo possa e deva ocorrer nos municípios.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover a melhoria na integração das ações desenvolvidas entre as equipes de Vigilância em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Criar mecanismos para a identificação das ações que possam ser realizadas entre as equipes de Vigilância em Saúde.
- ✚ Disparar a construção de um planejamento estratégico situacional envolvendo todas as equipes de Vigilância em Saúde.
- ✚ Empoderar os atores envolvidos para o registro, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na Vigilância em Saúde.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

1 - Apresentar proposta do Projeto Aplicativo ao gestor municipal;

2 - Apresentar o Projeto Aplicativo aos coordenadores das diferentes áreas e compartilhar o processo de trabalho das diferentes áreas da Vigilância em Saúde;

3 - Apresentar o Projeto Aplicativo para as equipes de trabalho, através dos coordenadores; socializar os processos dos trabalhos realizados entre as equipes de serviços nas mais diferentes áreas de atuação;

4 - Identificar ações comuns ou complementares e aprimorar o desenvolvimento em conjunto destas atividades;

5 - Construir um planejamento estratégico de Vigilância em Saúde com a integração das ações entre os diferentes setores;

6 - Registrar as ações integradas realizadas;

7 - Monitorar e avaliar as ações integradas e os resultados obtidos.

As intervenções se iniciam a partir da apresentação da proposta do Projeto Aplicativo ao gestor municipal. Após a concordância e apoio do mesmo, o Projeto será apresentado aos coordenadores da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Unidade de Vigilância em Zoonoses, os quais serão convidados a compartilhar o processo de trabalho de suas respectivas áreas de atuação. A partir desta etapa, os coordenadores apresentarão o Projeto Aplicativo para suas equipes da Vigilância em Saúde. As mesmas então compartilharão seus respectivos processos de trabalho, visando à identificação e socialização de ações desenvolvidas nas diferentes áreas de atuação. Em seguida, as atividades que se complementam serão pontuadas pelas equipes para construção de ações estrategicamente integradas no âmbito da vigilância em saúde. Dentro deste planejamento, serão elaboradas pelos coordenadores e equipes, as ferramentas para o registro das atividades desenvolvidas visando o monitoramento e avaliação continuada.

Espera-se que o projeto seja realizado no primeiro semestre de 2018, não gerando custos ao município. A equipe idealizadora acompanhará o desenvolvimento do mesmo e se reunirá no segundo semestre de 2018 para avaliação e possíveis correções ou adequações ao projeto.

4 GESTÃO DO PLANO

Quadro 1 - Matriz de intervenção construída para a realização da gestão do plano:

ACÇÃO	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSO	PRECEDÊNCIA
<u>Ação 1:</u> Apresentar proposta do PA ao gestor municipal	Alta	Alto	Atores internos articulados com atores externos	Curta	Político e organizacional	1
<u>Ação 02:</u> Apresentar PA aos coordenadores das diferentes áreas da VS	Alta	Alto	Gerente e atores internos	Curta	Técnico e organizacional	2
<u>Ação 03:</u> Através dos coordenadores apresentar as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas da VS para as equipes e identificar as que possam ser complementares	Alta	Alto	Gerente e atores internos	Média	Técnico e organizacional	3
<u>Ação 04:</u> Aprimorar as atividades que se complementam identificadas na Ação 3	Alta	Alto	Gerente e atores internos	Média	Técnico e organizacional	4
<u>Ação 05:</u> Construir o planejamento integrando as ações de VS	Média	Alto	Gerente e atores internos	Longa	Técnico e organizacional	5
<u>Ação 06:</u> Registrar as ações integradas realizadas	Média	Alto	Gerente e atores internos	Média	Técnico e organizacional	6
<u>Ação 07:</u> Monitorar e avaliar as ações integradas	Média	Alto	Gerente e atores internos	Curta e contínua	Técnico e organizacional	7

PA = Projeto Aplicativo; VS – Vigilância em Saúde

A integração das equipes de vigilância em saúde é desafiadora e complexa devido à necessidade do compartilhamento de atribuições e responsabilidades sem abandonar as especificidades técnicas de cada uma das áreas de atuação.

Espera-se que com esse projeto seja compreendido pelas equipes a necessidade de um processo permanente de planejamento, monitoramento e avaliação em conjunto para que a integração proposta realmente aconteça.

Quadro 2 - Matriz construída como proposta de avaliação e monitoramento:

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações ou ajustes
<u>Ação 1:</u> Apresentar proposta do PA ao gestor municipal	C	Realizada apresentação da proposta ao Gestor Municipal com concordância para a implementação do PA	Não houve	Sem ajustes
<u>Ação 02:</u> Apresentar aos coordenadores as atividades desenvolvidas pelas diferentes áreas	EA	Reconhecimento da importância da integração das atividades de VS	Possível incompatibilidade de agenda	Ajuste de agendas
<u>Ação 03:</u> Apresentar através dos coordenadores as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas para as equipes e identificar as que possam ser complementares	EA	Identificação e reconhecimento pelas equipes da importância da integração das atividades de VS	Possível dificuldade de adesão e corresponsabilização dos profissionais. Dificuldade em identificar as ações que se complementam	Tentativa de sensibilização dos membros resistentes
<u>Ação 04:</u> Aprimorar as atividades que se complementam identificadas na Ação 3	EA	Otimizar a articulação do processo de trabalho entre as áreas de VS	Dificuldade em identificar e aprimorar as ações que se complementam	Revisar as ações desenvolvidas que se complementam
<u>Ação 05:</u> Construir o planejamento com ações integradas de VS	EA	Qualificar e otimizar as ações de VS	Dificuldade na viabilização da construção de um plano integrado	Revisar a construção do plano. Readequar estratégias de ação.
<u>Ação 06:</u> Registrar as ações integradas	EA	Melhor visualização das ações executadas de maneira sistematizada e integrada	Manutenção do registro das ações integradas	Estimular e conscientizar a importância da manutenção dos registros com qualidade
<u>Ação 07:</u> Monitorar e avaliar as ações integradas	EA	Otimizar as ações de VS, qualificando a assistência e serviço prestado ao usuário	Realizar o monitoramento de forma contínua	Reavaliar o processo de forma estratégica

PA = Projeto Aplicativo; VS = Vigilância em Saúde; C = concluído; EA = Em Andamento

Quadro 3 - Cronograma de Ações do Projeto Aplicativo

	2017			2018									
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
Ação 01: Apresentar proposta do PA ao gestor municipal	●—●												
Ação 02: Apresentar aos coordenadores as atividades desenvolvidas pelas diferentes áreas		●—●											
Ação 03: Apresentar através dos coordenadores as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas para as equipes e identificar as que possam ser complementares				●—●									
Ação 04: Aprimorar as atividades que se complementam identificadas na Ação 3					●—●								
Ação 05: Construir o planejamento com ações integradas de VS							●—●						
Ação 06: Registrar as ações integradas							●—●						
Ação 07: Monitorar e avaliar as ações integradas							●—●						

PA = Projeto Aplicativo; VS = Vigilância em Saúde;

REFERÊNCIAS

BRASIL, 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância em Saúde. Brasília: MS.

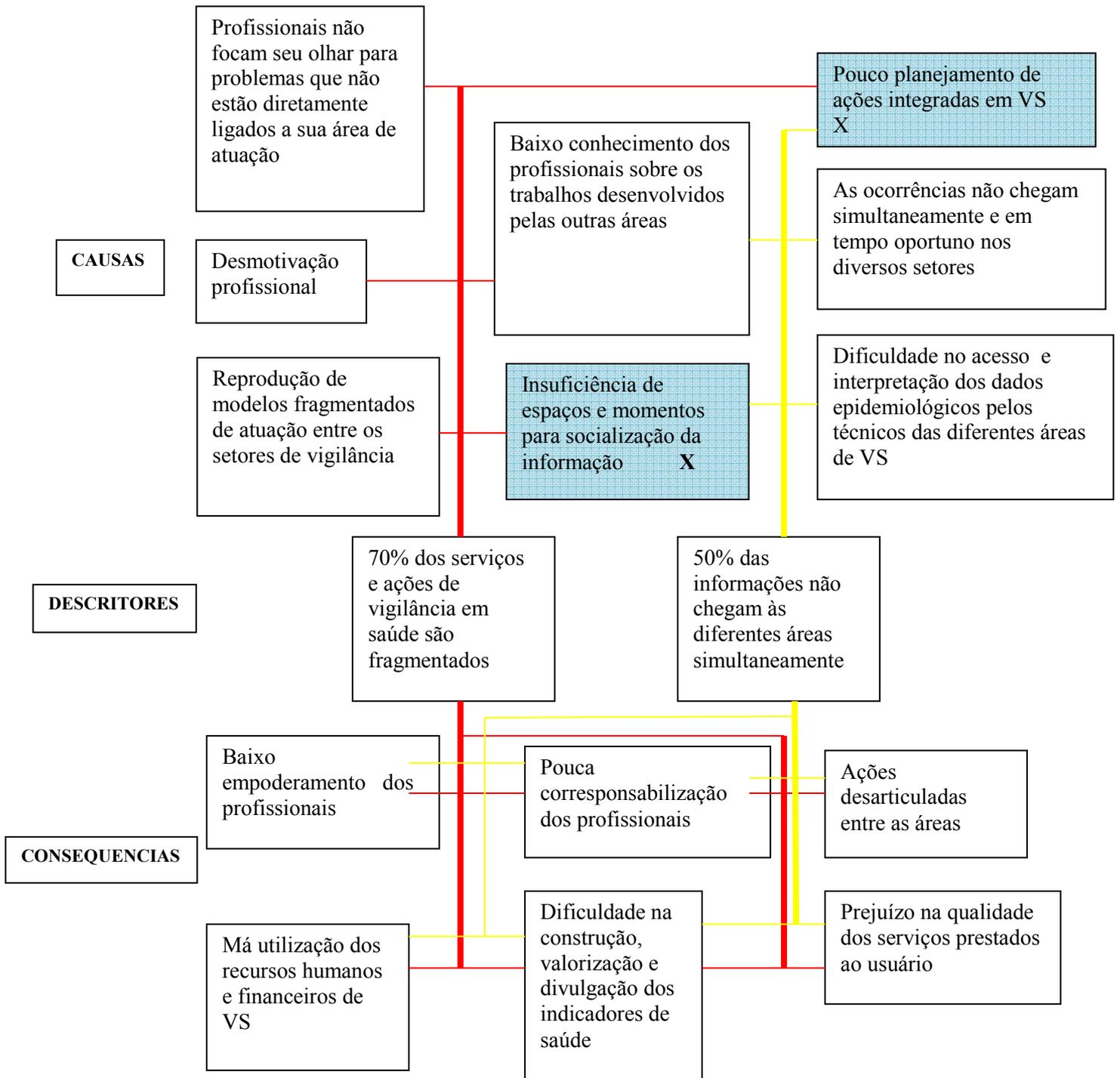
BRASIL, 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: MS.

CRUZ MM, OLIVEIRA CM, 2015. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.255-267, jan/mar.

ANEXOS

Anexo 1. Árvore Explicativa

Dificuldade na integração dos processos de trabalho na Vigilância em Saúde



Anexo 2. Ferramenta I: TR6 – Intervindo no Problema- Elaboração do Plano de ação - Planilha PES simplificado

Macroproblema: Dificuldade na integração dos processos de trabalho na Vigilância em Saúde

Nó crítico (SI): Pouco planejamento de ações integradas em VS

Resultado esperado (SO)	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros e eventuais opositores	Indicadores	Recursos necessários	Prazos	
Ações integradas em VS	Apresentação da proposta do PA ao gestor municipal	Equipe afinidade 2	Diretor da VS e coordenador de VE, VS e UVZ	Projeto apresentado	PA	Dezembro 2017	
	Apresentação entre as áreas das atividades realizadas	Coordenador da VE, VS e UVZ	Diretor da VS	% de áreas que apresentaram as atividades	Espaço físico, recursos audiovisuais	1 semana	
	Coordenadores apresentam para suas equipes as atividades de cada área e identificam ações que possam ser complementares	Coordenador da VE, VS, UVZ e respectivas equipes	Diretor da VS e coordenador da VE, VS e UVZ		Número de reuniões realizadas por cada área	Espaço físico, recursos audiovisuais	15 dias
	Qualificação das atividades que se complementam	Coordenador da VE, VS e UVZ	Diretor da VS		Número e descrição das atividades que se complementam	Espaço físico, recursos audiovisuais	15 dias
	Construção do planejamento com ações integradas de VS	Diretor da VS e coordenador da VE, VS e UVZ	Diretor da VS		Número de POPs integrados elaborados	Espaço físico, recursos audiovisuais	60 dias
	Elaboração de instrumento para registro das ações integradas	Coordenador da VE, VS, UVZ e respectivas equipes	Diretor da VS		Instrumento elaborado	Insumos e equipamentos de informática	15 dias
	Monitoramento e avaliação da aplicação dos POPs	Diretor da VS e coordenador da VE, VS e UVZ	Diretor da VS e coordenador da VE, VS e UVZ		% de ações realizadas em conjunto entre as áreas de VS a partir da implantação dos POPs	Espaço físico	Trimestral

PA = Projeto Aplicativo; VS = Vigilância em Saúde; VE = Vigilância Epidemiológica; UVS = Unidade de Vigilância em Zoonoses; POPs = Procedimento Operacional Padronizado;

Após discussão em grupo avaliamos que o nó crítico 1 (Insuficiência de espaços e momentos para socialização da informação) está contido no nó crítico 2 (Pouco planejamento de ações integradas em VS).

PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM DEMAIS SETORES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE/SP.

Salma Regina Rodrigues Balista¹
Edimar Lopes de Almeida²
Elena da Costa Cordeiro³
Eliane Ferreira⁴
Eliane Franco Wiesel Salvador⁵
Graziela de Braga Barreto Carneiro⁶
Heverson Knauer de Campos⁷
Luiz Henrique Martinelli Ramos⁸
Márcia Elena Simal Fante⁹
Cláudia Ferreira Manão¹⁰

1 INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária, área de saúde coletiva, teve sua legitimação no SUS com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal 8.080/90. (BRASIL, 1990), que no artigo 6º, parágrafo 1º define a vigilância sanitária *como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

¹ Gestor de Aprendizagem, Doutorado em Saúde Coletiva, Unicamp, salmabalista@yahoo.com.br

² Supervisor Ambiental, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Cosmópolis

³ Fisioterapeuta, Especializando Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Americana, fisioelena9@gmail.com

⁴ Biomédica, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Americana, eliane.ferreira@saudeamericana.com.br

⁵ Farmacêutica, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Diretora de Vigilância Sanitária, Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d' oeste, elianefws@gmail.com

⁶ Farmacêutica, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Paulínia, grazibbc82@gmail.com

⁷ Biólogo, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Americana, biohkcamos@gmail.com

⁸ Médico Veterinário, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Campinas, ramos.luizh@gmail.com

⁹ Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde II, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, GVS XVII – Campinas, marciafante@hotmail.com

¹⁰ Farmacêutica, Especializando em Gestão da Vigilância Sanitária, Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Prefeitura Municipal de Hortolândia, domingos.claudia@gmail.com

Com a Política Nacional de Promoção à Saúde, recentemente alterada pela Portaria de consolidação nº 02/17 (BRASIL, 2017a) menciona que as intervenções em saúde ampliem em seu escopo diante dos problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes no território, buscando a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde, cada vez mais se faz necessário a integração na realização das ações de saúde coletiva e assistência no âmbito do SUS. Tendo em vista que a integralidade busca mudanças na prática dos profissionais de saúde, nos processos de trabalho incorporando tecnologias de VISA às ações básicas de saúde, com enfoque no risco sanitário este trabalho propõe a integração entre as áreas da Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária (AP). Para tanto fez necessária a definição de VS e AP.

A Vigilância em Saúde é definida como modelo de atenção, sendo caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar riscos e danos à saúde da população em seu território de abrangência. Em 2008 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), integrou a atenção primária e a Vigilância em Saúde (VS) como prioridade em suas ações em seu plano anual de trabalho, porém exige planejamento de integração nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal para viabilidade das ações. O mesmo autor estabelece que território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde a população vive estabelecendo relações sociais, culturais, laborais com suas crenças e costumes. (TEIXEIRA, CARMEN FONTES; VILASBÔAS, 2008)

No ano de 2011 foi sancionado o Decreto Federal nº 7.508, regulamentador da Lei Federal 8.080/90, que estabeleceu em seus artigos 2º, 5º, 9º e 11º conceitos importantes, tais como porta de entrada à Atenção Primária (AP). Este primeiro como sendo os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. O segundo com uma das portas, que representa a grande realidade nacional, isto é, os Centros de Saúde, ou Unidades Básicas de Saúde.

Neste sentido o compartilhamento do conhecimento do território, dos fatores de risco, dos determinantes e condicionantes de agravos à saúde e da análise de situação entre a VS e AP, possibilitam a elaboração de estratégias de monitoramento, de intervenção, visando a profilaxia e/ou controle dos riscos e agravos à saúde da população.

A Educação Permanente, como tecnologia educacional foi inserida na área da saúde, por meio da Portaria GM/MS198/2004. (BRASIL, 2004), com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, passou por alterações normativas, se consolidando nas Portarias de Consolidação nº 02/17 e 06/17 (BRASIL, 2017a, 2017b). Tal política objetiva transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. É direcionada ao diálogo e cooperação entre os diversos atores da saúde, seja gestão, servidores, formação e controle social, para potencializar enfrentamentos na resolução de problemas com qualidade (BRASIL, 2005).

Desta maneira, como forma de integração entre as áreas da VS e AP, visando os compartilhamentos de saberes, a educação permanente é uma importante ferramenta para qualificar os trabalhadores da saúde, buscando novas formas de pensar e agir e organização de novos processos de trabalho.

Com base nos conceitos acima descritos, o grupo Afinidade elaborou um Projeto Aplicativo a ser implantado, como piloto, na área de abrangência da UBS “Anália Salvador Dal Bello” (Jardim São Fernando) no município de Santa Bárbara d’Oeste.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Integrar a VISA com as demais áreas da VS e AP, visando consolidar a vigilância dos determinantes do processo saúde-doença, realizando ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos no território.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver novos processos de trabalho visando à integração entre a Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde e Atenção Primária por meio da implantação de Educação Permanente, com enfoque em eliminar ou diminuir riscos à população no território.
- Qualificar e integrar os trabalhadores da saúde.
- Minimizar as ações fragmentadas, otimizando o tempo de trabalho.
- Desenvolver a gestão compartilhada entre gestores e trabalhadores da saúde.
- Conscientizar o trabalhador de saúde sobre o diagnóstico e análise da situação de saúde do território onde atua, propiciando sentido às ações desenvolvidas pelo mesmo.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Primeira reunião de aplicação:

Iniciamos a aplicação do PA em 11/10/2017, com uma reunião na Secretaria de Saúde de Santa Bárbara d’Oeste, com a presença dos gestores para apresentação do Projeto Aplicativo

e solicitação de autorização para desenvolvimento do mesmo, no município.

Na ocasião estiveram presentes os integrantes do GAF2, a Secretária de Municipal de Saúde - Lucimeire Cristina Coelho Rocha; Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de SBO: VISA, VE, Controle de Endemias, Atenção Primária, Núcleo de Educação Permanente – NEP, Planejamento.

A reunião iniciou-se com a apresentação do Grupo Afinidade 2 aos presentes, seguido do conteúdo do PA.

A Secretária de Saúde manifestou seu interesse e autorizou a aplicação no município e fez menção de que o projeto vem ao encontro das necessidades da gestão atual e que espera que ele possa minimizar os danos ao serviço na medida em que melhore a comunicação entre os setores, contribua para redução da fragmentação dos serviços e por consequência, que haja otimização do trabalho realizado pela secretaria de saúde.

Segunda reunião de aplicação:

Neste segundo momento, os integrantes do Grupo GAF2, se reuniram com a equipe gestora que estiveram na reunião anterior, para definir o território a ser trabalhado, bem como os parceiros, buscando desenvolver com maior efetividade as ações compartilhadas entre os diversos atores da saúde, seja gestão, servidores, formação e controle social, para potencializar enfrentamentos na resolução de problemas com qualidade. Foi definido que o projeto aplicativo a ser implantado, como piloto, será na área de abrangência da UBS “Anália Salvador Dal Bello” (Jardim São Fernando).

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Reunião com Secretária de Saúde, gestores das diversas áreas da VS, AP, gestor da Educação dos trabalhadores de saúde, para apresentação do projeto.	 Reunião realizada
2	Realizar reunião para propor uma oficina de integração, com utilização das ferramentas do planejamento estratégico.	 Realização da oficina com apresentação dos desafios.
3	Na oficina estabelecer metodologia, periodicidade, público alvo, conteúdo.	 Definição da metodologia, estratégias e cronograma das ações a serem desenvolvidas.
4	<ul style="list-style-type: none">• Encontro para apresentação do processo de trabalho de cada área• Apresentação do mapa de saúde e Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde.• Visita ao território e local de trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento compartilhado• Equipes com conhecimento do processo de trabalho e produto final das outras equipes, de forma que identifiquem como podem contribuir com o trabalho do outro.  Equipes capacitadas e motivadas

	das equipes, Realização de Educação Continuada.	
--	--	--

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

Resultados Esperados	Ações e Atividades	Responsáveis	Parceiros/Eventuais opositores	Indicadores	Recursos Necessários	Prazos
1) Sensibilização dos gestores para um projeto que propicie a integração entre as equipes (VS e AP).	Reunião com Secretária de Saúde, gestores das diversas áreas da VS, AP, gestor da Educação dos trabalhadores de saúde, para apresentação do projeto.	Eliane Salvador, GAF 2 - GVISA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NEP da SMS/Santa Bárbara D'oeste ▪ Equipe GVISA ▪ Coordenadores das áreas da VS ▪ Coordenadora da AP ▪ Diretor de Saúde Pública ▪ Secretária Municipal de Saúde. ▪ Chefe de Departamento de Planejamento Estratégicos da SMS 	Reunião realizada	<ul style="list-style-type: none"> • Local para reunião • Apresentação do projeto e Impressão dos projetos. • Preparar argumentações e contra argumentações. 	11/Outubro – 10:00 h. A reunião contou com a participação do Diretor de Planejamento da SMS.
2) Identificação de interfaces e Integração entre equipes.	Realizar reunião para propor uma oficina de integração, com utilização das ferramentas do planejamento estratégico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chefe de Departamento de Planejamento da SMS - SBO. ▪ GVISA ▪ NEP - SBO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NEP da SMS/Santa Bárbara D'oeste ▪ Equipe GVISA ▪ Coordenadores das áreas da VS ▪ Coordenadora da AP ▪ Diretor de Saúde Pública ▪ Secretária Municipal de Saúde. ▪ Chefe de Departamento de Planejamento 	• Realização da oficina com apresentação dos desafios.	Local, data, material de escritório e mídia, lanche e café, filme de curta duração.	Data: 23 de novembro.

			Estratégico da SMS.			
3) Identificar estratégias para superar os desafios elencados, a partir dos resultados da oficina.	Na oficina estabelecer metodologia, periodicidade, público alvo, conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chefe de Departamento de Planejamento Estratégico da SMS - SBO. ▪ GVISA ▪ NEP - SBO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idem ao anterior. ▪ RH Saúde (psicólogo/sociólogo) ▪ Facilitador do GVISA 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição da metodologia, estratégias e cronograma das ações a serem desenvolvidas. 	Local, data, material de escritório e mídia, lanche e café. Preparar planilha de tempo, público e conteúdo.	Data: 23 de novembro.
4) Conhecimento dos processos de trabalho entre as equipes de VS e AP.	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro para apresentação do processo de trabalho de cada área • Apresentação do mapa de saúde e Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde. • Visita ao território e local de trabalho das equipes, • Realização de Educação Continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chefe de Departamento de Planejamento Estratégico da SMS - SBO. • Gestores de VS e AP • NEP - SBO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe técnica de VS e AP ▪ Gestores de VS e AP ▪ NEP - SBO • Chefe de Departamento de Planejamento Estratégico da SMS - SBO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento compartilhado • Equipes com conhecimento do processo de trabalho e produto final das outras equipes, de forma que identifiquem como podem contribuir com o trabalho do outro. • Equipes capacitadas e motivadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viatura. ▪ Local de reunião. ▪ Mapa de saúde de SBO ▪ Plano Municipal de Saúde de SBO. 	Março a Maio 2018

Ações e atividades	Out/ 17	Nov/1 7	Dez/ 17	Jan/ 18	Fev/ 18	Mar/1 8	Abr/ 18	Mai/ 18
Reunião com Secretária de Saúde, gestores das diversas áreas da VS, AP, gestor da Educação dos trabalhadores de saúde, para apresentação do projeto.	X							
Realizar reunião para propor oficina paraintegração, com utilização das ferramentas do planejamento estratégico.		X						
Na reunião estabelecer metodologia, periodicidade, público alvo, conteúdo.		X						
Realizar oficina para identificação dos problemas do território e apresentação Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde.						X		
Apresentação do processo de trabalho de cada área.						X		
Visita ao território e local de trabalho das equipes.							X	
Por meio da Educação Permanente, identificar e executar as ações integradas entre as áreas (VS e AP).								X

- [X] - ação iniciada e concluída
[X] - ação iniciada com conclusão posterior
[X] - ação permanente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Federal nº 8.080 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**, v. DOU, n. 1 de 20/9/1990, p. 18055, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004.

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília/DF, v. DOU/DOFC 2, n. 243 de Seção I16/02/2004, p. 37, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de aprendizagem - Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. v. 1p. 160p.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF**, v. DOU, n. 190, de 03/10/17–Seção 1–Suplemento, p. 61, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF**, v. DOU, n. 190 de 03/10/17–Seção 1–Suplemento, p. 569, 2017b.

D’OESTE, S. B. **Lei nº 2320 de 05 de fevereiro de 1998. Estabelece atribuição e competência do Poder Público Municipal para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, de acordo com a Constituição Federal, a Lei orgânica de Saúde nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 e**. Disponível em: <<http://crv.santabarbara.sp.gov.br/scripts/pmint.exe/PMint/JDNLD701?NUISN=3385&TPDOC=L>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

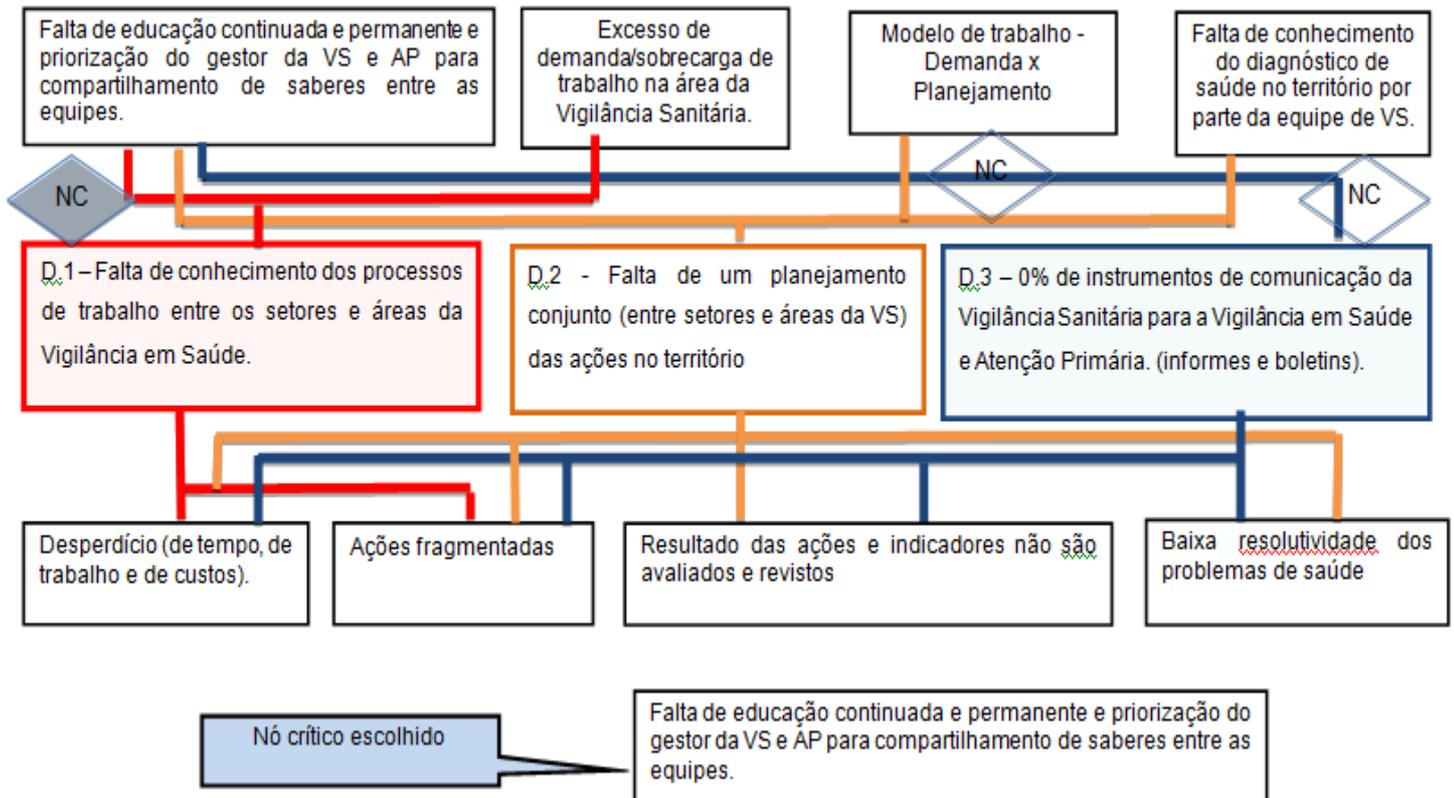
D’OESTE, S. B. **A cidade/Estatísticas e Número de**. Disponível em: <http://www.santabarbara.sp.gov.br/v5/index.php?pag=estatisticas_num&dir=cidade>. Acesso em: 22 nov. 2017.

TEIXEIRA, CARMEN FONTES; VILASBÔAS, A. L. Q. **Diretrizes para a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2017.

5 APÊNDICE

Árvore explicativa

Macro problema: Deficiência na integração e comunicação da Vigilância Sanitária com a Vigilância em saúde (VS) e a Atenção Primária (AP).



A PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UTI PEDIÁTRICA: IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO.

Fernanda Maryneve Menezes¹
Renata Nicole Natividade de Oliveira²
Elenita de Oliveira Silva³
Nancy Filgueiras da Costa⁴
Maria José da Silva Palheta⁵
Sheila Cristina Maia Bezerra⁶
Guacy Mayara Monteiro Costa⁷
Rafael de Oliveira Barbosa⁸
Marlindo da Rocha Campos⁹
Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves¹⁰

1 INTRODUÇÃO

Macapá é um município brasileiro, capital do estado do Amapá, localizado na Região Norte do país, a população do estado do Amapá 698.602 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) .Situa-se no sudeste do estado e é a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que se localiza no litoral de barro do rio Amazonas. Está localizada a 1791 quilômetros de Brasília, possui uma densidade de 4,69 hab/km², altitude 14m, com um clima equatorial. A cor parda é predominante, representando 58,16% da população amapaense seguida da cor branca que representa 32,21% e, da cor preta representando 7,76%, o sexo masculino é predominante sobre o feminino. A população de crianças na faixa etária entre 0 e 4 anos 6,0% meninos 5,9% meninas, 5 a 9 anos 5,5% meninos 5,3% meninas e de 10 a 15 5,3% menino e menina 5,1%, 15 a 19 anos meninos 5,5 % e menina 5,1%.

O hospital da criança e do adolescente situado na Av Fab, bairro central, CEP 68900073, nº 80 é um hospital especializado tem como atendimento prestados; internação, SADT, urgência, e

¹Enfermeira, Especialista Enfermagem Cirúrgica – Secretaria do Estado de Saúde – SESA, Hospital da Criança e do Adolescente, fernanda_maryneve@hotmail.com

²Enfermeira, Esp. Em Urgência e Emergência – UNINTER, Hospital da Criança e do Adolescente, bbshinoda@hotmail.com

³Enfermeira, Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, elenitamacapa@gmail.com

⁴Enfermeira, Obstetra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Ministério da Saúde, nancy.costa@saude.gov.br

⁵Enfermeira, Secretaria do Estado de Saúde – SESA, mariasamuelpalheta@hotmail.com

⁶ Nutricionista, Hospital da Criança e do Adolescente, scmbezerra@seama.edu.br

⁷ Enfermeira, Hospital da Criança e do Adolescente, mavara.mcosta@hotmail.com

⁸ Fisioterapeuta, Secretaria do Estado de Saúde – SESA, rafa.fisio.oliveira@gmail.com

⁹ Biomédico, Secretaria do Estado de Saúde - SESA, marlindocampos@bol.com.br

¹⁰ Médica, Msc. Em Ensino em Ciências da Saúde – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Secretaria do Estado de Saúde – SESA e Universidade Federal do Amapá , maribelsantossmith.ap@gmail.com

também um atendimento de demanda espontânea e referenciada é o único hospital de referência pediátrica que possui no estado do Amapá para atender sua população na faixa etária de 0 a 17 anos e ainda os usuários oriundos da população ribeirinha que vem do estado do Pará, não somente as regiões ribeirinhas mas os hospitais da rede particular que não oferecem UTI pediátrica e também utilizam dos serviços de internação da UTI do hospital da criança. As patologias respiratórias são as, mas frequentes causas de internação em unidade de terapia intensiva do hospital da criança.

Dispõem de pediatria clínica com 123 leitos, pediatria cirúrgica com 6 leito porém 4 não são cadastros no CNES, UTI pediátrica tipo II 5 leitos não regulamentados sendo que dois desses são de isolamento 2 e unidade de isolamento 1, 2 sala de cirurgia onde somente um funciona, 1 sala de imunização, o serviço de apoio tais como; ambulância, central de esterilização de material, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, nutrição e dietética, SAME, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social, Fonoaudiologia, Terapeuta ocupacional, Fisioterapia, Coordenação de Enfermagem, direção e Administração. O hospital tem o total de 668 profissionais cadastrados no CNES, dispõem de serviços assistenciais por meios próprios e terceirizados. A UTI pediátrica do Hospital da criança e do Adolescente de Macapá é habilitada pelo ministério da saúde por atender os critérios de classificação e cadastramento para as unidades de tratamento intensivo e tem como portaria GM/MS Nº 377, de 10 de março de 2004.

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um setor destinado ao atendimento de pacientes graves ou com riscos que dispõem de assistência médica e de enfermagem interruptas, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados, além de acesso a outras tecnológicas destinadas ao diagnóstico e terapêutica. Por ser uma unidade de pacientes críticos, a UTI comumente gera sentimentos negativos nos pacientes e familiares, devido à sensação de ameaça e morte eminente, diante dessa situação, os familiares podem se sentir confusos, desamparados, temerosos e impotentes.

Embora seja um setor em que o estado de saúde varia de crítico a recuperável, torna-se um ambiente imprevisível, por ser permeado pelo processo de viver e morrer, que ocasiona aos profissionais além dos familiares, os sentimentos e sensações de sofrimento, medo, desamparo, desesperança e uma diversidade de perdas.

A hospitalização da criança é um fenômeno traumatizante, pois a mesma vivencia situações de medo e angústia pelo afastamento do seu ambiente familiar, do convívio com as pessoas queridas e de suas atividades diárias. Humanizar o ambiente pediátrico durante a internação é de suma importância, e a inserção da família no cuidado em pediatria favorece ao cuidado mais humano. A presença dos pais ou responsáveis traz para a criança segurança, desta forma, o cuidar em pediatria deve estar voltado não só para a criança, mas considerar a mesma e seu familiar como clientes.

A hospitalização é considerada uma situação perturbadora na vida de qualquer ser humano. A criança sofre, mas com essa situação, pois sai de seu ambiente cotidiano e vai para um novo ambiente, onde a regras e um sentimento ameaçador. Com o passar do tempo houve mudanças, a família também passou a receber cuidados e ser vista como parte importante na recuperação da criança hospitalizada (SOUZA; MOREIRA, 2008)

Estando a criança hospitalizada, pais ou familiares sentem-se expostos à vulnerabilidade, decorrentes das normas e rotinas estabelecidas no setor, surgindo os conflitos e sentimentos de impotência. Para tanto, a hospitalização requer adaptação da família e criança às práticas assistenciais necessárias, para o restabelecimento da saúde da criança

Desde modo, tem se discutido sobre a importância da permanência do acompanhante nas unidades de terapia intensivas em todos os serviços de saúde, porém esse processo não é tão simples, a planta física dos hospitais, não oferece espaço para acompanhantes nem para visitantes, a resistência da equipe em inserir o familiar na assistência durante o processo de internação pela falta de conhecimento dos benefícios para o paciente ainda é um obstáculo, a falta de informação da família por esse direito, e entres outros impasses tem dificultado esse processo de humanização.

Esse cuidado diferenciado refere-se à importância das informações, do diálogo e da qualidade do atendimento à criança e à família frente a todos os aparelhos necessários a reabilitação e recuperação da saúde (FERREIRA, 2014).

É importante ressaltar que as benesses proporcionadas pelo ingresso e permanência do acompanhante durante o período de internação na unidade de terapia intensiva é de suma importância tanto para o paciente, família e para a gestão, pois a família pode contribuir e interagir com a equipe, favorecendo o tratamento e influenciando na recuperação emocional do paciente, transmitindo segurança, e diminuindo a ansiedade facilitando o trabalho da enfermagem.

Porém a instabilidade clínica do cliente, o aparato tecnológico, a complexidade dos cuidados e o risco de infecção são alguns dos motivos alegados pelos dirigentes e profissionais das UTIs para não autorizarem o acompanhamento permanente.

A abordagem do tema A Permanência do acompanhante durante o período Internação em UTI Pediátrica: Implantação de Protocolo Clínico é pertinente, pois, sua importância para profissionais da saúde, pacientes e familiares e para a sociedade como um todo é incontestável, compreende-se então que o conhecimento a respeito dessa questão precisa ser difundido. As políticas de humanização do Governo Federal têm favorecido algumas categorias de pacientes como as crianças, as gestantes e os idosos, no que se refere à presença de acompanhantes em unidades de internação. Desta forma pretende-se demonstrar que através deste projeto aplicativo para elaboração e implantação de protocolos poderemos diminuir o medo, a ansiedade, o stress que sofre a família e a criança durante o período de internação, ocasionado por procedimentos invasivos, ambiente desconhecido, a separação do seio familiar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar proposta de implantação de protocolo clínico que viabilize a permanência do acompanhante durante o período de internação em UTI Pediátrica.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Elaborar protocolo de permanência do acompanhante durante o período de internação.
- ✚ Demonstrar os benefícios da permanência do acompanhante durante o período de internação.
- ✚ Sensibilizar os profissionais do NEP quanto à importância da elaboração de um protocolo para permanência do acompanhante na UTI.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O presente projeto foi desenvolvido durante o curso de Gestão da Clínica das Regiões de Saúde, que foram executados a cada módulo com o intuito de contribuir para a ampliação da capacidade de leitura da realidade dos participantes.

A proposta de elaboração do Projeto Aplicativo de Intervenção na rede hospitalar do Amapá dá-se em razão da necessidade de suprir a falta de implementação de protocolos nas clínicas para a melhoria das necessidades da Assistência Hospitalar. Diante do exposto a proposta do Projeto aplicativo está voltada para a elaboração de um protocolo com a seguinte temática: A permanência do acompanhante durante o período de internação em UTI Pediátrica: Implantação de Protocolo Clínico.

A discussão no grupo afinidade se deu inicialmente, abordando as questões gerais, da saúde pública de nosso estado, onde cada um registrou a sua percepção sobre o tema. Esse movimento não foi difícil, haja vista que os problemas se repetem nas diversas regiões de saúde do estado, portanto, são vivenciados por todos os participantes do GAF hospitalar.

Após o agrupamento dos problemas, foram identificados os macroproblemas respectivos, os quais sofreram o processamento a partir da etapa de priorização.

Usando como suporte a matriz de priorização, que é uma ferramenta utilizada para apoiar a tomada de decisão para priorização de problemas, a aplicação das matrizes começa pela colocação

dos problemas identificados na primeira coluna, seguido da aplicação de critérios, onde é estabelecida uma hierarquia baseada nas maiores pontuações. Nesta Matriz foram listados os cinco macroproblemas destacados pela equipe, sendo pontuados pelo grau de importância, sob os eixos: magnitude, transcendência, factibilidade e vulnerabilidade.

O problema destacado pelo grupo foi: “A ineficácia na implantação de protocolo clínico”, classifica-se como problema intermediário, onde interfere na melhoria da qualidade da assistência prestada. A proposta de elaboração do Projeto Aplicativo de Intervenção na rede hospitalar do Amapá dá-se em razão da necessidade de suprir a falta de implementação de protocolos nas clínicas para a melhoria das necessidades da Assistência Hospitalar.

No entanto destacamos aqui que todos os macroproblemas elencados pelo grupo merecem destaque e relevância quando o assunto é voltado para a melhoria da qualidade da assistência e gestão da saúde, garantindo que mediante a nossa escolha como priorização buscamos assegurar ao usuário o acesso conforme os princípios doutrinários do SUS.

Seguindo a mesma metodologia, construímos uma matriz de valores interesses a partir do problema priorizado, elencando ator, valor e interesse.

A utilização dessas matrizes foi de extrema importância para organizar e gerenciar o nosso projeto, afim de mediar a execução de maneira eficaz e em tempo hábil. Após a priorização dos problemas e identificação dos atores sociais envolvidos, foi realizada a caracterização e explicação do problema através da árvore explicativa, utilizando como disparador o vídeo Circulando Saberes, a fim de identificar as causas, descritores e consequências do problema.

A partir dessa árvore, foram identificados dois nós críticos para o macroproblema “Ausência de Protocolo de Humanização e Desconhecimento da equipe sobre a importância da presença dos pais”. No entanto, percebeu-se que ambos os nós críticos convergiam para um único plano de ação, haja vista que as ações a serem realizadas contemplam os dois. A partir desse nó crítico, foi desenhado o plano de intervenção com as ações necessárias para alcançar resultados satisfatórios que visem propor um planejamento.



Com o Plano de intervenção planejado, se fez necessário avaliar a viabilidade do mesmo. E para realizar tal julgamento utilizou-se a matriz de análise de motivação dos atores sociais envolvidos, de acordo com cada ação do plano. Partindo desse pressuposto foi identificado o nível de interesse de cada ator social, sendo estes: Alto (A), Médio (M) ou Baixo (B) e analisado se esse interesse seria a Favor (+), Contra (-) ou indiferente (0), como ilustrado pela tabela.

MATRIZ DE ANÁLISE DE MOTIVAÇÃO DE ATORES SOCIAIS				
ATORES	AÇÃO 1 Elaborar o Protocolo	AÇÃO 2 Implantar o Protocolo	AÇÃO 3 Realizar treinamento da equipe	AÇÃO 4 Apresentar as Normas e rotinas da UTI à família
Médicos	- B	- B	+ B	O
Coordenação	+ A	+ A	+ A	+ A
Direção clínica	+ A	+ A	+ A	- A
Direção Geral	+ A	+ A	- A	- A
RT- UTIP, médico, enfermeiro, fisioterapeuta	+ A	+ A	+ A	+ A

Após a elaboração da matriz e análise da motivação dos atores sociais, pode-se perceber que as ações sugeridas pelo grupo são viáveis, ou seja, possuem consenso entre os autores sociais, e é importante na execução do PA, crescimento e melhoria da qualidade da assistência à saúde, assim foi construído a matriz de detalhamento da análise de viabilidade.

Ações conflitivas do plano de ação	Recursos necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégia para aumentar a viabilidade
Elaborar o Protocolo Clínico	Econômicos Técnicos Organizacional	Temos: Técnico, organizacional Não temos: Econômicos	Alta	Designar grupo técnico de trabalho da equipe multiprofissional para elaboração do protocolo clínico.
Implantar o protocolo Clínico	Político Econômicos Técnicos Organizacional	Temos: Técnico, Político Não temos: organizacional, Econômicos	Média	Pactuar com os gestores para a implantação do protocolo clínico.
Realizar treinamento da equipe	Político Econômicos Técnicos Organizacional	Temos: Técnico, político, organizacional Não temos: Econômicos	Alta	Elaborar junto ao grupo técnico o cronograma de treinamentos.

4 GESTÃO DO PLANO

A Gestão do plano de ação é um dos principais passos dentro do planejamento estratégico, pois trata-se do momento tático-operacional, onde verifica-se o andamento da implementação do plano e analisa-se a necessidade de mudanças das intervenções, é nessa etapa que ocorre a condução do plano, seu monitoramento, a identificação das dificuldades e as correções necessárias a serem efetivadas nas operações propostas (SOEIRO, et al, 2017).

Assim é importante que sejam criados mecanismos para que os responsáveis pelas ações informem periodicamente sobre os resultados alcançados visando sempre os ajustes necessários. Logo, foi elaborado a matriz de gestão do plano, afim de classificar as ações, quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso estabelecendo a precedência, conforme explicitado na tabela elaborada.

MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO

	AÇÃO 1		AÇÃO 2	
	Elaborar Protocolos	Implantar Protocolo Clínico	Realizar Treinamento da Equipe	Apresentar as Normas e Rotinas da UTI à família
Viabilidade	Alta	Alta	Alta	Alta
Impacto	Alto	Alto	Alto	Alto
Comando	Gerentes e Atores Internos	Direção, Gerentes e atores Internos	Gerente e atores internos	Tores Internos Articulado
Duração	Médio	Curto	Curto	Curto
Recursos	Técnico e Organizacional	Econômico, Técnico e Organizacional	Econômico, Técnico e Organizacional	Econômico, Técnico e Organizacional
Precedência	Primeira	Segunda	Terceiro	Quarta

Proposta de avaliação e monitoramento

Posterior ao detalhamento da Matriz de Gestão do plano se fez necessário construir a matriz de monitoramento do plano, com o intuito de realizar uma síntese dos resultados alcançados para as ações concluídas.

AÇÃO		INDICADOR
1	Conversa com gestor	 Apresentar e obter aprovação do gestor para implementação do protocolo.
2	Conversa com RT UTI	 Executar a implantação do protocolo
3	Realizar treinamento da equipe	 Capacitar a equipe da UTI
4	Conversa com familiares	 Conscientizar a família sobre a importância e adesão do protocolo e normas e rotinas.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017									2018		
	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1. Conversa com o gestor.							[X]	[X]				
2. Conversa com RT UTI.							[X]	[X]	[X]			
3. Treinar a equipe.								[X]	[X]	[X]		
4. Conversa com familiares.							X	X	X	X	X	X

- [X] - ação iniciada e concluída
- [X] - ação iniciada com conclusão posterior
- X - ação permanente

REFERÊNCIAS

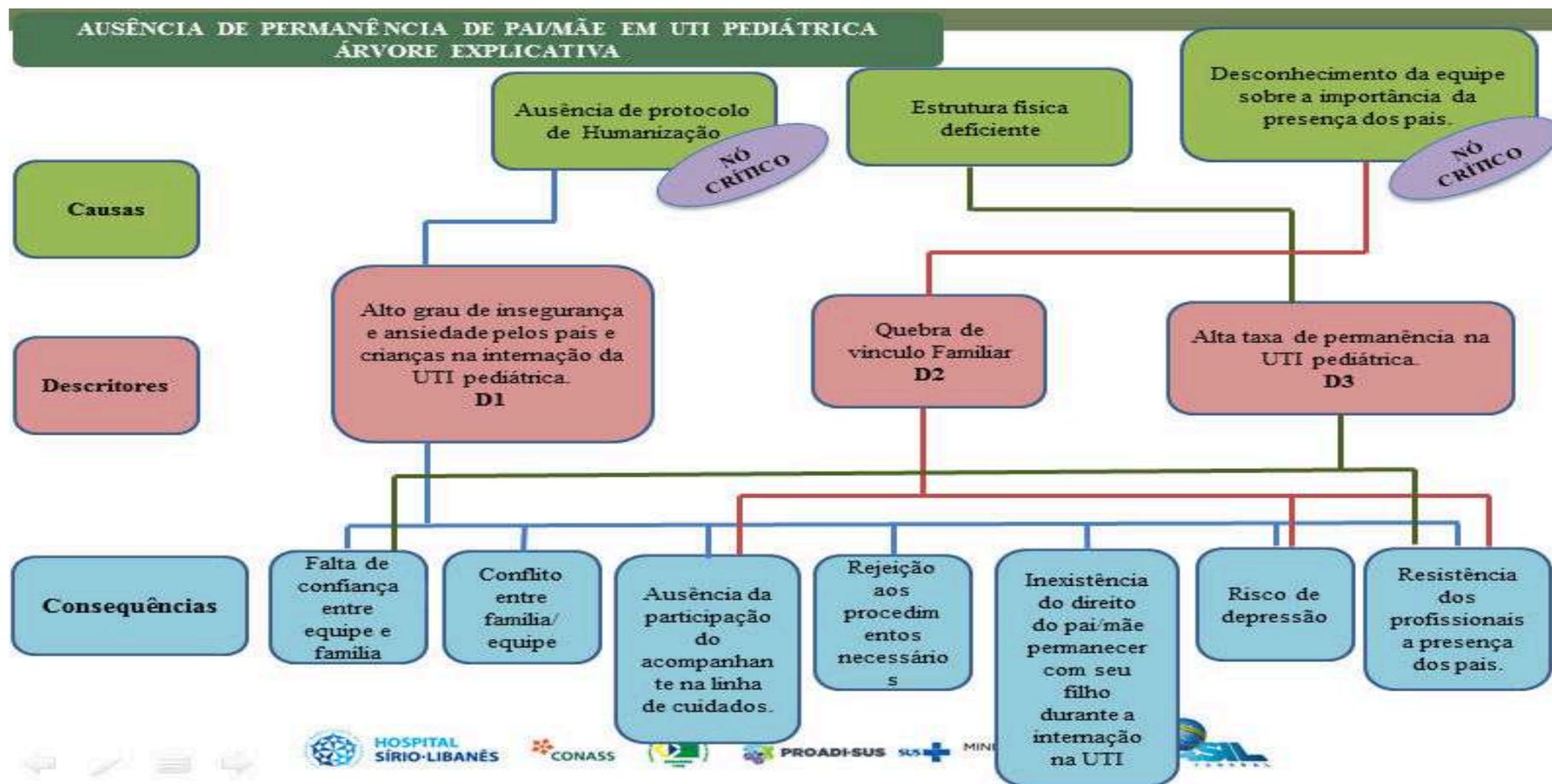
FERREIRA, Cristiana Araújo G., et al. Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. In: **Revista Paulina de Pediatria**, vol. 32, SP-Brasil, 2014.

SANTOS, B. R. L. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 174, n. 36 (1 Supl. 2), p. 170 -177 ; 2012.

SOEIRO. E.; OLIVEIRA, J. M, SCHIESARI, L.M.; OLIVEIRA, M.S.; PADILHA, R.Q. et al. **Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde**: Caderno do Curso 2017. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2017.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, 2008.

5 APÊNDICE



2. Matriz de intervenção PES Simplificado

**NÓ - 1
AUSÊNCIA DE
PROTOCOLO DE
HUMANIZAÇÃO**

**NÓ - 2
DESCONHECIMENTO
DA EQUIPE SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA
PRESENÇA DOS PAIS.**

RESULTADO ESPERADO	Aumento da permanência dos familiares junto aos pacientes em UTI pediátrica	Redução do tempo de permanência de internação.	Conscientização da equipe multiprofissional	Maior envolvimento entre a equipe e a família
AÇÕES E ATIVIDADES	Elaborar o Protocolo	Implantar o Protocolo Clínico	Realizar treinamento da equipe	Apresentar as Normas e rotinas da UTI à família
RESPONSÁVEIS	Núcleo de Educação Permanente - NEP	Coordenação de Assistência Hospitalar	Diretor Geral	Núcleo de Educação Permanente - NEP
PARCEIROS/ EVENTUAIS OPOSITORES	Coordenações	Médicos	Direção Clínica	Direção Geral
INDICADORES	Implantação do protocolo na UTIP do HCA		Treinar 100% da equipe de frente da UTIP: médicos, enfermeiros e técnicos	Responsável Técnico – UTIP Médico, Enfermeiro e Fisioterapeuta
RECURSOS NECESSÁRIOS	Econômico - Financeiro		Espaço físico	Econômico - Financeiro
PRAZOS	12 meses			Técnico
				12 meses

O DESAFIO DE DESENVOLVER A CULTURA DE SEGURANÇA EM TRÊS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Carolina Costa Santos Dominguito¹
Cynthia de Souza Lima²
Daniele Mitieyoshioka³
Danilo Schimith de Almeida⁴
Juliana Mascara Garcia⁵
Joaquim Mesquita Neto⁶
Laura Maria Fontes Prado Moraes⁷
Maikol Lucas de Camargo Gonçalves⁸
Rogério Vitalino Fagundes⁹
Vinicius Martins Neves¹⁰
Tassiana Vecchia¹¹
Graciane Netto Cardoso Arruda¹²

1 INTRODUÇÃO

Este é um Projeto Aplicativo (PA) construído no curso de especialização em “Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente” do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês em

¹Médica, Residência Médica em Medicina do Adolescente - UERJ, Hospital da Força Aérea de São Paulo, carolinacostasantos@yahoo.com.br

²Enfermeira, Especialista em Obstetrícia pela UNASP, Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba, cynthia.23599@santanadeparnaiba.sp.gov.br

³Dentista, Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial pelo Hospital de Aeronáutica de São Paulo, Hospital da Força Aérea de São Paulo, daniyoshioka@uol.com.br

⁴Farmacêutico, Administração Hospitalar – Faculdade Oswaldo Cruz, Hospital Menino Jesus, danilloschimith@gmail.com

⁵Enfermeira, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente – IEP Sírio-Libanês, Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba, julimascara@gmail.com

⁶Médico Dentista, Especialista em Periodontia pelo Centro Tecnológico da Aeronáutica, Hospital da Força Aérea de São Paulo, jmesquitadent@gmail.com

⁷Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFMG, Hospital da Força Aérea de São Paulo, laurinhafontes@yahoo.com.br

⁸Enfermeiro, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente – IEP Sírio-Libanês, Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba, maikol.29628@santanadeparnaiba.sp.gov.br

⁹Enfermeiro, Pós Graduado em Cardiologia e Hemodinâmica pelo Albert Einstein, Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba, rv_fagundes@hotmail.com

¹⁰Farmacêutico, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente – IEP Sírio-Libanês, Hospital da Força Aérea de São Paulo, viniciusmneves@yahoo.com.br

¹¹Enfermeira, Enfermagem em Hematologia e Hemoterapia - ABHH, Hospital Menino Jesus, tassiana.vecchia@hmj.irssl.email

¹² Orientadora: Enfermeira, Mestre em Gestão da Clínica-UFSCar, IEP- Sírio-Libanês, gracianecardoso@bol.com.br

parceria com Ministério da Saúde, sendo pré-requisito para a certificação. A elaboração deste projeto foi bastante intensa, nos proporcionou sair da inércia, conceber um olhar crítico para nossa realidade, refletir sobre nossas ações e aplicar os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso. Nosso grupo é composto por 12 integrantes multiprofissionais, sendo de três instituições de saúde diferentes, o que nos permitiu uma rica e calorosa troca de experiências confirmando a similaridade dos problemas encontrados e enfrentamento.

As instituições de saúde caracterizam-se como serviços complexos, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde. Diante da natureza dos riscos que permeiam as atividades realizadas em serviços de saúde, torna-se imprescindível a busca pela segurança nos cuidados prestados ao paciente.

De acordo com a RDC 36 da ANVISA, Segurança do Paciente é "a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde" (BRASIL, 2013).

Por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este programa possui quatro eixos norteadores: *“O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema”* (BRASIL, 2013, P.15).

O programa de segurança do paciente deve ser difundido nas diferentes instituições que compõem o sistema de saúde a fim de promover melhorias e ações que garantam a segurança do paciente na prestação do cuidado e gere cultura de segurança nas instituições.

A cultura da segurança é um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e as boas práticas, tem por foco a promoção da consciência coletiva voltada ao comprometimento com a segurança em todos os níveis, envolvendo todos os profissionais inclusive gestores, e ainda com os incidentes identificados, promove o aprendizado organizacional. Para isso, é necessário reconhecer a natureza de alto risco das atividades e a determinação na busca consistente de práticas cada vez mais seguras. Também é essencial a promoção de um ambiente livre da cultura de punição, focado na cooperação entre cargos e funções e minimizando as diferenças hierárquicas (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento da cultura de segurança é um tema desafiador, que envolve a mudança de atitude de todos os atores sociais envolvidos com o cuidado ao paciente. E é esse o desafio que propusemos a enfrentar.

Portanto, a implantação do Núcleo de segurança do paciente (NSP) e de um sistema de notificações de incidentes devem ser ações prioritárias de um plano institucional de segurança do paciente, que contemple minimamente, metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à

saúde, tais como a identificação correta de pacientes, redução de infecções hospitalares, erros em procedimentos como cirurgias e medicação.

As notificações por parte dos profissionais de saúde são importantes para a identificação de incidentes em saúde, especialmente para construir indicadores, identificar a causa raiz, propor ações de melhoria, divulgar dados e promover educação, envolvendo todos os profissionais. Além disso, vale ressaltar que é um método de baixo custo e tem o potencial de promover uma política de melhoria contínua centrada no paciente.

O desenvolvimento e implementação de um sistema de notificações em instituições de saúde deverá ter como objetivos facilitar e agilizar o processo de comunicação e de tomada de decisões a partir da notificação, minimizando riscos e evitando eventos adversos, ampliando a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes em todos os níveis, da menor clínica de atenção à saúde ao sistema de saúde brasileiro; ampliar o conhecimento sobre os riscos e incidentes que ocorrem nas instituições brasileiras, direcionando o planejamento de ações dos gestores de saúde; melhorar a qualidade dos dados encaminhados; garantir a legibilidade das informações disponíveis; preservar a confidencialidade dos notificadores e dados relatados; e, por fim, reduzir custos do processo de notificação.

A adesão às notificações por parte dos profissionais pode indicar um ambiente sem medo, sem punição, e ainda indica uma apropriação de uma consciência coletiva e boas práticas. Neste sentido, através da construção deste Projeto Aplicativo (PA) foi possível olhar criticamente para nossa realidade identificando as fortalezas de um cuidado seguro e os desafios a serem enfrentados para garantir a qualidade e segurança do paciente. A partir das ferramentas ofertadas definimos e priorizamos um macroproblema *“Deficiência na segurança assistencial”*, e a partir dele propusemos ações de enfrentamento.

Publicar este projeto tem como finalidade apresentar nossas realidades e experiência exitosa, disseminar conhecimento a fim de contribuir com instituições que querem avançar na proposta de uma cultura e cuidado seguro. Assim como nós, esperamos que os leitores possam ser motivados a se reconhecerem como atores transformadores da realidade.

Nesta perspectiva, o presente PA descreve sobre a implantação/ melhoria do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e da ferramenta de notificação visando o desenvolvimento da cultura de segurança nas três instituições envolvidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver a cultura de segurança nos nossos serviços, de forma a instituir práticas mais seguras no cuidado ao paciente, prevenir danos, bem como promover avanços na qualidade da assistência prestada.

2.2 Objetivos Específicos

- Implantar o NSP nos nossos Serviços de Saúde, ou melhorar o funcionamento dos NSP já existentes, visando seguir as determinações da RDC nº 36/2013 da ANVISA;
- Instituir/melhorar a ferramenta de notificação de eventos adversos (EA).

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O percurso metodológico proposto contemplava as discussões sobre nossas realidades na intenção da identificação e priorização dos problemas através de ferramentas já estabelecidas no “Caderno do Curso” e “Caderno do Projeto Aplicativo”.

Com o objetivo de verificar se a leitura que o grupo realizou referente às realidades das instituições, no que tange a segurança e qualidade do paciente, era real, buscamos evidências que pudessem nos apoiar nesta leitura. Para tanto, nosso grupo (Hospital da Força Aérea de São Paulo (HFASP), Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e Prefeitura de Santana de Parnaíba) idealizou e implementou um questionário (Figura 1) com intuito de ampliar o olhar para a realidade e acrescentar problemas não identificados pelo grupo. Definiu-se pela aplicação de 10 (dez) questionários por instituição. Como o grupo era composto por profissionais de 03 (três) instituições, os questionários foram aplicados á colaboradores de diferentes turnos de trabalho, com mais de 01 (um) ano de serviço, e diferentes níveis profissionais e áreas de atuação. Foram levantados 54 problemas, porém nenhum novo macroproblema, além daqueles já identificados, pelo grupo. Tal resultado nos motivou a continuidade com mais confiança e segurança.

Figura 1 – Questionário para diagnóstico de problemas relacionados à segurança do pacientes nas instituições de saúde

Curso de Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente

Grupo 3 - Universalidade



Função: _____

Local de trabalho: _____

QUESTIONÁRIO

Considerando a definição de segurança do paciente segundo a resolução – RDC ANVISA/MS nº 36, de 25 de julho de 2013:

“- segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.”

Cite duas aflições (problemas), em no máximo duas linhas, que na sua opinião impactam na qualidade e segurança do paciente em nossa instituição.

1. _____

2. _____

Org. Dominguito, Lima, Yoshioka, Almeida, Garcia, Neto, Moraes, Gonçalves, Fagundes, Neves, Vecchia; 2017.

Dando continuidade, o problema priorizado foi “Deficiência na Segurança Assistencial relacionada a medicação”, o que se desdobrou em uma análise minuciosa deste problema, através da ferramenta “Arvore Explicativa”(ANEXO 1), onde foi possível descrever melhor o problema suas causas e consequências, estabelecendo os nós críticos, a serem trabalhados.

Seguindo o percurso metodológico, a equipe fez o desenho dos planos de ação para alterar as situações atuais das três realidades até convertê-las nas situações objeto. Neste momento o grupo foi separado em três subgrupos, visto que, tanto as situações atuais quanto as objeto eram distintas para cada instituição, resultando num debruçar em busca de resolução dos dois nós críticos em comum:

Nó crítico 1 – “Ausência/Ineficiência do instrumento de notificação”

Nó crítico 2 - “Ausência/Ineficiência do Núcleo de Segurança do Paciente”

3.1 Hospital da Força Aérea de São Paulo

O Hospital da Força Aérea de São Paulo definiu seis ações para alcançar o objetivo de resolução do nó crítico 1 que estão listados a seguir:

1. Definir indicador (literatura) do número de notificações relacionadas a medicação;
2. Elaborar Norma Padrão de Ação (NPA) específica do NSP;
3. Divulgar e treinar os colaboradores frente a NPA;
4. Monitorar notificações;
5. Analisar caso a caso as notificações; e
6. Realizar feedback.

Foi reconhecido pelo grupo que embora oficialmente o HFASP esteja em

conformidade quanto a existência do NSP, na prática o núcleo necessita de adequações para ser mais atuante, em especial no tocante ao Plano de Segurança do Paciente. Então para o enfrentamento do nó crítico 2 foram definidos dois objetivos:

1. NSP adequado à RDC 36 de 25 de Julho de 2013; e
2. Plano de Segurança do Paciente implantado.

3.2 Hospital Menino Jesus

O Hospital Menino Jesus possui o objetivo de estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente e tornar o sistema de notificação sistematizado e mais efetivo, então para mitigação do nó crítico 1, foram traçadas quatro ações:

1. Disponibilização do instrumento de notificação (sistema e Impresso);
2. Treinamento para gestores sobre análise de causa raiz e plano de ação;
3. Elaboração de relatório mensal com as melhorias geradas através das notificações (divulgação);
4. Acompanhamento das notificações mensalmente e análise crítica.

Para resolução do nó crítico 2, foram traçadas outras quatro ações:

1. Embasamento na legislação vigente
2. Reestruturação do NSP
3. Divisão de responsabilidades
4. Elaboração de regimento e cronograma de atividades

3.3 Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba

A Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba não possuía NSP, partimos da estaca zero, iniciamos uma corrida frente a implantação do núcleo no município. Em Outubro de 2017 foi publicado o Decreto Municipal nº 4.047/17 que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.

Sendo assim como o NSP está sendo implantado não cabem estratégias para resolução do nó crítico 1, então foram traçadas cinco ações para a solução do nó crítico 2:

1. Definir os membros do NSP;
2. Reunião com os membros que aceitaram participar do NSP para apresentar a proposta de trabalho;
3. Planejamento e preparação do núcleo e eleição do coordenador do NSP;
4. Planejamento das ações em conjunto; e
5. Apresentação do NSP à rede e sensibilização dos servidores.

4 GESTÃO DO PLANO

Para a gestão do plano, foi necessário retomar o plano de ação (ANEXO 2) de cada instituição. Ao revisitar, foi possível rever o processo como um todo, confirmando se as ações propostas estavam dentro de nossa governabilidade ou daqueles que são apoiadores diretos do projeto. Uma das facilidades é que não necessitamos de grandes recursos para tornar as ações factíveis, a maior parte das ações dependera somente de nosso esforço.

No montante as ações para nó crítico 1 se resumem em: revisão das notificações atuais com envolvimento dos notificadores (equipe de saúde), treinamento da equipe e ênfase no feedback das notificações, das resoluções e propostas de melhorias para que as notificações tenham real sentido de oportunidade de aprendizado e não somente uma obrigatoriedade realizada pela equipe.

Já para o nó crítico 2 foram semelhantes em suas ações, pois todos contemplavam: a adequação do NSP à RDC nº36/13, revisão ou elaboração e implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP), treinamento com base no PSP elaborado, monitoração do PSP e corrigir as não conformidades identificados pela própria equipe que elaborou ou pelos profissionais que a utilizam.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Elaborar NPA específica do NSP	<ul style="list-style-type: none">• NPA da comissão de gerenciamento de risco
2	Divulgação e treinamento	<ul style="list-style-type: none">• Lista de presença dos servidores que participaram do treinamento. Monitoração sobre correto preenchimento.
3	Realizar feedback com equipe	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de ações para melhorias e ações evidenciadas em plano gerencial da unidade de saúde através de indicadores de qualidade
4	Adequar o NSP à RDC nº 36/13	<ul style="list-style-type: none">• Reestruturação do round multidisciplinar. Ações pautadas nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Capacitação da equipe em Segurança do Paciente. Notificações encaminhadas para NOTIVISA.
5	Revisão/desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente	<ul style="list-style-type: none">• Documento elaborado e validado pela chefia/ coordenação da instituição.
6	Treinamento para gestores sobre análise de causa raiz e plano de ação	<ul style="list-style-type: none">• Lista de presença com adesão ao treinamento pela maioria dos gestores.
7	Acompanhamento mensal das ações, notificações e análise crítica.	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de indicadores de qualidade alimentados pela equipe de saúde, planilhas gerenciais para monitoramento dos principais incidentes/ eventos, documentação dos planos de melhoria implantados.

Org.Dominguito, Lima, Yoshioka, Almeida, Garcia, Neto, Moraes, Gonçalves, Fagundes, Neves, Vecchia. 2017.

Propostas compiladas a partir do produto desenvolvido pela subdivisão do grupo afinidade.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1. Elaborar NPA específica do NSP	[X]	[X]	[X]																
2. Divulgação e treinamento		[X]	X	X	X	X	X	X											
3. Realizar feedback com equipe					[X]	X	X	X											
4. Adequar o NSP à RDC nº 36/13	[X]				[X]														
5. Revisão/desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente		[X]			[X]														
6. Treinamento para gestores sobre análise de causa raiz e plano de ação						[X]													

[X] - ação iniciada e concluída

[X- ação iniciada com conclusão posterior

X- ação permanente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, **Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**, Brasília 2013.

BRASIL et al. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2013.

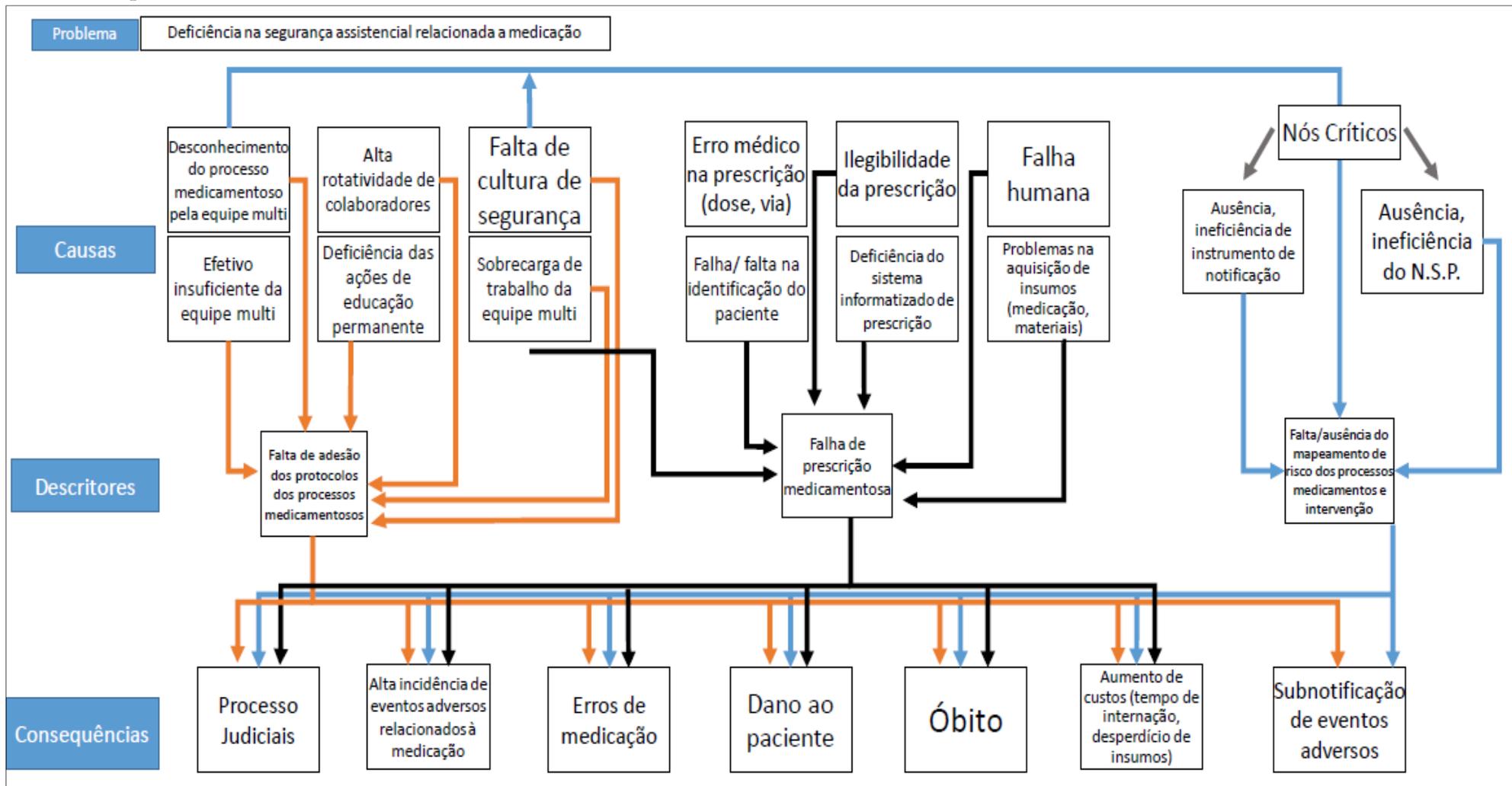
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – **Série Segurança Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

SANTOS, B. R. L. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 174, n. 36 (1 Supl. 2), p. 170 -177 ; 2012.

5 APÊNDICE

1. Árvore Explicativa



2. Matriz de intervenção

2.1 HFASP

Quadro A Plano de ação referente ao nó crítico 1

MACROPROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL					
PROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL RELACIONADA A MEDICAÇÃO					
NÓ CRÍTICO	INEFICIÊNCIA DE INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO (PRAZO TOTAL DE CONCLUSÃO: 6 MESES)					
RESULTADO ESPERADO	SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO EFICIENTE (AUMENTO DO NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES -?)					
AÇÕES	DEFINIR INDICADOR (LITERATURA) NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES RELACIONADOS A MEDICAÇÃO	ELABORAR NPA ESPECÍFICA DO NSP	DIVULGAR E TREINAR A NPA	MONITORAR NOTIFICAÇÕES	ANALISAR CASO A CASO AS NOTIFICAÇÕES	REALIZAR FEEDBACK
RESPONSABILIDADE	LAURA/ DANIELE	PARAGÔ	MEMBRO DA NSP	MEMBRO DA CGR	MEMBRO DA NSP	MEMBRO DA NSP
PARCEIROS/ OPOSITORES	ANVISA/ CQH	CQH/ FARM/ ENF	CQH/ CGR/ DEP	CQH/ CGR	CQH/ CGR/ DIR	CQH/ CGR/ DEP
INDICADORES	% TAREFA CONCLUÍDA	% TAREFA CONCLUÍDA	% DE TREINADOS/ TOTAL DE EFETIVO	Nº NOTIFICAÇÕES/ META A SER DEFINIDA	Nº DE ANÁLISES/ Nº TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	Nº DE PARTICIPANTES/ TOTAL DO EFETIVO
RECURSOS NECESSÁRIOS	TEMPO	TÉCNICO, CAPACIDADE ORGANIZATIVA, TEMPO	POLÍTICO/ TÉCNICO/ CAPACIDADE ORGANIZATIVA/ TEMPO	TÉCNICO/ CAPACIDADE ORGANIZATIVA/ TEMPO	POLÍTICO/ TÉCNICO/ CAPACIDADE ORGANIZATIVA/ TEMPO	TÉCNICO/ CAPACIDADE ORGANIZATIVA/ TEMPO
PRAZOS	5 DIAS	30 DIAS	30 DIAS	6 MESES	PERMANENTE	6 MESES

Quadro B - Plano de ação referente ao nó crítico 2

MACROPROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL				
PROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL RELACIONADA A MEDICAÇÃO				
NÓ CRÍTICO	INEFICIÊNCIA DO NSP (SEIS Meses)				
RESULTADO ESPERADO	NSP ADEQUADO À RDC 36		PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE IMPLANTADO		
AÇÕES	REVISAR OS ITENS I, II, III, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII DO ART 7 DA RDC 36	REVISAR PSP EXISTENTE	TREINAR PSP	MONITORAR PSP	CORRIGIR PSP
RESPONSABILIDADE	CHEFE DA ASSESSORIA E PLANEJAMENTO (JOAQUIM)		MEMBRO NSP		
PARCEIROS/ OPOSITORES	NSP/ CQH/ DIR/ ACI		CQH/ CGR/ CCIH		
INDICADORES	Nº DE ITENS REVISTOS/ 12		% TAREFA CONCLUÍDA	% DE TREINADOS/ TOTAL DE EFETIVO	?
RECURSOS NECESSÁRIOS	POLÍTICO/ ECONÔMICO/ TÉCNICO/ CAPACIDADE ORGANIZATIVA/ TEMPO		TÉCNICO/ CAPACIDADE ORGANIZATIVA/ TEMPO		
PRAZOS	6 MESES		2 MESES	2 MESES	PERMANENTE

Org.Dominguito, Yoshioka, Neto, Moraes, Neves; 2017.

2.2 Hospital Menino Jesus

Quadro A Plano de ação referente ao nó crítico 1

Org.Almeida, Vecchia. 2017.

MACROPROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL			
PROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL RELACIONADA A MEDICAÇÃO			
NÓ CRÍTICO	INEFICIÊNCIA NO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS			
RESULTADO ESPERADO	PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO EFICIENTE, ACESSÍVEL E SIMPLIFICADO, GERANDO MELHORIAS CONTÍNUAS E RESPOSTAS SISTEMÁTICAS AOS NOTIFICANTES. MONITORAMENTO DE EFETIVIDADE DOS PLANOS DE AÇÃO.			
AÇÕES	DISPONIBILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO (SISTEMA E IMPRESSO)	TREINAMENTO PARA GESTORES SOBRE ANÁLISE DE CAUSA RAIZ E PLANO DE AÇÃO	ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO MENSAL COM AS MELHORIAS GERADAS ATRAVÉS DAS NOTIFICAÇÕES (DIVULGAÇÃO)	ACOMPANHAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES MENSALMENTE E ANÁLISE CRÍTICA
RESPONSABILIDADE	QUALIDADE/ TI	QUALIDADE		
PARCEIROS/ OPOSITORES	SUPERINTENDENTE ASSISTENCIAL/ GERENTE MÉDICO/ COMUNICAÇÃO	SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO/ DIREITO ASSISTENCIAL IRSSL	SUPERINTENDENTES/ COMUNICAÇÃO	
INDICADORES	**	**	Nº DE PLANOS DE AÇÕES FINALIZADOS/Nº DE NOTIFICAÇÕES	COMPARATIVO DE NÚMERO DE EVENTOS SEMELHANTES MÊS A MÊS (5 MESES)
RECURSOS NECESSÁRIOS	SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO/ NOTIFICAÇÃO IMPRESSA/ COMPUTADORES/ CAMPANHA	CAPACITAÇÕES	RELATÓRIO/ DIVULGAÇÃO	**
PRAZOS	30/10/2017	01/09/2017	30/11/2017	31/12/2017

Quadro B - Plano de ação referente ao nó crítico 2

MACROPROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL			
PROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL RELACIONADA A MEDICAÇÃO			
NÓ CRÍTICO	INEFICIÊNCIA DO NSP			
RESULTADO ESPERADO	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ESTRUTURADO E ATIVO PARA REALIZAÇÃO DE MELHORIAS			
AÇÕES	EMBASAMENTO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE	REESTRUTURAÇÃO DO NSP	DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES	ELABORAÇÃO DE REGIMENTO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES
RESPONSABILIDADE	QUALIDADE			
PARCEIROS/ OPOSITORES	SUPERINTENDENTES			
INDICADORES	**	**	**	**
RECURSOS NECESSÁRIOS	**	**	**	**
PRAZOS	30/10/2017	30/11/2017	30/11/2017	30/11/2017

2.3 Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba

Quadro A – Plano de ação referente ao nó crítico

MACROPROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL				
PROBLEMA	DEFICIÊNCIA NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL RELACIONADA A MEDICAÇÃO				
NÓ CRÍTICO	AUSÊNCIA DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)				
RESULTADO ESPERADO	IMPLANTAÇÃO DO NSP/ DIMINUIÇÃO DOS DANOS AO PACIENTE/ DIMINUIÇÃO DOS RISCOS QUE ENVOLVEM A MEDICAÇÃO/ SENSIBILIZAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA. PRAZO TOTAL 150 DIAS				
AÇÕES	Definição dos membros do NSP	Reunião com os membros que aceitaram participar do NSP para apresentar a proposta de trabalho	Planejamento e preparação do núcleo e eleição do coordenador do NSP	Planejamento das ações (Plano de Segurança do Paciente)	Apresentação do NSP e sensibilização dos servidores
RESPONSABILIDADE	Juliana	Todos membros que aceitaram participar do NSP	Todos os membros do NSP	Todos os membros do NSP	Educação continuada
PARCEIROS	Coordenadores: Atenção básica, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Clínico, Enfermagem. Sec. Saúde	Sec. Saúde/ Coordenadores	Sec. Saúde/ Coordenadores	Sec. Saúde/ Coordenadores	Sec. Saúde/ SECOM/ Coordenadores/ Educação continuada
INDICADORES	Termo de aceitação	Confecção da ata	Confecção da ata	Confecção do documento	Lista de presença (nº de servidores/nº de presentes*100)
RECURSOS NECESSÁRIOS	Humanos	Humanos/ Estruturais/ Materiais de escritório	Humanos/ Estruturais/ Materiais de escritório	Humanos/ Estruturais/ Materiais de escritório	Humanos/ Estruturais/ Materiais de escritório
PRAZOS	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias

Org.Almeida, Vecchia. 2017.

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE DO HOMEM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE IGARAPÉ DA FORTALEZA NO MUNICÍPIO DE SANTANA- AMAPÁ

Aldenizia Pereira Silva¹
Ana Lúcia Fernandes De Brito²
Eliane Pinto Santiago³
Érica Maria Pereira Lacerda⁴
Fabíola Dos Santos Paiva Ribeiro⁵
Juvanete Amoras Távora⁶
Mariana Carvalho Da Silva⁷
Otonilda Macêdo Cardoso⁸
Rosalina Silva De Sousa⁹
Rosilene Valéria Cardoso De Oliveira Corrêa¹⁰

1 INTRODUÇÃO

A preocupação em abordar o tema, partiu das inquietações acerca da baixa procura do homem aos serviços de saúde na atenção básica, devido a crença de invulnerabilidade à doença e aos fatores psicossocioculturais que o induzem a pensar como nossos ancestrais no que diz respeito a manutenção da família e a sua fragilidade ao assumir o seu estado de doença.

Santana é o município no qual será realizado a aplicabilidade do Projeto aplicativo e onde está localizada a Unidade Básica de Saúde Igarapé da Fortaleza. Santana é um município brasileiro

¹ Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, SEMSA Pedra Branca do Amapari -AP, aldenizia-silva@bol.com.br

² Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, SEMSA – Santana –AP, anabritoenfermagem@gmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, SEMUSA-Mazagão-AP, enaile2012@hotmail.com.br

⁴ Fisioterapeuta, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, SEMUSA-Mazagão-AP, ericalacerdaap@gmail.com

⁵ Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, Hospital Estadual de Oiapoque-AP, fabiolazinha85@gmail.com

⁶ Biomédica Sanitarista, Mestre em Qualidade de Produtos e Serviços de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde- Ap, juvanetetavora@gmail.com

⁷ Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, mariana.rionurse@gmail.com

⁸ Enfermeira, Pós graduação Lato-Sensu -Processos Educacionais na Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sirio Libanês Agência Nacional de Vigilância Sanitária de Portos e Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado do Amapá. email: cardosootonilda@yahoo.com.br

⁹ Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês, Hospital Estadual de Porto Grande-AP, rosalina103@hotmail.com

¹⁰ Serviço Social, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sirio Libanês SEMSA – Santana –AP, valeria.correa13@gmail.com

no Estado do Amapá, Região Norte do país. Sua população estimada em 2017 era de 115 471 habitantes, sendo o segundo mais populoso do Estado, com uma área de 1 541,224 km². Santana tem uma conurbação com o município de Macapá, a capital do estado, formando a Região Metropolitana de Macapá. As duas totalizam quase 600 mil habitantes em 2016 (IBGE, 2017)

O homem apresenta um conjunto de características próprias que são mantidas desde o período primitivo, onde a força, a invulnerabilidade, virilidade, trabalho e ser chefe de família se tornaram um dos fatores responsáveis pela desvalorização do seu autocuidado” (Silva *et al.*, 2010).

O acesso aos serviços de saúde, portanto, torna-se difícil, em função do horário de funcionamento das Unidades Básica de Saúde (UBS) que coincidem com o horário de trabalho desse usuário, além disso, as ações realizadas nas UBS estão voltadas principalmente ao público feminino e que tende a intimidar a participação do homem nessas ações.

De acordo com o Ministério da Saúde, vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais (BRASIL, 2009).

Sabendo que, os homens brasileiros vivem, em média, 72 anos a menos que as mulheres e que entre as causas de morte prematura estão a violência e acidentes de trânsito, além de doenças cardiovasculares e infartos, levou a elaboração de uma proposta de intervenção, onde os objetivos do Projeto Aplicativo (PA), são estimular o homem ao autocuidado e promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina e propiciar um melhor acolhimento nas UBS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estimular o homem ao autocuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar o homem sobre a importância de buscar o atendimento em saúde na atenção básica;
- Evidenciar os dados de morbimortalidade, visando o fortalecimento do autocuidado;

- Identificar o perfil do público masculino atendidos na ação programada na unidade básica de saúde;
- Evidenciar as ações de saúde promovidas nas unidades básicas de saúde.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto aplicativo (PA) suscita, de forma renovada do modelo tradicional de ensino. A formulação do PA busca articular conhecimento e ações para dar respostas técnicas e políticas que visem às melhores práticas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Partindo do pressuposto de que não existe uma única realidade, e essa estratégia educacional possibilita a construção ou a sistematização de conhecimentos especialmente voltados à oportunidade de disparar processos de mudanças no modo de produzir ações de saúde. E ainda, contribuir para a construção de autonomia dos profissionais de saúde para lidar com as situações que permeiam o cotidiano do trabalho, conforme perfil de competência desejado para os profissionais envolvidos.

De certo que, a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja ampliando o acesso da população aos serviços, seja disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se alcance mais equidade, ou seja, melhores resultados em saúde (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, o presente Projeto Aplicativo buscou a construção a partir do reconhecimento das necessidades relacionadas a atenção à saúde do homem, de uma proposta de intervenção, a partir do planejamento estratégico buscando a prevenção e promoção a saúde, o que possibilitará processos de mudanças na prática profissional e do autocuidado pelo homem.

Enfatizando ainda, a importância das orientações, de que o homem procure os serviços de saúde não apenas quando estiver com a doença, mais sobretudo para prevenir agravos de saúde, fortalecendo assim, a importância da qualidade de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde no Brasil os homens vivem em média 7,2 anos menos do que as mulheres, a expectativa de vida da população masculina chegou a 71,9 anos enquanto a feminina atingiu 79,1. (IBGE, 2015).

Em 2015, a sobremortalidade masculina concentrava-se no grupo de idade chamado de adultos jovens, 15 a 19, 20 a 24 e 25 a 29 anos, com valores de 3,6, 4,5 e 3,6. No grupo de 20 a 24 anos um homem de 20 anos tinha 4,5 vezes mais chance de não completar os 25 anos do que uma mulher do mesmo grupo de idade. Este fenômeno pode ser explicado pela maior incidência dos óbitos por causas violentas ou não naturais, que atingem com maior intensidade a população masculina (IBGE, 2015).

Analisando ainda os índices de mortalidade, os óbitos por causas externas, que em 2014 representou a principal causa de mortalidade masculina, destaca-se as mortes devido agressão por meio de disparo de arma de fogo ou de arma não especificada, com 29.297 óbitos. Sendo, 95% destes óbitos ocorreram em homens, 54% ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos. Vindo em seguida por doenças do aparelho circulatório, que representou a segunda causa de mortalidade masculina, destaca-se as mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com 22.310 óbitos, 70% ocorreram em homens e 61% na faixa etária de 50 e 59 anos. Já os óbitos por neoplasias (tumores), terceira causa de mortalidade masculina, destaca-se as mortes por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, com 6.365 óbitos, 54% desses óbitos ocorreram em homens e 77% na faixa etária de 50 e 59 anos (BRASIL, 2015).

Os óbitos por doenças do aparelho digestivo, representou a quarta causa de mortalidade masculina, destaca-se as mortes por doença alcoólica do fígado, com 7.269 óbitos, 88% desses óbitos ocorreram em homens e 44%, ocorreram na faixa etária de 50 e 59 anos (BRASIL, 2015)

Os óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, representou a quinta causa de mortalidade masculina, destaca-se as mortes por doença pelo HIV resultante de doença infecciosa e parasitas, com 8.162 óbitos, 67% desses óbitos ocorreram em homens e 34%, ocorreram na faixa etária de 40 e 49 anos (MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM).

Analisando os dados de mortalidade, percebe-se que a população masculina é mais atingida nos casos de adoecimento por doenças graves e crônicas, violência e outras causas externas. O fato do homem procurar menos os serviços de saúde prejudica sua qualidade de vida e longevidade.

Porém a resistência masculina à atenção no autocuidado, causa sofrimento físico e emocional quando estão acometidos aos agravos, com isso, buscam em muitos casos os atendimentos de emergência. E quando se trata de promoção e prevenção a saúde, ocorre menor adesão devido em alguns casos serem exigidos mudanças de hábitos de vida e comportamental para cumprir um tratamento de saúde.

Como agravante ainda, acham que nunca vão adoecer e por isso não se cuidam, se envolvem na maioria das situações de violência, não se alimentam adequadamente, estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho, podem ser mais susceptíveis à infecção de IST/AIDS, não praticam atividade física com regularidade e utilizam álcool e outras drogas com maior frequência.

Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), normatizada pela portaria 1944 de 27 de agosto de 2009, onde está vinculada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), versa com objetivo em facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuir para a redução das causas de morbimortalidade e promover a atuação dos profissionais de saúde frente a aspectos socioculturais. Porém, apesar da implantação da PNAISH ter representado um grande avanço no que se refere ao autocuidado à saúde do homem, os indicadores de morbidade e mortalidade divulgados em 2015 pelo Ministério da saúde mostram cinco

eixos prioritários para nortear principais ações: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Prevenção de Violência e Acidentes; Doenças Prevalentes na população masculina.

Enfatizando os eixos da PNAISH, foram parâmetros norteadores para a construção do Projeto Aplicativo, visando a importância das ações nas Unidades de saúde, visando sempre a prevenção e promoção a saúde do homem, sensibilizando quanto ao autocuidado e a busca dos serviços de saúde.

Sabendo que, devido as questões culturais e masculinidade, o homem tendem a ter comportamentos menos saudáveis. Com isso procuram menos a unidade de saúde ou tardiamente se essa procura fosse regularmente, poderiam ser evitados vários agravos de saúde.

Buscou-se embasamentos teóricos para construção do Projeto Aplicativo e pode-se concluir que, quando é realizada alguma ação para a saúde do homem sempre é voltado sobre o câncer de próstata, sendo que existem várias doenças que comprometem a sua saúde e que devem ser levadas em consideração quando o homem procura os serviços de saúde. Problemas como a violência, acidentes de trânsito, doenças causadas por alcoolismo, doenças causadas por tabagismo, Acidente Vascular Cerebral, Infecções Sexualmente transmissíveis, entre outras.

Diante desses agravos e aprofundamento teórico, o projeto aplicativo em uma de suas ações estratégicas será baseado na realização de atividades educativas visando a sensibilização não somente com tema voltados ao câncer de próstata e sim de vários outros que o homem está suscetível em sua saúde.

4 GESTÃO DO PLANO

Para realizar a ação na UBS Igarapé da Fortaleza, buscou-se parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e com a direção da Unidade de Saúde, atores e parceiros do projeto aplicativo. A ação de intervenção inicial foi a mobilização no bairro a fim de convidar os homens a se fazerem presente na ação. Na abordagem buscou-se sensibilizá-los sobre a importância do autocuidado bem como apresentar os serviços de saúde oferecidos pela unidade de saúde de seu bairro.

Na etapa seguinte foi realizado o acolhimento e palestra educativa para aproximadamente 100 homens. Os serviços de saúde ofertados foram consultas médicas, atendimento odontológico, testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, dosagem de glicemia capilar, verificação de pressão arterial, verificação de peso e altura, sorteio de presentes e entrega de brindes.

Ressalta-se, que o projeto aplicativo foi desenvolvido no decorrer do curso de formação em Gestão de Clínicas nas Regiões de Saúde, para que pudesse ser aplicado como piloto na unidade de saúde Igarapé da Fortaleza, promovendo interação entre a equipe de trabalho e os usuários do sistema único de saúde. Procurando mostrar que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada para o homem, no entanto, o que percebeu-se é que a grande maioria dos usuários que participaram

da pesquisa, cerca de 65% só procuram o serviço de saúde quando está doente e 41,7% fez sua última visita ao serviço de saúde há 01 ano. Isso reflete diretamente em seus hábitos diários, onde 48,3% não realiza nenhum tipo de atividade física, 45% dorme até 06 horas por dia e se alimenta em até 10 minutos e 48,3% raramente ingerem frutas, legumes e verduras (Dados obtidos através de questionário do perfil da saúde do homem aplicado durante a ação de saúde na UBS Igarapé da Fortaleza).

O projeto aplicativo buscou fortalecer e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. O ponto de partida foi através de uma análise de que os agravos do sexo masculino são de fato um problema de saúde pública. No qual ficam vulneráveis a determinadas doenças, vivendo em média sete anos menos que a população feminina, tendem a ter mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol, pressão arterial, risco de obesidade, alimentação inadequada, dormem pouco e não praticam atividade física regularmente, assim como outros problemas que atingem essa população. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. (PNAISH, 2009).

Visando esses fatores resolve-se, criar o projeto com intuito de orientar, através de ações de saúde na atenção primária, no qual veio chamar a atenção dos homens para que procurem os serviços de saúde, sensibilizando sobre a importância de buscar o atendimento voltado à saúde nas unidades básicas mais próxima de sua residência, deixando assim de adoecerem mais e tendo uma melhor qualidade de vida.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Elaboração de panfletos educativos voltados à saúde do homem	Foram elaborados 200 panfletos com o intuito de divulgar a importância do autocuidado ao homem com temas voltados a saúde bucal, saúde sexual, doenças crônica degenerativas e dicas de alimentação saudável.
2	Mobilização e abordagem no bairro igarapé da fortaleza para divulgação da ação de saúde do homem	Foi realizada mobilização na área de abrangência da Unidade de Saúde, com 500 convites entregues a população masculina, para alcance da demanda a ser atendida na ação de saúde realizada.
3	Promover ações de educação em saúde na unidade básica de saúde igarapé da fortaleza	Foi realizada 01 (uma) ação educativa para estabelecer o fortalecimento e a importância das ações voltadas a saúde do homem.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017								2018
	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
1. Elaboração de panfletos educativos voltados a saúde do homem					[X]		[X]		
2. Mobilização e abordagem no bairro Igarapé da Fortaleza para divulgação da Ação de saúde do homem							[X]		
3. Promover ações de educação em saúde do homem na Unidade de Saúde							[X]	X	X

[X] - ação iniciada e concluída

[X - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Angelita Herrmann, Cicero Ayrton Brito Sampaio, Eduardo Schwarz Chakora, Élide Maria Rodrigues de Moraes, Francisco Norberto Moreira da Silva, Julinna Godinho Dale Coutinho. – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade- MS/SVS/CGIAE — SIM**

SÃO PAULO. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Gilson Caleman, et al. **Projeto Aplicativo: Termo de Referência. Projetos de Apoio ao SUS**. Ministério da Saúde, 1 Ed., 1 reimp.p.20 a 45.

ANEXOS:

ÁRVORE EXPLICATIVA

PROBLEMA

BAIXA PROCURA DO HOMEM AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

NÓ CRÍTICO

NÓ CRÍTICO

CAUSAS

FATORES PSICOLÓGICOS E SÓCIO CULTURAIS QUE LEVAM A RESISTÊNCIA DO HOMEM EM PROCURAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE

CRENÇA DA INVULNERABILIDADE DE MASCULINA

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UBS COINCIDE COM O HORÁRIO DE TRABALHO DO HOMEM

POUCAS AÇÕES E PROGRAMAS VOLTADOS À SAÚDE DO HOMEM

AS UBS NÃO ESTÃO PREPARADAS PARA ATENDER AS DEMANDAS DO GÊNERO MASCULINO

DIFICULDADE PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS

DESCRITOR

D1
BAIXA ADEÇÃO PELO HOMEM AO AUTO CUIDADO

D2
DIFICULDADE DE ACESSO PELO HOMEM AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UBS

CONSEQUÊNCIAS

AUMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

AUMENTO DA DEMANDA NA REDE ESPECIALIZADA

ALTA MORBIMORTALIDADE MASCULINA

AUMENTO DAS DANTS E DCNTs

Espaço do problema: UBS Igarapé da Fortaleza, Município de Santana - Amapá

Macroproblema: " Baixa procura do homem aos serviços de saúde na atenção básica"

Nó crítico:

- I. Fatores psicológicos e sócio culturais que levam a resistência do homem em procurar os serviços de saúde;
- II. As UBS não estão preparadas para atender as demandas do gênero masculino;
- III. Dificuldade para agendamento de consultas.

Nó crítico	What > o quê?	Why > porquê?	How	Who	When	Where	How much	How measure
Fatores psicológicos e sócio culturais que levam a resistência do homem em procurar os serviços de saúde	Promover ações de educação em saúde na unidade básica de saúde	Orientar através de palestras educativas quanto à prevenção da morbimortalidade masculina por causas evitáveis	Elaboração de panfletos educativos voltados à saúde do homem	Secretário de Saúde Coordenador Da Atenção Básica Diretor Da Unidade Básica de Saúde	Fase inicial: convite de mobilização ao público masculino	Nas Unidades Básicas de Saúde	Material Educativo Insumos lógistica	Identificação do perfil do público masculino atendidos na ação
As UBS não estão preparadas para atender as demandas do gênero masculino		Informar ao público masculino sobre os serviços ofertados na unidade básica de saúde	Mobilização e abordagem no bairro para divulgação da ação de saúde do homem		Educação continuada		Sistema Esus	Levantamento do perfil de saúde do homem
Dificuldade para agendamento de consultas		Estimular o homem ao autocuidado	Reuniões dos Grupos Afinidades		Encontros trimestral do grupo afinidade para fortalecimento das ações voltadas a saúde do homem			Monitoramento através do ESUS e SISAB

INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO: UMA ESTRADA DE MÃO DUPLA

Giselle Bianca Tófoli¹
Rosa Gouvea de Sousa²
Jéssica Laís Resende Vieira³
Laura Isadete Dutra Pereira Batista Lopes⁴
Giselle Alves Pádua⁵
Daniele Lílian Trindade Guimarães⁶
José Gabriel Knuppel⁷
Cynthia Adriana Marques Rios Carvalho⁸
Carolina Borges Rodrigues⁹
Jaime César Ribeiro Júnior¹⁰

1 INTRODUÇÃO

A educação é importante para qualquer grupo da sociedade, sendo necessária à existência e ao funcionamento de toda a coletividade, desta forma, esta precisa de mais cuidados na formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nos diversos ciclos e nas várias instâncias da vida.

Sendo assim, a educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também é o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar em qualquer meio.

Deste modo, a educação deve ser entendida como um processo dinâmico e contínuo de

¹ Farmacêutica, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP-FIOCRUZ, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG, giselle.tofoli@saude.mg.gov.br

² Médica, Mestre em Bens Culturais e Projetos Sociais pela Fundação Getúlio Vargas, Universidade Federal de São João del Rei - UFSJ, rosags@ufsj.edu.br

³ Enfermeira pelo Instituto Presidente Tancredo Neves - IPTAN, Hospital Nossa Senhora das Mercês de São João del Rei – MG, jessicalresendev@gmail.com

⁴ Assistente Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) de São João del Rei, lauraisadete@yahoo.com.br

⁵ Farmacêutica pela Universidade Bandeirante de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São João del Rei, gisellepadua@bol.com.br

⁶ Odontóloga e Especialista em Odontologia do Trabalho pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz de Minas, dgodonto@gmail.com

⁷ Médico pela Universidade Severino Sombra, Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ, knuppel@oi.com.br

⁸ Odontóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Secretaria Municipal de Saúde de São João del Rei, cynthiariosconecta@gmail.com

⁹ Enfermeira pela Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, Secretaria Municipal de Saúde de São João del Rei, carolbo@hotmail.com

¹⁰ Enfermeiro pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Secretaria Municipal de Saúde de Tiradentes, jjufjf@yahoo.com.br

construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade.

Nesse contexto, a Educação Permanente refere-se ao aprendizado contínuo, que leva ao desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionado à busca de competência pessoal, profissional e social ao longo da vida. Já a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura (UNESCO) descreve educação permanente, a partir do princípio de que o homem se educa à vida inteira.

Outro aspecto importante a ser considerado é a Educação Continuada, entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações, permitindo ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a educação continuada é um processo dinâmico de ensino aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Ainda inserida nesse cenário de aprendizagem, também está a educação em serviço, caracterizando-se como um processo educativo a ser aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica. Dessa maneira, ela eleva a competência e valorização profissional e institucional.

Diante do exposto, conclui-se que, a educação permanente é mais ampla, por fundamentar-se na formação do sujeito, enquanto a educação continuada é aquela que estão inseridas no serviço e assim, estão contidas na permanente, de forma complementar.

Na Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi regulamentada como estratégia político-pedagógica para fortalecimento e implementação do SUS, para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Assim, a educação permanente em saúde refere-se ao processo de ensino-aprendizagem, segundo o SUS é “[...] a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho” (Brasil, 2005, p.12).

De acordo com o modelo atual de assistência à saúde, ainda encontra-se centrado no atendimento às condições agudas de saúde, o que leva a uma medicalização excessiva, consumo crescente de procedimentos, baixa autonomia para o autocuidado, fragmentação do trabalho em saúde e custos elevados.

Entretanto, evidências científicas têm se mostrado que, para enfrentar esses desafios é necessário estabelecer um diálogo sobre a gestão da clínica, além de uma abordagem educacional construtivista onde os profissionais desenvolvam capacidade crítica e criativa, capaz de favorecer a

aprendizagem uns com os outros, sejam profissionais ou usuários, redimensionando o trabalho em equipe, de modo que, todos profissionais, pacientes, familiares, demais serviços e comunidade comprometam-se com o cuidado, de modo a torná-lo oportuno e contínuo, seja ele para prevenção, promoção, tratamento ou recuperação da saúde das pessoas. (Caderno do curso preceptorial no sus págs. 15,16, 17, 18).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este projeto aplicativo tem como objetivo, criar mecanismos de intervenção na realidade, de modo a valorizar a educação permanente e integrar o ensino – serviço.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Realizar oficina de construção da comissão interna de educação permanente e desenvolvimento de suas diretrizes dentro dos municípios pertencentes à região de saúde de São João del Rei, Minas Gerais.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante dos dados analisados, bem como das vivências dos especializandos em seus postos de trabalho, no que se refere à Educação Permanente em Saúde, foi possível identificar o seguinte problema: desvalorização da política de educação permanente enquanto potente ferramenta para a articulação da integração ensino serviço na rede SUS da região de São João del Rei.

Dentre as possíveis causas pontuamos: falha na comunicação entre gestão e os profissionais da rede em relação às ofertas relacionadas à cursos; baixa adesão dos gestores aos editais ofertados; deficiência de divulgação de cronogramas em educação permanente/profissionais da rede; falta de conhecimento do impacto positivo de ações de educação permanente; baixo comprometimento dos profissionais em se capacitar; os cursos ofertados não atendem as demandas reais dos profissionais da rede; não inserção da temática da integração ensino serviço dentro das instituições de serviço em saúde.

Em consequência do problema supracitado, foi identificado: não capacitação dos profissionais da rede; comprometimento do atendimento ao usuário; falta de destinação de recursos financeiros para promover a educação permanente; baixa adesão a determinados campos de prática

por parte dos alunos/residente; insatisfação de alunos/residentes e profissionais dos serviços de saúde frente ao programa de preceptoría.

Diante do exposto, ficou evidente o desconhecimento da política de educação permanente e suas possíveis contribuições para a rede de atenção à saúde e da importância da integração ensino-serviço por parte das instituições de saúde, bem como de seus servidores. Constatou-se ainda a deficiência de divulgação de programas em educação permanente para os profissionais da rede, juntamente com a dessensibilização dos gestores e profissionais em relação à importância em implementar um programa de educação permanente.

Nessa situação, de modo a contribuir para a integração ensino-serviço, estimulando a educação permanente para um melhor cuidado à saúde das pessoas, bem como fomentar campos de prática adequados aos profissionais que serão formados e melhorar a qualidade técnica dos servidores dos municípios participantes, os especializandos propõem a construção da Comissão Interna de Educação Permanente, dentro dos municípios e Instituições pertencentes à região de saúde de São João Del Rei, com o desenvolvimento de suas diretrizes.

Tabela 1 - Gestão do plano – Monitorando o plano

Proposta de avaliação e monitoramento

Matriz de indicadores de acompanhamento do plano					
Nome do indicador	Cálculo	Valor encontrado	Meta	Data/Período de Avaliação	Fonte de Verificação
% de atores que aderiram ao Projeto (Ind. quantitativo)	Nº de atores que aderiram/Nº total de atores convidados		100%	No momento da oficina	Relatório de Pactuação da CIR/SJDR
% de comissões	Nº de		100%	Seis meses	Relatório de

Gestão do Plano – Monitorando o Plano			
Sub Ação	Duração	Recurso	Responsável
Envio da carta de esclarecimento do PA aos atores	2ª Quinzena de Outubro	Internet, e e-mail	Secretários de Saúde – Giselle Tófoli Hospital de Nossa Senhora das Mercês de São João del Rei – Jéssica Santa Casa de Misericórdia de São João del Rei – Gabriel Knüpel UFSJ - Laura UNIPTAN - Knüpel
Feedback de confirmação de adesão dos atores ao projeto	1ª Quinzena de Novembro de 2017	Internet e e-mail do projeto	Cynthia
Participação da reunião da CIR – Comissão Inter gestores Regional de 30 de Outubro de 2017	2ª Quinzena de Outubro de 2017	Papel e impressão	Toda a equipe
Reunião do Grupo Afinidade Bem Bacana para levantamento da adesão e elaboração da oficina	1ª Quinzena de Novembro de 2017	Sala	Toda a equipe

de educação permanentes implantadas	comissões de educação permanente implantadas/Nº de instituições que aderiram ao projeto			depois da realização da oficina	Pactuação da CIR/SJDR
Avaliação da oficina e da potência da implantação da comissão no enfrentamento do problema	Análise do discurso a partir do questionário semi-estruturado respondido		100%	Ao final da realização da oficina	Questionário semi-estruturado elaborado pelos especializandos do Grupo Afinidade Bem Bacana

Tabela 2 – Matriz de indicadores de acompanhamento de plano.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018											
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1. Envio da carta de esclarecimento do PA aos atores.	[X]	X														
2. Feedback de confirmação de adesão dos atores ao projeto.			[X]													
3. Participação da reunião da CIR – Comissão Intergestores Regional de 30 de Outubro de 2017.		[X]														
4. Reunião do Grupo Afinidade Bem Bacana para levantamento da adesão e elaboração da oficina.			[X]													
5. Realização da oficina para implantação da Comissão Interna de Educação Permanente nas Instituições.								X								

[X] - ação iniciada e concluída

[X - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

CAVALHEIRO, M. T. P; GUIMARÃES, A. L. **Formação para o SUS e os desafios da integração Ensino Serviço**. São Paulo: Caderno FNEPAS, v.1, 2001.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. São Paulo: Interface. Comunic, Saúde, Educ. v.9, nº16, 2005, p. 161-177, set 2004/ fev.

PIZZINATO, A; et al. **A integração Ensino Serviço como estratégia na formação profissional para o SUS**. Rio Grande do Sul: Revista Brasileira de Educação Médica, 36(1,Supl.2), 2012.

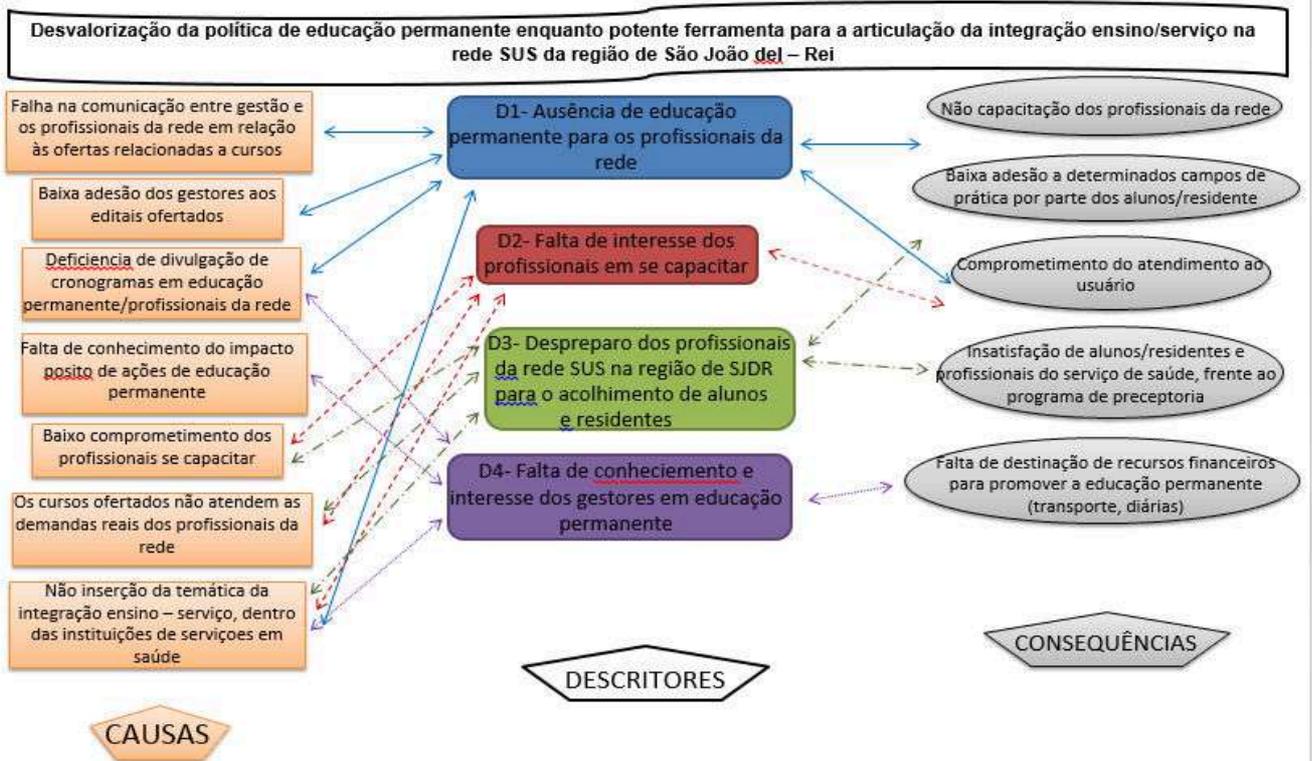
RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.124.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP, 2009.

Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Ano XXVII, v.27, set/dez 2003. 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca.

ANEXO

1. Árvore Explicativa



2. Matriz de indicadores de acompanhamento do plano

Nome do indicador	Cálculo	Meta	Data/Período de Avaliação	Fonte de Verificação
% de atores que aderiram ao Projeto (Ind. quantitativo)	Nº de atores que aderiram/Nº total de atores convidados	100%	No momento da oficina	Relatório de Pactuação da CIR/SJDR
% de comissões de educação permanentes implantadas	Nº de comissões de educação permanente implantadas/Nº de instituições que aderiram ao projeto	100%	Seis meses depois da realização da oficina	Relatório de Pactuação da CIR/SJDR
Avaliação da oficina e da potência da implantação	Análise do discurso a partir do	100%	Ao final da realização da	Questionário semi-estruturado

da comissão no enfrentamento do problema	questionário semi-estruturado respondido		oficina	elaborado pelos especializandos do Grupo Afinidade Bem Bacana
--	--	--	---------	---

PROPOSTA PARA ADEQUAÇÃO DA GESTÃO DOS LEITOS SUS DE OBSTETRÍCIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Carlos Alberto Ferraz de Andrade¹

Flávia Madalena Neves Cardim Rodrigues²

Glicia Miranda da Silveira³

Ilca dos Santos Baleeiro⁴

José Gustavo Cabral da Silva⁵

Luciana Borges Menezes⁶

Luciana Soares de Barros⁷

Rosana Nogueira Santana Cincurá⁸

Taiane Tigre Lima⁹

1 INTRODUÇÃO

A Macrorregião Sudoeste da Bahia é composta por 77 municípios, com população aproximada de 1.801.620 habitantes, e subdividida em quatro microrregionais, com as seguintes cidade-pólo: Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista, sendo estas responsáveis pela suficiência da Atenção Básica à saúde e parte da Média Complexidade. O município de Vitória da Conquista é a cidade-pólo desta Macrorregião e deve atender, por meio de pactuações, as demandas de saúde de parte da Média Complexidade e também da Alta Complexidade dessas regiões.

Para a assistência obstétrica, o município de Vitória da Conquista possui quatro hospitais credenciados pelo SUS para atendimentos a gestantes e puérperas. São eles o Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), Fundação de Saúde de Vitória da Conquista (FSVC) também conhecida como Hospital Municipal Esaú Matos (HMEM) Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e UNIMEC.

É salutar informar que o HGVC, apesar de constar no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES credenciado com 01 leito para Obstetrícia Clínica e outro para Obstetrícia Cirúrgica, este não realiza partos, sendo utilizados esses leitos como retaguarda, inclusive nas

¹ Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência / FTC, Secretaria de Saúde Vitória da Conquista, c.ferrazdeandrade@gmail.com

² Enfermeira, Hospital Geral de Vitória da Conquista, madacardim@gmail.com

³ Terapeuta Ocupacional, especialista em Saúde Coletiva / UFBA, Hospital Geral de Vitória da Conquista, gliciasilveira@uol.com.br

⁴ Assistente Social, Especialista em Políticas Públicas e Seguridade Social, UPA Vitória da Conquista, ilcasantos1@hotmail.com

⁵ Enfermeiro, Saúde Pública, Fundação de Saúde de Vitória da Conquista, gustavouesb@hotmail.com

⁶ Enfermeira, Hospital Geral de Vitória da Conquista, menezesb.luciana@hotmail.com

⁷ Psicóloga, Doutoranda em Saúde Coletiva, Instituto de Ensino e Pesquisa Sirio Libanês, barros.luciana@gmail.com

⁸ Cirurgiã-Dentista, Mestre em Saúde Pública, Hospital Geral de Vitória da Conquista, rosananog@hotmail.com

⁹ Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência, SAMUR 192, taiane.tigre@hotmail.com

UTIs.

Logo, na prática, apenas 03 hospitais em Vitória da Conquista atendem efetivamente a demanda SUS de gestantes e puérperas, sendo a FSVC a única habilitada como Unidade do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento Terciário a Gestante de Alto Risco e com leitos de Obstetrícia Clínica.

Desse modo, a FSVC possui um total de 50 leitos (44 obstetrícia clínica e 6 obstetrícia cirúrgica), o HSVP possui 15 leitos de obstetrícia cirúrgica e o UNIMEC 11 leitos obstetrícia cirúrgica.

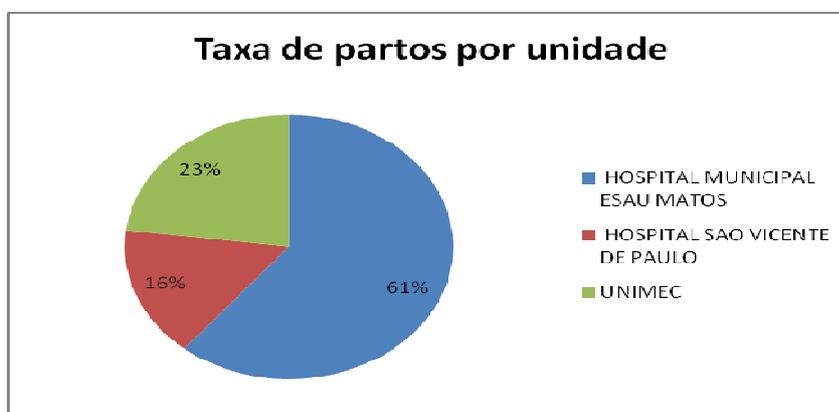
O próprio perfil de credenciamento indica a via de parto predominante em cada instituição hospitalar, bem como demonstra que a FSVC, além de ser Referência Hospitalar em Atendimento Terciário a Gestante de Alto Risco, é responsável por realizar mais da metade dos partos em Vitória da Conquista, como pode ser observado nos gráficos a seguir.

Tabela 1: Taxa de partos por unidade hospitalar no município de VDC – Ano 2016

Estabelecimento de Saúde:	Vaginal	Cesário	Total	% partos por unidade
Fundação de Saúde de Vitória da Conquista	2895	1733	4628	61%
Hospital São Vicente de Paulo	86	1153	1239	16%
UNIMEC	1221	566	1787	23%
Total	4202	3452	7654	

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Gráfico 2: Taxa de partos por unidade hospitalar no município de VDC - Ano 2016



Baseado nessas evidências percebe-se uma desarticulação do sistema e dos credenciamentos de unidades hospitalares, inadequados às políticas públicas, a exemplo da Rede Cegonha, que trata-se de um modelo que deveria garantir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Entretanto, duas das três unidades hospitalares não possuem leitos obstétricos clínicos credenciados, impedindo a vinculação e o geo-referenciamento. É válido lembrar que uma das unidades possui uma taxa de Cesárea de 93%, questionando a existência de boas práticas na atenção ao parto e livre escolha da via de parto pela mulher e apenas uma das unidades possui Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico.

Outros dados alarmantes e disponíveis na base de dados do SUS dão conta do número exíguo de partos realizados nos municípios vinculados a Macrorregião Sudoeste, que tem o município de Vitória da Conquista como cidade-pólo, que conforme pactuação deveria ser responsável apenas pelos partos de alto risco.

Constatou-se que dos dezenove municípios que compõem a Microrregião de Vitória da Conquista, seis não realizaram nenhum parto no período de 2016, sendo todos, encaminhados para o município de Vitória da Conquista; nove municípios realizaram menos de 50% dos partos de suas gestantes em seu próprio território, e apenas três fizeram mais de 50% dos partos em seu território, reafirmando que os municípios seguem em desacordo com as pactuações **(SESAB/SUVISA/DIS/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – 2016)**.

Entretanto, o problema se agrava quando apuramos todos os partos realizados pelas unidades SUS de Vitória da Conquista e percebemos que Vitória da Conquista acolhe mulheres dos 77 municípios da Macrorregião Sudoeste e de outras macrorregiões.

Além da demanda exacerbada pela incapacidade de alguns municípios de realizarem suas obrigações formalizadas em pactuações, a situação agrava-se também pelo fluxo desorganizado de gestantes pela rede, uma vez que grande parte das pacientes circula por livre demanda sem controle dos serviços de regulação do estado e com a conivência e estímulo dos gestores dos municípios vizinhos a Vitória da Conquista.

A desorganização do fluxo implica em sobrecarga de algumas unidades e subutilização de outras, tendo em vista que a livre demanda não tem o conhecimento que a regulação de leitos do estado dispõe para a ordenação do acesso aos serviços de assistência a saúde. Essa ordenação atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial, face as necessidades de atenção e assistência a

saúde da população (BRASIL, 2006). Sendo assim, torna-se indispensável uma maior sensibilização dos profissionais de saúde e dos prestadores no cumprimento dos fluxos assistenciais.

Assim, o Grupo compreende que a gestão de leitos obstétricos SUS de Vitória da Conquista precisam ser melhor geridos, a fim de que o acesso seja direcionado de acordo com o perfil de cada unidade, sem esquecer os princípios básicos do SUS que são a equidade, integralidade e universalidade e para tanto, propôs um plano de intervenção que será descrito a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Redução da entrada de pacientes obstétricos não regulados nos leitos do SUS no município de Vitória da Conquista.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Melhoria na Gestão dos Leitos SUS de Obstetrícia em Vitória da Conquista;
- ✚ Aumentar a taxa de ocupação dos leitos de obstetrícia das unidades SUS no Hospital São Vicente de Paulo e na UNIMEC;
- ✚ Reduzir a demanda de atendimento de gestantes de Baixo Risco na unidade de referência em Alto Risco / Fundação de Saúde de Vitória da Conquista.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A intervenção, segundo Champagne et al. (2011), seja ela um projeto, programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ações que inclui, em um determinado contexto: objetivo (o estado futuro que orienta as ações); agentes (os atores sociais); estrutura (recursos e regras); processos (relações entre recursos e atividades).

Para iniciar o processo da Proposta de Intervenção, houve de início a realização de uma dinâmica para a priorização de problemas identificados para elaboração dos macro problemas, utilizando a Matriz Decisória III de Carlos Matus. Com isso, resgatamos o problema a ser enfrentado que foi a “Gestão inadequada dos leitos SUS em obstetrícia no município de Vitória da Conquista”, colocando como grande desafio, a gestão adequada dos leitos de obstetrícia no referido município.

Após a priorização do problema, partiu-se para a identificação dos Atores Sociais, sendo considerados os mais relevantes, os que detinham maior governabilidade frente ao problema e no momento seguinte, realizou-se uma dinâmica para a construção da árvore explicativa do problema que é a exposição das causas e consequências relacionados ao problema priorizado.

Causas elencadas:

1. Pacientes que buscam a unidade por demanda espontânea;
2. Encaminhamentos paralelos à regulação, burlando o fluxo formal;
3. Baixa resolutividade dos municípios na macrorregião no que se refere à atenção à gestantes;
4. Descumprimento do contrato de prestação de serviço por parte de algumas unidades de referência à gestante de baixo risco;
5. Escala incompleta de obstetras nas unidades de referência à gestante de baixo risco;
6. Ausência de sanção legal para as unidades que descumprem o contrato de prestação de serviço.

Como descritores do problema priorizado foram apontados:

1. Excesso de encaminhamentos de gestantes sem regulação para os Hospitais credenciados;
2. Baixa taxa de ocupação dos leitos de obstetrícia das unidades SUS na Santa Casa e UNIMEC;
3. Alta demanda de atendimento de gestantes de Baixo Risco na unidade de referência em Alto Risco / Fundação de Saúde de Vitória da Conquista.

Os descritores são indicadores do problema e devem atender aos seguintes questionamentos:

- Se intervir sobre essa causa terá impacto decisório sobre o problema no sentido de modificá-lo positivamente?
- A causa é um campo prático de ação? Tem governabilidade mesmo que não seja pelos atores que a explicam?
É politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada? Terá viabilidade política e as mudanças serão favoráveis?

Consequências:

- Assistência inadequada para gestante e RN de Alto Risco;
- Aumento de taxa de morbimortalidade materno-infantil por causas evitáveis;
- Alta taxa de ocupação dos leitos de obstetrícia SUS na FSVC;
- Sobrecarga de serviços para os profissionais da unidade de referência FSVC;

- Desperdiço de recursos / dinheiro público.

Com a identificação e priorização dos nós críticos, identificados na árvore explicativa, objetivando a redução da morbimortalidade por causas evitáveis, levando em conta os recursos técnicos, políticos, organizacionais e econômicos, partiu-se para a escolha do método 5W3H que deriva das iniciais em inglês de What (o que deve ser feito), Why (por que), Who (quem o fará), When (quando fará), Where (em que área da instituição), How (como a atividade será desenvolvida), How much (qual o seu custo) e How measure (qual o indicador a ser utilizado).

Elencou-se um objetivo de enfrentamento ao problema que foi a **Redução da entrada de pacientes obstétricos não regulados nos leitos do SUS no município de Vitória da Conquista** e partiu-se para a construção de duas planilhas, considerando a viabilidades das ações, demonstradas a seguir no anexo 1.

Ação 1 - Identificar fontes de encaminhamentos irregulares paralelos à regulação tanto referente aos municípios quanto aos profissionais que encaminham as gestantes não reguladas.

Ação 2 - Informar aos atores sociais quanto ao problema da gestão inadequada de leitos SUS de obstetrícia no município de Vitória da Conquista.

4 GESTÃO DO PLANO

Partiu-se anteriormente para o estudo da viabilidade do plano, e para isso foi necessário identificar o interesse dos atores envolvidos, que impactariam positivamente ou negativamente, não sendo totalmente previsível o interesse destes. Levando em conta as incertezas e imprevisibilidades dentro no contexto do problema, a viabilidade visa o desenvolvimento de alternativas e possibilidades que permitam uma intervenção na realidade. Algumas ações são consideradas mais viáveis que outras, uma vez que dependem da intervenção direta de quem a planeja. No entanto outras ações dependem de outros atores o que acaba por dirimir a governabilidade do grupo frente ao problema.

Para dar início à análise de viabilidade do plano de ação, referente ao momento estratégico, sendo necessário que o grupo identificasse quais ações do plano eram viáveis no momento atual, de modo a identificar quais atores sociais seriam envolvidos e que fossem considerados de modo positivo, assumindo uma postura de apoio. Diante disso, verificou a importância dos seguintes questionamentos em um plano de ação: Quais as ações são viáveis? Há ações que dependem do ator que planeja e de mais fácil viabilidade, e há outras ações que dependem de vários atores, que

podem ser opositores, que podem deter o poder político e/ou financeiro e que são de solução mais complexa.

Para análise dos meios estratégicos foram avaliados os meios táticos e estratégicos apontados por Matus (1993), sendo estes, Imposição: Corresponde ao uso da autoridade sobre o outro ator; Persuasão: Compreende uma ação de convencimento; Negociação cooperativa: neste tipo de negociação, ambos os lados estão predispostos a fazer concessões; Negociação conflitiva: nesse tipo de negociação existem interesses opostos e o resultado traz perda para um ator e ganho para outro; e Confrontação: corresponde à medição de força entre os atores envolvidos (por exemplo: votação).

Nas ações conflitivas, buscou-se identificar de que recursos os principais atores (aliados e opositores) dispõem ajuda a verificar o grau de dificuldade, para identificar a viabilidade da ação. Como instrumento para análise da viabilidade da ação foi aplicada a matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo a ação do plano, pois para análise dos meios estratégicos evidenciou-se que o Projeto Aplicativo proposto por nossa equipe dispensa a quantificação orçamentária por se tratar de uma adequação de fluxo, contando com a estrutura e instrumentos existentes.

Após o detalhamento do projeto de intervenção e principalmente do Plano de ação e da Análise da Viabilidade, partimos para o cronograma sobre a gestão do plano, o qual estaremos iniciando em fevereiro de 2018 a abril de 2018 com a ação de identificar fontes de encaminhamentos irregulares paralelos à regulação, tanto referente aos municípios quanto aos profissionais. O período de maio de 2018 à Julho de 2018 é o prazo que programamos para informar aos atores sociais quanto ao problema da gestão inadequada de leitos SUS de obstetrícia no município de Vitória da Conquista.

A partir dessas ações iniciaremos a Gestão do Plano baseados nos indicadores de qualidade. É o momento onde ocorre a condução do plano, é o momento de pensar e repensar as ações do Plano, de identificar as dificuldades e as correções necessárias, de avaliar e utilizar o pensamento estratégico de Saúde. Pensar estratégico é mudar quando os objetivos não são alcançados é ampliar a capacidade de perceber o mundo, e o transformar com compromisso para um mundo melhor. Estratégia é o caminho que deve ser alterado sempre que houver necessidade.

Essa Gestão possibilita avaliar as tendências de melhora ou piora da situação, e também é uma referência para avaliar o impacto do plano de intervenção sobre as causas, já que a efetividade do plano deverá mudar os descritores.

A Gestão do Plano será quadrimestralmente após as ações implantadas, por meio de relatórios e reuniões entre os integrantes da equipe para avaliação das ações.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Identificar fontes de encaminhamentos irregulares paralelos à regulação (municípios e profissionais).	 Números de fontes identificadas.
2	Informar aos atores sociais (diretores de hospitais prestadores de serviço obstétrico, secretários municipais de saúde, ministério público, CMS, Central Regional de Regulação interações hospitalares do Oeste e Sudoeste da Bahia) quanto ao problema da gestão inadequada de leitos SUS de obstetrícia no município de Vitória da Conquista.	 Número de Atores presentes em cada reunião.
3	Solicitar pauta nas reuniões da CIR para discutir a problemática com os municípios e a Central de Regulação;	 Número de participantes de acordo a Ata da reunião.
4	Solicitar pauta nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde para discutir a problemática com os Conselheiros;	 Número de participantes de acordo a Ata da reunião.
5	Solicitar pauta nas reuniões do Colegiado Gestor para discutir a problemática com os Gestores das Unidades obstétricas;	 Número de Gestores participantes de acordo a Ata da reunião.
6	Sugerir a elaboração de ofício para a Central de Regulação de Leitos informando o número de pacientes não regulados com base nos indicadores das informações de atendimento das unidades.	 Número de ofícios encaminhados.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2018						
Encaminhamento paralelo à regulação, burlando o fluxo	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Identificar fontes de encaminhamentos irregulares paralelos à regulação (municípios e profissionais).		X	X	X			
Informar aos atores sociais quanto ao problema da gestão inadequada de leitos SUS de obstetrícia no município de Vitória da Conquista.					X	X	X

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília, DF; 2006.

CHAMPAGNE, F et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (Org). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2011.

MATUS, Carlos. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I.

Ministério da Saúde. DATASUS (Indicadores de Recursos).

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos metodológicos do Planejamento em saúde. In: Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador: CEPS, ISC, Salvador, 2001. 79 p.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J.J. S. P. Modelo de Atenção à saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006.

1. Matriz de intervenção 5W3H

PLANO DE AÇÃO DO PROJETO APLICATIVO

Objetivo: Redução da entrada de pacientes obstétricos não regulados nos leitos do SUS no município de Vitória da Conquista							
O que?	Como fazer?	Por que?	Quem?	Quando fazer?	Onde?	Quanto Custa?	Qual Indicador?
1. Identificar fontes de encaminhamentos irregulares paralelos à regulação(municípios e profissionais).	Levantamento de dados de entrada de usuárias reguladas e não reguladas nas unidades de referencia obstétricas do município de Vitória da Conquista.	Porque é importante o cumprimento ao fluxo regulatório de acordo com o perfil do usuário e unidade, evitando a desassistência e superlotação.	A equipe do Projeto Aplicativo; Central de Regulação de Leitos; Gestores das SMS; Gestores dos Hospitais de Referência.	03 meses:.. Fevereiro a abril de 2018	Nas unidades de referencia obstétricas.	Recursos Humanos - RH	% de gestantes atendidos não regulados nas unidades de referencia obstétricas.

Objetivo: Redução da entrada de pacientes obstétricos não regulados nos leitos do SUS no município de Vitória da Conquista							
O que?	Como fazer?	Por que?	Quem?	Quando fazer?	Onde?	Quanto Custa?	Qual Indicador?
2. Informar aos atores sociais quanto ao problema da gestão inadequada de leitos SUS de obstetrícia no município de Vitória da Conquista.	Solicitar pauta nas reuniões da CIR ampliada, incluindo as microrregiões para discutir a problemática com os municípios e CROS; Solicitar pauta nas reuniões do CMS para discutir a problemática com os Conselheiros - CROS; Solicitar pauta nas reuniões do CG para discutir a problemática com os Gestores das Unidades obstétricas; Sugerir aos hospitais, que prestam serviços obstétricos, que informem através de ofício à Central de Regulação o número e origem dos pacientes não regulados.	Para informar a importância do cumprimento ao fluxo regulatório.	A equipe do Projeto Aplicativo; Central de Regulação de Leitos;	03 meses: De maio à Julho de 2018.	Na Comissão Intergestora Regional – CIR; Conselho Municipal de Saúde; Central de Regulação do Oeste e Sudoeste - CROS; Comitê Gestor - CG.	Recursos Humanos - RH	Nº de participantes nas reuniões realizadas; Nº de municípios representados nas reuniões realizadas Nº de ofícios recebidos pela Central de Regulação do Sudoeste, enviados pelas unidades de referencia, informando os pacientes não regulados.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO BASEADO NAS METODOLOGIAS ATIVAS PARA PRECEPTOR E ESTUDANTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA PRECEPTORIA NO SUS

Adriano Silva Oliveira¹
Denise Nunes Rosa De Lima²
Hayana Leal Barbosa³
Joana Rosa De Menezes Almeida⁴
Karina Andrade Cerqueira⁵
Kitya Aparecida Santos Queiroz⁶
Maiza Sandra Ribeiro Macedo Silva⁷
Naluse Anne Silva Coutinho⁸
Rosa Isela Delgado Ramirez⁹
Sinaide Coelho¹⁰

1 INTRODUÇÃO

O Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês utiliza estratégia construtivista de aprendizagem para a elaboração de projetos aplicativos, os quais se constituem em trabalhos técnicos científicos e políticos, orientados à intervenção numa dada realidade.

Essa estratégia possibilita a sistematização de conhecimentos , especificamente voltados a oportunidade de disparar processos de mudança no modo de produzir ações de saúde; buscando

¹ Bacharel em Medicina pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior. Ministerio de Saúde, Programa Mais Médicos para o Brasil, Prefeitura de Feira de Santana, Bahia. adriano.silvaoliveira@yahoo.com.br

² Terapeuta Ocupacional e Residência em Neurologia pela FAMERP; Especialista em Uso de substancias Psicoativas pela UFBA. Hospital Psiquiatrico Lopes Rodrigues, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. deniserosalima@hotmail.com

³ Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana; Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. hayanaaleal@hotmail.com

⁴ Licenciada em Medicina pela Universidad Privada Franz Tamayo. Ministerio de Saúde, Programa Mais Médicos para o Brasil, Prefeitura de Feira de Santana, Bahia. joanademenezes@hotmail.com

⁵ Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Hospital Geral Clériston Andrade, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Karyac20@hotmail.com

⁶ Bacharel em Nutrição pela Faculdade Nobre de Feira de Santana. Especialista em Nutrição Clínica e Terapia Nutricional pela GANEP. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Bahia. kityaqueiroz@yahoo.com.br

⁷ Enfermeira e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). macedomaiza@yahoo.com.br

⁸ Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Bahia. naluseanne@hotmail.com

⁹ Médica Cirurgiã pela Universidade Nacional Autónoma de México UNAM. Especialista em Atenção Básica pela Universidade Federal de Maranhão UFMA. Ministerio de Saúde, Programa Mais Médicos para o Brasil, Prefeitura de Feira de Santana, Bahia. rosel_ron@yahoo.com.mx

¹⁰ Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana; Mestre em Enfermagem pela UFBA. Maternidade Climério de Oliveira. sinaidcoelho@gmail.com

ainda contribuir para a construção da autonomia dos profissionais de saúde para lidar com as situações que permeiam o cotidiano de trabalho, conforme o perfil de competência desejado para os profissionais envolvidos.

Freire (2011), considera que transmitir conhecimentos perpassa pela compreensão que a educação é um dos pilares para intervenção no mundo, assim a construção de um plano de ação representa uma oportunidade concreta para traduzirmos nossas ações como sujeitos que desejam transformar a realidade. No projeto aplicativo, o objetivo do estudo e aprendizagem focaliza problemas ligados a realidade concreta dos participantes, e uma proposta de intervenção para o enfrentamento desses problemas.

Segundo Matus (1993) problema se torna uma objeção entre a realidade e as aspirações ideológicas do ator social, nesse sentido o problema pode ser considerado um obstáculo que motiva a mudança da situação existente para a situação desejada. Esta metodologia emprega, predominantemente os fundamentos do planejamento estratégico situacional, o qual é considerado um método complexo e mais apropriado para o planejamento público, no âmbito central do governo e demais instancias federativas.

Durante a elaboração do projeto aplicativo, partimos inicialmente com uma dinâmica para identificação de problemas, através de quatro movimentos, onde cada participante do grupo elegeu seus desconfortos expressos em tarjetas que foram fixados de forma a permitir a visualização de todos os participantes. Diante disso, a partir de cada agrupamento de problema, elegemos os macroproblemas identificados e as declarações do grupo com relação aos desejos de mudanças.

Como sequência, participamos de dinâmicas para priorização dos problemas, utilizando matrizes decisórias, as quais localizaram o valor e interesse dos autores em relação aos problemas, a urgência e a capacidade de enfrentamento desses, a factibilidade e a viabilidade das ações para o enfrentamento dos problemas e o custo da intervenção. Nesse sentido foi elaborado o fluxograma relacionando as causas e consequências para descrição dos problemas, possibilitando a identificação de possíveis obstáculos e oportunidades para a intervenção no plano de ação, os chamados “nós críticos”.

Desse modo, o grupo priorizou como problema a ser trabalhado: Ausência de padronização de um instrumento de avaliação preceptor/estudante na área de saúde, na preceptoría no SUS. E como proposta de intervenção foi elaborada a construção de um instrumento padronizado para a avaliação de preceptores e estudantes baseados nas metodologias ativas.

Percebe-se a necessidade e importância em realizar o projeto aplicativo abordando o problema supracitado, haja vista a lacuna existente nesse processo de trabalho. A construção desse instrumento padronizado para avaliar, na perspectiva das metodologias ativas, as ações do preceptor e estudante irá nortear e alinhar os pontos a serem trabalhados no ambiente de prática incluindo as demandas da educação, saúde e gestão, onde essa abordagem envolvendo este tripé não foi

encontrada em nenhum instrumento. Esta lacuna tem como consequência a fragilidade na avaliação das competências e habilidades pautadas nas metodologias ativas. Assim, compreende que este projeto de intervenção possibilitará um olhar ampliado sobre as ações realizadas pelo preceptor e estudante como também, fomenta as mudanças nos campos de práticas, resultando numa assistência qualificada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um instrumento padronizado de avaliação das competências e habilidades de preceptores/estudantes baseado nas metodologias ativas, nos cursos de graduação na área de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Descrever perfil de competências a serem avaliados na área de saúde, educação e gestão na preceptoria no contexto do SUS.
- ✚ Padronizar o instrumento para avaliação do preceptor e estudante.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A utilização de métodos tradicionais de ensino como única possibilidade de avaliação, bem como o desconhecimento por parte do preceptor das competências a serem desenvolvidas pelo estudante, e a ausência de instrumentos padronizados de avaliação em metodologias ativas, acarretam dificuldades em perceber o contexto e avaliar a aprendizagem significativa, trazendo como consequências:

- 1- Falta de avaliação sistematizada baseada nas metodologias ativas,
- 2- Fragilidade na construção das competências necessárias identificadas a partir do contexto
- 3- Ausência de avaliação crítica reflexiva dos preceptores e estudantes.

A partir das discussões do Grupo Afinidade o nó crítico identificado foi a criação de um instrumento de avaliação baseado nas metodologias ativas que pudesse avaliar o preceptor e aluno na preceptoria no SUS. O grupo elaborou as propostas de intervenção abaixo relacionadas:

1. Descrever perfil de competências a serem avaliados na preceptoria no SUS realizadas pelo preceptor e estudante:

- 1.1. Listar atividades individuais e coletivas realizadas pelo preceptor e estudante nos cursos de graduação na área da saúde;
 - 1.2. Listar atividades necessárias para promover à construção de um cuidado integral a saúde individual e coletiva;
 - 1.3. Listar atividades necessárias para acompanhar e avaliar a atenção à saúde individual e coletiva;
2. Descrever perfil de competências a serem avaliados na área da gestão realizada pelo preceptor e estudante:
 - 2.1. Listar pontos que favorecem a identificação de obstáculos e oportunidades a articulação do trabalho e educação à saúde;
 - 2.2. Listar pontos que promovam a articulação do trabalho e da educação no exercício da preceptoria;
 - 2.3. Listar pontos que promovam o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento articulado das práticas de cuidado educação na saúde;
3. Descrever perfil de competências a serem avaliados na área da educação realizada pelo preceptor e estudante:
 - 3.1. Listar aspectos necessários para identificar a necessidade de aprendizagem;
 - 3.2. Identificar ações necessárias para o exercício da preceptoria;
 - 3.3. Listar pontos de avaliação necessário no exercício da preceptoria.
 - 3.4. Identificar o que é necessário para apoiar a produção de novos conhecimentos.
4. Construir o instrumento que contemple avaliação saúde, gestão e educação.
5. Apresentar aos parceiros e opositores.
6. Aplicar o instrumento nos campos de prática.
7. Validar e certificar o instrumento nas instâncias deliberativas.
(ver Matriz de monitoramento do plano)

4 GESTÃO DO PLANO

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO	VIABILIDADE	IMPACTO	COMANDO	DURAÇÃO	RECURSOS	PROCEDENCIA
1. Descrever perfil de competências a serem avaliados	A+	A+	Especializando PSUS, Diretoria Acadêmica SMS(educação continuada), HGCA,HEC	C	Computador, impressora, papel A4, caneta, lápis, piloto e encadernação.	1ª
2. Descrever perfil de competências a serem avaliados na área de gestão pelo preceptor e estudante	A+	A+	Especializando PSUS, Diretoria Acadêmica SMS(educação continuada), HGCA,HEC	C	-----	2ª
3. Descrever perfil de competências a serem avaliados na área da educação pelo preceptor e estudante	A+	A+	Especializando PSUS, Diretoria Acadêmica SMS(educação continuada), HGCA,HEC	C	-----	3ª
4. Construir instrumento que contemple avaliação, saúde, gestão e educação	A+	A+	Especializandas, Maisa, Hayanna, Kitia, Naluse	C		4ª
5. Apresentar para parceiros e opositores	A+	A+	Especializando PSUS	C	-----	5ª
6. Aplicar instrumentos nos campos de prática	A+	A+	Especializando PSUS	M	-----	6ª
7. Validar e certificar o instrumento nas instancias deliberativas	M+	A+	Conselho Municipal de saúde, Especializando, PSUS, Biblioteca da FTC	L	-----	7ª

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1-Descrever perfil de competências a serem avaliados	[X]	[X]																	
2-Descrever perfil de competências a serem avaliados na área de gestão pelo preceptor e estudante	[X]	[X]																	
3-Descrever perfil de competências serem avaliados na área da educação pelo preceptor e estudante	[X]	[X]																	
4-Construir instrumento que contemple avaliação, saúde, gestão e educação	[X]	[X]																	
5-Apresentar para parceiros e opositores			[X]																
6-Aplicar instrumentos nos campos de prática				X	X	X	X	X	X										
7-Validar e certificar o instrumento nas instancias deliberativas						X	X	X	X	X	X								

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

Matriz de monitoramento do plano

Ação	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações /ajustes
Descrever perfil de competências a serem avaliados	C	A partir da construção da atividade permitiu conhecer os aspectos a serem abordados na construção do instrumento	*Deslocamento (transporte) para os especializando acompanhar os estudantes . *Professores e estudantes que utilizam metodologia tradicional	Revisar ações em andamento
Descrever perfil de competências a serem avaliados na área de gestão pelo preceptor e estudante	C	A partir da construção da atividade permitiu conhecer os aspectos a serem abordados na construção do instrumento	*Adequação de jornada de trabalho dos profissionais envolvidos na aplicação do instrumento	
Descrever perfil de competências a serem avaliados na área da educação pelo preceptor e estudante	C	A partir da construção da atividade permitiu conhecer os aspectos a serem abordados na construção do instrumento		
Construir instrumento que contemple avaliação, saúde, gestão e educação	EA			
Apresentar para parceiros e opositores	NC			
Aplicar instrumentos nos campos de prática	NC			
Validar e certificar o instrumento nas instâncias deliberativas	NC			

C: concluída; NC: não concluída; EA: em andamento

Atividades preceptor/aluno relacionadas à Saúde, Educação e Gestão

1- Saúde (atividades)

- 1.1 Territorialização
- 1.2 Epidemiologia local (diagnóstico situacional)
- 1.3 Atividades educativas relacionadas ao problema prevalente
- 1.4 Visitas domiciliares
- 1.5 Atendimento Ambulatorial
- 1.6 Matriciamento (capacitação para equipe)
- 1.7 Projeto Terapêutico Singular/ Familiar

2 Gestão

- 2.1 Discutir com estudantes o organograma da Unidade de Saúde
- 2.2 Mostrar as competências dos profissionais da gerencia e da assistência na unidade de Saúde
- 2.3 Construir com os alunos as competências a serem desenvolvidas no campo de prática
- 2.4 Articular a Unidade de Saúde a Rede de Serviços de Saúde
- 2.5 Articular a unidade de saúde ao IES
- 2.6 Articulação da Unidade de saúde com a comunidade

3 Educação

- 3.1 Integrar a teoria com a prática
- 3.2 Matriciamento (capacitação para a equipe)
- 3.3 Atividade extra-muro (educação com a comunidade)
- 3.4 Atividades educativas (sala de espera, atividade em grupo)
- 3.5 Produzir artigos científicos
- 3.6 Construção de protocolos
- 3.7 Estudo de caso /PTS

Instrumento para avaliação do Estudante em Metodologias Ativas

Nº	Item	1	2	3	4	5	Observações
1)	Articulou a estrutura do Serviço de Saúde a Rede de Saúde.						
2)	Entendeu as ações, atividades e serviços oferecidos pela Unidade de Saúde discutida com o preceptor.						
3)	Compreendeu as técnicas, ações e procedimentos a serem realizadas.						
4)	Articulou a teoria trabalhada em sala de aula com a realidade da Unidade de Saúde.						
5)	Compreendeu as possibilidades de ações e procedimentos a serem realizadas na Unidade de saúde						
6)	As técnicas, ações e procedimentos realizados e discutidos conseguiu na perspectiva de construção do conhecimento.						
7)	Articulou as ações realizadas com a teoria discutida em sala de aula.						
8)	Percebeu as competências a serem desenvolvidas parti da vivência em campo de prática.						
9)	Construiu possibilidades para desenvolvimento de competências a parti das ações desenvolvidas em campo de prática						
10)	Buscou a base teórica para sustentação das técnicas, procedimentos e ações desenvolvidas.						
11)	Comentários do Estudante:						
12)	Comentários do Preceptor:						

1-Insuficiente 2-Ruim 3-Regular 4-Bom 5-Ótimo

Instrumento para avaliação do Preceptor em Metodologias Ativas

Nº	Item	1	2	3	4	5	Observações
1)	Articulou a estrutura do Serviço de Saúde a Rede de Saúde.						
2)	Selecionou as ações, atividades e serviços oferecidos pela Unidade de Saúde e discutiu com os estudantes.						
3)	Direcionou as técnicas, ações e procedimentos a serem realizadas pelos estudantes.						
4)	Articulou a teoria trabalhada em sala de aula com a realidade da Unidade de Saúde.						
5)	Discutiu as possibilidades de ações e procedimentos a serem realizadas na Unidade de saúde						
6)	As técnicas, ações e procedimentos realizados pelos estudantes foram posteriormente discutidos na perspectiva da construção do conhecimento.						
7)	Articulou as ações realizadas pelos estudantes com a teoria discutida em sala de aula.						
8)	Estimulou o desenvolvimento de competências a parti da vivência dos estudantes em campo de prática						
	Construiu possibilidades para desenvolvimento de competências a parti das ações desenvolvidas em campo de prática						
10)	Possibilitou a busca da base teórica para sustentação das técnicas, procedimentos e ações desenvolvidas pelos estudantes.						
11)	Comentários do Estudante:						
12)	Comentários do Preceptor:						

1-Insuficiente 2-Ruim 3-Regular 4-Bom 5-Ótimo

REFERÊNCIAS

SANTOS, B. R. L. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 174, n. 36 (1 Supl. 2), p. 170 -177 ; 2012

FREIRE, Paulo; **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo; Ed. Paz e Terra, 2011

MATUS, Carlos; **Política, planejamento e governo**, Tomo I e II. Brasília IPEA, 1993.

HUERTAS, Franco; **Entrevista com Carlos Matus: o método PES**. São Paulo: Fundap, 1986.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NOS CENÁRIOS DO SUS: UMA PROPOSTA DE READEQUAÇÃO AOS PROCESSOS EDUCACIONAIS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA – ES

André Luis Barros de Souza¹

Cynthia Lyrio dos Santos²

João Elias Rodrigues³

Juliani da Silva Araujo Alves⁴

Junia Helena Fagundes da Silva⁵

Nadia Souza Moreira de Alencar⁶

Rosimere de Carvalho Lessa⁷

Vilma Azevedo Canuto Pereira⁸

Wederson Tavares Furtado⁹

Diane Alencar Moreira¹⁰

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho possibilitou discutir a construção de um projeto aplicativo com o objetivo de promover maior integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o Serviço de Saúde fortalecendo o SUS como espaço de prática no Município de Vila Velha – ES, e é um dos requisitos do curso de especialização em preceptoria do SUS.

Primeiramente, é preciso delinear o conceito de projeto aplicativo. De acordo com os termos de referência dos projetos aplicativos publicados pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), em parceria com o Ministério da Saúde (2016), esse tipo de projeto visa desenvolver capacidades de intervir e transformar a realidade. Embora possam variar de acordo com a finalidade do curso a que estão vinculados, esse projeto sempre tem como características fundamentais produzir inovações nas práticas do âmbito do sistema de saúde brasileiro.

De acordo com Padilha e Pinto (2015), a grande maioria dos projetos aplicativos de apoio ao SUS utiliza metodologias ativas de aprendizagem com o objetivo de estimular uma postura ética

¹ Medicina, Especialista, CHM-SP, Prefeitura Municipal de Vila Velha, med.andreluis@yahoo.com.br

² Ciências Farmacêutica, maior titulação e instituição, Prefeitura Municipal de Vila Velha, cynthialyrio@hotmail.com

³ Medicina, Especialista, HUCAM-UFES, Prefeitura Municipal de Vila Velha, jerodrigues10@hotmail.com

⁴ Enfermagem, Mestrado-UFES, Prefeitura Municipal de Vila Velha, jsaalves@hotmail.com

⁵ Psicologia, Especialista - FAESA, Prefeitura Municipal de Vila Velha, junia.silva@vilavelha.es.gov.br

⁶ Enfermagem, Graduação – FABAVI, Prefeitura Municipal de Vila Velha, nadialencar@yahoo.com.br

⁷ Enfermagem, Mestrado – UFES, Prefeitura Municipal de Vila Velha, lessaenfermeira@gmail.com

⁸ Enfermagem, Especialista- INESP Prefeitura Municipal de Vila Velha enfvilma.pereira@gmail.com

⁹ Odontologia, Mestrado - UFES, Prefeitura Municipal de Vila Velha, wtfurtado@yahoo.com.br

¹⁰ Ciências Físicas e Biológicas, Mestrado - Estácio de Sá- RJ, prefeitura municipal de Serra, ndfdiane@gmail.com

e compromissada com as necessidades sociais, estimular a reflexão e a capacidade de aprender a aprender.

Para Van Der Sand et al (2016), as intervenções devem se pautar pelo novo paradigma de atenção à saúde, abarcando conceitos como interdisciplinaridade, escuta, território, responsabilização, autonomia, vínculo, acolhimento, entre outros. Na compreensão dos autores, é fundamental buscar eficácia das práticas, a promoção da equidade e da cidadania de forma mais ampla nos serviços de saúde.

O fortalecimento do SUS como espaço de prática e ensino em saúde complementa o objetivo desse projeto aplicativo. Segundo Batista e Gonçalves (2011), formar profissionais para atuar no sistema de saúde de maneira a trazer o campo do real para o cotidiano da prática sempre foi desafiador.

Batista e Gonçalves (2011) afirmam ainda que, o significado da formação e a qualificação do cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde. O ideal de profissional que queremos para o nosso Sistema de Saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho. Precisamos recuperar esses valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores, nas universidades.

Outros pontos importantes desse projeto são os incentivos à Educação Permanente em Saúde (EPS) e o maior envolvimento dos atores que fazem parte desse processo, ou seja, a construção de diretrizes para a formação profissional dos atuantes no SUS deve se dar de forma coletiva, juntamente com a população.

A proposta da EPS seria a de promover ações horizontalizadas e integradas com a realidade de cada local. Faz-se necessária uma avaliação da realidade local, para, a partir disso, construir um plano de ações que sejam pautados nas necessidades de cada comunidade, dessa forma gerando uma aprendizagem significativa. (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Ainda de acordo com Campos, Sena e Silva (2017), apesar das dificuldades de atuação da EPS nos serviços de saúde, percebe-se uma melhoria gradual na realidade desses serviços quando a mesma é de fato implementada. Além disso, para os autores é preciso ver a EPS como algo que vai além de um simples modo de organização ou estratégia do sistema de saúde, ela deve ser entendida como uma mediadora de mudanças, democratizando a corresponsabilidade e promovendo um processo de reflexão que ultrapassa o campo profissional, modificando a forma de lidar com o mundo.

Como o questionamento desse trabalho envolve a formação profissional com qualidade, foi elaborado o instrumento de Normatização como uma parte integrante do Plano de Ação, com o

objetivo de responder os questionamentos levantados pelo grupo. Nesse instrumento estão contidas todas as orientações para uma melhor organização do processo que se tramita constantemente entre a Instituição de Saúde e a IES. Sendo uma ferramenta de grande importância para que se fortaleça o SUS no seu papel ordenador da formação profissional. E para efetivação desse instrumento, um calendário contemplando uma agenda cultural para fortalecimento das ações pretendidas.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

- ✚ Fomentar a integração entre Instituições de Ensino e o Serviço de Saúde fortalecendo o SUS como espaço de prática no Município de Vila Velha – ES.

1.2 Objetivos Específicos

- ✚ Normatizar a integração ensino-serviço, fortalecendo as ações de Educação Permanente em Saúde da Prefeitura Municipal de Vila Velha (PMVV) - ES;
- ✚ Fortalecer as relações de ensino e serviço nas Unidades de Saúde do município de Vila Velha que sejam campos de prática educacional por meio da EPS.

2 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A construção da Proposta de Intervenção pelo PA demandou por parte do Especializando o diagnóstico de um problema que refletisse negativamente “in loco” em sua rotina profissional para que assim esforços fossem dispensados para superá-los.

A priori, cada um dos componentes do grupo se responsabilizou por levantar três desses problemas. Em um segundo momento, alinhado à temática do curso, ou seja, de formar profissionais de saúde que fossem o elo entre o ensino e a produção do cuidado, as seguintes questões pertinentes à atividade de preceptor no Município foram discutidas: 1) Resistências por parte de Equipe de Saúde em aceitar preceptor nas Unidades de Saúde; 2) Parceria ineficiente do preceptor com a Instituição de Ensino; 3) Falta de estrutura física para receber os alunos; 4) Não acolhimento dos Residentes pela Unidade de Saúde; 5) Ausência de remuneração para a função de Preceptor; 6) Falta de qualificação dos profissionais do município para atuar como preceptores; 7) Falta de insumos; 8) A falta de apresentação de produto da integração ensino-serviço; 9) Ausência de perfil de alguns profissionais para exercer atividades de Preceptor.

Como algumas dessas questões se faziam presentes à mesma matéria, os problemas puderam ser classificados em Macroproblemas por meio de votação. Em virtude das vivências e

percepções dos componentes do grupo, a maior pontuação foi auferida para “Deficiência da Integração Ensino-Serviço”, tema que oportunizou o desenvolvimento deste PA.

Para um melhor entendimento da realidade, foi realizada, a partir, da priorização do problema, a identificação dos atores sociais, aqueles que estão direta ou indiretamente ligados ao problema. Assim, consideraram-se os valores e interesses de cada ator social para o problema apresentado, sendo estes assinalados como baixo, médio ou alto.

Para agregar maior credibilidade e confiabilidade ao projeto, buscamos validar as percepções do grupo, apresentando nossas questões ao gerente da Unidade de Saúde de Ulisses Guimarães, uma das unidades em que práticas educativas em nível de Graduação e Pós Graduação, são desenvolvidas em parceria com a Universidade Vila Velha (UVV) e a PMVV atualmente. Este ator considerou o tema pertinente e teceu algumas considerações que enriqueceram o trabalho.

Posteriormente, de forma a enriquecer e legitimar consideravelmente este projeto, uma apresentação foi realizada para atores da Gestão – Secretaria Municipal da Saúde de Vila Velha, os quais destacaram a emergência em estreitar laços entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e o “Serviço”, sobretudo em uma época em que vários contratos estão sendo rediscutidos.

As observações dos componentes do grupo, profissionais da Atenção Básica, além da premissa do SUS como grande ordenador de Recursos Humanos desde a Graduação, foram alguns dos elementos de extrema importância na determinação do problema.

Entretanto, para que um problema seja enfrentado, esforços no sentido de delimitá-lo não é obstante, e sim uma das premissas do Planejamento Estratégico, e direcionar esses esforços de um problema dotado de governabilidade. Nesse sentido, um dos passos da construção deste PA consiste em uma ferramenta denominada “Árvore de Problemas” (ANEXO A). Nela estão dispostos os Descritores, ou seja, elementos de força resolutive de um referido problema, bem como suas causas e consequências. A árvore de problemas permite a elucidação de nós críticos à resolução dos problemas discutidos pelo grupo.

O plano de ação contempla diversas ações e estratégias e envolve diversos atores sociais, o PA foi detalhado, contendo: a metodologia, custos diferentes, interesses e ações conflitivas e estratégias para aumentar a viabilidade de execução (ANEXO B).

Dentre os problemas detectados no início do projeto estavam entre elas à resistência por parte do servidor em receber alunos e preceptores/supervisores de estágio e participar desse processo de formação de recursos humanos na área da saúde. Também a ausência de estrutura, além de rotinas para o acolhimento desses atores, isso contribuindo para os conflitos nos campos de práticas.

Em função desses conflitos, a proposta de intervenção nesta realidade contempla a entrega de instrumento de normatização para inicialmente organizar e integrar as atividades de práticas de

ensino que ocorrem nos estabelecimentos de saúde públicos no Município de Vila Velha, denominado Manual de Orientação das Práticas Educacionais da Saúde do Município de Vila Velha (MOPESVV), e para suavizar e promover a EPS entre os colaboradores, comunidade e a instituição de ensino, também foi proposto uma Agenda Cultural em que os locais que recebem os alunos pudessem compartilhar os benefícios de se ter a formação acadêmica em seu serviço, fazendo um balanço dos resultados alcançados entre seus usuários.

Entretanto, para que o projeto fosse realizado, era necessário que a EPS estivesse fortemente envolvida como um ator social executor dessas ações. Como sabemos da fragilidade da EPS no município, foi sugerido a organização de um colegiado gestor contemplando todas os atores envolvidos no processo (gestão municipal, IES, comunidade e profissionais de saúde), para validar e implementar as ações sugeridas no presente projeto, assim como o instrumento de normatização, sendo supervisionado pela EPS.

Assim, a EPS, tem uma função muito importante quanto a essa proposta de ensino, pois, torna-se a responsável pela integração entre o ensino e o serviço de saúde. Pois, a integração ensino-serviço é o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (XAVIER; KOIFMAN, 2011).

Acreditamos que o maior desafio, à implantação deste projeto seja a questão da valorização da EPS dentro do município de vila velha, uma vez que sabemos que nossas práticas profissionais demonstram que as questões políticas têm interferência direta e indireta nas decisões realizadas pelos gestores em nosso município. Este fato, infelizmente desvaloriza a busca de estratégias que buscam qualificar os profissionais que atuam na ponta da atenção básica de saúde, pois de certa forma, isto confere um “empoderamento” maior e amplia a visão dos mesmos, o que realmente, não é relevante no que tange as questões que envolvem as decisões gerenciais. Considerando que o processo de implantação dos princípios do SUS tem exigido a introdução de mudanças significativas nas práticas profissionais, bem como nas formas de relacionamento das instituições responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde, destaca-se, como eixo de análise desta questão do trabalho, a verificação do grau de implantação da estratégia política de descentralização como uma forte ferramenta que poderá trazer o impacto necessário para que este projeto aplicativo seja realmente consumado e com o tempo quiçá também melhorado, trazendo um benefício a todos os implicados dentro deste processo de trabalho.

4 GESTÃO DO PLANO

O planejamento é etapa fundamental para o alcance dos objetivos, aumentando a probabilidade de se alcançar o sucesso. Quando se trata de planejamento em casos complexos e que envolvem vários atores, é imprescindível que se lance mão de métodos que possibilitem a compreensão e a participação de todos os envolvidos na elaboração e instrumentalização de um plano (DE CAMPOS; DE FARIA; DOS SANTOS; 2010)

Nesse sentido, e com vistas a direcionar o enfrentamento das realidades problemáticas diagnosticadas nesse PA, foi desenvolvido um Plano de Ação pautado em instrumentos de ação e governo eficientes que orientem os rumos de gestão dos problemas por um período de tempo (VILA VELHA, 2013).

Como o plano de ação contempla diversas ações e estratégias e envolver diversos atores sociais de demandam uma metodologia e custos diferentes, uniu isso a uma tabela, e como era esperado, houve momento de conflito de interesses quanto a execução dessas atividades, e identificamos as ações conflitivas separando-as . É esperado também que o usuário do serviço de saúde pudesse questionar por não conseguir se consultar quando a Unidade de Saúde estiver fechada para a execução de algumas atividades propostas pelo PA. Portanto, foi considerada a motivação dos atores sociais, segundo cada ação do plano, e por cada ator como positiva ou negativa, sendo que as negativas tem a necessidade de viabilização com estratégias para aumentar essa viabilidade. Nesse sentido, foram elencados os atores sociais envolvidos com essas estratégias, bem como seu valor e interesse em relação a elas.

Mediante ao plano de ação e todas as suas estratégias, precisamos então, gerir esse projeto, conduzindo através de um sistema de gestão que contemple: acompanhar as ações, promover a integração dos atores sociais envolvidos, fazer as alterações necessárias e garantir sua efetiva implementação. Considerando que o plano está em andamento e precisa ser trabalhado para futura consideração, será necessário o monitoramento com o objetivo de produzir mudanças positivas, respondendo ao problema elencado. Esse processo terá um cronograma de acompanhamento das ações, previamente pactuado com os atores sociais envolvidos. Assim como, uma planilha orçamentária.

A priori, pode-se compreender o Plano como uma iniciativa estanque, entretanto, se deve ter em mente que o planejamento é um processo dinâmico. Em várias ocasiões, por exemplo, metas e alternativas de superação dos problemas foram elencadas e rediscutidas, algumas até então suprimidas na construção deste PA, e em várias ocasiões, deverá promover um reajuste conforme mudança no cenário.

5 Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Elaborar a proposta do MOPESVV, visando estabelecer a sistematização do trabalho, o estreitamento dessas relações e o fortalecimento da EPS.	- 01 Proposta de MOPESVV entre o ensino-serviço elaborada.
2	Submeter aos representantes dos atores sociais do PA a proposta de MOPESVV entre o ensino-serviço para avaliação, adequação e aprovação.	- 04 Atas de reuniões e listas de presença dos encontros dos atores sociais do PA para avaliação, adequação e aprovação do MOPESVV. - 01 MOPESVV entre o ensino-serviço aprovado por representantes dos atores sociais do projeto aplicativo (PA).
3	Tornar público o MOPESVV.	- 01 publicação do MOPESVV no site da PMVV – ES.
4	Implantar o MOPESVV nas unidades de saúde municipal que realizam atividades educacionais no âmbito da preceptoria.	- Nº de serviços de saúde pertencentes à secretaria de saúde de Vila Velha que implantaram as normativas do MOPESVV e que desenvolvem práticas educacionais no âmbito da preceptoria.
5	Avaliar e adequar permanentemente o MOPESVV.	- Nº de reuniões com representantes dos atores sociais do PA. - Nº de atualizações do MOPESVV.
6	Fortalecer as relações de trabalho nos serviços que contemplam práticas educacionais no âmbito da preceptoria no município de Vila Velha visando apoiar a inserção do educando e potencializar o SUS como espaço de formação através das atividades de EPS.	- 02 Atas de reunião e lista de presença da reunião realizada com Comissão Gestora de Ensino-Serviço do setor de EPS, da gestão, e do serviço de saúde local, visando planejar as atividades educacionais de EPS relacionada direta ou indiretamente à preceptoria. - Nº de serviço de saúde municipal que instituiu calendário cultura de atividades educacionais focadas para necessidades dos atores sociais do PA e os que desenvolveram atividades educacionais no âmbito da preceptoria.
7	Construir de forma participativa com representantes do serviço, ensino, gestão e comunidade o levantamento e priorização de temas/assuntos a serem abordados nas atividades de EPS, bem como a elaboração de cronograma/calendário cultural.	- 08 Atas de reuniões e listas de presença dos encontros dos representantes dos atores sociais do PA e a Comissão Gestora local para levantamento de temas, definição e elaboração de cronograma/calendário cultural e estratégias educacionais. - 01 Calendário Cultural elaborado anualmente para cada serviço de saúde municipal.

8	Avaliar e divulgar o processo de EPS desenvolvido nos serviços de saúde municipal no âmbito da preceptoria.	<ul style="list-style-type: none">- Nº de reuniões em rodas de conversas com representantes dos atores sociais do PA e a Comissão Gestora local sobre avaliação do processo de EPS.- Nº de divulgações por ano no site da PMVV e no Conselho de Saúde local da avaliação dos resultados obtidos pelas praticas de EPS desenvolvidas no âmbito da preceptoria
---	---	---

6 Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	set	out	Nov	dez	Jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	Ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar
1. Elaborar proposta de MOPESVV visando estabelecer a sistematização do trabalho, o estreitamento dessas relações e o fortalecimento da EPS.	[x]	[x]	[x]	[x]															
2. Submeter aos representantes dos atores sociais do PA a proposta do MOPESVV entre o ensino-servi para avaliação, adequação e aprovação.						[x]	[x]	[x]	[x]										
3. Tornar público o MOPESVV.									[x]										
4. Implantar o MOPESVV nos equipamentos de saúde municipal que realizam atividades educacionais no âmbito da preceptoria.									[x]	[x]	[x]	[x]	[x]						

5. Avaliar e adequar permanentemente o MOPESVV.								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Fortalecer as relações de trabalho nos serviços que contemplam práticas educacionais no âmbito da preceptoria visando apoiar a inserção do educando e potencializar o SUS como espaço de formação através das atividades de EPS.								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7. Construir de forma participativa com representantes dos atores sociais o levantamento e priorização de temas/assuntos a serem abordados nas atividades de EPS, bem como a elaboração de cronograma.								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8. Avaliar e divulgar o processo de EPS desenvolvido nos serviços de saúde no âmbito da preceptoria.														x	x				

[X] - ação iniciada e concluída [X] - ação iniciada com conclusão posterior X - ação permanente.

REFERÊNCIAS

BATISTA, K.B.C., GONÇALVES, O.S.J., Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dec. 2011.

CAMPOS, K. F. C. SENA, R. R. SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 21, n. 4, 2017.

DE CAMPOS, F. C. C.; DE FARIA, H. P.; DOS SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde, 2 ed, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, p. 114, 2010.

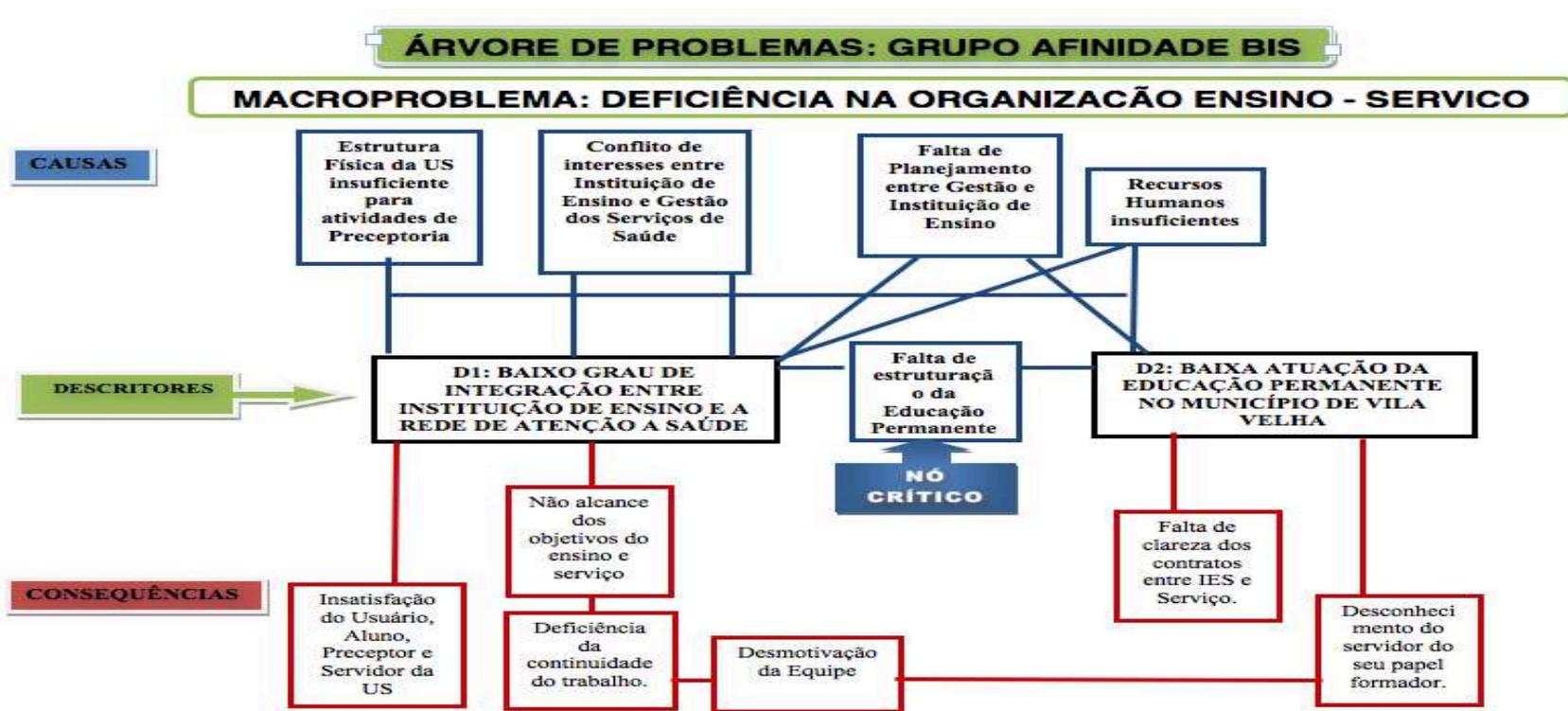
PADILHA, R.Q, PINTO, H. A. Especialização em Preceptoría no SUS. Caderno do curso 2015/2016. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/>, acesso em: 31/10/2017.

VAN DER SAND, A. et al. Projeto Aplicativo – Programa de Residência Multiprofissional em saúde mental no SUS UNIJUÍ. IE/HSL. Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://catnet-blog.blogspot.com.br/>, acesso em: 31/10/2017.

VILA VELHA/ES, Secretaria Municipal de Saúde, Setor de Planejamento, **Plano Municipal de saúde**, PMS: 2014-2017, Vila Velha, p. 120, 2013.

XAVIER, A.S., KOIFMAN, L., Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento, **comunicação saúde educação**, v.15, n.39, p.973-84, out./dez. 2011

ANEXO - A



ANEXO - B

Ação 1 - Estabelecer normas de condutas visando sistematizar o processo de trabalho entre ensino x serviço no município de Vila Velha propiciando o estreitamento dessas relações e o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde				
ESTRATÉGIAS	METODOLOGIA	RECURSOS NECESSÁRIOS	QUANTIDADE	DISPONIBILIDADE
Elaborar proposta de um Manual que trate da Normatização do Ensino-Serviço, as condutas esperadas das partes envolvidas direta ou indiretamente com atividades educacionais e o acolhimento dos educandos pelo serviço de saúde (E1).	<ul style="list-style-type: none">- Levantamento de referencial teórico e leitura;- Utilização de modelos pré-concebidos de manuais para formulação do texto base;- Digitação do documento e revisão;- Relato de sua proposta em apresentação do PA;- Entrega de documento impresso, que será base para seu aperfeiçoamento e redação de documento final.	<ul style="list-style-type: none">1. Especializando2. Computador3. Acesso à internet4. Mínimo de 3 horas/semanais de dedicação do especializando até 30/11/17.5. Papel A46. Impressora	<ul style="list-style-type: none">0901013 horas50 folhas01	<ul style="list-style-type: none">09Do especializandoDo especializandoFora do horário da jornada de trabalho.Da Secretaria de SaúdeDa Secretaria de Saúde

<p>Promover encontros para análise, adequações e validação da proposta de Manual, antes de sua implementação.</p>	<p>- Convidar e apresentar o manual familiarizar os participantes para o encontro de análise e validação do Manual; -Realização de encontros para explanação do Manual integralmente e seu conteúdo discutido, buscando as adequações necessárias, considerando as especificidades locais de ensino, cursos, legislação vigentes e anseios da comunidade; -Ultimo encontro proposto onde será redigida a versão final do Manual; - Participantes do encontro:</p>	<p>1. Profissional da EP 2.Sala de reunião 3.Papel A4 4.Caneta azul 5. Data show 6.Computador 7. Impressora 8. Pendrive 9. Proposta do manual digitalizada 10.Água 11. Copos descartáveis 12.Carro</p>	<p>01 01 Pacote com 500 folhas 01 caixa 01 01 01 01 01 - Galão 500 litros ou filtro Pacote 100 und. 01</p>	<p>Educação Permanente Do local de reunião Almojarifado da Saúde Almojarifado da Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde e do local de reunião Secretaria de Saúde Almojarifado da Saúde - Secretaria de Saúde ou da US Secretaria de Saúde</p>
---	--	---	--	---

	Coordenador da EP municipal, 01 membro indicado do grupo BIS, representantes de coordenações de cursos, educandos, educadores, responsáveis (ex. gerentes) e profissionais de saúde dos campos de práticas, preceptores e representantes das comunidades envolvidas com as atividades de aprendizagem em Unidades de Saúde (US).			
Realizar revisão final e publicar o Manual e suas atualizações no site da PMVV ou em plataforma digital compatível.	- Designar profissional habilitado para leitura, revisão ortográfica e gramatical de todo documento;	1. Profissional habilitado para revisão de textos. 2. Computador 3. Impressora 4. Papel A4	01 01 01 1000 folhas	Secretaria da educação Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde Almoxarifado da Saúde

	<ul style="list-style-type: none"> - Impressão e entrega do manual para cada responsável por campo de práticas educacionais; - Entregar arquivo digital do documento final para publicação no site da PMVV; - Viabilizar outras fontes para publicação em plataforma digital no âmbito do sistema da PMVV. 	5.Pendrive	01	Almoxarifado da Saúde
Monitorar a implantação do Manual (E4).	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar 'check list' para verificação da execução in loco, - Utilizar planilha(s) para lançamento das informações coletadas, controle e avaliação. - Após entrega do Manual, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Computador 2. Impressora 3. Papel A4 4. Prancheta 5. Planilha em Excel para lançamento das informações coletadas 	<p>01</p> <p>01</p> <p>500 folhas</p> <p>01</p>	<p>Educação Permanente</p> <p>Educação Permanente</p> <p>Almoxarifado da Saúde</p> <p>Almoxarifado da Saúde</p>

	realizar orientação a todos os envolvidos nas atividades educacionais campos de práticas, realizar visita semestral nos locais onde haja atividade educacional e aplicar o chek list.			
Realizar revisão e atualização sistemática do Manual de normatização de conduta entre o Ensino e Serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a leitura do Manual e confrontar com as análises feitas com a execução das atividades educacionais e legislação vigente; -Redigir novo documento com nova validade e adequações necessárias para sua implementação nos próximos períodos; - Encaminhar para nova 	<ul style="list-style-type: none"> -01 ou mais profissional(is) designados pela coordenação da EP; -01 ou mais representantes dos locais de praticas educacionais; - 01 ou mais representante das instituições de ensino; - Documentos adicionais como novos contratos firmados entre ensino de saúde e gestão municipal, 	<ul style="list-style-type: none"> - pelo menos 01 - pelo menos 01 - pelo menos 01 - Documentos base para 	<ul style="list-style-type: none"> Educação permanente Campos de práticas educacionais Instituições de ensino profissional de saúde Contratos, portarias, leis, etc

	publicação digital. - Divulgar por meio de e-mail novo Manual atualizado.	legislação atual, novas sugestões para o aprimoramento das práticas de ensino na área da saúde, outros documentos.	leitura. -01 Pendrive	Almoxarifado da Saúde
Ação 2 - Fortalecer as relações de trabalho nos serviços que contemplam práticas educacionais no âmbito da preceptoría no município de Vila Velha visando apoiar a inserção do educando e potencializar o SUS como espaço de formação.				
ESTRATÉGIAS	METODOLOGIA	RECURSOS NECESSÁRIOS	QUANTIDADE	DISPONIBILIDADE
Instituir “ <i>Calendário Cultural</i> ” (E1)	- Cada cenário de práticas educacionais deverão organizar uma agenda para o momento para compartilhamento dos resultados alcançados com as atividades educacionais e sugestões; - Inicialmente o “Calendário Cultural” utilizará do horário	1.Auditório 2. Preceptor 3.Representante(s) dos educandos 4.Servidores 5.Representante da comunidade 6.Livro Ata de reunião Obs 1: Os recursos materiais	01 Todos 01 de cada instituição Todos Pelo menos 02 01 Obs 2: Trata-se de estimativa de material. Porém, sofrera	Do campo de práticas Do campo de práticas Instituição de ensino Do campo de práticas Do campo de práticas Do campo de práticas

	<p>protegido das Rodas de Conversa nos serviços já implantadas;</p> <p>- O compartilhamento poderá ser preparado e apresentado contemplando metodologias que como teatro, recitação de poema, apresentação de documentário, elaboração de músicas com teor educativo, entre outras atividades culturais;</p> <p>-Lavrar ata da Apresentação da Agenda Cultural e assinatura dos presentes em lista de presença anexa.</p>	<p>necessários serão descritos conforme atividade cultural escolhida para ser desenvolvida (apresentação de power point, recital de poesia, apresentação de musical, teatro, simulações, vídeos entre outros).</p>	<p>alterações em tipo e quantidade em função da escolha da ferramenta a utilizar para os compartilhamentos da agenda cultural (dentre eles destacamos Datashow, Computador, Caixas de som, Microfone, papel A4, Impressora, Cartolina, caneta marcador tinta permanente, caneta para quadro branco, quadro branco e apagador, entre outros).</p>	
<p>Promover a avaliação e divulgação dos resultados obtidos pelas práticas educacionais.</p>	<p>-Enviar, através de e-mail, cópia digital da ata da Apresentação da Agenda</p>	<p>-Membros da Equipe de EP</p> <p>- Computador</p> <p>- Acesso a internet</p>	<p>02</p> <p>01</p>	<p>Educação Permanente</p> <p>Educação Permanente</p>

	<p>Cultural;</p> <p>-Analisar se os resultados apresentados na agenda cultural atingiram os objetivos propostos neste plano.</p> <p>-Após análise realizar as propostas de melhoria.</p>		01	Educação Permanente
--	--	--	----	---------------------

IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA MICRORREGULAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

Carla Cristina da Rocha¹
Carlos Henrique Miranda de Assis Martins²
Daiane Aparecida Torres da Silva³
George Rodrigo Floriano⁴
Larissa Trombetta Palermo⁵
Luciana Gonçalves⁶
Magda Facelli⁷
Marcelle Rigitano Silva Teles⁸
Salette Castelli Girardi⁹
Valdnei Cláudio Mascarenhas da Silva¹⁰
Viviana Aparecida de Lima¹¹

1 INTRODUÇÃO

Gestores e profissionais envolvidos em atividades de Regulação no Município de Campinas

¹ Formação: Comunicação Social com Habilitação em Publicidade e Propaganda (Faculdade Anhanguera), Instituição: Administrativa-Central de Regulação-SMS-Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste-SP, E-mail: carla-cris-rocha@hotmail.com

² Formação: Médico, Instituição: Núcleo Interno de Regulação - Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas - SP, E-mail: drchmartins@gmail.com

³ Formação: Fisioterapeuta, Instituição: Administrativa-Central de Regulação-SMS-Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste-SP, E-mail: dapsilva@hotmail.com

⁴ Formação: Enfermeiro (Anhanguera Educacional), Instituição: Núcleo Interno de Regulação - Complexo Hospitalar Prof. Edvaldo Orsi - Campinas - SP, E-mail: enfermeirogeorge@gmail.com

⁵ Formação: Química (UNICAMP), Instituição: Agente Administrativa - Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: reg.larissapalermo@gmail.com

⁶ Formação: Graduação em Enfermagem (UNICAMP), Instituição: Apoio Institucional Distrito Sudoeste - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: lusudoesteapoio@gmail.com

⁷ Formação: Assistente Social, Instituição: Coordenadora da Regulação - SMS - Prefeitura Municipal de Cosmópolis - SP, E-mail: regulacao.cosmopolis@gmail.com

⁸ Formação: Médica (UNESP - Botucatu), Instituição: Médica Reguladora - Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: marcellerigitano@hotmail.com

⁹ Formação: Graduação em Farmácia (Universidade São Francisco); Especialista em Homeopatia (Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos - IBEHE); Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica (Unaerp/MS); Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (UNICAMP), Instituição: Coordenação Área Técnica de Assistência Farmacêutica - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: salette.castelli@gmail.com

¹⁰ Formação: Economista, Instituição: Coordenador Administrativo - SMS - Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste - SP, E-mail: neimascarenhas@yahoo.com.br

¹¹ Orientadora: Formação Profissional: Graduação em Enfermagem (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP), Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP), Instituição: Docente da Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, E-mail: vivianalima@globo.com

e Região Metropolitana foram agrupados, durante o curso de Especialização em Regulação em Saúde promovido pelo Instituto de Educação Permanente do Sírio Libanês, em uma equipe de trabalho, denominada Grupo Afinidade 3 (GAF3).

A partir das divisões de integrantes do grupo, foi possível identificar diversas fragilidades nos processos que envolvem Regulação em Saúde, principalmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Observamos, dentre as questões mais importantes, a falta de diálogo/comunicação entre o que é realizado nas Equipes Saúde de Família (ESF), equipes pouco familiarizadas com o processo regulatório centralizado, ausência de matriciamento na APS com relação ao tema “microrregulação” e falta de corresponsabilização nas diversas esferas de atenção à saúde e de governo.

O grupo observou também dificuldades com a elaboração / discussão / implantação e divulgação dos protocolos clínicos e de acesso, bem como um processo de educação permanente (EP) e discussão de Diretrizes Clínicas, ainda incipientes. Consequentemente, podemos verificar uma alta demanda por consultas, exames e procedimentos especializados, além de demanda pouco qualificada, que pode não refletir a real necessidade de saúde da população, levando à fragmentação da assistência na APS.

Assim, percebe-se a utilização inadequada dos recursos ofertados como um todo, com filas de espera geradas por uma falsa demanda, levando à insatisfação e descrédito dos usuários junto ao SUS.

Para a construção deste Projeto Aplicativo (PA), usamos ferramentas e técnicas que aprendemos durante o curso de especialização em regulação, tais como matrizes decisórias. Construímos, assim, nossa árvore explicativa (**ANEXO 1**), e após muitas avaliações e discussões, levando em consideração aspectos como relevância e viabilidade, chegamos ao nosso principal nó crítico: Deficiência de matriciamento na Atenção Básica com relação à microrregulação (fluxos e protocolos).

Esse contexto apresentado até o momento provavelmente reflete a realidade de muitos municípios de nossa região, mesmo que alguns deles já contem com uma regulação central implantada. Desta forma, após as discussões e avaliações do panorama regional e do contexto político, decidimos propor a implantação/implementação do Projeto Aplicativo no município de Santa Bárbara d'Oeste, onde a própria Central de Regulação existente também detectou este problema. Acreditamos então que o presente PA possa contribuir efetivamente com a qualificação da microrregulação no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implantar e implementar a microrregulação como projeto piloto, na unidade básica de saúde (UBS) Anália Salvador Dall Belo, no bairro São Fernando, município de Santa Bárbara d'Oeste, com vistas à sua ampliação para as demais unidades do município.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Esclarecer todos os atores envolvidos sobre a necessidade de implantação de microrregulação, visando qualificar atendimentos e encaminhamentos para consultas, exames e procedimentos especializados.
- ✚ Criar e/ou rever fluxos e protocolos para que se adequem ao contexto da unidade, visando a utilização e otimização dos recursos de acordo com as necessidades reais da população adscrita.
- ✚ Criar banco de dados com informações relativas a todas as questões demandas à Regulação Central para posterior análise e alinhamentos necessários para o aperfeiçoamento dos processos.
- ✚ Acompanhar os atendimentos realizados, exames solicitados e definir quais indicadores serão utilizados no monitoramento.
- ✚ Qualificar a demanda, quantitativa e qualitativamente, com ajustes finos em relação aos serviços ofertados.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

3.1 FUNDAMENTAÇÃO:

Segundo Barbosa (2016, p.2):

“(…) com base no diagnóstico das necessidades de saúde numa determinada área geográfica e na definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades de Saúde, torna-se exequível organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades e estabelecer protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção, o que caracteriza a regulação.”

A definição de responsabilidades entre os gestores configura um processo de organização e governança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a efetiva regulação do sistema.

É necessário afirmar que a falta ou a dificuldade de acesso na APS, a baixa resolutividade desse nível de assistência e a ineficiente comunicação entre as diversas esferas de atenção são fatores

que induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta preferencial de entrada no sistema.

Neste contexto, torna-se compreensível a importância do presente projeto, baseado em políticas públicas, como um mecanismo de organização do sistema.

Segundo Francesc (2012, p.48):

“A boa governança das Redes de Atenção à saúde (RAS) implica na existência das seguintes características: conhecimento das necessidades de população adscrita, cooperação e consenso como pauta da interação entre os atores, visão conjunta, valores compartilhados e uma liderança efetiva.”

Ainda, segundo Mendes (2016, p.63):

“A população adscrita a uma RAS é a população que vive em um território sanitário e que está cadastrada em uma UBS. É fundamental conhecer as necessidades dessa população e de suas subpopulações por estratos de risco (Figura 1). Para isso, é necessário mudarmos gradativamente o sentido de gestão dos cuidados, que deixa de ser organizada pela oferta, para uma gestão de saúde levando em conta esta base populacional, e a partir das suas necessidades concretas definem-se os parâmetros para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços das RAS, o que chamamos de transição de um sistema fragmentado para um sistema em rede.”

Nessa lógica de valorizar a APS como a real porta de entrada (Figura 1), bem como o primeiro ambiente de microrregulação, precisamos que a reorganização das demandas leve em conta as Diretrizes Clínicas baseadas nas melhores evidências científicas. Assim, a “inteligência regulatória” em relação às condições crônicas não-agudizadas estaria locada na APS. (informação verbal)¹.



Figura 1. Pirâmide de risco (DEPARTMENT OF HEALTH, UK, 2005).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE:

3.2.1 Fatos Históricos

Em 1817, Dona Margarida (viúva do Sargento-mor Francisco de Paula Martins, que saiu de Santos e adquiriu uma sesmaria de 174km², delimitada ao Norte com o Rio Piracicaba e ao Nordeste com o Ribeirão Quilombo) mudou-se para suas terras, formou uma fazenda de engenho de açúcar e constituiu um pequeno povoado. Por ser devota a Santa Bárbara, doou parte de suas terras para a

construção de uma capela, que foi erguida em 1818. Neste mesmo ano em 4 de dezembro foi fundado o município de Santa Bárbara. (FUNDAÇÃO ROMI, 2017).

3.2.2 Localização, População e Desenvolvimento Econômico

O município de Santa Bárbara d'Oeste está localizado na RMC - Região Metropolitana de Campinas, uma região de reconhecido potencial econômico. A RMC é formada por 19 municípios e tem como referência a cidade de Campinas, e é considerada a segunda região mais próspera e desenvolvida do Estado de São Paulo, ficando atrás apenas da Região Metropolitana de São Paulo.

A RMC possui uma população estimada de 2,86 milhões de habitantes segundo estimativa do IBGE, 2012, possui uma Economia bastante diversificada, com destaque para um parque industrial diversificado. Possui ainda uma excelente malha rodoviária, principal canal de escoamento da produção, um dos mais importantes aeroportos do país, Viracopos, deverá se tornar nos próximos anos no maior aeroporto da América Latina, além de ferrovias que torna a região um importante centro logístico.

Atualmente, o município de Santa Bárbara d'Oeste possui uma população de cerca de 191.000 habitantes segundo estimativa do IBGE 2017, sendo a sexta cidade mais populosa da RMC. Trata-se de uma cidade predominantemente industrial, mas que vem assistindo um crescimento no setor de Comércio e Serviços, com um orçamento anual apresentado para o ano de 2017 no valor de R\$ 424.083.516,00, e o correspondente à Saúde no valor de R\$ 122.345.706,00.

3.2.3 Caracterização da Saúde em Santa Bárbara d'Oeste

O município conta atualmente com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que juntamente com o SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) compõe a Rede de Atenção Básica.

A rede municipal de saúde dispõe de duas unidades de Pronto Atendimento, um Hospital Dia AME (Ambulatório Médico de Especialidades), gerenciado pelo HES (Hospital Estadual de Sumaré) e contratualização com a Santa Casa, único hospital geral do município.

O município possui, ainda, serviço de atenção ambulatorial especializado, organizado no Centro de Especialidades Médicas, que conta com as principais especialidades que atendem ao sistema público de saúde local. O setor atua em conjunto com a Central de Regulação Municipal que por sua vez, faz a classificação de risco de encaminhamentos e de exames de maior complexidade que serão realizados tanto na rede de referência interna (convênios e contratos) como na regional, junto à DRS VII – Campinas (Departamento Regional de Saúde Regional Campinas).

O município conta ainda com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Saúde da Mulher, Ambulatório Médico de Doenças Infecto Contagiosas (AMDIC), Centro de Fisioterapia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo Álcool e Drogas (NAD) e Núcleo Infantil - Juvenil, Vigilância em Saúde.

A atenção hospitalar conta com a estrutura da Santa Casa de Misericórdia, instituição filantrópica que dispõe de 134 leitos (dos quais 84 são contratualizados com o SUS municipal), além de 10 leitos de UTI, dos quais 08 contratualizados com o SUS municipal.

Destacamos abaixo os percentuais de investimentos em Saúde nos últimos anos:

EXERCÍCIOS	PERCENTUAL APLICADO	PERCENTUAL APLICADO SUPERIOR AO MÍNIMO
2 0 1 3	30,20%	15,20%
2 0 1 4	29,72%	14,72%
2 0 1 5	32,84%	17,84%
2 0 1 6	31,88%	16,88%

3.2.4 Bairro São Fernando e a instalação da UBS “Anália Salvador Dall Belo”

Em meio a este contexto encontra-se o bairro São Fernando, localizado na Zona Leste do Município, próximo a cidade de Americana. Região de alta densidade demográfica e socialmente fragilizada, pois é conhecido pelos pontos de prostituição, vendas e consumo de entorpecentes.

No dia 23 de junho de 1990 foi inaugurada a Unidade Básica de Saúde Anália Salvador Dall Belo, construída em uma área de 188,8 m². E era constituída por uma equipe profissional de 5 Médicos (3 clínicos gerais, 1 pediatra e 1 ginecologista), 1 Enfermeira, 3 Técnicos em Enfermagem, 2 Recepcionistas, 2 Serviços Gerais, 2 Dentistas, 1 Assistente Social que estavam sob a coordenação da Enfermeira.

Atualmente a Unidade passou por melhorias e foi reinaugurada em 2011 passando a contar com área construída de 361,7 m² e tornou-se pioneira no Programa de Saúde da Família (PSF) no município, bem como, na implantação do novo fluxo de acesso denominado “Modelo Ampliado de Atendimento/Acesso Avançado”, implantado desde maio/2017 nessa Unidade. Há demanda espontânea, com atendimento ao paciente no mesmo dia ou no máximo na mesma semana.

Nesse modelo ampliado, que é a expressão de uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), há um diálogo entre os conhecimentos de várias áreas, com foco no conceito da saúde integral: preocupação com a promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Ele articula as condições biopsicossociais com a qualidade de vida e propõe também o diálogo entre os profissionais e o paciente para desenvolver a proposta terapêutica. O modelo traz diversos benefícios para o paciente e o médico e promove uma clínica mais humanizada e capaz de atender às demandas em saúde de forma mais global (DUBOW, 2016).

A equipe da Unidade é constituída por: 1 Gestora da Unidade Básica, 5 Médicos (3

generalistas, 1 pediatra, 1 ginecologista), 3 Dentistas, 1 Assistente Social, 2 Enfermeiras, 3 Técnicos em Enfermagem, 2 Recepcionistas, 9 Agentes Comunitários, 2 Serviços Gerais.

Durante o processo de definição do território de ação, foi realizada uma reunião com a Secretária de Saúde, Coordenadora da Atenção Básica e do PSF, Coordenadora da Regulação para apresentação e fidelização do projeto no Município. A escolha da UBS São Fernando para o Projeto Aplicativo, foi embasada na sugestão da Secretária de Saúde e fomentada pelas visitas realizadas por integrantes do Grupo Afinidade, em duas unidades com diferentes estruturas organizacionais, que evidenciou a UBS São Fernando como o local de melhor viabilidade para a concretização dos objetivos propostos pelo grupo, tendo em vista o processo de trabalho já estabelecidos e o apoio gestor. Fomos, então, orientados a nos reunir com a equipe local da UBS.

A reunião aconteceu no dia 21 de setembro 2017 na UBS, com a participação de toda a equipe. Fizemos as ponderações necessárias para a construção de um plano de ação e elaboramos um questionário, como ponto de partida, enviado previamente para a Gestora da unidade e que relacionamos abaixo, juntamente com as respostas obtidas:

1) Quadro de profissionais/horário de funcionamento da UBS em questão.

A gestora da unidade nos apresentou um quadro contendo o setor, o nome do colaborador, os dias de trabalho do colaborador na unidade e seu respectivo horário de trabalho.

2) Qual a população adstrita? Atualmente na UBS São Fernando temos 20.846 prontuários cadastrados.

3) Há programa de saúde da família? Sim.

4) Qual a porcentagem da SUS dependência? Em nosso território 90% da população são usuários do SUS.

5) Quais as ofertas da Unidade (programas, grupos, etc)?

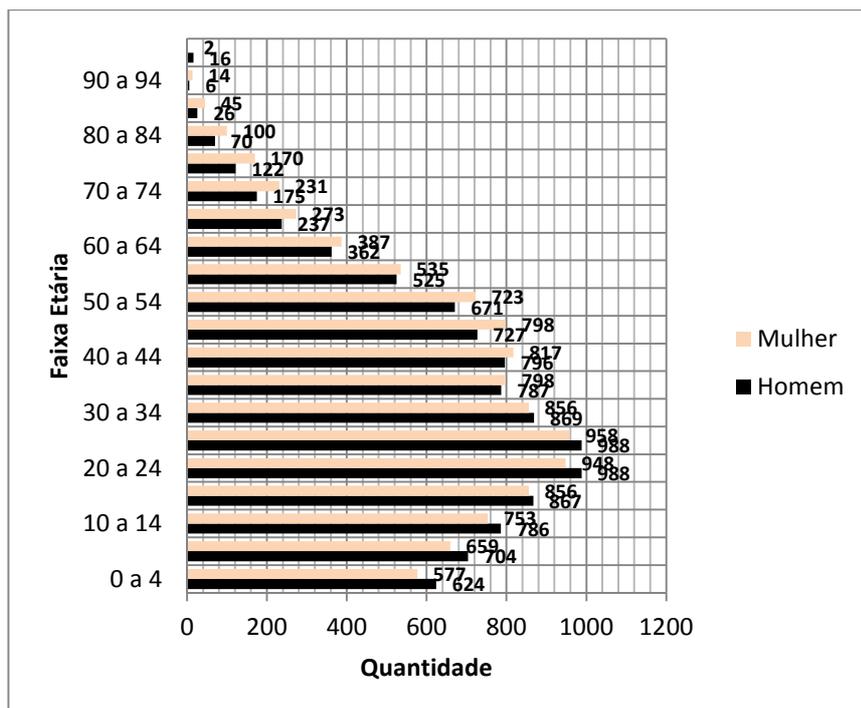
Na unidade são ofertados os seguintes grupos:

- Caminhada
- Grupo de exercício físico
- Grupo de gestantes
- Grupo de Auriculoterapia
- Grupo de Artesanato

6) Qual a periodicidade de reunião de equipe? As reuniões de equipe são realizadas uma vez por mês.

7) Existe espaço fixo reservado para discussão da área de especialidade/problemas referentes à especialidade? Nas reuniões de equipes são discutidas esses problemas, dentre outros, porém, não há reuniões específicas com a equipe da especialidade.

8) Qual o perfil populacional (pirâmide)?



9) Sobre o atendimento especializado:

9a) Há fluxos e protocolos para exames e consultas? As equipes têm conhecimento e acesso a eles? Os fluxos e protocolos para exames e consultas são de conhecimento de todos, porém, a equipe aponta que os protocolos são desatualizados e com baixas evidências clínicas.

9b) Qual a demanda (tempo de espera das filas)? Variável, de acordo com a especialidade.

Abaixo alguns exemplos:

ESPECIALIDADE	TEMPO DE ESPERA
Oftalmologia	Até dois meses
Otorrinolaringologia	Até dois meses
Ortopedia	Até 6 meses
Gastroenterologia	Até 6 meses
Cardiologia	Até 2 meses
Neurologia	Até 6 meses

9c) Existe classificação de risco? Na unidade não é feita a estratificação de risco dos pacientes que são encaminhados para a especialidade. Esse procedimento é realizado pelo médico regulador da Central Municipal de Regulação, por meio da análise dos encaminhamentos.

9d) Qual o sistema de informação utilizado? No município é utilizado um sistema de informatização próprio (Win Saúde).

10) Quais os sistemas de informação utilizados? Como é feita a comunicação entre os diferentes serviços de saúde/diferentes esferas de atenção? No município é utilizado um sistema de informatização próprio. A comunicação entre os diversos serviços é feita por CI (Comunicado Interno), e-mail institucional, ou correspondência interna.

11) Existe prontuário eletrônico? Sim.

12) Qual a porcentagem de contra referência que a unidade recebe? A unidade nunca recebe contra-referências da especialidade.

13) Os preenchimentos de APACs e referências são adequados (legíveis, contendo dados pertinentes/importantes)? Geralmente são pouco legíveis e com dados incompletos.

14) Há matriciamento? Se sim, em quais áreas? Qual a periodicidade e quem participa? A unidade é matriciada pela equipe do NASF que está em fase de consolidação e estruturação. Sendo assim, não há uma periodicidade estabelecida para o matriciamento. Quando o mesmo ocorre participam a gerente da unidade, médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e outros profissionais envolvidos em um determinado caso. Além do matriciamento feito pelo NASF, podemos citar também as consultas compartilhadas realizadas com o médico psiquiatra, que promove suporte para a equipe médica nos casos de saúde mental. Esse matriciamento com o psiquiatra é realizado quando solicitado e agendado pela equipe da Saúde Mental.

15) Quais os principais problemas levantados pela unidade? A equipe aponta as dificuldades de comunicação com a central de regulação, onde não existe um fluxo estabelecido para que a mesma ocorra. Outro apontamento, se refere aos protocolos que estão desatualizados e com baixas evidências clínicas. Além disso, o não recebimento de contra referências o que dificulta o cuidado clínico do paciente, pois, na grande maioria das vezes o usuário não sabe relatar como foi a consulta com o especialista.

Após a aplicação do questionário, a UBS nos informou que há 20.846 prontuários cadastrados, com 90% de SUS dependência na população adstrita.

A unidade oferta à população grupos de caminhada, de exercícios físicos (academia ao ar livre), de gestantes, auriculoterapia e artesanato.

Os profissionais da UBS apontam que há protocolos de acesso, mas que os mesmos estão desatualizados e contém baixas evidências clínicas.

Com relação ao tempo de espera, há variação de dois (exemplo: cardiologia) a seis meses (exemplo: ortopedia). Quando questionados sobre a classificação de risco, nos informaram que esta é feita pela Central Reguladora e não pelos médicos assistentes.

Há no município o sistema informatizado "Win Saúde", que também disponibiliza o prontuário eletrônico e comunicados internos (CI). Este último é utilizado como meio de

comunicação entre os diversos serviços de saúde do município. Mesmo tendo disponível esse tipo de recurso, a UBS ainda queixa-se da falta de contra-referência.

As reuniões de equipe são realizadas uma vez por mês, quando são discutidos os problemas cotidianos referentes ao território. A unidade é matriciada pela equipe do NASF que está em fase de consolidação e estruturação. Sendo assim, não há uma periodicidade estabelecida para o matriciamento. Quando o mesmo ocorre participam a gerente da unidade, médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e outros profissionais envolvidos em um determinado caso. Além do matriciamento feito pelo NASF, podemos citar também as consultas compartilhadas realizadas com o médico psiquiatra, que promove suporte para a equipe médica nos casos de saúde mental. Esse matriciamento com o psiquiatra é realizado quando solicitado e agendado pela equipe da Saúde Mental.

Assim sendo, concluímos junto à equipe que as principais dificuldades encontradas são referentes aos protocolos desatualizados, o não recebimento de contra-referências e a ausência de fluxo estabelecido para a comunicação regular com a Central de Regulação.

4 GESTÃO DO PLANO

Para a construção do plano de ação, utilizamos a planilha denominada 5W3H (**ANEXO 2**) a qual nos permitiu mapear atividades, estabelecendo o que fazer, o motivo, os atores envolvidos, o cronograma e a definição do local. Também avalia como a atividade que será desenvolvida e seu custo. Esta planilha é prática e clara e este método facilita a comunicação em torno das ações planejadas, além de permitir o acompanhamento da realização das mesmas. Assim, pensamos em 5 ações:

- Ação 1: Organizar e rever protocolos clínicos e de acesso baseados em diretrizes clínicas no contexto do Município;
- Ação 2: Garantir o acesso aos protocolos pelos médicos e enfermeiros da UBS;
- Ação 3: Proporcionar e viabilizar espaços fixos de comunicação/diálogo para matriciamento e EP, conforme a necessidade;
- Ação 4: Garantir canais de comunicação (formal e informal) mais ágeis e regulares entre as diversas esferas de atenção, independente dos espaços oficiais;
- Ação 5: Estabelecer rotinas para a avaliação dos indicadores e da qualidade de encaminhamentos e principalmente das contra-referências com posterior auditoria e devolutiva de resultados à UBS.

Em seguida partimos para a utilização de ferramentas que nos permitiu avaliar a viabilidade do Plano. Iniciamos com a matriz de análise de motivação dos atores sociais; em seguida utilizamos a matriz de análise das estratégias e viabilidade segundo ações conflitivas, pois a primeira análise nos mostrou conflito de interesse. Finalmente, construímos a planilha de detalhamento da análise de

viabilidade.

Após toda essa análise, consideramos nosso projeto exequível pois há, evidentemente, grande demanda da necessidade de reorganização do sistema, visando otimizar a utilização dos recursos.

A organização das soluções propostas e a montagem das matrizes e planilhas deixa claro que nosso principal recurso é organizacional, humano e tecnológico, que, por sua vez, estão disponíveis. A não necessidade de recursos financeiros aumenta a garantia de suporte gestor.

A avaliação da matriz de motivação dos atores nos faz perceber que a maioria dos envolvidos é aliada à execução do projeto, com alto valor de interesse. Entretanto, há que se ter um olhar estratégico para a ação 5, que envolve os médicos da UBS e do ambulatório de especialidade, já que esses profissionais podem não estar totalmente de acordo com a efetivação desta ação, uma vez que a mesma pode significar aumento da demanda em relação ao preenchimento de formulários e mudanças em seus processos de trabalho.

Para este enfrentamento, precisamos alinhar e fortalecer o pensamento estratégico. Citando Neto (informação verbal)², estratégia “é só um caminho; é a disposição de mudar quando a realidade muda”. É preciso sensibilizar os atores para perceber a nossa realidade, que na maioria das vezes está “limitada” pela ideologia de cada um, e com isso, distorcida. É necessário ter em mente que temos um compromisso social; é preciso dar o primeiro passo para a mudança e construção de massa crítica, em busca de uma sociedade melhor.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Organizar e rever protocolos clínicos e de acesso baseados em diretrizes clínicas no contexto do Município.	 Adequação/implementação de diretrizes clínicas a partir das melhores evidências científicas disponíveis.
2	Garantir o acesso aos protocolos pelos médicos e enfermeiros da UBS.	 Verificação da ciência (ou não), pelos médicos e enfermeiros da UBS, tanto da existência quanto do conteúdo dos protocolos existentes.
3	Proporcionar e viabilizar espaços fixos de comunicação/diálogo para matriciamento e EP, conforme a necessidade.	 Acompanhamento das ações propostas e das efetivamente realizadas.
4	Garantir canais de comunicação (formal e informal) mais ágeis e regulares entre as diversas esferas de atenção, independente dos espaços oficiais.	 Monitoramento do fluxo de informações, quanto à sua disponibilidade.
5	Estabelecer rotinas para a avaliação dos indicadores e da qualidade de	 Monitoramento da qualidade dos encaminhamentos e das contra-referências.

encaminhamentos e principalmente das contra-referências com posterior auditoria e devolutiva de resultados à UBS.	
---	--

indicadores e da qualidade de encaminhamentos e principalmente das contra-referências com posterior auditoria e devolutiva de resultados à UBS.																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- [X] - ação iniciada e concluída
- [X] - ação iniciada com conclusão posterior
- X - ação permanente

5 REFERÊNCIAS

(informação verbal)¹ Notícia fornecida por Eugênio Vilaça Mendes durante a vídeo-transmissão do encontro nº 6 do curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS, promovido pelo IEP/Hospital Sírio Libanês, denominada de “Exposição dialogada: A governança regional das redes de atenção à saúde e sua interface com a regulação em saúde”, em São Paulo, em agosto de 2017.

(informação verbal)² Notícia fornecida por Gonzalo Vecina Neto durante a vídeo-transmissão do encontro nº 9 do curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS, promovido pelo IEP/Hospital Sírio Libanês, denominada de “Pensar em planejamento estratégico em ações e serviços de saúde”, em São Paulo, em outubro de 2017.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; Barbosa, Nelson Bezerra; Najberg, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: p. 2, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2004: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 2017.

DEPARTMENT OF HEALTH. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, UK, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005.

DUBOW, Camila; ROCHA, Guilherme Gørgen da; BORBA, Tatiana Thier de; SCHNEIDER, Márcia Raquel; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Promoção da saúde, clínica ampliada e doenças crônicas: estudo de revisão. Revista UNIABEU, v. 9, n. 22, p. 283, 2016.

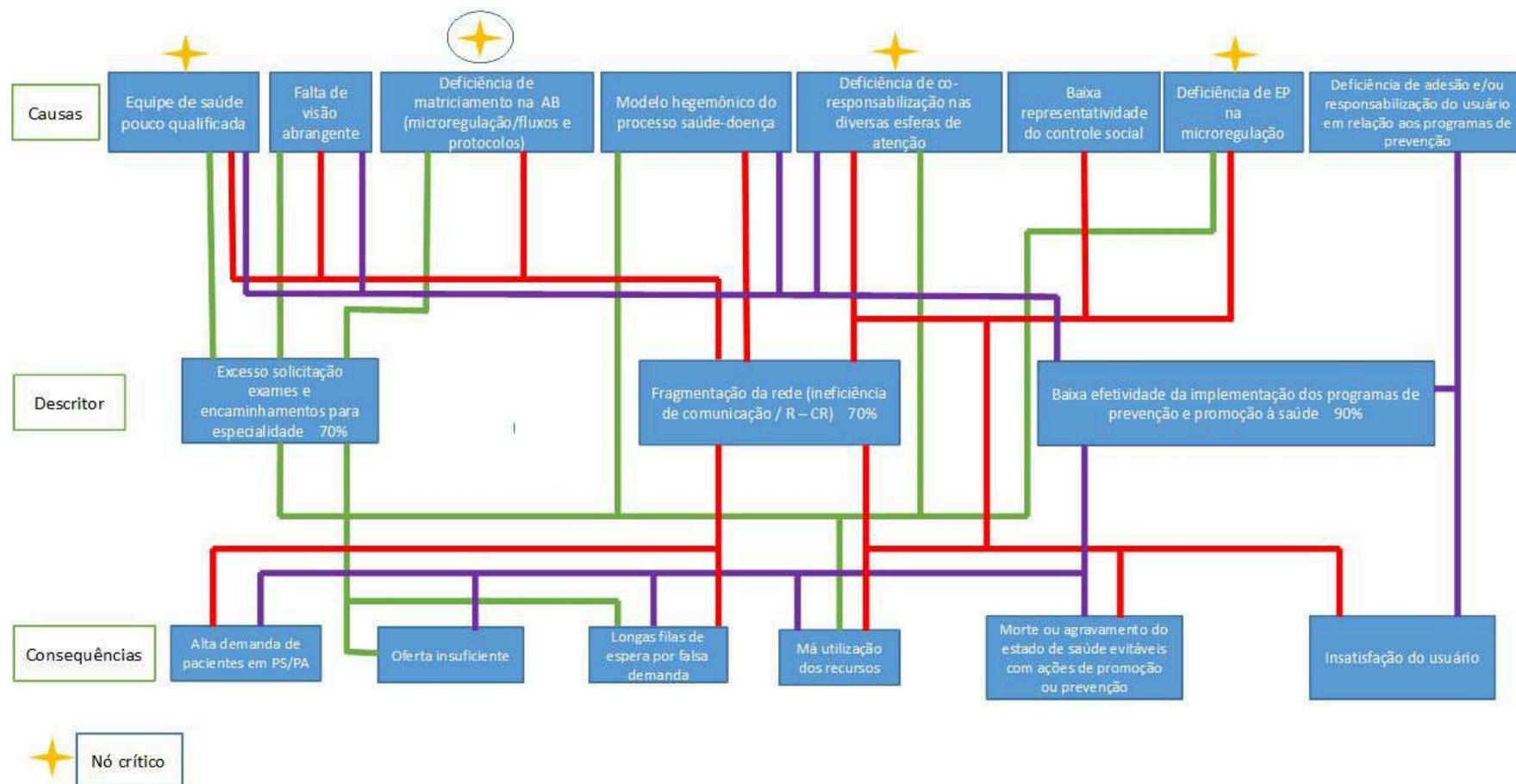
FRANCESE, J. M. et al. La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, p. 48, 2012.

FUNDAÇÃO ROMI. Disponível em: <http://www.fundacaoromi.org.br/images/downloads/cronologia_santa_barbara_doeste.pdf>. Acesso em: out. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça, Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde: A Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, CONASS Debate: Nº 6, p. 49-93, 2016.

6 APÊNDICES

1. Árvore Explicativa



Macro-problema: Baixa Resolutividade da Atenção Básica com ênfase na Microrregulação

2. Matriz de intervenção 5W3H

Espaço do Problema: Santa Bárbara d'Oeste-SP.

Macroproblema: “Baixa Resolutividade da Atenção Básica com ênfase na Microrregulação”.

Nó crítico: Deficiência de matriciamento na Atenção Básica (microrregulação /fluxos e protocolos).

Nó crítico	What > O quê?	Why > Porquê?	How	Who	When	Where	How much	How measure
Deficiência de matriciamento na Atenção Básica (microrregulação /fluxos e protocolos)	Elaboração de um roteiro com os questionamentos que serão feitos à Unidade Básica.	Para que a Unidade Básica possa preparar os dados para a visita do GAF3.	Construção no GAF3	Especializando do GAF3.	Realizado.	FAC III	Não se aplica.	Não se aplica.
	Elaboração do roteiro de análise (o que tenho - quanto tenho - demanda).	Para subsidiar a reunião entre gestores e especializando.	Contribuição individual via e-mail.	Especializando do GAF3.	Realizado.	E-mail.	Não se aplica.	Não se aplica.
	Apresentar o projeto ao Secretário de Saúde 17/09/17.	Para oficializar a adesão ao projeto e obter apoio para a sua realização.	Reunião com a Secretária de Saúde.	Especializando do GAF3.	Realizado.	Secretaria de Saúde de Santa Bárbara D'Oeste.	A definir.	Não se aplica.
	Conhecer a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde de Santa Bárbara d'Oeste.	Qualificar o grupo e embasar as ações para a aplicação do projeto.	Reunião com a Secretária de Saúde, Coordenadora de Atenção Básica e da Regulação.	Especializando do GAF3.	Realizado.	Secretaria de Saúde de Santa Bárbara D'Oeste.	A definir.	Não se aplica.
	Visita à Unidade Básica 21/09/17.	Para apresentar o projeto e conhecer a unidade.	Fazer o levantamento dos dados.	Especializando do GAF3.	Realizado.	Unidade Básica São Fernando.	Não se aplica.	Não se aplica.

	Análise dos dados coletados.	Para subsidiar o projeto aplicativo.	Tabulação dos dados.	Especializando do GAF3.	Reuniões periódicas.	À distância.	Não se aplica.	Não se aplica.
	Levantamento do referencial teórico.	Para referenciar os indicadores apresentados pela Unidade Básica São Fernando.	Levantamento bibliográfico e busca em banco de dados em Saúde.	Especializando do GAF3.	Reuniões periódicas.	À distância.	Não se aplica.	Não se aplica.
	Diagnóstico da atuação da Unidade Básica São Fernando quanto à atuação da Regulação.				Reuniões periódicas.			
	Produção da proposta de intervenção.				Reuniões periódicas.			

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

Ivan Batista Coelho¹
Lilian Gomes Machado²
Cristiane Coelho Cabral³
André Luiz da Silva Farias⁴

1 INTRODUÇÃO

O município de Angra dos Reis possui 819 Km² de área, estando localizado no litoral sul do Estado do Rio de Janeiro, encontrando-se a 150 km do Rio de Janeiro, Altitude de 1,57 m, Latitude Sul 23°57' e Longitude Oeste 44°19'. Apresenta clima tropical com temperatura média anual de 23°, tendo o município de Mangaratiba-RJ como limite Leste, o Município de Paraty-RJ como limite oeste e o município de Rio Claro-RJ como limite Noroeste.

A população residente corresponde a 1,52% do total do Estado. As densidades demográficas são baixas, ainda que bastante heterogêneas nos municípios, variando de 40,6 a 205 hab./Km². Porém, nas temporadas turísticas (dezembro a março e junho a julho), a Região recebe uma população flutuante cerca de cinco vezes maior que a residente, ocasionando problemas de infraestrutura e de atendimento à saúde.

Angra dos Reis é responsável por 62,58% de todas as internações realizadas na Região.

A população de Angra dos Reis era em torno de 180.000 habitantes em 2014, sendo 80% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família – ESF, que vem diminuindo mas ainda está com uma cobertura bastante considerável. No total existem no Município atua 58 equipes de ESF atualmente, com características bem diferenciadas entre si, o que de certa forma requer um esforço maior da coordenação para administrar situações tão diferentes dentro de um mesmo município, visto que Angra possui ESF em área urbana, rural, aldeia indígena, quilombola,

¹Médico, Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas, professor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto e médico intensivista do Hospital Behrens de BH.

² Médica, Mestrado em Ciências área de Concentração Saúde da Criança pelo IFF/FIOCRUZ, médica de família da Secretaria Municipal de Angra dos Reis e Apoio Técnico à Saúde Mental do setor de Educação Permanente em Saúde; UNESA – Campus Angra dos Reis / coordenadora adjunta local da Medicina e professora das Disciplinas de Saúde da Família e Orientação Psicopedagógica, liliangmachado@hotmail.com

³ Médica, Mestrado em epidemiologia com ênfase em Avaliação de Tecnologias de Saúde pela UFRGS, médica de família da Secretaria Municipal de Angra dos Reis; UNESA – Campus Angra dos Reis / coordenadora de Eixo da Saúde da Família, responsável da Disciplina de Saúde da Família 2 e professora da Disciplina de Saúde da Família, ccoelhocabral@gmail.com

⁴ Médico, Mestrado em Gestão de Tecnologias e Inovação em Saúde pelo IEP-HSL, médico de família da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, alsfarias@hotmail.com

acampamento de ciganos, litorânea, serra e ilhas. O aumento de 32 equipes para as atuais foi possível com a adesão do município aos programas ministeriais PROVAB e Mais Médicos.

A estimativa populacional do município para o ano de 2010 foi de 169.270 habitantes (IBGE, 2010). Em 2012 foi de 177.101, segundo IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, 2011-2012, e a estimativa para 2014 é de 184.940 habitantes, segundo estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014.

A distribuição da população por Distrito Sanitário mostra uma maior concentração da população no II e IV Distritos, também considerados os de maiores determinantes sociais de saúde. Em relação à faixa etária de maior população, concentra-se entre 20-29 e 30-29. Todavia observamos em Angra dos Reis um quantitativo populacional importante na infância e na terceira idade.

O Município tem uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) abrangente e qualificada, a figura abaixo mostra a caracterização de Rede de Atenção à Saúde do Município, que apresenta diversos cenários de serviços, destes muitos já com o compromisso direto com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Rede de Atenção à Saúde de Angra consta de Rede de Atenção Primária composta por 58 Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Consultório na Rua, Programa Melhor em Casa, Núcleo de Tratamento de Feridas e pacientes ostomizados; na Saúde Mental conta com CAPS II, ad e i; na Rede Referenciada temos um Centro de Reabilitação e 2 Centros de Especialidades Médicas; na Rede de Urgência e Emergência o município atualmente apresenta 5 SPAs, 1 UPA Pediátrica, 1 Pronto Socorro e SAMU; na Rede Hospitalar temos 1 Hospital geral próprio e 2 conveniados, sendo 1 deles Maternidade de referência de Alto Risco para a região; por fim na Vigilância em Saúde contamos com as Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, além da Saúde do Trabalhador.

Angra dos Reis passa por um momento ímpar, pois a macrogestão tem um interesse pleno de ser um berço de formação de profissionais médicos. Com a adesão do município ao Programa da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 houve a habilitação do Município para receber uma faculdade de medicina, sendo a residência médica simultaneamente um pré-requisito e uma obrigatoriedade para o ensino de graduação.

A capacidade instalada citada acima foi primordial para a comissão de avaliadores do MEC conceder o parecer favorável à instalação de uma faculdade de medicina no município. Paradoxalmente a tamanha estrutura física da rede, convivemos diariamente com a dificuldade de provimento de profissionais de saúde, especialmente médicos, independente do ponto de atenção e da valorização salarial.

Pelo trabalho realizado durante o curso, percebemos que mudar a nossa rede significa qualificá-la e ressignificá-la. Consideramos que a implantação da Residência Médica cumprirá essa

necessidade, além de ser uma estratégia de fixação de médicos no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construção de um plano para elaboração dos Programas de Residência Médica em Angra dos Reis.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Implantação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em 2015.
- ✚ Desenvolvimento do Programa de Residência Médica em Pediatria e Psiquiatria em 2016.
- ✚ Qualificação da REDE de Atenção à Saúde de Angra dos Reis.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Listando os problemas encontrados no Município de Angra dos Reis, construímos essa matriz de problemas, causas e consequências, a nossa Árvore explicativa, que se encontra no Anexo 1.

Percebemos eco na bibliografia consultada, bem como observamos que a decisão política de qualificação do SUS foi ímpar em algumas situações e que em diversas áreas a falta de integração é uma questão a ser vencida. A ampliação da Atenção Básica deve ampliar o acesso e as ofertas de outros serviços, bem como deve ter um sistema de regulação que funcione, uma rede que “se fale”, apoiando-se em Protocolos e Fluxos pertinentes a cada Município.

Angra dos Reis já tem uma Comissão de Residência Médica que vinha discutindo o Projeto, nomeada através da portaria 391 do B.O.de 14de março de 2014 fls 56, ratificada pela Portaria 622 do B.O. de 26 de setembro de 2014 fls 7, com a inclusão de mais um membro, também realizando o Curso do IEP-HSL

Com a participação no Curso de Aperfeiçoamento de Gestão de Programas de Residência Médica seria uma forma de avançarmos nos preparos dos Programas. Tínhamos em nosso horizonte a crença de introduzir seis Programas de Residências oferecidos pelo Ministério da Saúde como “Estratégia de Qualificação da Rede de Atenção à Saúde” (Portaria nº 1248, de 24/06/2013).

Seriam implantados os programas de: Medicina de Família e Comunidade com objetivo de qualificar a rede básica e substituir os programas ministeriais até 2018. Pediatria para suprir uma carência, considerada nacional, de falta de especialista em todos os pontos de atenção. Psiquiatria

para atender a demanda reprimida no município, em função da característica peculiar da população e do histórico da saúde mental do município. Clínica Médica para suprir a carência de plantonistas e médicos de rotina no hospital geral aberto recentemente. Ginecologia e Obstetrícia devido à existência de duas maternidades na cidade, sendo uma delas referência de alto risco na região. Cirurgia Geral pela grande fila de espera das cirurgias eletivas, mesmo para cirurgias de menor complexidade.

No entanto, com a Oficina e análise crítica da nossa realidade percebemos que a partir da palavra-chave “Objetivo Comum”, não seria possível implantar as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Clínica Médica, pois ainda não o pactuamos com os diversos atores em seus cenários.

Ao estudar sobre os pré-requisitos para Residência necessitaríamos de UTI Pediátrica que não disponibilizamos ainda, e de dez leitos em Saúde Mental e por enquanto o município possui oito com perspectivas de ampliar para doze. Dessa forma, decidimos iniciar com o que temos estruturado e optamos pela Residência em Medicina de Família e Comunidade, não abandonando o plano dos demais programas, inclusive com perspectivas da Residência Multiprofissional nas áreas afins.

Dessa forma o objetivo geral do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da COREME-AR/FUSAR é formar Médicos de Família e Comunidade (MFC) para a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da educação em serviço, tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e a relação de serviços oferecida pela Carteira de Serviços.

4 GESTÃO DO PLANO

Analisando nossa Matriz Decisória (Anexo 2) elaboramos nossa estratégia de Gestão do Plano (Anexo2). Sendo a Falta de garantia de recursos municipais para a implantação do PRM nosso maior desafio, buscamos alternativas em cada possibilidade de ação.

A identificação dos Atores Sociais nos mostrou que:

1) Para falta de garantia de recursos municipais para a implantação do PRM, como estratégia para solução deste problema, optamos pelo convencimento do Controlador da Prefeitura devido a sua influência nesta temática sobre os demais atores envolvidos com interesse negativo. A prerrogativa deste convencimento baseia-se que não haverá alteração de impacto financeiro, pois haverá uma substituição do médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) pelos médicos residente excluindo o desconto no Piso de Atenção Básica das unidades escolhidas.

2) Em relação a falta de alojamento para os residentes, como primeira estratégia, usaremos a complementação da bolsa como atrativo para o residente e justificando como forma de

auxílio moradia. Outra possibilidade será aproximação com a empresa Transpetro com parceria para cessão de uma casa como alojamento dos residentes.

3) A fim de conseguir o reconhecimento e responsabilização da ESF como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, Tendo em vista o não aparecimento de nenhum interesse negativo, usaremos como estratégia a articulação com setores chaves (Diretoria de Ação Programática, Diretoria da Estratégia de Saúde da Família, Centro de Especialidades e Educação Permanente) para a formulação e implementação das Linhas de Cuidado Integral prioritárias em nosso município. Outra estratégia poderá ser a disponibilidade do curso teórico da residência para os profissionais da rede.

4) Para responder á questão “Como construir atratividade para o residente?” Inicialmente na construção do Plano ainda não havia a concorrência pública, ainda não sabíamos qual seria a Instituição de Ensino parceira para propormos os convênios. Em relação ao incentivo financeiro, através da complementação de bolsa, optamos pelo convencimento do Controlador da Prefeitura devido a sua influência nesta temática sobre os demais atores envolvidos com interesse negativo. As estratégias seriam complementadas após sabermos qual será a Instituição de Ensino. Hoje, com a Instituição de Ensino já instalada no Município e com a assinatura do COAPES a complementação da Bolsa será paga pela IES, além de estarmos analisando as atratividades de forma mais acadêmica e em parceria.

5) A Infra-estrutura inadequada das unidades que receberão os residentes algumas equipes selecionadas pelo Requalifica UBS terão novas unidades com padrão do Ministério da Saúde e que poderão ser utilizadas como cenário de prática. Nas unidades já existentes algumas adequação precisam ser feitas utilizando a verba da Portaria Ministerial nº 1248/2013 do Ministério da Saúde. Além disso, com a vinda da IES e o COAPES essas estruturas terão cuidado também por essa parceria.

6) A Definição do papel da AB dentro da rede a estratégia de formulação das Linhas de Cuidado Integral potencializa a resolução deste problema.

7) A Inserção do residente dentro de uma rede fragmentada/ desarticulada acreditamos que apesar da maioria dos atores terem interesse positivo em articular a rede de serviços do município, a complexidade para solução deste problema dificulta a mobilização dos profissionais da rede. Nesse sentido, a sensibilização da seccional do CREMERJ possibilita a mudança de paradigma e a percepção dos demais atores no contexto.

No entanto com a realização do Curso de Preceptoría em Residência Médica no SUS foi ímpar para uma maior e melhor integração dos profissionais da REDE, e já colhemos frutos desse Curso com a aprovação do Programa de Residência Médica em Pediatria, oriundo de um Projeto Aplicativo iniciado pelos educandos, sendo este já aprovado pelo MEC e inscrito no CNRM.

É importante informar que já realizamos 3 Provas para a Residência Médica em MFC, tivemos 1 Residente por 3 meses, no entanto não conseguimos fixação em função da não complementação da bolsa, acreditamos que agora com as negociações oriundas da instalação da IES no município, bem como do COAPES, conseguiremos EFETIVAR nosso Programa de Residência Médica em Angra dos Reis.

Acreditamos que nossa Residência em Medicina de família e Comunidade tem um currículo voltado para o cuidado Integral, baseado no MCCP e pautado nas Metodologias Ativas de Ensino.

8. Elaboração do PCP da Pediatria	[X]					[X]													
9. Visita da CNRM para avaliação do Programa de Residência Médica em Pediatria.			[X]																
10. Realizar a 4ª prova para Residência em MFC							[X]												

- [X] - ação iniciada e concluída
- [X] - ação iniciada com conclusão posterior
- X - ação permanente

REFERÊNCIAS

- Almeida, P.F. de. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro, 2010.
- Brasil. M. S. - Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. M.S. - Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- Censo Municipal Diário de 05/11/14.
- Coelho, I.B. - As propostas de modelos alternativos em saúde, www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2147.pdf , acesso em 04/10/2014.
- (Contribuições de Silvio Fernandes, assessor do CONASEMS)
http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/pnan10/rede_a_basica.pdf , acesso em 25/09/2014.
- EDITAL Nº 31, de 24 de julho de 2014.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf (PNPS), acesso em 28/09.
http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf , acesso 25/09/2014.
- IBGE- Censo demográfico e contagem populacional- distribuição dos bairros e distritos pela DNV 2003 a 2007.
- LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.
- Machado, L.G – Reflexões sobre uma prática: Avaliação da demanda Reprimida em psiquiatria no Município de Angra dos Reis – Monografia - Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2014.
- Machado, L.G. e Chaves, M.B.G. - Plano de trabalho para a implantação da Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) –Angra dos Reis, 2017.
- Mendes, E.V. - As Redes de Atenção à Saúde - Ciência & Saúde Coletiva, 15(5), 2010.
- Plano Municipal de Angra dos Reis, 2014-2017.
- Portaria 391 do B.O.de 14de março de 2014 fls 56.
- PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.
- Portaria 622 do B.O. de 26 de setembro de 2014 fls 7
- Resolução nº 4, de 30 de setembro de 2014, comissão nacional de residência médica, ministério da educação secretaria de regulação e supervisão da educação superior.
- Souza, C. L. L. de. Integração da rede de ações e serviços em relação à atenção cirúrgica: o caso de Macaé. - Rio de Janeiro, 2010.

ANEXOS

(1) ÁRVORE EXPLICATIVA

Causas	Problemas	Consequências
.Falta de conhecimento da rede pelos profissionais .Falta de envolvimento da gestão	Falta de integração da rede assistencial	.Inexistência de fluxos .Ações isoladas .Paciente perdido na rede
.Regulação e marcação ineficiente e insuficiente	Deficiência de especialidades e exames	.Insatisfação dos usuários .Ansiedade dos profissionais
.Existência de profissionais sem perfil .Falta de envolvimento da Gestão	Falta de empoderamento da Atenção Básica	.Potencialização dos itens anteriores

(2) MATRIZ DECISÓRIA

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
Inserção do residente dentro de uma rede fragmentada/desarticulada.	Alta	06	Parcial	7
Definição do papel da AB dentro da rede.	Alta	07	Parcial	6
Reconhecimento e responsabilização da ESF como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.	Muito alta	12	Dentro	3
Falta de continuidade das macro-políticas de saúde pela rotatividade dos gestores.	Muito alta	12	Fora	
Como construir atratividade para o residente?	Alta	10	Dentro	4
Infra-estrutura inadequada das unidades que receberão os residentes.	Alta	10	Parcial	5
Falta de garantia de recursos municipais para a implantação do PRM.	Muito Alta	12	Parcial	1

TRABALHANDO COM METODOLOGIAS ATIVAS: MELHORIAS NA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARETH - HMINSN

Aline Negrini¹
Andreska Rafaelli Silva²
Ceany Level da Costa³
Valeria Cristina Nascimento Silva⁴
Lucimara Araújo de Almeida⁵

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Aplicativo faz parte da proposta construtivista do curso de Especialização *lato sensu* em Gestão de Emergência em Saúde Pública, oferecido pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Líbanês. Possui o intuito de integrar a teoria e a prática de profissionais trabalhadores do Sistema Único de Saúde -SUS, baseado em experiências reais e vivências do cotidiano destes profissionais.

Este trabalho foi desenvolvido para Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), especificamente na emergência desta unidade. O HMINSN é referência em ginecologia e obstetrícia no estado de Roraima, países vizinhos (Venezuela e Guiana Inglesa) e populações indígenas, sendo a única maternidade do estado. É composta por seis alas, totalizando 220 leitos, por ser a única referência do estado e manter portas abertas, por vezes mantém-se em superlotação, o que prejudica a qualidade dos atendimentos por ela prestados. Segundo dados fornecidos pela unidade, no ano de 2016 foram realizados 39.438 atendimentos, com 17.363 internações. Ocorreram neste ano 7.301 partos, destes 4.544 normais (51,80%) e 2.757 (31,54%). (SAME/HMINSN, 2017).

¹ Enfermeira, especialista em gestão em emergência em saúde pública pelo Sírio Líbanês, saúde da família e doenças crônicas não-transmissíveis; atua no pronto atendimento Cosme e Silva e HCSA; alinenfermeira@hotmail.com.

² Enfermeira, especialista em Saúde Pública pela Universidade Estácio de Sá; Especialista em Saúde Indígena pela Unifesp; Atua na UTI neonatal do HMINSN e emergência do HCSA, andreska_rafa@yahoo.com.br.

³ Bacharel em Serviço Social na Faculdade Estácio da Amazônia, especialista em gestão em emergência em saúde pública pelo Sírio Líbanês, atua como técnica de enfermagem na UTI neonatal do HMINSN, ceanylevel@yahoo.com.br.

⁴ Médica, bacharel em medicina pela UFRR, título de especialista em Ginecologia e obstetrícia pela FEBRASGO, especialista em gestão em emergência em saúde pública pelo Sírio Líbanês; atua no HMINSN na assistência e como coordenadora do serviço de ginecologia e obstetrícia, vcnsilva@hotmail.com.

⁵ Bióloga, Especialista em Saúde Pública pelo IBPEX, Especialista em Processos Educacionais na Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Líbanês, analista na Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista-RR, almeidaturco@hotmail.com.

A emergência do HMINSN acolhe suas demandas baseadas em protocolos de classificação de risco, porém estes protocolos não estão fortemente instituídos na cultura e na rotina da unidade, cabendo a cada profissional a sua própria interpretação dos protocolos, haja vista que estes profissionais não receberam treinamento formal para a classificação. O atendimento médico na emergência é especializado, porém a unidade não possui protocolos clínicos institucionais, cabendo ao próprio médico optar pela conduta que julga mais coerente. Outra questão problemática observada na emergência da maternidade é a demanda de pacientes não urgentes, que aumentando o número de atendimentos deste setor.

Romani et al (2009) em seu estudo, definiu os conceitos de emergência e urgência. Segundo os mesmos autores a emergência é uma “ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo portador necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas, esclarecer se há agravos à saúde, ou providenciar condições que favoreçam a melhor assistência médica”, enquanto que a urgência foi definida como uma “ocorrência de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas”.

Utilizando as metodologias construtivistas/problematizadoras propostas pelo curso, levantamos os problemas e elencamos o mais relevante, factível e dentro de nossa governabilidade. A “Baixa efetividade na Assistência na Emergência do HMINSN” foi o problema trabalhado e ações foram planejadas no decorrer do curso. Estas ações foram pautadas na organização (protocolos clínicos e institucionais) e capacitações dos profissionais atuantes neste setor.

Gonçalves (2014), relata que a capacitação dos profissionais trabalhadores do SUS, através de metodologias reflexivas, promove uma transformação qualitativa, melhora a autonomia dos autores envolvidos, qualifica as relações entre os profissionais, estreitando-as, promovendo reflexões acerca das vivências de trabalho. Também através do estudo de Gonçalves (2014), o mesmo percebeu o desejo continuidade na educação e aumento o comprometimento com o trabalho.

“Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009)”.

O projeto foi desenvolvido por especializadas atuantes na maternidade, em diversos setores de atuação e profissões e funções diversificadas (enfermeiras, médica e técnica em

Enfermagem) Este grupo foi denominado Grupo Afinidade 3 (GAF 3) - HMI e contava inicialmente com 10 membros.

2 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade da Assistência da Emergência do HMINSN, por meio de padronizações da atenção em saúde e educação permanente/continuada com as equipes prestadoras de assistência.

1.2 Objetivos Específicos

- ✚ Criar grupo de trabalho para a elaboração dos protocolos institucionais;
- ✚ Implantar de protocolos institucionais para a emergência do HMINSN;
- ✚ Fortalecer e efetivar as ações de educação permanente/continuada, voltadas a profissionais atuantes na emergência;
- ✚ Sensibilizar gestores e profissionais quanto a importância e necessidade de uniformização do trabalho.

2 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A metodologia utilizada para construção do Projeto Aplicativo ou projeto de intervenção foram as Problematizadoras (metodologias ativas), que buscam através de atividades reflexivas e planejamentos estratégicos a resolução de problemas presentes e experienciados pelos seus atores reais, inseridos na realidade trabalhada. Elas buscam além da resolução dos problemas encontrados, a reflexão acerca da realidade, instiga o cumprimento de diversas etapas que permeiam entre o real e o factível, traduzindo em um projeto que possa ser colocado efetivamente na prática.

Ao compreender estes fundamentos, percebemos que as múltiplas facetas da realidade situacional devem ser observadas, não existindo uma fórmula pronta e sim uma releitura destas realidades, dependendo de como com seus atores estão inseridos nela.

Os instrumentos utilizados para nortear estes caminhos, foram oficinas e termos de referência fornecidos pelo curso, bem como vídeos que exemplificaram e orientaram as tomadas de decisões. As oficinas utilizaram metodologias construtivistas/problematizadoras, que nos introduziram conceitos e reflexões acerca de planejamento estratégico (Oficina de Trabalho do

Projeto Aplicativo 1), identificação dos problemas no HMINSN e a relevância destes problemas em Gestão de Emergências em Saúde Pública.

A união de profissionais inseridos e conhecedores da realidade, buscou a construção de um projeto factível, baseado em necessidades e problemas reais observados por profissionais que vivem e convivem com a realidade. Os passos desta construção foram pontudos e brevemente descritos abaixo:

- Estrutura física insuficiente e inadequada;
- Insuficiência de profissionais;
- Insuficiência de materiais e medicamentos;
- Precarização da assistência;
- Desmotivação da equipe.
- Durante atividade de priorização dos problemas, foram levados em conta os seguintes critérios para a seleção: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. Utilizou-se a matriz decisória II (pg. 25 e 26 do caderno do PA), que destaca a urgência e a capacidade de enfrentamento do problema para a priorização do mesmo. Após aplicação deste método definiu-se com problema prioritário do HMINSN a “Precariedade na assistência ofertada”, não por ser classificado como o mais urgente, e sim por ser considerado pelo grupo como o de maior capacidade de enfrentamento.

Para que possamos explicar os problemas, realizamos a construção da “Árvore Explicativa dos Problemas”. Segundo Calleman (2017), para a realização desta dinâmica alguns movimentos devem ser seguidos. O primeiro movimento consiste em descrever o problema e este foi o momento de maior desafio, pois precisamos refletir acerca do nosso problema e redefini-lo. Esta etapa concluída, identificamos as causas que determinaram o problema seguido das consequências dos problemas. Devido à complexidade na demonstração gráfica da árvore, está será representada de forma esquemática.

Problema: Baixa efetividade da assistência prestada na emergência do HMINSN;

Descritor: 100% assistem baseados em seu próprio referencial/formação

Causas:

- Baixa oferta de educação continuada e permanente;
- Ausência de protocolos clínicos;
- Fragilidade na aplicação dos protocolos clínicos;
- Falta de interesse dos profissionais na construção dos protocolos;

Consequências:

- Baixa qualidade no atendimento;

- Superlotação da unidade;
- Avaliações e condutas inadequadas;
- Sobrecarga de trabalho para a equipe;
- Aumento na mortalidade materno/fetal.

Descritor: 70% dos atendimentos na emergência são classificados como não urgentes;

Causas:

- Baixa oferta de educação continuada e permanente;
- Baixa cobertura na atenção básica;
- Fragilidade no fluxo HMINSN e a atenção básica.

Consequências:

- Superlotação da unidade;
- Sobrecarga de trabalho para a equipe;
- Aumento na mortalidade materno/fetal.
- **Descritores:** 20% das internações são desnecessárias;

Causas:

- Avaliações e condutas inadequadas;
- Sobrecarga de trabalho para a equipe;
- Aumento na mortalidade materno/fetal.

Consequências:

- Superlotação da unidade;
- Sobrecarga de trabalho para a equipe;

Diversos foram os desafios durante esta construção. Por vezes precisamos reconstruir e refletir nossos problemas, ações e práticas assistenciais, sendo o momento de maior dificuldade que o grupo enfrentou.

Com a árvore explicativa dos problemas concluída identificamos os dois “nós críticos”, presentes em nossa realidade. Estes “nós” descrevem dois problemas base para os demais trabalhados, são eles: Ausência de protocolos assistenciais como nó 1 (N1) e a Baixa oferta de educação continuada como nó 2 (N2).

4 GESTÃO DO PLANO

A viabilidade do plano de ação corresponde ao momento de intervenção dos problemas propriamente ditos.

Alday (2000), refere-se ao “Planejamento Estratégico como mais que um documento estático, deve ser visto como um instrumento dinâmico de gestão, que contém decisões antecipadas sobre a linha de atuação a ser seguida pela organização no cumprimento de sua missão”.

Com base nos conceitos de planejamento estratégico, iniciamos o processo de análise de viabilidade com base na matriz de motivação dos atores sociais, segundo o plano de ação previamente construído. A ação N1- Implantar protocolos assistências, demonstrou-se com mais opositores, logo mais conflitiva e para ela construímos a matriz de análise das estratégias de viabilidade, levando -se em conta os recursos necessários em quem os controla.

Com base nesta ação, as atividades necessárias para a concretização do plano de ação são:

1. Formação de Grupos de trabalho multidisciplinares permanentes para elaborar os protocolos (A1);
2. Sensibilização dos profissionais na participação ativa da elaboração e implantação dos protocolos (A5);
3. Apresentação dos protocolos criados para aprovação junto ao comitê de ética (A6);
4. Capacitar os profissionais quanto aos protocolos (A7).
5. Reuniões periódicas para revisão dos protocolos (A4);
6. Supervisão das atividades com os protocolos assistências (A3);

Após a análise da viabilidade das atividades, três atividades apresentaram-se com baixa e média (A3, A4 e A5) e para tal elaboramos operações intermediárias, que são estratégias usadas para aumentar a viabilidade, citadas abaixo:

A3- Estimular frequentemente a discussão de casos e trocas de experiências baseadas nos protocolos;

A4- Termo de compromisso formal para que as pessoas permaneçam engajadas na participação das reuniões;

A5- Mostrar aos profissionais envolvidos a importância dos protocolos e resultados positivos com a sua implantação baseada em evidências.

Para o N2 de nosso plano - “A baixa oferta da educação continuada/permanente”, as seguintes atividades foram construídas:

1. Sensibilizar os gestores da importância da capacitação dos profissionais de forma permanente e continuada para melhoria do serviço;
2. Cronograma periódico de oferta de cursos e capacitações para os profissionais;
3. Firmar parcerias com outras instituições, para viabilizar a educação permanente e continuada.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Formação de Grupos de trabalho multidisciplinares permanentes para elaborar os protocolos	 Documento indicando os profissionais multidisciplinares que farao parte permanete na elaboracao dos protocolos
2	Sensibilização dos profissionais na participação ativa da elaboração e implantação dos protocolos	 Mostrar aos profissionais envolvidos a importância dos protocolos e resultados positivos com a sua implantação baseada em evidências, com abrangência de 100% dos profissionais
3	Apresentação dos protocolos criados para aprovação junto ao comitê de ética	 Protocolos aprovados e implantados
4	Capacitar os profissionais quanto aos protocolos	 100% dos profissionais capacitados
5	Reuniões periódicas para revisão dos protocolos	 Termo de compromisso formal para que as pessoas permaneçam engajadas na participação das reuniões
6	Supervisão das atividades com os protocolos assistências	 100% dos protocolos elaborados e implantados
7	Implementar as ações de educação continuada e permanente	 100% dos profissionais em constante atualizacao

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019			
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	
ACÇÃO 1 IMPLANTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	[X]																			
.FORMAÇÃO DE GRUPOS DE TRABALHO MULTIDISCIPLINARES, PERMANENTES PARA ELABORAR OS PROTOCOLOS A1)		[X]	X	X																
. SUPERVISÃO DAS ATIVIDADES COM OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS; (A6)					[X]	X	X													
REUNIÕES PERIÓDICAS PARA REVISÃO DOS PROTOCOLOS; (A5)							X			X			X			X				
. SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA PARTICIPAÇÃO ATIVA DA ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS ; (A2)							X			X			X			X				X
. APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS CRIADOS PARA APROVAÇÃO JUNTO AO COMITÊ DE ÉTICA; (A3)						X														
. CAPACITAR OS PROFISSIONAIS QUANTO AOS PROTOCOLOS; (A4)																X	X	X	X	

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

ALDAY, Hermam, E. Contreras. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica Revista da FAE, 2017. Disponível em <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/505>, acesso em 11/11/2017, às 17:00.

CALEMAN, Gilson, et al. *Projeto Aplicativo*. Termos de referência. 1 ed. São Paulo: Ministério da Saúde, 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. 7.ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2003.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ, Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Boa Vista. 2017.

LIMA, Valéria, Vernaschi. Iniciativas educacionais do IEP/HSL, 2017, pág. 13. In: MASSARO, A. et al. *Gestão de Emergência em Saúde Pública: caderno de curso*. São Paulo: Ministério da Saúde , 2017.

GONÇALVES, Verônica Marques de Assis. Educação permanente e parada cardiorrespiratória: um relato de experiência no âmbito da enfermagem. *Gerai Rev. Saúde Pública SUS MG*, 2014. em [ffile:///C:/Users/HOME/Downloads/Cap4-47-58.pdf](file:///C:/Users/HOME/Downloads/Cap4-47-58.pdf), acesso em 20/07/2017 às 14:35..

SCHRAIBER, Lilia B. lima, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva.*, vol.4, n.2, 1999. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>, acessado em 12/11/2017 as 16:30.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Protocolos de Cuidado a Saúde e de Organização de Serviços. Ed Coop Med., 2009, pág. 33.

-ROMANI, Menon Humberto et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética*, 2009. Acesso em 23/11/2017. Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533248005>> ISSN 1983-8042.

ANEXOS:

1. Árvore explicativa

GAF 3- PROBLEMA PRIORIZADO: DIVERGÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS QUANTO AS CONDUTAS CLÍNICAS NOS ATENDIMENTOS DA EMERGÊNCIA DO HMI



			atividades com os protocolos assistenciais;	enfermagem Coordenação de terapia e suporte		Direção clínica Direção de enfermagem		
ii Baixa Oferta De Educação Continuada/Permanente (N2)	Implementar as ações de educação continuada e permanente(N2)	Ter Profissionais em constante atualização	1-Fortalecer o departamento de ensino e pesquisa; 2-Elaboração de cronograma de educação continuada baseada na necessidade do serviço		1 ano	Direção geral Departamentos e profissionais que não se sensibilizaram		Número de vagas ofertadas / numero de inscritos Cálculo: no de profissionais / no de profissionais capacitados

VIGITEC: UMA NOVA FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ana Carolina Frazão¹
Cassius Tadeu de Lima Dias²
Cristina Quemelo Adami Fais^{3,4}
Felipe Ambrosano de Moraes⁵
Helena Husemann Menezes⁶
Maria do Carmo Rezende Fanni⁷
Paulo Henrique Leuteviler Pereira⁸
Plínio Cavalcanti de Albuquerque Neto⁹
Priscilla Brandao Bacci Pegoraro¹⁰
Yunes Eiras Baptista¹¹
Marcelle Regina Silva Benetti (Orientador)

1 INTRODUÇÃO

No trabalho da Vigilância Sanitária (Visa), constantemente nos deparamos com situações problemáticas que representam desafios a serem enfrentados e solucionados.

A partir do diagnóstico de uma situação problemática que se insere sob um contexto, um racional que avalia a carga negativa dessa situação poderá levar à constatação da necessidade de se intervir sobre tal problema. Uma vez que se opta pela intervenção, é necessário escolher a tecnologia a ser utilizada e avaliar recursos financeiros, humanos e tecnológicos necessários. Não menos importante, é levantar os atores envolvidos no contexto da situação problemática, a fim de se prever seus interesses perante a intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

¹ Enfermeira, Bacharel em Enfermagem pela UNICAMP, Grupo de Vigilância Sanitária GVS-XVII, carolfrz@hotmail.com

² Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública pela UNICAMP, Prefeitura Municipal de Campinas, cassius.dias@campinas.sp.gov.br

³ Física Médica, Mestre pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, ANVISA, crisquemeloadami@gmail.com

⁴ Farmacêutico, Bacharel em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal de São Paulo, ANVISA, ambrosano_2003@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela UNICAMP, Departamento de Vigilância em Saúde/Prefeitura Municipal de Campinas, helenahmenezes@hotmail.com

⁶ Farmacêutica, Bacharel em Farmácia e Bioquímica pela Universidade de Juiz de Fora, ANVISA, maria.fanni@anvisa.gov.br

⁷ Químico, Mestre em Química Analítica pela Universidade de São Paulo, Instituto Adolfo Lutz, pauloleuteviler@gmail.com

⁸ Direito, Bacharel em Direito pela Universidade São Francisco, ANVISA, pcaneto@hotmail.com

⁹ Enfermeira, Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Prefeitura Municipal de Campinas, pribacci@gmail.com

¹⁰ Análise de Sistemas, Especialista em Supply Chain (Logística) pela UNICAMP e Especialista em Inteligência Artificial pela Universidade Federal de São Carlos, ANVISA, yuneseb@gmail.com

¹¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UNICAMP, Prefeitura Municipal de Campinas, marcelle.regina@gmail.com

O desenvolvimento de capacidades de intervenção que visam à transformação da realidade pode ser realizado a partir da construção de projetos aplicativos, que são tidos como uma das tecnologias de intervenção existentes (CALEMAN et al, 2016).

A citação a seguir traz o conceito e o contexto de aplicação de um projeto aplicativo (PETTA et al, 2015):

O projeto aplicativo é uma produção do tipo pesquisa-ação ou pesquisa participativa que envolve todos os participantes de um grupo afinidade. Contempla a seleção, pactuação e caracterização de um problema para a construção de uma proposta de intervenção. Um dos objetivos da intervenção deve ser a melhoria dos processos de formação e de atenção à saúde por meio da articulação ensino-serviço.

Segundo a metodologia do curso, o projeto aplicativo foi desenvolvido pelo grupo afinidade, de acordo com as seguintes oficinas de trabalho: leitura da realidade, identificação de problemas, priorização de problemas, identificação de atores sociais, explicação do problema priorizado, construção do plano de intervenção, análise de viabilidade e gestão do plano. Com a ajuda dessa metodologia foi possível mapear problemas visualizando a realidade atual e mapear alternativas para solucionar tais itens. Um destes foi escolhido para ser desenvolvido um projeto aplicativo deste trabalho.

Atualmente, no século XXI, estamos vivendo na chamada Era do Conhecimento, que é produto de uma revolução científica e tecnológica sem precedentes na história. O conhecimento se torna obsoleto em pouco tempo e o padrão tecnológico se renova rapidamente (EBOLI et al, 2010).

Segundo dados da 28ª Pesquisa Anual de Administração e Uso de Tecnologia da Informação nas Empresas, realizada pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, até outubro de 2017, haveria 208 milhões de aparelhos de smartphones no Brasil, ou seja, aproximadamente um aparelho em uso por habitante (CAPELAS, 2017).

Além disso, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, no Brasil 92,3% dos domicílios possuem, pelo menos, um celular, enquanto 66% das casas não contam com tratamento adequado de esgoto em sua região.

As informações acima relatadas revelam o impacto do uso de dispositivos móveis no cotidiano da sociedade moderna, que podem ser utilizados como ferramentas de comunicação e educação em saúde.

Porém, como trabalhadores de vigilância sanitária, reconhecemos que ainda não incorporamos novas tecnologias de comunicação, dificultando o alcance e o diálogo com a sociedade. Este projeto traz uma proposta inovadora de implementação de uma nova tecnologia de comunicação entre a vigilância sanitária e a sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar um canal de comunicação entre a vigilância sanitária e os usuários dos estabelecimentos de alimentação do Aeroporto Internacional de Viracopos.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver uma plataforma digital de comunicação de baixo custo para recebimento de denúncias, críticas, sugestões e divulgação de legislações e assuntos de interesse sobre alimentação segura;
- Qualificar os serviços prestados pelos estabelecimentos de alimentação;
- Promover a participação da população junto às ações de vigilância sanitária.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como parte inicial da construção do projeto aplicativo, foram realizadas dinâmicas para identificação de problemas, através de quatro movimentos: levantamento de problemas em relação à realidade atual de cada um, agrupamento dos problemas semelhantes, declaração de macroproblemas identificados e declaração dos desejos de mudança. Durante a atividade, ficou evidente que, apesar de ser um grupo “afinidade”, as realidades de trabalho eram muito divergentes e, como consequência, alguns problemas levantados eram muito específicos de cada área. O grupo afinidade foi composto por cinco servidores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), dois representantes do Departamento de Vigilância em Saúde de Campinas (Devisa), uma coordenadora regional de Vigilância Sanitária de Campinas, uma representante do Grupo de Vigilância Sanitária (GVS) estadual e um pesquisador do Instituto Adolf Lutz (IAL).

Durante as discussões foram identificados 4 macroproblemas: limitação das atividades da VISA, descontinuidade de projetos, falta de padronização nas ações de VISA e insuficiência de recursos operacionais. Estes macroproblemas são bem amplos para permitir a abrangência de todos os problemas apontados para desenvolvimento do projeto, então definiu-se que o macroproblema a ser estudado seria o “limitação das atividades de vigilância sanitária”, visto que é notório a restrição das intervenções da vigilância sanitária no desenvolvimento de possibilidades de atuação pela busca de soluções para as demandas da população, dos gestores, bem como dos profissionais que atuam no setor da vigilância sanitária e os seguimentos empresariais que buscam este serviço. Outro aspecto relevante diante deste contexto é que, segundo Duarte e Teixeira (2009), a

capacidade de mudanças do trabalho e do campo da vigilância sanitária é limitada por uma série de fatores, com destaque para o modo de organização dos serviços de saúde, que mantém uma lógica hierarquizada e tecnicista. Com isto, se faz necessário darmos respostas às situações cada vez mais urgentes em relação às demandas diárias que chegam aos serviços de vigilância sanitária, proporcionando a reformulação e a implementação de ações complementares às já existentes, devendo sempre ser orientadas para metas plausíveis e coerentes com os recursos disponíveis. Vale lembrar ainda que, na busca por aumentar a capacidade de intervenção frente aos problemas, a vigilância sanitária deve caminhar na direção de intervenções mais integradas e contar com o apoio da sociedade para o melhor êxito de suas ações que, em última análise, têm como objetivo primordial protegê-la dos riscos à saúde.

Devido à amplitude do macroproblema escolhido e a heterogeneidade do grupo, decidiu-se desmembrar o macroproblema “Limitação das atividades de Vigilância Sanitária” em quatro macroproblemas: pouca atuação da vigilância sanitária no pós-mercado, baixa integração intra e intersetorial, dificuldade de atuação da Visa e comunicação pouco efetiva da Vigilância Sanitária com a sociedade.

Após o desmembramento e revisão do macroproblema inicial, decidiu-se priorizar o macroproblema “Comunicação pouco efetiva da Vigilância Sanitária com a sociedade”.

A escolha foi motivada pela compreensão de que, no contexto atual, a comunicação da Vigilância Sanitária não é efetiva em dar visibilidade a sua função social que é a de promoção e proteção da saúde. Observa-se que a comunicação é realizada, predominantemente, de maneira autoritária e normatizadora, fato que gera insatisfação em todos os setores da sociedade, principalmente da população em geral.

Segundo Champagne et al. (2011), uma intervenção, seja ela um projeto, programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ações que inclui, em um determinado contexto os objetivos (o estado futuro que orienta as ações), os agentes (atores sociais), estrutura (recursos e regras) e os processos (relação entre recursos e atividades).

Explicar um problema tem seu foco em duas questões principais, a saber: caracterização e explicação do problema. Para tanto a estratégia utilizada foi a *Árvore Explicativa* que consegue contribuir para uma visão mais geral da situação problemática, atuando em uma realidade concreta e contribuindo para análise de resultados insatisfatórios, priorização dos problemas, bem como formulação de prováveis explicações para a ocorrência dos mesmos.

Para um problema ser solucionado é necessária clareza de entendimento, bem como um modelo adequado para sua interpretação. Do contrário, poderá trata-los parcialmente sem resolvê-los (MATUS, 1993).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem como ferramenta a Árvore do Problema ou Árvore Explicativa (Anexo I) na qual é possível reconstruir de maneira simplificada os processos que geram os problemas e as consequências identificadas.

A explicitação das relações entre causa e consequências gera um diagrama de causa-efeito. A boa descrição dos problemas e a construção de um fluxograma relacionado às causas e consequências possibilita a identificação de potenciais obstáculos e oportunidades para intervenção. Esta explicação situacional representada por fluxograma é conhecida como árvore explicativa. Sendo que esta representação gráfica simplifica a realidade expressando menor complexidade.

A partir dos nós críticos identificados na árvore explicativa, iniciamos a dinâmica para construção das intervenções, definindo a situação futura desejada. Utilizamos como ferramenta a planilha 5W3H. Sua aplicação permite mapear atividades, estabelecendo o que deve ser feito e porque, quem o fará, em que período de tempo e em que área da instituição. O grupo decidiu que o território de aplicação do projeto seria no aeroporto de Viracopos, com foco na área de alimentos. Além disso, decidimos trabalhar somente com os nós críticos “linguagem utilizada pela VISA não é adequada para a compreensão” e “baixa relação educacional da VISA com a sociedade e vice versa” e de forma unificada, pois entendemos que temos pouca governabilidade sobre o nó “Modelo de gestão rígido e pouco criativo”. Após as definições, aplicamos novamente a ferramenta 5W3H, conforme Anexo II.

A escolha pelo aeroporto de Viracopos com foco na área de alimentos considerou a viabilidade e factibilidade do projeto, sendo que um dos motivos se refere ao fato da gestora do Posto de Vigilância de Portos, Aeroportos e Fronteiras - PVPAF - Campinas ser uma das participantes deste grupo e apoiadora do projeto, facilitando o acesso e demonstrando interesse em seu desenvolvimento. Também foi determinante nesta escolha o fato de não existir no aeroporto de Viracopos um canal formal de comunicação, pelo qual a população poderia receber informações e prestar queixas e denúncias.

Além disso, transitam pelo aeroporto de Viracopos cerca de 26000 pessoas/dia, que consomem alimentos disponíveis nos estabelecimentos de alimentação e nas aeronaves (o aeroporto conta com 53 estabelecimentos, sendo 44 quiosques, lanchonetes e restaurantes e 9 ambulantes cadastrados). O aeroporto é considerado uma área de fronteira, sujeita a receber agentes infecciosos com grande capacidade de propagação. E, qualquer contaminação na alimentação dos passageiros ou tripulantes, dificulta o manejo e socorro dos afetados após a decolagem dos aviões.

A seguir, seguem dados de relevância sobre o aeroporto, que nos ajudaram a embasar e escolher este local como objeto de nosso PA:

- Destinos: 64 nacionais (para as cinco regiões do Brasil) e 3 internacionais;

- De janeiro/2017 até outubro/2017 circularam: 6.778.330 passageiros domésticos e 425.854 internacionais;

- Conexões de voos regulares nacionais ocorrem em aproximadamente 50% desses voos. Tais passageiros permanecem no aeroporto entre 1 e 3h, o que aumenta significativamente a chance de consumo de alimentos no local;

- O perfil da população credenciada é: aproximadamente 25% vive em um raio de até 10km e 50% em um raio entre 10 e 30km do aeroporto.

A relevância dos estabelecimentos de alimentação para a saúde da população pode ser pensada ao considerarmos que a alimentação é um elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa às relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Segurança alimentar, segundo a Food and Agriculture Organization e a World Health Organization FAO/WHO, consiste em:

Garantir o acesso continuado para todas as pessoas a quantidades suficientes de alimentos seguros que lhes assegurem uma dieta adequada; atingir e manter o bem-estar de saúde e nutricional de todas as pessoas; promover um processo de desenvolvimento socialmente e ambientalmente sustentável, que contribua para uma melhoria na nutrição e na saúde, eliminando as epidemias e as mortes pela fome. (FAO, 2011, p.15).

Dessa forma, podemos fazer um paralelo e pensar em como a Visa tem importância em garantir o acesso à população de uma alimentação dentro de condições sanitárias adequadas. Portanto, trabalhar com a vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes.

É interessante para a Visa, monitorar não somente a qualidade e oferta desses alimentos, mas também o padrão alimentar e os indicadores nutricionais de consumo da população, contribuindo e estimulando hábitos mais saudáveis e ofertando informações de fácil acesso para os consumidores.

A educação em saúde para ser significativa, deveria adquirir relevância como prática comunicativa, não por ensinar comportamentos a serem aprendidos, mas por seu potencial em situar a população em relação às políticas públicas, aos programas, às rotinas, aos procedimentos. No entanto, isso não ocorre e não são contemplados aspectos elementares de qualquer ação de comunicação, como considerar a população a que se destina, a finalidade, a adequação da linguagem utilizada, o canal de circulação (MARINS e ARAÚJO, 2016).

Após a conclusão das discussões, percebemos que descrevemos as ações de forma ampla e que precisávamos refiná-las. Estabelecemos então o seguinte plano de ação:

- a) Desenvolver um protótipo do aplicativo;
- b) Apresentar o projeto da criação de um canal de comunicação ao Gerente Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Anvisa, a fim de solicitar autorização de implementação;
- c) Sensibilizar a equipe de servidores da Anvisa no aeroporto de Viracopos quanto à necessidade da criação de um canal de comunicação com a população;
- d) Estabelecer uma equipe responsável pela gestão e atendimento da demanda gerada pelo aplicativo;
- e) Desenvolver e qualificar o aplicativo;
- f) Confeccionar os cartazes de divulgação;
- g) Divulgar o aplicativo através de cartazes;
- h) Manter o aplicativo atualizado;
- i) Monitorar as denúncias postadas.

Não é novidade o uso de aplicativos em saúde. O Ministério da Saúde utiliza o *E+Saúde*; a Vigilância Sanitária do Tocantins também já é adepta ao uso dessa tecnologia, entre outros serviços de saúde. Inclusive, o município de Campinas utiliza o *Colab* como ferramenta de denúncias e forma de aproximação do cidadão com o poder público.

Entretanto, não existem aplicativos voltados especificamente para a vigilância sanitária, bem como já mencionado, não existe canal de comunicação oficial da Anvisa no aeroporto de Viracopos.

O *VIGITEC* foi o nome escolhido pelo grupo para o aplicativo. A plataforma utilizada para seu desenvolvimento foi a *AppMachine*, que se caracteriza como plataforma modular, de fácil manuseio e baixo custo, não sendo necessário profissional especializado na área de informática para implementar a programação.

O valor anual estimado para desenvolvimento, publicação e suporte varia entre R\$350 e R\$800. Além disso, a manutenção e a operação podem ser realizadas por um ou dois servidores, ou estagiário da área de informática, com acesso à internet.

No momento, optamos por trabalhar com um aplicativo para a área de alimentos, figura 1. Entretanto, como a estrutura da plataforma é modular, permite-se que cada município ou órgão desenvolva seus respectivos aplicativos, conforme seus interesses e necessidades de saúde da população, havendo possibilidades de integração através da criação de uma base de dados nacional que receba as informações dos módulos regionais para posterior análise desses dados. Esta integração poderá contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, bem como com

pesquisas em distintas áreas, favorecendo a análise situacional de saúde e priorização de investimentos financeiros.



Figura 1- Foto do aplicativo VIGITEC PROTÓTIPO.

Trata-se de um projeto vivo, que pode ser ajustado ou reformulado conforme necessidades, ampliando-se a capacidade da análise de gestão da vigilância sanitária.

4 GESTÃO DO PLANO

O gerenciamento de um projeto aplicativo está relacionado ao acompanhamento da aplicação prática do plano de ação elaborado, por meio do monitoramento das intervenções implementadas. Tem como objetivo a avaliação da qualidade e possibilidade de alterações, buscando ajustes das operações envolvidas frente aos resultados obtidos diante da mudança da circunstância da realidade que se deseja alterar.

Através da avaliação contínua e periódica, ou seja, de modo sistemático, é possível a obtenção de informações em tempo oportuno para viabilizar a tomada de decisão, de acordo com a identificação de problemas ou imprevistos, propondo assim, a solução ou mitigação dos mesmos.

Com isto, é possível redirecionar os encaminhamentos das ações, avaliando a necessidade de implementação de outras práticas sanitárias relacionadas ao tema. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa (COSTA; CASTANHAR; 2003).

Segundo Contandriopoulos, et al (1997); os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos:

- Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Já de acordo com o GUIA PMBOK® (2013), monitorar e controlar o trabalho de um projeto é o processo de acompanhamento, revisão e ajuste do progresso para atender aos objetivos de desempenho definidos no plano. É composto da coleta, medição e disseminação de informações sobre o desempenho, bem como da avaliação de medições e tendências para efetuar melhorias no processo.

Ainda de acordo com este mesmo guia, é muito importante monitorar e controlar o trabalho do projeto, principalmente, para: avaliar a saúde do projeto durante todo ele; identificar áreas que exigem atenção especial; recomendar ações para corrigir ou evitar os desvios; garantir a qualidade (saúde) do projeto através do monitoramento, check-list e contingência prevista.

É fundamental construir um sistema de gestão do plano, que coordene e acompanhe a execução das ações, promova a comunicação e integração dos envolvidos, faça as correções necessárias, e garanta que ele seja efetivamente implementado. Recomenda-se o acompanhamento dos resultados, observando a coerência entre indicadores/critérios e os resultados esperados (CALEMAN et al, 2016).

Ainda no que se refere à gestão do plano, este mesmo autor sugere critérios para a classificação das ações do plano, as quais foram adotadas para este projeto aplicativo, a saber: viabilidade; impacto; comando; duração, recurso e precedência, bem como parâmetros para o monitoramento do plano, por meio dos quais serão verificados: situação, resultados, dificuldades e novas ações e/ou reajustes, de acordo com cada ação, em ordem de precedência, assim como o cronograma de acompanhamento de implantação do plano, referenciado a cada uma das ações.

Diante de todas as contribuições da bibliografia selecionada, fica evidente que a avaliação deve ser entendida como componente da gestão e tem como propósito fundamental fornecer

suporte aos processos decisórios, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação das ações envolvidas no projeto.

Obter resultados por meio de processo de monitoramento deste projeto aplicativo, torna-se instrumento de avaliação importante no que se refere aos objetivos, metas e resultados a serem alcançados, proporcionando, se necessário, o aprimoramento do aplicativo e do cartaz informativo, o que pode refletir em possibilidade de maior participação do cidadão frequentador dos locais de alimentação do Aeroporto de Viracopos em relação ao consumo de alimentação segura, conferindo o empoderamento das pessoas no papel de vigilante, e contribuindo também com os responsáveis por estes estabelecimento a buscarem continuamente a adequação diante das exigências legais envolvidas neste ramo de atividade, bem como a qualidade dos produtos oferecidos e a satisfação dos clientes.

A proposta de monitoramento do plano de ação do projeto aplicativo foi realizada com base nas etapas de implementação do projeto, desde a concepção e manutenção do aplicativo de celular, a sensibilização e aprovação das ações junto aos atores, o apontamento dos responsáveis por cada etapa e a divulgação do projeto junto aos usuários.

A proposta de monitoramento do plano de ação do projeto, quando em andamento, se dará através da confecção de relatórios mensais e consolidados trimestrais produzidos pelos responsáveis pelas operações, e que deverão ser analisados pelo grupo colegiado envolvido. Nos relatórios, constarão indicadores quantitativos referentes ao número de acessos ao aplicativo, número de denúncias efetuadas, situação sanitária dos estabelecimentos, bem como indicadores da qualidade das informações prestadas, críticas e sugestões. Espera-se com isto, promover um sistema de gestão de responsabilidade, abrangendo todos os envolvidos. Os documentos que passarão por análise, serão elaborados de acordo com cronograma pré-definido, a partir da tabulação dos dados obtidos por meio das respostas registradas no aplicativo. Essas ações e indicadores estão resumidos na Tabela 1.

A análise avaliativa deste projeto aplicativo será focada nas causas dos desvios de informações e propostas de soluções dos problemas encontrados. Outra questão relevante sobre o monitoramento das ações é avaliar se os benefícios previstos no planejamento foram atingidos, bem como o resultado do impacto das intervenções adotadas, pois de acordo com Felisberto (2004), o monitoramento e avaliação, oferecem ao gestor, subsídios para uma visão crítica da realidade e para a tomada de decisão baseada em evidências.

Proposta de avaliação e monitoramento

Tabela 1- Proposta de avaliação e monitoramento.

AÇÃO		INDICADOR
1	Desenvolver um protótipo do aplicativo	<ul style="list-style-type: none">• Executado ou não executado
2	Apresentar o projeto da criação de um canal de comunicação ao Gerente Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Anvisa, a fim de solicitar autorização de implementação	<ul style="list-style-type: none">• Aprovado ou não aprovado
3	Sensibilizar a equipe de servidores da Anvisa no aeroporto de Viracopos quanto à necessidade da criação de um canal de comunicação com a população	<ul style="list-style-type: none">• Aprovado ou não aprovado
4	Estabelecer uma equipe responsável pela gestão e atendimento da demanda gerada pelo aplicativo	<ul style="list-style-type: none">• Executado ou não executado
5	Desenvolver e qualificar o aplicativo	<ul style="list-style-type: none">• Executado ou não executado
6	Confeccionar os cartazes de divulgação	<ul style="list-style-type: none">• Executado ou não executado
7	Divulgar o aplicativo através de cartazes	<ul style="list-style-type: none">• Executado ou não executado
8	Manter o aplicativo atualizado	<ul style="list-style-type: none">• Executado ou não executado
9	Monitorar as denúncias postadas através da confecção de relatórios mensais e consolidados trimestrais produzidos pelos responsáveis pelas operações, e que deverão ser analisados pelo grupo colegiado envolvido.	Indicadores quantitativos <ul style="list-style-type: none">• número de acessos ao aplicativo;• número de denúncias efetuadas;• situação sanitária dos estabelecimentos;• indicadores da qualidade das informações prestadas;• críticas e sugestões.

As ações do projeto aplicativo serão executadas conforme cronograma apresentado na tabela 2 abaixo.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

Tabela 2- Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N	F E V	M A R
• Desenvolver um protótipo do aplicativo	[X]	[X]	[X]																
• Apresentar o projeto da criação de um canal de comunicação ao Gerente Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Anvisa, a fim de solicitar autorização de implementação.			[X]																
• Sensibilizar a equipe de servidores da Anvisa no aeroporto de Viracopos quanto à necessidade da criação de um canal de comunicação com a população.			[X]																
• Estabelecer uma equipe responsável pela gestão e atendimento da demanda gerada pelo aplicativo.			[X]																
• Desenvolver e qualificar o aplicativo.			[X]	[X]	[X]	[X]													
• Confeccionar os cartazes de divulgação.						[X]													
• Divulgar o aplicativo através de cartazes.							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Manter o aplicativo atualizado.							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Monitorar as denúncias postadas.							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o uso do aplicativo, espera-se alcançar os resultados a seguir:

1. Criar um canal de comunicação oficial, formal e acessível com a sociedade;
2. Possibilitar que a sociedade atue enquanto parceira das atividades fiscalizatórias em vigilância sanitária;
3. Identificar situações de risco à saúde e intervenção precoce quando necessária;
4. Promover ações educacionais em vigilância sanitária;
5. Qualificar os serviços prestados pelos estabelecimentos de alimentação;
6. Priorizar necessidades de saúde e problemas sanitários;
7. Organizar os processos de trabalho, contribuindo para a otimização dos recursos humanos, técnicos e materiais.

Trabalhar o tema da comunicação da vigilância sanitária com a sociedade visando à alimentação segura nos permitiu reconhecer as lacunas existentes nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) frente ao tema, tendo havido grande motivação para a tentativa de alterar para melhorar esta realidade.

Vale destacar que um planejamento é sempre dinâmico, podendo ser corrigido e alterado, sempre que necessário, nos lançando constantemente a novos desafios.

Entendemos o que o ato de planejar, englobando as ações de executar e controlar pode, além de tornar o cidadão mais engajado e próximo do seu papel como vigilante, também o protege, cumprindo diante disto, a missão maior da vigilância sanitária.

O projeto aplicativo proposto vai ao encontro dos princípios do curso e com o perfil de competências do especialista em vigilância sanitária. O aplicativo permitirá identificar situações de risco a saúde, acompanhar as intervenções, priorizar necessidades de saúde e problemas sanitários, organizar os processos de trabalho e promover ações educacionais em vigilância sanitária. Assim, envolve as três áreas de competência, gestão do risco à saúde, gestão do trabalho em vigilância sanitária e educação na vigilância sanitária.

Trata-se de um projeto inovador alinhado com as novas tendências de comunicação e com grande poder de alcance social, constituindo-se em uma relevante ferramenta para a gestão.

Além disto, este projeto pode ser um modelo a ser implementado em outros serviços de vigilância sanitária, com benefícios claros para a sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Departamento de Atenção Básica. Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

CALEMAN, G *et al.* **Projeto Aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 54 p.

CAPELAS, B. Até o fim de 2017, Brasil terá smartphone por habitante, diz FGV. **Estadão**, São Paulo, 19 abr. 2017. Disponível em: <<http://link.estadao.com.br/noticias/gadget,ate-o-fim-de-2017-brasil-tera-um-smartphone-por-habitante-diz-pesquisa-da-fgv,70001744407>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

COSTA, F. L. C.; CASTANHAR, J. C., RAF. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

CONTANDRIOPOULOS A.P. *et al* - **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: Hartz, ZMA (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. p. 29-48, 1997.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). **Avaliação em saúde conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 19-40

DUARTE, A. J. C; TEIXEIRA, M. O. **Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária**. VII Enpec, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viienpec/pdfs/1157.pdf>>. Acessado em: 11 nov. 2017.

EBOLI, M et al. **Educação corporativa: Fundamentos, evolução e implementação de projetos**. São Paulo, Atlas, 2010.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **Implementing the right of the Intergovernmental Working Group for the Elaboration of a Set of Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security**. Rome; 2004.

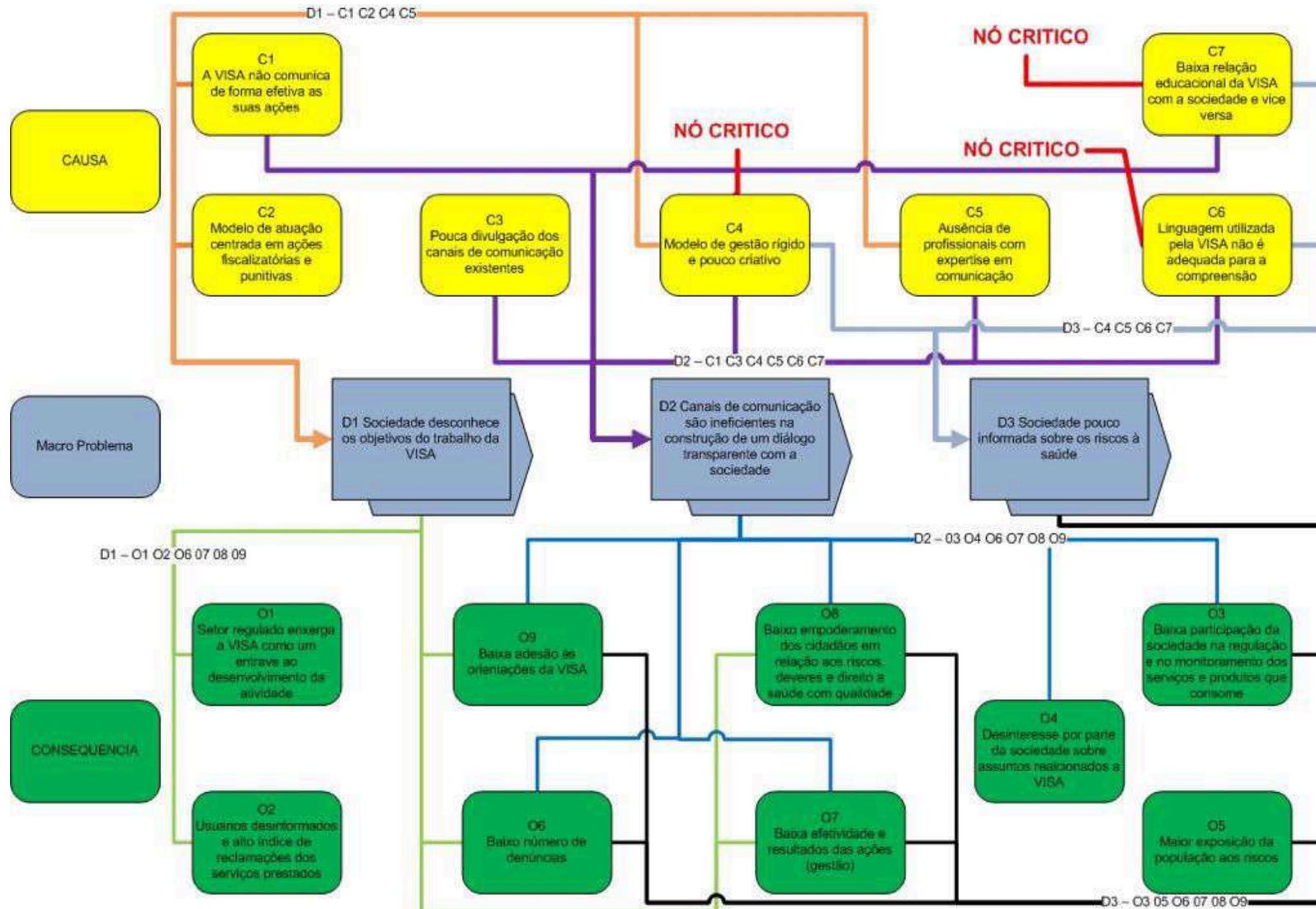
FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**; v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

GUIA PMBOK: **Um Guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos**, 5ª ed. Pensilvânia - EUA: PMI, 2013.

ANEXOS

Anexo I – Árvore Explicativa

Esquema: árvore explicativa e os nós críticos relacionados ao macroproblema



Anexo II – Matriz de Intervenção 5W3H

Tabela- Aplicação da ferramenta 5W3H com base nos nós críticos.

5W3H							
Macroproblema		Comunicação pouco efetiva da Vigilância Sanitária com a sociedade					
Nós críticos		Linguagem utilizada pela Visa não é adequada para a compreensão e baixa relação educacional da Visa com a sociedade					
O que fazer?	Por que fazer?	Quem vai fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Criação de um canal de comunicação transparente e informativo entre os usuários de serviços de alimentação do aeroporto de Viracopos e a vigilância sanitária.	<p>Ausência de canal oficial de comunicação;</p> <p>Promover aproximação com a sociedade;</p> <p>Estimular proatividade da população</p>	Equipe do posto aeroportuário da Anvisa	Implantação em Janeiro de 2018	Aeroporto de Viracopos	Criação e divulgação de aplicativo para smartphones possibilitando diálogo e comunicação entre os usuários dos serviços de alimentação do aeroporto e a equipe do posto aeroportuário da Anvisa.	Recursos para impressão de cartazes de divulgação;	<p>Número de denúncias antes e após implantação;</p> <p>Número de downloads do aplicativo;</p> <p>Pesquisa de satisfação após seis meses da implantação</p>

LEVANTAMENTO DO PERFIL SÓCIO- OCUPACIONAL E DAS ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES PARA PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO TERRITÓRIO DA UBS CAMAÇARI DE DENTRO

Francesca De Brito Magalhães¹
Rosane Aline Dos Reis Pedreira²
Rita De Cassia Lopes Gomes³
Mariana Lisboa Costa⁴
Aline Gomes Da Silva Santos⁵
Gildete Sodré De Britto⁶
Jaudilene De Santana Antunes⁷
Mariuxa Portugal Moreira Conceio⁸
Ana Cl dia Conceio Da Silva⁹
Loureno Ricardo Oliveira¹⁰

1 INTRODUO

Este Projeto Aplicativo (PA) tem como pressuposto a necessidade de conhecer o perfil sócio-ocupacional dos trabalhadores e as atividades produtivas domiciliares da área adscrita da Unidade Básica de Saúde (UBS) Camaçari de Dentro, na perspectiva de incorporar o componente

¹Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde Ambiente e Trabalho- UFBA, CEREST/DVIS/SMS Salvador, francescabrito@hotmail.com

² Nutricionista, Especialista em Vigilância em Saúde- Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa IEP/HSL, CER/SESAB, rllline@yahoo.com.br

³ Assistente Social, Especialista em Vigilância em Saúde- Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa IEP/HSL, DIVAST/SESAB, rlopespalma_4@yahoo.com.br

⁴Fisioterapeuta, Mestre em Gestão da Clínica – UFSC-SP, DAB/SESAB, malisboa.costa@gmail.com

⁵Bi loga, Mestre em Saúde Ambiente e Trabalho- UFBA, VISAMB/DVIS/SMS Salvador, aligss20@gmail.com

⁶Bi loga, Mestre em Gestão da Educa o Universidade do Chile, DIVAST/SESAB, gildetebritto@ig.com.br

⁷Assistente Social, Especialista em Vigilância em Saúde- Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa IEP/HSL, DS Cabula/Valeria/SMS Salvador, lenynie.paz@hotmail.com

⁸Enfermeira, Especialista em Vigilância em Saúde- Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa IEP/HSL, PSF/SMS Camaçari, maryfsaportugual@hotmail.com

⁹Fisioterapeuta, Doutora em Medicina e Saúde Humana na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP, Prof  Assistente UESB- BA, anasaudecoletiva@hotmail.com

¹⁰Bi logo, Especialista em Vigilância em Saúde- Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa IEP/HSL, VISAMB/DVIS/SMS Salvador, biolourenco1@hotmail.com

trabalho como determinante social importante na análise da situação de saúde no território para a proposição de ações de Saúde do Trabalhador (ST) na Atenção Básica (AB).

O PA consiste numa proposta de intervenção na realidade, por meio de uma produção do tipo pesquisa-ação ou pesquisa participativa, construída coletivamente (OLIVEIRA et al., 2015), a partir de um pensamento estratégico situacional para melhoria da atenção à saúde.

Pretende-se a partir deste estudo subsidiar o planejamento das ações de ST no território da UBS Camaçari de Dentro, uma vez que o macroproblema identificado, na construção do PA, foi a “Fragilidade das ações de Promoção, Prevenção e Proteção da Saúde do Trabalhador dos Usuários/Trabalhadores da UBS Camaçari de Dentro” (Anexo 2).

O estudo justifica-se pela relevância do tema e pelas lacunas identificadas durante o processo de priorização de problemas. Ressalta-se, a dificuldade de integração entre as ações de ST na AB; deficiência de temas relacionados à ST na formação profissional; inexistência de diretrizes formais ou ações definidas para atendimento a trabalhadores na UBS; dificuldade de encaminhamento para a rede de ST; ausência de suporte técnico efetivo em ST; priorização de programas verticalizados ; baixa sensibilidade e falta de priorização das ações de ST pelos técnicos e gestores, e inexistência do campo específico para registro de atividades produtivas domiciliares no sistema de informação da AB (e-SUS) (Anexo 1).

Durante a elaboração do PA o Grupo Afinidade (GAF) necessitou conhecer o território para construir o cenário de atuação, e assim ajustar a proposta inicial do projeto, de modo que sua aplicação tornasse viável e factível, diante das limitações impostas pela complexidade da situação problema. A implantação de ações ST de forma sistemática na AB pressupõe o envolvimento das equipes, o que impõe a necessidade de se conhecer a organização do trabalho, as principais dificuldades e fatores facilitadores que envolvem a produção do cuidado à população trabalhadora (LACERDA e SILVA et al., 2013).

O reconhecimento do perfil sócio-ocupacional e das atividades produtivas no domicílio é parte de um todo mais amplo da análise da situação de saúde dos trabalhadores do território e consiste na primeira ação de vigilância dos ambientes e processos de trabalho proposta pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

A análise da situação de saúde dos trabalhadores (ASST) do território pretende conhecer as características e perfil epidemiológico da população trabalhadora, o perfil produtivo do território, garantindo nesse processo a identificação do trabalhador, sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos sistemas e fontes de informação em saúde (BAHIA, 2014), para subsidiar a tomada de decisão política e técnica e definir prioridades no processo de planejamento de ações integradas de ST.

A produção do cuidado aos trabalhadores pela Atenção Básica em Saúde (ABS) ganha relevância no contexto das transformações econômicas em curso no país, responsáveis pelo

aumento da informalidade e da precarização do trabalho; do desemprego; de más condições de trabalho, com exposição a cargas físicas e psicossociais elevadas, além de frágil proteção social, circunstâncias que reforçam a vulnerabilidade social dos trabalhadores. Na situação do trabalho informal em domicílio, de modo particular, a AB tem a possibilidade de romper com a invisibilidade das condições de saúde e trabalho desses trabalhadores, abrindo perspectivas inovadoras de intervenção e proteção em saúde (DIAS et al., 2011).

A PNSTT reitera a atenção primária em saúde como ordenadora da rede de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e elenca as ações de ST que podem ser desenvolvidas na AB: reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território e dentre outros (BRASIL, 2012).

Mesmo com os avanços, um dos desafios da ST é conseguir com que os profissionais e gestores do SUS incorpore, na sua prática cotidiana, a compreensão do trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença e a necessidade do envolvimento do sistema de saúde na garantia do cuidado integral aos trabalhadores (DIAS et al., 2011). Desse modo urge a necessidade de ampliar o olhar dos profissionais de saúde sobre as possíveis formas de adoecimentos relacionados ao trabalho intradomiciliar para qualificar o planejamento das ações de ST na UBS Camaçari de Dentro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar análise da situação de saúde do trabalhador, a partir perfil sociocupacional e levantamento das atividades produtivas intradomiciliares, para planejamento de ações de ST na área adscrita UBS Camaçari de Dentro.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Identificar o perfil sociocupacional dos trabalhadores intradomiciliar, por meio do sistema de informação e-SUS;
- ✚ Identificar as atividades produtivas intradomiciliar;
- ✚ Reconhecer o processo de trabalho dos profissionais da UBS Camaçari de Dentro

- ✚ Propor estratégias de Educação Permanente para sensibilizar gestores e técnicos da UBS
- ✚ Propor estratégia para subsidiar o planejamento integrado das ações de ST na UBS.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

3.1 Território da Intervenção

A Unidade Básica de Saúde - UBS Camaçari de Dentro foi fundada em 1975, funcionava como centro de saúde e disponibilizava serviços de ambulatório clínico, ginecologia, pediatria, dentista, homeopatia, programas de alimentação, serviço social, pré-natal, planejamento familiar, hiperdia, tuberculose, hanseníase, entre outros. Atualmente funciona como uma UBS em transição para Unidade de Saúde da Família (USF) e não dispõe de alguns serviços especializados. Funciona diariamente, de segunda a sexta, no turno diurno, atendendo a demanda adscrita a sua área e algumas demandas referenciadas por outras unidades do programa de saúde da família.

A UBS Camaçari de Dentro faz parte da Região II de saúde, e abrange 03 áreas denominadas Camaçari de Dentro, Triângulo e Jardim Brasília/ Bairro dos 46. Camaçari de Dentro possui 09 micro áreas, 27 ruas e 5481 pessoas; o Triângulo 06 micro áreas, 30 ruas e 4115 pessoas; e o Jardim Brasília/Bairro 46 10 micro áreas, 40 ruas e 4264 pessoas. A população de abrangência é aproximadamente 14.528 pessoas para UBS Camaçari de Dentro. A equipe da unidade é distribuída em 03 equipes cada uma com uma enfermeira e 15 ACS, que se dividem em 03 áreas e 25 micros áreas. Ressalta-se que 38 ruas estão descobertas, o que dificulta o real controle da área de abrangência.

A UBS é referência de especialidades para as 03 USF que compõem a região II de saúde, a USF Buri Satuba com 13.932 pessoas, USF 02 de julho com 4.062 pessoas e USF Lama Preta com 6.261 pessoas.

A UBS Camaçari de Dentro presta atendimento de atenção básica oferecendo, em regime de ambulatório, consulta médica nas especialidades de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetria; consulta de profissionais de nível superior (enfermagem, odontologia, serviço social e nutrição). Dispõe de serviços de imunização, farmácia, curativo e administração de medicamentos.

A unidade também disponibiliza a atenção ao paciente com tuberculose e hanseníase, acompanhamento de pré-natal, planejamento familiar, puericultura, serviço de atenção em saúde bucal, programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e agentes de endemias, serviço de coleta de materiais biológicos (exames laboratoriais e baciloscopia) e realização de eletrocardiograma (ECG). Não há registros de atividades em atenção à saúde do trabalhador, apenas uma capacitação em notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho (ADRT) foi

realizada pelo CEREST.

O Agente comunitário de saúde (ACS) é o elo da comunidade com o serviço de saúde, sendo seu papel orientar as famílias quanto à utilização dos serviços disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; manter contato permanente com as famílias; acompanhar as pessoas com problemas de saúde, assim como acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa-Família (2012).

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. A UBS Camaçari de Dentro não dispõe dessa capacidade e encontra-se com várias áreas descobertas e atende, por equipe, mais de 4.000 pessoas.

A Unidade está na iminência de se transformar numa unidade de PSF, conforme preconiza a PNAB (2012) que prevê a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou como forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica.

3.2 Contexto da Aproximação do CEREST com a AB

O município de Camaçari foi pioneiro em desenvolver ações de ST, nos anos 90, na Unidade de Saúde do Trabalhador (USAT). As principais atividades eram no campo da assistência ao trabalhador na elaboração donexo - causal da doença relacionada ao trabalho. Foi habilitado em 2002, a partir da Criação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST), passando a receber recursos do Ministério da Saúde para desenvolver as atividades de ST no município sede e na sua área de abrangência (São Francisco do Conde, Dias D'Ávila, Mata de São João, Simões Filho e Pojuca), transformando-se em um CEREST Regional.

O CEREST Camaçari atualmente possui uma equipe multiprofissional composta por 12 profissionais (2 psicólogas, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 2 enfermeiras, 1 médica, 1 sanitaria, 1 engenheira do trabalho, 3 técnicos em segurança do trabalho), além de 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 vigilante e 1 motorista) e um coordenador.

As atribuições do centro incluem: apoiar as investigações de maior complexidade, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de

média e alta complexidade para identificar e atender, em especial, acidentes e agravos relacionados ao trabalho, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de notificação compulsória (Brasil, 2009).

O CEREST desenvolve ações nas áreas de assistência, vigilância epidemiológica e de ambientes e processos de trabalho, educação permanente e projetos de intervenção. Dentre os projetos desenvolvidos pelo CEREST, na sua relação com AB, destaca-se o Projeto Piloto para Implantação das Ações das Orientações Técnicas Para a Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde, o Monitoramento das Notificações de Agravos Relacionados ao Trabalho junto a atenção Básica. Destaca-se que a residência em saúde da família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) desenvolveu uma estratégia de suporte técnico pedagógico em ST, na Unidade de Catu de Abrantes (região VI), desenvolvendo atividades de educação permanente com os profissionais de saúde e os ACS para o diagnóstico da situação de saúde do trabalhador no território.

3.3 Identificações do Perfil Sócio-ocupacional da UBS Camaçari de Dentro

O Sistema de Informação da Atenção Básica, e-SUS, consiste numa estratégia do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desse sistema aos demais, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado (BRASIL, 2016), cujo objetivo é sobretudo, facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde assim contribuir para a qualidade da atenção à saúde prestada à população” (BRASIL, 2016).

O e-SUS é um importante instrumento para levantar o perfil sócio-ocupacional do território, além das morbidades que afligem os usuários/trabalhadores, porém apresenta lacunas quando nos referimos ao trabalho domiciliar informal. A ficha de cadastro individual possui variáveis: sexo, raça, data nascimento, ocupação, situação empregatícia e outros elementos essenciais para o levantamento dessas informações.

Ao analisar os dados do e-SUS da UBS Camaçari de Dentro, de janeiro a setembro de 2016, identificou-se que foram cadastradas apenas 97 famílias, em 523 domicílios, totalizando 1476 pessoas, correspondendo a 8% da população de abrangência do território. Percebe-se que há uma predominância do sexo feminino (806 usuários) em relação ao masculino (668 usuários), 64% dos usuários estão entre a faixa etária 15-59 anos, aproximadamente 63 pessoas possuem algum tipo de deficiência. A população prioritariamente urbana, 01 domicílio sem energia e 02 pessoas em situação de rua. Como agravante detectou-se que as variáveis ocupação e situação empregatícias estavam em branco em decorrência da incompletude no preenchimento da ficha.

Diante da inconsistência dos dados, nota-se que existe uma fragilidade no preenchimento, apontando para a necessidade de pactuar na rede ações de educação permanente para que os

profissionais da unidade preencham os campos relacionados a ocupação e situação no mercado de trabalho, uma vez que a garantia da qualidade do preenchimento é essencial para a caracterização do componente trabalho na descrição da situação de saúde da comunidade.

Apesar do e-SUS ter aproximadamente 3 anos, em Camaçari, a digitação só começou a acontecer em meados de 2015 e atualmente é realizada pelos próprios profissionais da equipe (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, ACS e técnicos de enfermagem), constituindo num entrave, pela sobrecarga de atividades que cada profissional possui. Como agravante, observa-se pouca habilidade técnica de alguns profissionais no uso do equipamento, bem como dificuldade no acesso a rede de informática, o que acarreta atrasos no processamento dos dados.

Nesse contexto, o perfil dos usuários captado nas fichas digitadas pelos ACS, não retrata a realidade local. Segundo o relato dos ACS, o perfil dos usuários/trabalhadores, em regra, é de industriários, comerciários e donas de casa.

Sendo assim, constata-se que as lacunas e a incompletude identificadas no e-SUS, não permite analisar o perfil sócio ocupacional dos trabalhadores do território, muito menos a situação do trabalho domiciliar.

3.4 Conhecimentos do Processo de Trabalho dos profissionais da UBS

Na perspectiva de incorporar o componente trabalho no processo de trabalho dos profissionais da AB foi realizada uma reunião para propor uma oficina de trabalho com o propósito de conhecer o processo de trabalho dos profissionais de saúde da unidade, em especial o ACS e sensibilizar os profissionais sobre as possíveis relações de trabalho existentes no território.

No decurso da reunião, expuseram sobre a realização de ações educativas, como uma atividade do seu escopo de trabalho, a exemplo das palestras de prevenção de doenças. Relataram também as dificuldades em estabelecer uma rotina para as visitas domiciliares, em função da multiplicidade e dos imprevistos que sempre surgem na comunidade. Registraram que há famílias que precisam demandam mais atenção, decorrentes das suas necessidades de saúde e sociais. Ressaltaram que o trabalho é desenvolvido em conjunto e de forma articulada entre os profissionais da UBS, comunidade, escola e outros órgãos, tendo em vista que o trabalho é coletivo.

A reunião com os ACS se configurou como uma atividade de suma importância, e pode ser considerada como um marco para inserção da ST no processo de trabalho dos profissionais que atuam na UBS, uma vez que detectamos a invisibilidade do componente trabalho nas ações de saúde da unidade, nos registros e nas falas dos profissionais, porém a partir da sensibilização observou-se relatos sobre as características do trabalho e trabalhadores nesse território como:

atividades produtivas informais (costureiras, doceiras, pedreiro e ajudante de pedreiro), demissões coletivas das indústrias da região que provocaram um aumento do número de pessoas que abriram seu próprio negócio (depósito de bebidas, padarias, minimercados e outros).

Em setembro de 2016 planejamos e executamos uma oficina de trabalho para discutir e validar o instrumento para mapeamento do perfil Sociocupacional e produtivo do território. O encontro contou com a participação de aproximadamente 20 pessoas, entre profissionais de saúde UBS e CEREST e os ACS e os autores do estudo.

O instrumento preliminar visava levantar as atividades produtivas no território, a partir de uma breve revisão bibliográfica referente à ST na AB e da análise da situação de saúde no território (LAGUARDIA, 2014; CESTEJ, 2016; SOARES, 2015). O instrumento continha variáveis quantitativas sobre a caracterização da população de trabalhadores do território (número de trabalhadores, vínculos do trabalho formal e informal, sexo e faixa etária; variáveis relacionadas as exposições aos fatores de riscos ocupacionais (físico, químicos, biológicos, ergonômicos e acidentes), e perguntas que direcionavam a intervenção pelo o CEREST caso houvesse, no local, algum problema ou doença relacionado ao trabalho.

A ficha do e-SUS foi bastante discutida para potencializar o preenchimento das variáveis, principalmente as relacionadas à ocupação e situação no mercado de trabalho, no cadastramento domiciliar, tendo em vista a fragilidade conceitual destes itens, por parte dos ACS, e a incompletude das fichas. O objetivo era comprometê-los no processo de construção do perfil sociodemográfico e epidemiológico da área adscrita a unidade no intuito de subsidiar ações de ST na unidade.

Durante a validação do Instrumento de levantamento das Atividades Produtivas, as sugestões e dúvidas levantadas pelos ACS, sinalizavam que o modelo proposto necessitava de readaptações, levando em consideração o contexto do território e o processo de trabalho ACS. A dinâmica de distribuição das atividades dos ACS na área adscrita fez os autores repensarem na delimitação do objeto do estudo. As dificuldades expostas na validação do instrumento foram decorrentes dos seguintes motivos: variação do quantitativo de estabelecimento comercial visitado por micro áreas de abrangência, podendo acarretar sobrecarga de trabalho para uma parcela dos ACS; a falta de legitimidade e atribuição em “inspecionar” os estabelecimentos comerciais; o medo de sofrer retaliações dentro da comunidade decorrente do ato de “inspecionar”, a fragilidade do instrumento por não fazer parte do escopo do e-SUS, legalmente amparado pelas normas do MS resultando na elaboração de uma nova estratégia.

O domicílio é o lócus de atuação principal dos ACS, logo iniciar o mapeamento das atividades produtivas por ele tornava o projeto mais viável e factível. Sendo assim o grupo elaborou um novo instrumento para mapear os processos produtivos intradomiciliar, restringindo o objeto do estudo.

O instrumento, que será validado a posteriori, apresenta as seguintes variáveis: a atividade produtiva no domicílio; a existência de mais de uma atividade no domicílio; os envolvidos na atividade domiciliar; a produção ou manipulação produtos para comercialização; a existência de plantação/horta no domicílio para venda ou consumo próprio e a existência de algum problema de saúde relacionada à atividade domiciliar.

Assim, podemos considerar que a oficina foi a primeira atividade de educação permanente realizada pelo grupo e subsidiou a elaboração de um plano de ação.

4.6 Plano de ação e monitoramento

A plano de ação foi elaborada, a partir dos fundamentos do PES, conformando princípios e visões filosóficas sobre a produção social, a liberdade humana e o papel dos governos, governantes e governados (TONI, 2004).

A imagem objetivo do plano de ação é incorporar o componente **trabalho** no processo de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente dos ACS para desenvolver ações de ST na UBS de Camaçari de Dentro. Assim foram referidas a ação e as respectivas atividades para o desenvolvimento da Intervenção proposta.

A Gestão da Plano de ação é um dos principais momentos do planejamento e se configura numa etapa em que ações são analisadas quanto aos critérios de viabilidade, impacto, comando e duração para ajustes das facilidades e dificuldades encontradas.

Considerou-se a viabilidade do plano média, tendo em vista as possíveis mudanças no cenário político que impactam nas ações de saúde. O impacto foi identificado como alto, uma vez que a percepção sobre o mundo do trabalho pode mudar práticas e incorporar a saúde do trabalhador na rotina do serviço. E o comando sinaliza a capacidade de execução da intervenção em seus aspectos técnicos e políticos e pode ser potencializados a partir da integração entre os atores internos (ACS, profissionais de saúde da UBS) e os atores externos (CEREST Camaçari, DIVAST/CESAT).

A etapa de Monitoramento consiste no acompanhamento das atividades propostas no plano de ação, conforme o cronograma, por meio das ferramentas de gestão (indicadores e metas) disponíveis, considerando a coordenação e acompanhamento e execução das ações; a promoção da comunicação e integração dos atores envolvidos; as correções necessárias no curso e sua efetiva implementação (quadro 1 e 2).

Quadro 1: Proposta de avaliação e monitoramento das ações

AÇÃO	INDICADOR
Identificar o perfil sócio-ocupacional da área adscrita da UBS Camaçari de Dentro, por meio do e-SUS.	✚ Número da população economicamente ativa da área adscrita da UBS Camaçari de Dentro.
	✚ Aumento no % do preenchimento do campo ocupação e situação empregatícia no e-SUS.
	✚ N° de trabalhadores domiciliares.
	✚ % de trabalhadores domiciliares formais e informais da área adscrita d UBS Camaçari de Dentro;
	✚ % das principais atividades produtivas domiciliares da área adscrita da UBS de Camaçari de dentro.
	✚ Número de atividades de educação permanente desenvolvidas.

Camaçari de Dentro																				
Atividade 6: Desenvolver parcerias com atores municipais estratégias de educação permanente em relação a ST na Atenção Básica						[X]														

- [X] - ação iniciada e concluída
- [X - ação iniciada com conclusão posterior
- X - ação permanente

6. Considerações Finais

O presente Projeto Aplicativo constitui-se numa proposta de intervenção territorial desafiadora uma vez que incorporar o componente trabalho intradomiciliar no cotidiano das ações de uma USB demanda um aprendizado contínuo para os profissionais de saúde, uma vez que a ausência de experiência em ST exige um maior esforço teórico e metodológico na execução da ação.

Trabalhar a temática ST e AB requer estratégias de vinculação contínua com os profissionais de saúde, trabalhadores/usuários da USB e demais pontos da rede de atenção à saúde do município, na perspectiva de transformar o atual cenário por meio de práticas em consonância com o modelo de Vigilância à Saúde.

Espera-se que a Análise da situação de saúde dos trabalhadores do território possa tirar o componente trabalho intradomiciliar da invisibilidade na AB, e partir dessa premissa subsidiar o planejamento de ações de ST, visando a melhoria das condições de vida e trabalho dos trabalhadores dentro do atual contexto sociocultural.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.D.L. **Trabalho em domicílio, Histórico e perspectivas: O teletrabalho.** Rev. TST. Brasília, vol.71, nº 2, maio/ago 2005.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** In:_____. OFICINA SOCIAL Nº 3: DESENVOLVIMENTO SOCIAL. COPPE/UFRJ, 25p., 2000.

BAHIA. **Plano estratégico de Saúde do Trabalhador para o Estado da Bahia – Planest - 2011.**

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho/ SESAB/SUVISA/DIVAST – Salvador: DIVAST, 2012.**

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia.** Organizado por Eliane Cardoso Sales e Joselita Cássia Lopes Ramos. SESAB/ SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST, 2014

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica,** Programa Saúde da Família Caderno 5 Saúde do Trabalhador. Brasília – 2002

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde,** 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica,** 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 05 mai. 2016.

CALEMAN, G et al. **Projeto Aplicativo: termos de referência.** São Paulo: Ministério da Saúde: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa, ‘2016.

CESTEH. **Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Formação em Saúde do Trabalhador,** 2016. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/tags/cesteh>>. Acesso em: 19 de nove de 2016.

DECRETO nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** Diário Oficial da União, 7 Nov 2011.

DIAS, M. D. A. et al. **Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, mar./jun. 2011.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas.** 1ª ed. BH, Ed. Coopmed, 2013, 404 pág.

DIAS, E.C et al. Diretrizes para a vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica- Belo

Horizonte, 2016. Disponível em: < <https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>> Acesso em: 19 de nov de 2016.

JACKSON, T. Revista Planejamento estratégico. nº 32. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>>. Acesso em nov. de 2016

LAGUARDIA, F.C. **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde:** projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais (Resolução SES nº 4.238/2014). /Filipe Curzio Laguardia; Nayara Dornela Quintino; Romulo Batista Gusmão; Cristine Alice de Lima Moraes; Paula Brant de Barros Oliveira (orgs) / - Belo Horizonte: SES-MG, 2014.

MANETTI, C. LEITE, M. A. **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:** Relato de uma Experiência em uma Farmácia Municipal do Sul do Brasil. In: REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ v. 16 n. 30 JAN./JUN. 2016 p. 36-46.

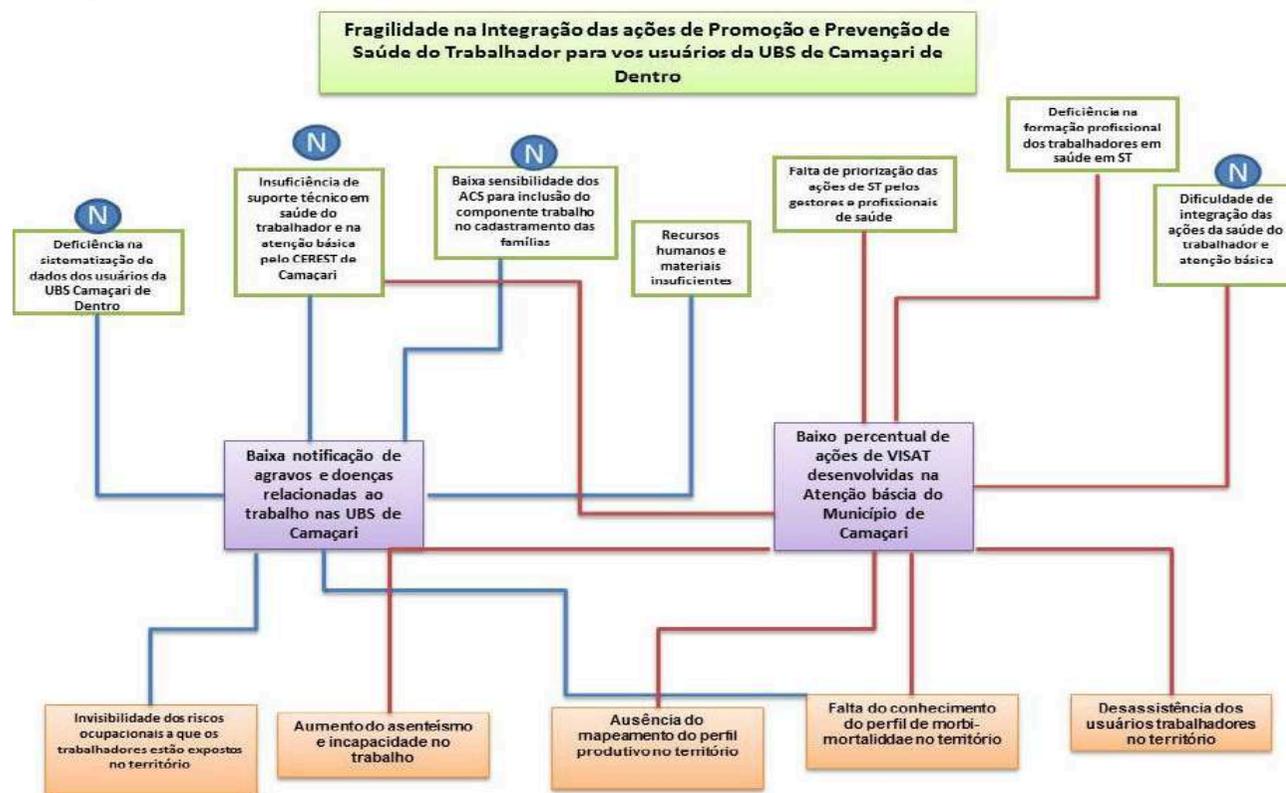
MOREIRA, M.A., CABALLERO, M.C. e RODRÍGUEZ, M.L. (orgs.) (1997). **Aprendizagem significativa:** um conceito subjacente. Disponível em: www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigsubport.pdf Acesso em 02 de novembro de 2016.

OLIVEIRA, M.S et al. **Especialização em Vigilância em Saúde:** caderno do curso 2015. São Paulo: Ministério da Saúde: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. (Projetos de Apoio ao SUS)

SOARES, L.V. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde:** Estudo de Caso em um município na Região Metropolitana de São Paulo. LAIS Soares VELLO; orientadora Maria Dionisia do Amaral Dias. São Paulo, 2015. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015.

VIEIRA, M.C.F. **O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador:** uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009. / Meire Cristina da Fonseca Vieira. -- Rio de Janeiro: s.n., 2009. xi, 60f., graf.

ANEXO 1: Árvore explicativa



ANEXO 2: Matriz de intervenção 5W3H

Espaço do Problema: Município de Camaçari- área adscrita à UBS Camaçari de Dentro.								
Macroproblema: " Fragilidade das ações de promoção e prevenção de ST para usuários/trabalhadores da UBS Camaçari de Dentro. "								
Nó crítico: Dificuldades de integração das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica.								
Nó crítico	What > O quê?	Why > Porquê?	How	Who	When	Where	How much	How measure
Dificuldades de integração das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica	Implementação de ações de Vigilância em saúde do trabalhador, a partir da análise da situação de saúde do trabalhador da área adscrita à UBS Camaçari de Dentro.	Incorporar o componente Trabalho no processo de trabalho dos ACS para desenvolver ações de ST na UBS da Camaçari de Dentro	Conhecer o processo de trabalho da Equipe de saúde da UBS Camaçari de Dentro	GAF e UBS CD	Setembro de 2016	Reuniões para conhecimento do Processo de Trabalho da UBS Camaçari de Dentro e do CEREST Camaçari, com gestor da UBS CD	Logística	Planejamento e programação previa das atividades
			Conhecer as atividades desenvolvidas pelo CEREST Camaçari para a Atenção Básica					Reunião previamente agendada com a gestora da UBS CD
							Recursos Audiovisuais	Reunião com gestora e equipe técnica do Cerest Camaçari

			Identificar o perfil sócio-ocupacional da área adscrita da UBS Camaçari de Dentro, por meio do e-SUS	GAF, profissionais e ACS da UBS CD	Setembro de 2016	Oficina de trabalho na UBS CD para sensibilização dos ACS		Oficina de trabalho na UBS Camaçari de Dentro
			Elaborar e Validar o instrumento para levantamento da atividade produtiva domiciliares da área adscrita da UBS Camaçari de Dentro	GAF, Cerest Camaçari e Profissionais UBS CD	Novembro de 2016 à Junho de 2017			Reuniões Ordinárias do GAF e Orientadora
			Levantar e analisar as atividades produtivas domiciliares pelo ACS da Unidade de Camaçari de Dentro	GAF, Profissionais e ACS da UBS CD e CEREST Camaçari	Março de 2017			Oficina de trabalho na UBS Camaçari de Dentro
			Desenvolver parcerias com atores municipais estratégias de educação permanente em relação a ST na Atenção Básica	Profissionais e ACS da UBS CD, CEREST Camaçari e GAF	Abril a maio de 2017 Outubro a dezembro de 2017			

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA MUDANÇAS NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA CLÍNICA ESPECIALIZADA SÃO PEDRO EM MACAPÁ-AP

Adriana Karla Silva Carneiro¹
Benedita Góes da Costa²
Denise de Souza Vilhena³
Fernanda Karina Lopes Barata⁴
Glauber Alves⁵
Helencarla dos Santos Ferreira⁶
Melina Bradaci de Souza Quiozini⁷
Nilza de Vilhena Lima⁸
Odilon Costa Ribeiro⁹
Robson Adachi dos Santos¹⁰
Orientadora: Maribel Nazaré Smith

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Aplicativo é parte integrante das atividades do processo de ensino-aprendizagem para a construção do perfil de competências como gestor da Clínica do Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de saúde, realizado de março de 2017 a dezembro de 2017, através do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês.

O projeto foi formulado mediante a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no curso e foi construído de forma coletiva, atendendo os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e observando a sua viabilidade de execução, especificamente no local onde será desenvolvido, ou seja, no município de Macapá (Ap) na Clínica Especializada São Pedro, que também oferece serviço de atenção básica, localizado no bairro do Beírol. Este projeto visa à

¹ Psicóloga, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, NASF, adrianakscarneiro@hotmail.com

² Enfermeira, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, UBS, beta_goes-12@hotmail.com

³ Enfermeira, Saúde da Família/UNIFAP, UBS, denivilhena@oi.com.br

⁴ Enfermeira, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, ESF, fernandakarinarabata@gmail.com

⁵ Biólogo, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, UBS, glauberalvestimao@gmail.com

⁶ Enfermeira, Especialista/UNIFAP, Auditoria de Plano de Saúde, helen.enfermeira@hotmail.com

⁷ Fisioterapeuta, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, UBS, melinafisioterapeuta@hotmail.com

⁸ Enfermeira, Saúde da Família/FAMAT, ESF, nilzavilhena@gmail.com

⁹ Enfermeiro, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, UBS, odilon.rc1644@gmail.com

¹⁰ Enfermeiro, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde/IEP-Sírio Libanês, ESF, robson.adachi@icloud.com

melhoria dos serviços prestados pelos profissionais que trabalham dentro da clínica por meio da qualificação dos profissionais através da Educação Permanente.

O artigo 200, da constituição federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988). Portanto, a questão da educação na saúde passa a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Para observa-los e efetiva-los, o ministério da saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltada para adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde as necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

A velocidade com que o conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade deve estar o mais próximo de sua moradia ou de onde procuram por atendimento faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Fortalecer a Atenção Primária a Saúde através da Educação Permanente como estratégia para mudanças nas práticas assistenciais da equipe multiprofissional da Clínica de Especialidades São Pedro.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Formar multiplicadores em Educação Permanente como referência na Clínica São Pedro;
- ✚ Fortalecer a Atenção Básica como ordenadora do cuidado qualificando sua equipe multiprofissional;
- ✚ Acompanhar e apoiar os gestores e equipe multiprofissional na elaboração e execução da educação permanente como unidade piloto;
- ✚ Realizar diagnóstico e delinear estratégias em Educação Permanente para o envolvimento de toda a equipe multiprofissional e gestores nas ações de educação e saúde de forma permanente.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a construção do plano de ação e análise da mesma, percebemos que ele pode ser factível, pois tem sido um exercício constante de equilíbrio onde o envolvimento de todos os atores é primordial para alcançarmos nossos objetivos, porém tínhamos que ter certeza que seria viável a sua execução.

No entanto, a estratégias para viabilizar o plano de ação para torná-lo factível e possibilitar a criação de alternativas que permitem produzir mudanças na realidade e modificar a assistência à saúde prestada de forma insatisfatória pelos profissionais de saúde aos usuários da clínica de especialidade São Pedro, usamos a matriz “Estratégias de viabilidade” do livro do Projeto Aplicativo e classificamos a possibilidade de viabilidade como: alta, média ou baixa, dependendo da disponibilidade dos recursos disponíveis, no geral a viabilidade do projeto é ‘alta’ por si tratar de um problema de interesse coletivo e com essa matriz será possível gerenciar, controlar, monitorar e avaliar o projeto.

A partir do momento que constatamos que o PA é viável construímos a Matriz de Gestão do Plano que nos revelou que o impacto será alto para os atores envolvidos no processo, o comando será técnico, organizacional e econômico, com algumas ações de duração curta e outras longas, essa atividade nos deu a possibilidade de gerenciar as ações do projeto de acordo com os nós críticos levantados.

A intervenção inicialmente se dará pela sensibilização dos funcionários, através de uma reunião com os atores que terão papel fundamental na validação e efetivação do PA sendo estes: Secretário Municipal, Assessorias técnicas, direção da UBS e a Equipe multiprofissional. Essa sensibilização será fundamental para agregarmos os atores sociais no mesmo objetivo, visando a mudança de paradigmas e oportunizando espaço de trocas para a construção de novos processos de trabalho por meio da educação permanente, essa etapa é fundamental para a efetivação do projeto.

Após essa etapa será realizada uma oficina de multiplicadores para oportunizar a revisão, construção de protocolos e fluxos juntamente com a equipe. Esses multiplicadores serão compostos por profissionais da Clínica, que tenham disponibilidade, compromisso e interesse em realizar essa atividade. Com os protocolos prontos a equipe multiprofissional será treinada para a execução dos mesmos. Ao longo do processo será necessária a realização de encontros descentralizados para divulgação e implantação dos protocolos para o segundo semestre de 2018. Para finalizar será realizada uma avaliação através dos indicadores como a quantidade de protocolos implantados e a educação permanente como parte do processo de qualificação profissional, pois nos possibilita ao logo do processo verificarmos se estamos no caminho certo na execução do plano de ação, se estratégias estão sendo bem executadas e se nossos objetivos estão sendo alcançados.

4 GESTÃO DO PLANO

O grupo definiu um prazo de 12 meses para a execução das propostas de intervenção na expectativa que ao fim desse período haja a diminuição significativa da demanda reprimida, e que 100% dos profissionais estejam capacitados e ofertando uma assistência qualificada e que todos os atores de forma geral estejam envolvidos no processo de trabalho. Para que isso ocorra cada ator elencado esteja envolvido no processo e sempre havendo monitoramento e avaliação de cada proposta sendo executada.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Realização de um diagnóstico situacional	 Plano de ação definido
2	Formação de Multiplicados	 Profissionais envolvidos na E.P
3	Construção de um calendario de capacitação	 Calendário sendo executado
4	Elaboração de protocolos	 Protocolos elaborados e implantados
5	Treinamento da equipe mutiprofissional	 Processo de E.P implantada na Unidade
6	Construção das competencias dos gestores e colaboradores na Educação Permanente	 Competencias definidas e oficializada

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1. Sensibilização do Gestor da UBS	[X]																		
2. Elaboração do instrumento do diagnóstico (Questionário)		[X]																	
3. Aplicação do Instrumento		[X]																	
4. Consolidação e Análise dos Dados coletados			[X]																
5. Reunião com a equipe interna					[X]														
6. Oficina de capacitação dos Multiplicadores						[X]													
7. Elaboração dos Protocolos						[X]													
8. Construção de um calendário de capacitação					[X]			x			x			x					
9. Treinamento da equipe multiprofissional e implantação dos Protocolos										x	x	x	x	x	x				

[X] - ação iniciada e concluída

[X] - ação iniciada com conclusão posterior

X - ação permanente

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma Abordagem Comunicativa)**. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 1993.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação?** 22. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

_____. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Rio de Janeiro/RJ.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília, DF; 2005.

CASTRO C, CAMPOS S. **Apoio institucional Paidéia como estratégia para educação permanente em saúde**. Trab Educ Saúde [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2014 [citado em 02abr2014]. 12(1):29-50. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. Work Under Urgency and emergency and is relation whith the health of nursing professionals. Revista latino-americana de enfermagem. v. 16, n.3, p. 439-444, 2008.

FREIRE, P. Educação e mudança. Editora Paz e Terra, 2014.

FRIGOTTO, G. e CIAVATTA, M. **Educação e a crise do capitalismo real**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. M.S. Brasília: ministério da saúde 2015.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Ed. MS. Brasília, 2005.

PINHO, I.S, SIQUEIRA, J.C.B.A; PINHO, L.M.O. **As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência**. Revista eletrônica de enfermagem v.08, n.01, 2006.

SILVA L, et al. **Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde**. Texto & Contexto enferm [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2011 20(2):340-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a18v20n2>.

ANEXOS

PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO	AÇÃO	RECURSOS MATERIAIS	PRAZO	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	MONITORAMENTO	INDICADORES
Falta de protocolos clínicos na CESP	Formação de Multiplicadores	Técnicos /Financeiros	4 meses	Referência profissional na CESP	Gestores, educação e saúde/DAB e especializando	Disponibilidade de/interesse	80% de protocolos implantados em 22 meses
	Elaboração de protocolos		12 meses	Diminuição em 60% da demanda reprimida	Multiplicadores profissionais	Diminuição de fila de espera	
	Treinamento da equipe		6 meses	Profissionais capacitados e assistência Qualificada	Multiplicadores educação e saúde	Avaliação e desempenho	
Falta de educação permanente	Construir as competências dos gestores e colaboradores		2 meses	Maior satisfação dos colaboradores e gestores	Gestores educação e saúde especializando	Pesquisa de satisfação do usuário	Proc. de educ. permanente implantada na CESP
	Realizar análise situacional		2 meses	Envolvimento da equipe de trabalho		Avaliação efetiva	

EM BUSCA DE MELHORES PRÁTICAS PARA RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES DIRECIONADAS AO CONTROLE DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ/SC

Ângela Maria Weizenmann Sauter¹
Catarina Izabel da Silva²
Flávia Soares da Cruz³
Karina Mendes Garcia⁴
Keila Maura de Souza⁵
Mychelle Melo Cardoso⁶
Regiane Valdeci Schmitt⁷
Rosilene Catarina Pires Ventura⁸
Sabrina da Silva de Souza⁹
Thaís Titon de Souza¹⁰

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença grave que, se não tratada, poderá causar várias complicações, afetando praticamente todo o organismo humano e podendo provocar até a morte, mas que pode ser evitada com o uso de preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2015).

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a sífilis apresenta em sua evolução clínica fases onde há apresentação de lesões de pele ou mucosas, aumento de gânglios, queda de pelos, dores articulares, inflamações oculares entre outras, geralmente no primeiro ano da doença. Se não diagnosticada e tratada, o paciente doente poderá não mais apresentar sintomas

¹ Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. angelamariasauter@yahoo.com.br

² Enfermeira da Coordenadoria do Centro de Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de São José. catibel2007@yahoo.com.br

³ Enfermeira da Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. flaviasoaresdacruz@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. mendeska80@gmail.com

⁵ Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. keilamdesouza@gmail.com

⁶ Enfermeira da Policlínica Municipal de Saúde de São José e gerente da Regional de Saúde da Grande Florianópolis/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. mychellemello@hotmail.com

⁷ Enfermeira, Apoiadora de Território da Atenção Primária à Saúde – Distrito Sanitário Centro, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. regianeschmitt1@gmail.com

⁸ Enfermeira, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde da Grande Florianópolis/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. enfermeirarosilene@hotmail.com

⁹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira, Diretora de Planejamento em Saúde da Prefeitura Municipal de São José. enfermeirasabrina@gmail.com

¹⁰ Doutora em Nutrição. Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. thayvts@yahoo.com.br

por muitos anos ou décadas, mas o seu ressurgimento indicará graves danos ao organismo, em especial lesões cardíacas, neurológicas ou psiquiátricas e ósseas (BRASIL, 2015).

Os casos de sífilis têm aumentado anualmente no mundo, no Brasil e em Santa Catarina. A estimativa da Organização Mundial da Saúde é que 937 mil pessoas são infectadas a cada ano no país (DIVE, 2015).

Em Santa Catarina, nos últimos seis anos (2010-2015), 15.797 pessoas foram diagnosticadas com sífilis adquirida. Além desses, 3.339 novos casos foram notificados em gestantes no mesmo período. Os números de sífilis congênita (transmissão da doença da mãe para o bebê) também se elevaram, passando de 76 casos em 2010 para 475 casos em 2015, incremento de, aproximadamente cinco vezes (DIVE, 2015). No total, foram 1.248 casos notificados em menores de um ano nesse período. Desses, 58 morreram em decorrência da doença. A sífilis congênita é ainda mais preocupante, considerando que a criança pode nascer livre da sífilis se houver o tratamento adequado da gestante infectada e do seu parceiro sexual (DIVE, 2015).

Em relação aos dados de 2015, foram registrados 5.706 novos casos de sífilis adquirida, um crescimento de 53,5% em comparação aos casos notificados no ano anterior, quando foram notificados 3.716 casos. Em relação às gestantes (notificadas separadamente), o aumento do número de novos casos foi de 61%, passando de 777 em 2014 para 1.254 em 2015. Já a sífilis congênita apresentou crescimento de 75%, com 475 novos casos notificados em 2015 e 272 em 2014 (DIVE, 2015). O aumento alarmante da sífilis congênita no último ano no estado de Santa Catarina, o coloca como o estado que apresenta as maiores proporções de não tratamento de gestante com sífilis (14,1%) entre os entes federativos. Além disso, a sífilis continua contribuindo de forma significativa nas taxas de mortalidade infantil (DIVE, 2015).

No ano de 2016, 554 casos de sífilis congênita foram notificados em Santa Catarina, um crescimento de 13,5% em relação aos 488 novos casos registrados em 2015. Destes, foram notificados 34 óbitos e 18 abortos. A maioria dos casos de sífilis congênita foi registrada na região da Grande Florianópolis (156), que também detém o maior número de notificações de sífilis em gestantes (286) (DIVE, 2015).

As gestantes requerem maior atenção no diagnóstico e tratamento da sífilis, pois a infecção pode provocar má formação do feto e aborto. Quando nasce, o bebê com sífilis pode apresentar-se gravemente doente, e, nesse caso, com elevado risco de morte, com manifestações clínicas que podem variar entre pneumonia ou sinais de infecção generalizada, lesões no corpo e nas mucosas nasal e oral. Outras poderão surgir apenas semanas ou meses depois do nascimento, como cegueira, problemas ósseos, surdez, hidrocefalia ou deficiência mental (DIVE, 2015).

Os municípios brasileiros tinham como desafio reduzir a taxa de sífilis congênita

(transmissão da sífilis de mãe para filho) a uma taxa menor ou igual a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2015). Esta foi a meta estipulada em 2010 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A média brasileira em 2010 era de 3,78 casos a cada 1.000 nascimentos (BRASIL, 2015). A eliminação da sífilis congênita vem sendo perseguida há décadas no Brasil. Avanços foram alcançados em vários sentidos, mas a complexidade dos fatores que interferem na cadeia de transmissão continua a desafiar os serviços de saúde. O agravamento da epidemia da sífilis, com o aumento expressivo da sífilis adquirida em todo o mundo, principalmente devido às relações sexuais desprotegidas, contribuiu para fazer soar os alarmes da saúde pública e tornar a resposta à sífilis congênita um objetivo prioritário no Brasil (BRASIL, 2015). Soma-se a essa preocupação a ocorrência de gravidez cada vez mais precoce entre as jovens brasileiras (BRASIL, 2015).

O tratamento da sífilis em gestantes é relativamente simples e a prevenção da sua transmissão para o recém-nascido é 100% eficaz mediante a administração de penicilina benzatina, o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto (BRASIL, 2015). No entanto, para que esse tratamento aconteça conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e para que todas as gestantes com sífilis sejam tratadas, muitas condições devem ser garantidas (BRASIL, 2015):

- O acesso ao pré-natal deve ser o mais amplo possível. Mulheres em situação de vulnerabilidade (meninas e adolescentes, mulheres que usam drogas, profissionais do sexo) não podem ficar de fora;

- O início do pré-natal não deve ser tardio, porque a prevenção da transmissão da sífilis só é garantida quando o tratamento termina até um mês antes do nascimento do bebê;

- A qualidade do pré-natal deve ser assegurada, com a realização de no mínimo seis consultas;

- A garantia do acesso à detecção da sífilis na gestante deve ser a mais precoce possível, com a disponibilização dos testes rápidos para sífilis em unidades básicas de saúde ou laboratórios que consigam fornecer o diagnóstico em até uma semana;

- O tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde. Em casos raríssimos de reações adversas, que podem ser evitadas por meio de anamnese, o protocolo de atendimento estabelecido pelo DAB (Departamento de Atenção Básica) deve ser seguido nas unidades básicas de saúde;

- O fornecimento da penicilina benzatina às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto; caso haja problemas no abastecimento, a sua utilização para o tratamento de gestantes com sífilis deve ser priorizado;

- Os parceiros com sífilis das gestantes devem aderir imediatamente ao tratamento, em concomitância com o tratamento das mulheres.

Além dessas condições fundamentais na prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho, outros aspectos devem ser assegurados para que se possa vislumbrar a quebra da cadeia de transmissão, com impacto positivo na redução das taxas de sífilis congênita (BRASIL, 2015):

- Os parceiros que abandonarem as gestantes em tratamento da sífilis ou que não possuírem vínculo com estas devem ser testados e notificados, mesmo que não concordem em fazer o tratamento conjuntamente;

- A notificação da sífilis em gestantes é obrigatória, devendo, porém, ser realizada exclusivamente pelos serviços de saúde, como forma de possibilitar o controle epidemiológico. Quanto maior o número de detecções de sífilis, tratamento e notificação em gestantes, maiores são as chances de reduzir as taxas de sífilis congênita;

- A notificação da sífilis, quando não tiver sido feita durante o pré-natal, ou quando este não houver ocorrido, deve ser compulsória nos hospitais e maternidades, por ocasião do parto, e ser notificada como sífilis adquirida;

- A adesão ao pré-natal de grupos-chave com alto nível de vulnerabilidade (mulheres cada vez mais jovens, mulheres em situação de rua, mulheres que usam drogas, mulheres de homens em conflito com a lei, entre outras) deve ser garantida mediante estratégias específicas de atendimento a esses grupos, com apoio das Redes de Atenção disponíveis em cada território e acompanhamento do serviço social (BRASIL, 2015).

Segundo Domingues (2013) a sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal e do número médio de consultas com a instalação do SUS, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória. A ocorrência de sífilis na gestação está associada à cor, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas piores, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas (DOMINGUES, 2013). A ocorrência de sífilis congênita está associada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta de tratamento do parceiro e ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados.

A qualificação profissional contínua, ações de educação em saúde e a construção do vínculo estabelecido com o casal, facilitam o acompanhamento, a adesão ao serviço e tratamento adequado (VASCONCELOS, 2016). O conhecimento é inerente à prevenção e à adesão ao tratamento da doença e o seu desconhecimento torna a problemática da sífilis ainda maior, ocasionando sentimentos e atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença (VASCONCELOS, 2016).

Para uma boa adesão ao tratamento, o acolhimento, a empatia, a comunicação eficaz

são ações essenciais para a construção do vínculo entre profissionais da Atenção Básica e usuários. O vínculo é de fundamental importância para a melhoria do atendimento, pois é a partir desse componente que o profissional de saúde estabelece uma relação de confiança com o usuário no cotidiano. Empatia lembra compreensão com o semelhante, pois cuidar requer a empatia, ou seja, desenvolvimento de ações, colocar-se no lugar do outro, ouvindo e sentindo as suas necessidades, a fim de identificar como o paciente percebe e sente a sua situação (VEIGA & SANTOS, 2011).

Segundo Vasconcelos (2016) é necessária a promoção de ações pelos profissionais de saúde direcionadas à educação em saúde e ao controle da doença, incluindo ações de notificação, busca ativa, tratamento adequado e acompanhamento sorológico para comprovação da cura, a fim de que possam ser propostas mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento da doença e, por sua vez, numa melhor qualidade de vida às gestantes e seus parceiros sexuais.

Komka e Lago (2007) definem notificação como sendo a comunicação, por profissional de saúde ou qualquer cidadão, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. Sua credibilidade é dependente da capacidade de os profissionais de saúde diagnosticar corretamente essas ocorrências. Eles devem ser capacitados e ter conhecimento das normas técnicas ou normatizações da definição de caso. A definição de caso é fundamental para a vigilância epidemiológica, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a definição da ocorrência desse evento. O objetivo principal é tornar comparáveis os critérios que regulam a entrada de casos no sistema.

A notificação de sífilis em gestante teve início na portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, que inclui sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória. Esta foi iniciada para controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, e acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle (BRASIL, 2006). É considerado um caso a gestante que, durante o pré-natal, apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986). A investigação deve ocorrer em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério, e todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2006).

São quatro critérios para estes casos (BRASIL, 2006).

- Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;

- Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas:

1. Titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou
2. Testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
3. Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou
4. Títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe.

- Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

- Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Carvalho (2015) descreve que sífilis adquirida ou a doença de Lues, como também é chamada, passou a ser de notificação obrigatória no Brasil a partir de portaria nº 2472 de 31 de agosto de 2010. Sua definição de casos para fins epidemiológicos de notificação é todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cranco ou lesões compatíveis com sífilis secundárias), teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico (BRASIL, 2010).

Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contra referência baseados na acessibilidade e continuidade da assistência. Neste sentido, a estruturação formal do sistema de referência e contra referência tem sido umas das formas de sistematização do trabalho, pois, de acordo com Petrucci (2010), este sistema é fundamental para concretizar a integralidade.

Pontes *et. al.* (2009) referem que quanto melhor estruturado for o fluxo deste sistema, maior será a eficiência e a eficácia da assistência prestada. Embora haja falha, este sistema ainda é uma ferramenta importante para a efetividade das ações em saúde. A garantia da assistência ao usuário em qualquer etapa do processo saúde/doença vai depender de sua eficácia.

A Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o

desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde (BRASIL, 2012). A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados (BRASIL, 2012).

O aumento de casos de sífilis nos últimos anos demonstra a necessidade de estratégias de prevenção efetivas. No Brasil, entre as políticas de saúde pública, a assistência à saúde materno-infantil sempre foi prioritária, mesmo que com diferentes perspectivas no decorrer da história. Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8080 de 1990, questões relacionadas à mulher e às infecções sexualmente transmissíveis foram fortalecidas pela garantia de uma saúde integral e universal (MESQUITA, 2010).

Como estratégia para garantir a integralidade no cuidado, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm como prerrogativa organizar as ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde à Atenção Terciária à Saúde para garantir a referência e a contra referência de pessoas com informações aos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Há um esforço para a implantação de redes temáticas de atenção à saúde nos estados e municípios, entre elas a Rede Cegonha, que visa à humanização da assistência, através da implementação de uma rede que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o que está diretamente relacionado à prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2014).

Conhecer o território, os serviços de saúde existentes, o fluxo de atendimento, o processo de trabalho, as características epidemiológicas e socioeconômicas locais, ou seja, conhecer a Rede de Atenção à Saúde é um instrumento essencial para qualificar a adoção de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2014).

Parte integrante das RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

Quanto à reorientação das práticas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que significa que

a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (ALVES, 2005).

De acordo com o princípio da integralidade, a ESF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora. A abordagem da vigilância da saúde contempla o enfoque por problema, contrapondo-se, desta maneira, à atuação orientada por programas (MENDES, 1996). O enfoque por problemas parte do reconhecimento da área adstrita e de sua população para a identificação, descrição e explicação de seus problemas de saúde, para assim sobre eles intervir. Deste diagnóstico da situação de saúde local espera-se a participação ativa da comunidade, o que favorece o desenvolvimento da consciência sanitária pela possibilidade de compreensão sobre os problemas de saúde e seus determinantes (ALVES, 2005).

O desafio a ser superado refere-se à dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. O modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Nessa lógica, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe, ainda, o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo (CAMPOS, 2003).

Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente (CAMPOS, 2003).

Sendo assim, as atribuições das equipes guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde. A saúde da família pode, portanto, ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde. Essa nova lógica de atuação não deve se limitar à saúde da família, mas sim, disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares. Outros aparelhos sociais presentes em cada local devem também contribuir para essa lógica assistencial. Deve-se buscar, nos programas de saúde coletiva, o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, contribuindo assim para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral (CAMPOS, 2003).

As equipes de saúde devem promover, ainda, ações de educação em saúde, sendo

elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis. Desta forma, as ações de educação e de divulgação de informações precisam ser reforçadas especialmente durante o pré-natal e parto. Entretanto, essas ações idealmente mais efetivas devem ocorrer ainda antes da gravidez com a população em geral (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o uso de preservativo segue como uma das principais formas de prevenção e deve ser disponibilizado como parte da rotina de atendimento, associado e incorporado com ações de promoção em saúde por meio de informação, comunicação e educação individual e coletiva relacionada às doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2015b).

Araújo *et. al.* (2014) realizaram um estudo sobre sífilis congênita em Fortaleza, Ceará avaliando a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações para prevenção e controle da sífilis congênita. A pesquisa concluiu que havia baixo percentual de profissionais capacitados para sífilis nas unidades da Estratégia da Saúde da Família, o que pode dificultar o manejo no tratamento e compreensão do diagnóstico pelos profissionais. O estudo também identificou que poucas unidades realizavam atividades de educação em saúde, considerando que as ações desenvolvidas na atenção primária contribuem para o controle da sífilis congênita.

Outro estudo realizado por Domingues *et. al.* (2013), com objetivo de analisar a assistência ao pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis mostrou que a sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada, para tanto precisa de estratégias inovadoras e maior responsabilização dos profissionais perante um problema evitável.

No município de São José/Santa Catarina, local de abrangência para o desenvolvimento deste projeto aplicativo, a situação da sífilis é crescente nos últimos anos, assim como no estado de Santa Catarina e no Brasil, principalmente relacionada à sífilis congênita. Em relação à estruturação do município para prevenção e tratamento deste agravo, destaca-se que ações de prevenção são desenvolvidas em consultas de pré-natal, com a equipe de saúde da família (Enfermeiro e Médico), mas no entanto, o tratamento é exclusivamente médico centrado. Vale ressaltar que a aplicação de penicilina na atenção básica foi recentemente implantada nas unidades de saúde, sendo que anterior a isto, o tratamento medicamentoso era realizado prioritariamente em hospitais.

O contexto descrito em relação à sífilis em São José/SC, portanto, justifica a necessidade e a importância do desenvolvimento de um projeto aplicativo que busque contribuir para a redução da incidência de sífilis congênita neste município, melhorando os indicadores de saúde locais e a saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Reduzir a incidência de sífilis congênita no município de São José.

2.2 Objetivos Específicos

- Integrar a atenção básica e a vigilância epidemiológica no cuidado à sífilis congênita no município de São José-SC;
- Instrumentalizar os profissionais de saúde para o manejo adequado da sífilis no município de São José-SC.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da definição da árvore explicativa e dos nós críticos identificados, os participantes elaboraram ações que compreenderam ser necessárias para modificar a situação atual para a desejável.

Foram identificados três nós críticos e, para cada um, foram propostos um resultado esperado e uma ação para alcançá-lo. Para cada ação, foram propostas atividades, sendo para cada uma delas identificados responsáveis, parceiros, opositores, prazo e recursos necessários. Para cada ação foi definido, ainda, um indicador, uma meta e sua fórmula de cálculo. A esta etapa foi dedicado um tempo maior, tendo em vista o rigor que a mesma suscita e a precisão na definição de cada item para que as ações aconteçam conforme planejado.

Pensando nesta lógica, o produto final desta etapa que é a Matriz de Intervenção (QUADRO 3) – Projeto Aplicativo: Plano de Ação, é o resultado de vários processos do planejamento estratégico desenvolvido ao longo do curso. De forma coletiva, aprofundamos os conceitos de resultado esperado, ação, indicador, meta, fórmula de cálculo, atividade, responsáveis, parceiros, opositores, prazos e recursos necessários para que na etapa subsequente pudéssemos construir a matriz. Assim, compreendemos que para um projeto em saúde tenha êxito há variáveis importantes a serem consideradas na sua elaboração e em seu monitoramento para que a avaliação final do projeto seja positiva. Buscando aumentar a capacidade do grupo em viabilizar o plano de ação proposto, foi elaborada a matriz de motivação dos atores sociais. Esta etapa foi muito interessante, pois ao atribuir os valores e interesse aos atores envolvidos, observamos que tínhamos mais facilitadores do que opositores no macroproblema identificado, demonstrando a convergência da proposta do grupo afinidade com os problemas de saúde da atualidade e com o grande desafio de resolver problemas de saúde com baixo custo evitando o alto custo financeiro, social e de saúde que o problema representa.

4 GESTÃO DO PLANO

Para cada ação/atividade foi atribuído um valor para cada um dos dois critérios previamente definidos: viabilidade e impacto.

Após esta etapa foi elaborado o item procedência que está relacionado à sequência lógica ou estratégica de realização das ações/atividades. Num primeiro momento foram avaliadas as ações e num segundo momento as atividades. Esta etapa ajudou no sentido de direcionar no rol de tantas atividades e ações a serem realizadas em um projeto qual fazer primeiro. Assim esta metodologia de pontuação de ação e atividade auxiliou no direcionamento de prioridades de intervenção. Nesta etapa, foi apresentada uma matriz que como o próprio nome descreve irá monitorar o plano (Quadro 1), considerada uma forma de apresentação de como realizar o monitoramento do plano elaborado em si. Sua importância consiste em conhecermos que um projeto requer monitoramento e que esta etapa também faz parte do planejamento estratégico, além de fomentar o comprometimento do grupo afinidade com a implantação posterior das ações propostas. Considerando o cronograma do Plano que foi desenvolvido também nesta etapa é possível observar que a ação aguarda ser iniciada e que está prevista para março de 2018 (Quadro 2). O desenvolvimento do cronograma permitiu dimensionar o tempo necessário para a realização do Projeto Aplicativo e também auxiliar no monitoramento das ações, de forma a garantir que o mesmo ocorra conforme o planejado.

Proposta de avaliação e monitoramento

Quadro 1: Matriz de monitoramento do Plano

MATRIZ DE MONITORAMENTO DO PLANO				
AÇÃO Em ordem de precedência	SITUAÇÃO Não iniciada, em andamento, não concluída ou concluída	RESULTADOS Síntese dos resultados alcançados para ações concluídas	DIFICULDADES Obstáculos para implantação do plano	NOVAS AÇÕES/ AJUSTES
Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis	Não iniciada			
Promover ações para integração entre VE e AB	Não iniciada			
Realizar Educação Permanente	Não iniciada			

Fonte: Grupo Afinidade 5, 2017.

**Cronograma de ações do Projeto
Aplicativo**

Quadro 2: Cronograma de acompanhamento da implantação de ações.

CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES																								
AÇÃO Em ordem de precedência	2018												2019											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis				x	x	x																		
Promover ações para integração entre VE e AB				x		x			x			x			x			x			x			x
Realizar Educação Permanente									x			x			x			x			x			x

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- ARAÚJO, M. A. L.; BARROS, V.L.; MOURA, H.J. *et. al.* Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde colet.**, v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**., Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26/06/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26/06/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**. p. 569-584, 2003.
- DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (DIVE, SC). 2015. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/225-aumento-do-numero-de-casos-de-sifilis-congenita-em-santa-catarina-preocupa-autoridades-em-saude>>. Acessado em: 24/11/2017.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z.M.A. *et. al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-

157, 2013.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis Congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 205-211, 2007.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização**: ideias e atores políticos na história do PAISM. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

PETRUCI, Francisco. Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica. Monografia: **INDEP** Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação,. Assis-SP, 2010.

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de et al . O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 500-507, Sept. 2009.

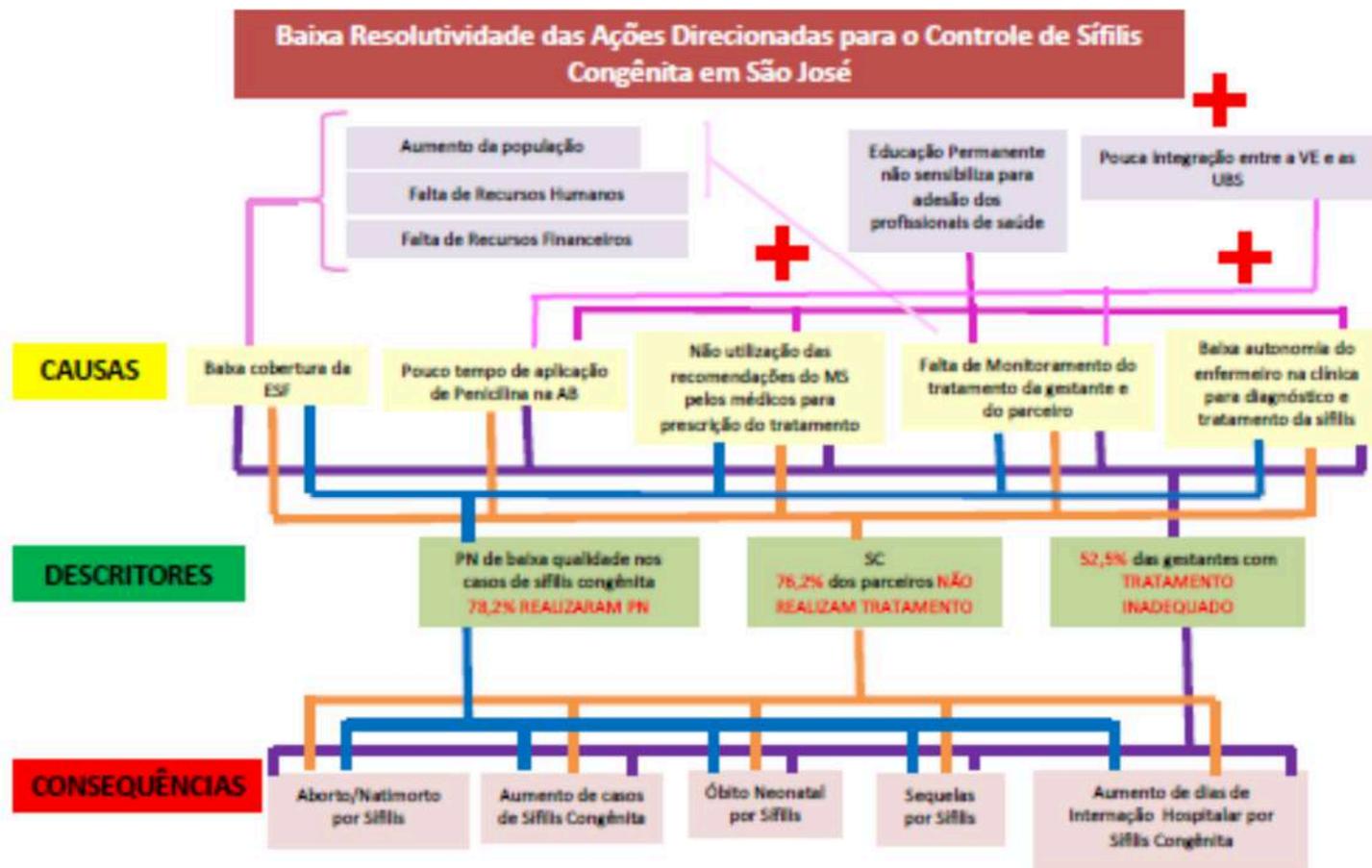
VASCONCELOS, M.; GUIMARÃES, R.X.; MAGALHÃES, A.H.R. *et. al.* Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. **ATAS CIAIQ**, v. 2, p. 1584-1592. 2016.

VEIGA, F.; SANTOS, E. Uma escala de avaliação da empatia: adaptação portuguesa do Questionnaire to Assess Affectiveand Cognitive Empathy. In: Actas do VIII Congresso Ibero-americano de Avaliação/Evaluación Psicológica, **XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica**: Formas e Contextos. 2011.

ANEXOS

5 APÊNDICE

ARVORE EXPLICATIVA



Fonte: Grupo Afinidade 3, 2017.

2. Matriz de intervenção

Quadro 3: Matriz de Intervenção – Projeto Aplicativo: Plano de Ação

PROBLEMA →	Baixa integração da AB e VE
RESULTADO ESPERADO	Integração entre AB e VE
AÇÃO	Promover ações para integração entre VE e AB
INDICADOR	Número de investigações dos casos de sífilis encerradas em tempo oportuno
META	100% das investigações dos casos de sífilis encerradas em tempo oportuno
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de investigações dos casos de sífilis encerradas em tempo oportuno}}{\text{número total de investigações de sífilis}} \times 100\%$
ATIVIDADE	Disponibilizar acesso ao prontuário eletrônico (PE) para VE
RESPONSÁVEIS	Sabrina e Rosilene
PARCEIROS	Diretor da AB, Diretor da VE, Coordenador de TI, Secretário Municipal de Saúde
OPOSITORES	Coordenação do ESUS no MS
PRAZO	04 meses
RECURSOS NECESSÁRIOS	CPU, rede lógica, profissional, TI, Software
ATIVIDADE	Confeccionar boletim epidemiológico
RESPONSÁVEIS	Catarina e Michele
PARCEIROS	Diretor da AB, Diretor da VE, Coordenador do NEP
OPOSITORES	Sem opositor
PRAZO	30 dias
RECURSOS NECESSÁRIOS	CPU, acesso à internet, dados, profissional VE e NEP
ATIVIDADE	Disponibilizar Boletim trimestral às US através Correio eletrônico
RESPONSÁVEIS	Catarina e Michele
PARCEIROS	Diretor da AB, Diretor da VE, Coordenador do NEP
OPOSITORES	Sem opositor
PRAZO	30 dias
RECURSOS NECESSÁRIOS	CPU, acesso à internet, dados, profissional VE e NEP
PROBLEMA →	Não utilização das recomendações do MS pelos médicos para prescrição do tratamento
RESULTADOS ESPERADOS	Utilização das recomendações do MS por médicos para a prescrição do tratamento
AÇÃO	Realizar Educação Permanente
INDICADOR	Tratamento adequado
	100% dos tratamentos realizados conforme recomendações do MS

META	
FÓRMULA DE CÁLCULO	Nº notificações/nº de penicilinas dispensadas x 100
ATIVIDADES	Reunir equipe médica e de enfermagem e VE para atualização do protocolo das recomendações do MS para tratamento da Sífilis
RESPONSÁVEIS	Angela, Flávia
PARCEIROS	Diretor da VE, equipe médica, equipe de enfermagem, coordenador de assistência farmacêutica, coordenador do laboratório municipal
OPOSITORES	Coordenador de UBS, equipe médica, equipe de enfermagem
PRAZOS	1 mês para multiplicação e atualização do protocolo
RECURSOS NECESSÁRIOS	Espaço para reunião, material impresso, coffe break, data show/PC, liberação dos médicos e enfermeiros pelos coordenadores de UBS
ATIVIDADES	Monitoramento e feedback das indicações de tratamento pelos médicos
RESPONSÁVEIS	Angela, Flávia, Daniela e Karina
PARCEIROS	Coordenadores de Distrito, coordenador do Programa de ISTs e diretor clínico de medicina
OPOSITORES	Médicos e enfermeiros
PRAZOS	1 ano
RECURSOS NECESSÁRIOS	Carro, equipe para monitoramento, tempo
PROBLEMA	⇒ Baixa Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
RESULTADOS ESPERADOS	Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
AÇÕES	Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
INDICADORES	Número de casos de sífilis atendidas pelo enfermeiro com prescrição de penicilina realizadas pelo profissional
META	100% das pessoas com sífilis atendidas pelo enfermeiro com prescrição de penicilina pelo profissional
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número de pessoas com sífilis atendidas pelo enfermeiro com prescrição de penicilina/ número total de pessoas com sífilis atendidas pelo enfermeiro x 100
ATIVIDADES	Criar comissão para construção do Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
RESPONSÁVEIS	Regiane, Keila e Karina
PARCEIROS	Enfermeiros, Diretor de AB, Diretor de VE
OPOSITORES	Sem opositor
PRAZOS	30 dias

RECURSOS NECESSÁRIOS	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC, acesso à internet
ATIVIDADES	Construir Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
RESPONSÁVEIS	Regiane, Keila e Karina
PARCEIROS	Médicos, enfermeiros, Diretor de AB, Diretor de VE, Representante do COREN SC
OPOSITORES	Médicos, enfermeiros
PRAZOS	60 dias
RECURSOS NECESSÁRIOS	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC e acesso à internet
PROBLEMA	— Baixa Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
RESULTADOS ESPERADOS	Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
AÇÕES	Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
ATIVIDADES	Validar e Publicar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis na Secretaria Municipal de Saúde de São José
RESPONSÁVEIS	Regiane, Keila e Karina
PARCEIROS	Enfermeiros, Diretor de AB, Representante do Coren SC, Coordenador de TI, Secretário Municipal de Saúde
OPOSITORES	Sem opositor
PRAZOS	30 dias após construção do protocolo
RECURSOS NECESSÁRIOS	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC e acesso à internet
ATIVIDADES	Apresentar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis aos Enfermeiros através de capacitações
RESPONSÁVEIS	Regiane, Keila e Karina
PARCEIROS	Enfermeiros, Diretor de AB, Diretor de VE
OPOSITORES	Enfermeiros, coordenação das US
PRAZOS	30 dias após publicação do protocolo
RECURSOS NECESSÁRIOS	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC e acesso à internet

Fonte: Grupo Afinidade 5, 2017.

UBS 02 DE BRAZLÂNDIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO ACESSO DOS USUÁRIOS

Aline Fernanda de Sá Reis¹
Eliene Ferreira de Sousa²
Fernanda da Cruz Kubitschek³
Jean Ponciano do Nascimento Dias⁴
Kely Rodrigues Mourão⁵
Márcia Costa Pinheiro Nery⁶
Perla Estrela Ribeiro⁷
Silvana Reigota Naves de Araújo⁸
Tatiana Fonseca Rocha Vicente⁹
Walkíria Warley Ferreira¹⁰
Maria Francisca Santos Abritta Moro¹¹
Karlo Josefo Quadros de Almeida¹²

1 INTRODUÇÃO

O Distrito Federal, mesmo com um Sistema de Saúde organizado a partir de uma estrutura de serviços dispostos em perspectiva regionalizada, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até aqueles com alto grau de densidade tecnológica, ainda é caracterizado por forte iniquidade entre as suas Regiões de Saúde. A cobertura da atenção primária, que atualmente conta 171 Unidades Básicas de Saúde (UBS), ordenada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é insuficiente em todas as regiões e tanto a oferta de atenção especializada quanto a de equipamentos e recursos diagnósticos estão

¹ Nutricionista, Especialização em Nutrição na Atenção Básica pela Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, alinesreis@gmail.com

² Nutricionista, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, eliene.sousadf@gmail.com

³ Enfermeira, Especialização em Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Ciências, Educação e Teologia do Norte do Brasil, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, nandacruz@gmail.com

⁴ Médico Ginecologista e Obstetra, Especialização em Ultrassonografia (Clínica Fértil-GO), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, jeponciano@gmail.com

⁵ Assistente Social, Especialização em Gestão Regionalizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, kely.mourao@hotmail.com

⁶ Nutricionista, Especialização em Educação e Promoção da Saúde pela Universidade de Brasília e em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, marciacostap@gmail.com

⁷ Enfermeira, formada pela Faculdade LS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, perla_enfprof@hotmail.com

⁸ Nutricionista, Especialização em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, silvana.reigota@gmail.com

⁹ Enfermeira, Especialização em Enfermagem em UTI pela Faculdade Anhanguera, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, tati.rocha2007@gmail.com

¹⁰ Bacharel em Direito e Ciências Contábeis, Pós-graduação em Direito Penal pelo Instituto Processus, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, gpm.aeste@gmail.com

¹¹ Fisioterapeuta, Pesquisadora Fiocruz, Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, moromaria65@gmail.com

¹² Médico, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, karlo.quadros@gmail.com

concentrados nas regiões centrais (Governo do Distrito Federal, 2016). A Região de Saúde Oeste, que compreende as regiões administrativas de Ceilândia e Brazlândia, é uma das mais vulneráveis de todo o Distrito Federal (CODEPLAN, 2016).

Por muitos anos, o único ponto de atenção primária à saúde de Brazlândia foi o Centro de Saúde nº 1, unidade de saúde tradicional, hoje UBS 01 de Brazlândia. Entre os anos de 1995 e 1999, foi implantado o Programa Saúde em Casa, que contemplava, no modelo do Programa Saúde da Família, algumas áreas rurais e o Setor Veredas. O restante da população ainda tinha como referência o Centro de Saúde nº 1. O Programa Saúde em Casa foi uma parceria do Governo do Distrito Federal (GDF) com a Fundação Zerbini, onde profissionais de saúde eram contratados, por esta Fundação, para atuar na APS. Com o passar dos anos e as mudanças de governo, essa parceria foi enfraquecendo e a qualidade do serviço prestado pelo Programa Saúde em Casa também. Contudo, só em 2009, houve concurso público para repor o efetivo nas equipes do Programa Saúde da Família que já existiam e para a sua expansão. Em maio desse mesmo ano, foi inaugurado o Centro de Saúde nº 2 na Vila São José, hoje UBS 02 de Brazlândia. O objetivo da nova unidade básica ficou, por muito tempo, indefinido. Aberta para abrigar, inicialmente, equipes de Saúde da Família (eSF), a unidade chegou a funcionar com cinco eSF, um Pronto Atendimento e parte dos serviços oferecidos pelo modelo tradicional, como sala da mulher, sala da criança e especialidades médicas como ginecologia e pediatria.

Em fevereiro de 2016, Brazlândia passa a integrar a Região de Saúde Oeste, juntamente com Ceilândia. Na prática, a atenção à saúde dessas duas Regiões Administrativas começava a ser pensada de forma conjunta. Outra mudança significativa foi a UBS 02 de Brazlândia passar a ter seu foco de trabalho voltado exclusivamente para a ESF.

Brazlândia conta hoje com um Hospital Regional de pequeno porte, o Hospital Regional de Brazlândia – HRBz. Ambulatorialmente, o HRBz atende as especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia Cirúrgica, Neonatologia, Nutrição, Odontologia, Ortopedia e Pequena Cirurgia. Há menos de um mês, as especialidades do HRBz passaram a ser reguladas via encaminhamento da APS. Na emergência, o HRBz atua nas áreas de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Pediatria. Desde abril de 2017, pacientes classificados como verdes e azuis passaram a ser referenciados para a APS, como forma de redirecionar a porta de entrada do sistema e reduzir a procura equivocada pela emergência.

Na APS, Brazlândia está dividida em três territórios sob responsabilidade das Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP). A GSAP 01 de Brazlândia é responsável pelos setores norte, sul, tradicional, oficinas, chácaras e Maranata, além das áreas rurais não cobertas pela ESF. Para isso, a GSAP 01 de Brazlândia conta com uma UBS localizada no setor norte, a UBS 01, que é a mais antiga de Brazlândia e hoje comporta duas eSF, uma equipe de transição e duas Equipes de Saúde Bucal (ESB). Estima-se que a população deste território seja de 22.500 habitantes (GDF, 2017a).

O território da GSAP 02 de Brazlândia compreende toda Vila São José e tem uma população estimada em 15.000 habitantes (GDF, 2017a). Conta com uma UBS (UBS 02 de Brazlândia), que abriga quatro eSF, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Pediatra, Assistente Social e Farmacêutico, além de duas ESB. O NASF é responsável por apoiar as quatro eSF da GSAP 02 de Brazlândia e cinco das seis eSF da GSAP 03 de Brazlândia.

A GSAP 03 de Brazlândia é responsável, na área urbana, pelos Setores Veredas e Incra 8 e por grande parte da área rural de Brazlândia. Com cinco UBS espalhadas pelo território, a GSAP 03 de Brazlândia é responsável por uma população estimada em 30.000 habitantes (GDF, 2017a). As eSF que integram a GSAP 03 de Brazlândia são: INCRA 08, Veredas I, Veredas II, Almécegas, Chapadinha e Torre. A GSAP 03 de Brazlândia conta também com três ESB.

Como estratégia de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o aumento da cobertura de ESF se apresenta como uma das metas mais importantes para a consecução do direito fundamental à saúde de toda a população do Distrito Federal. Para tanto, a APS do Distrito Federal vem passando por importantes transformações. A SES-DF publicou, em 14 de fevereiro de 2017, as Portarias nº 77 e 78, que são os marcos legais que regulamentam essa mudança (GDF, 2017b; GDF, 2017c).

A Portaria nº 77/2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, traz, em seu artigo 3º, o acesso como um dos seus princípios (GDF, 2017b).

Art. 3º. São princípios da Atenção Primária à Saúde:

I – Acesso: os serviços da Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde; (sem grifo)

A Política instituiu que a ESF é o modelo de assistência definido para a APS do DF. Entre as diretrizes para a implementação da ESF está a garantia do acesso, determinando, assim, que a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento (GDF, 2017b).

Apesar da reversão do modelo de atenção à saúde, de atendimento tradicional focado em especialidades médicas para ESF, os profissionais de saúde ainda trabalham na lógica queixa-conduta, no modelo médico-medicação-procedimento centrado (COELHO, 2009; SANTOS, 2014). Isso ocorre porque os profissionais de saúde ainda não incorporaram os princípios do

trabalho centrado no usuário e não na doença e são treinados para interceder em casos agudos, o que pode privilegiar as tecnologias duras e procedimentais em detrimento à integralidade (SANTOS, 2014).

O vínculo é visto como uma das tecnologias das relações nas ações de saúde e sua base está fortemente relacionada ao acolhimento e ao acesso. Para que o vínculo, o acesso e o acolhimento se estabeleçam é necessário respeito, relações efetivas no trabalho, resolutividade no atendimento, acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários (COELHO, 2009).

Uma atenção especial deve ser dada ao acolhimento, entendido como o encontro entre o profissional de saúde e o usuário, cujo objetivo é uma escuta por parte do profissional que seja capaz de compreender os seus desejos e lhe dar acesso ao serviço, de acordo com suas necessidades de saúde. O profissional que faz a escuta assume um compromisso com o usuário. O problema é que o acolhimento ainda é visto como um momento de triagem ou uma fase anterior à consulta médica, desvalorizando os outros membros da equipe que poderiam estar envolvidos no cuidado. Feito desta forma, o acolhimento perde sua capacidade de promover o vínculo entre profissionais e usuários e estimular o autocuidado, a melhor compreensão da doença e a responsabilização pelo tratamento, assim como compromete a universalização do acesso, o fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial, a qualificação da assistência, a humanização das práticas e o estímulo às ações de combate ao preconceito (COELHO, 2009; GARUZI, 2014).

Até aqui, fica claro que é preciso promover uma mudança de pensamento dos profissionais de saúde em relação ao cuidado prestado ao usuário e que, para isso, o caminho é promover uma aproximação do profissional com a comunidade, com os outros membros da equipe e com os processos de trabalho e serviços oferecidos pela unidade de saúde, tendo em vista que em visitas a algumas UBS da Região percebeu-se um distanciamento dos servidores do acolhimento às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Lima (2014) mostra que a satisfação do profissional de saúde na ESF está voltada para a afinidade com a profissão, gostar do que faz, para a satisfação dos usuários com a assistência recebida, para o trabalho em equipe, entre profissionais e destes com os usuários. Os principais motivos de insatisfação seriam problemas nas relações com usuários/famílias, nos instrumentos e no ambiente de trabalho, como a carga horária excessiva e a falta de compreensão sobre o modelo. Esses aspectos são preponderantes ao gestor na hora de motivar a equipe de trabalho e tentar formar uma relação de vínculo com a instituição, para que o profissional se sinta parte dela e deseje que a mesma se fortaleça. A criação de vínculo também é fundamental para se desenvolver uma relação de confiança que leve o usuário a aderir às ações de saúde propostas, e, mais, para envolvê-lo de maneira ativa em seu próprio cuidado.

Diante do exposto e considerando as vivências dos especializandos, foi conduzida a Construção do Projeto Aplicativo (CPA).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Ampliar e qualificar o acesso dos usuários do território de abrangência da UBS 02 de Brazlândia, por meio da melhoria do acolhimento, reorganização das agendas profissionais e aumento das visitas domiciliares pelas Equipes de Saúde da Família (eSF).

2.2 Objetivos Específicos

- Qualificar o processo de trabalho do acolhimento, em consonância com o Protocolo do acesso na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, através da:
 - Criação de um grupo de tutoria, formado por residentes do Programa de Residência em Saúde Coletiva da SES-DF e pelo NASF, para acompanhar o processo de trabalho atual das eSF, fazer um diagnóstico situacional e propor soluções para os problemas encontrados. Os resultados do grupo serão apresentados às equipes, a fim de subsidiar a elaboração, de forma colegiada, de uma proposta para melhoria do processo de trabalho, que também será submetida à apreciação da comunidade;
 - Sensibilização dos servidores com pactuação quanto à nova dinâmica do acolhimento, redefinindo os fluxos de trabalho;
 - Reorganização do espaço físico da UBS, após redefinição dos fluxos de trabalho;
 - Confecção e ampla divulgação da carteira de serviços da UBS;
 - Operacionalização do protocolo do acesso na APS do Distrito Federal;
 - Agenda para educação permanente, aproveitando o espaço protegido das reuniões de equipe.
- Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada), através da:
 - Construção de ferramenta para compartilhamento das agendas de médicos e enfermeiros das eSF, considerando o perfil epidemiológico do território da UBS 02 de Brazlândia;
 - Validação da ferramenta pelas eSF;

- Implementação da ferramenta e monitoramento mensal das agendas de trabalho.
- Aumentar o número de visitas domiciliares pelas eSF, com a:
 - Definição de rol de atividades a serem executadas nas visitas domiciliares na oportunidade das reuniões de equipe;
 - Definição de mecanismo para acompanhar e avaliar o cumprimento das metas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No processo de CPA, várias Oficinas de Trabalho do Projeto Aplicativo (OTPA), distribuídas ao longo da programação dos encontros presenciais do Curso, foram realizadas. A OTPA 1 teve como base metodológica a atividade TBL – *Team-Based Learning*, que quer dizer “aprendizado baseado em equipes”, e trouxe o tema ‘Estimulando o Pensamento Estratégico’ e a ideia da elaboração de um Projeto Aplicativo (PA) orientado à intervenção em uma realidade concreta, a partir do reconhecimento de necessidades relacionadas às áreas de gestão, atenção à saúde e educação nos cenários de prática dos participantes, visando dar resposta a problemas.

Na OTPA 2 – “Identificando problemas no cenário real” – cada participante escreveu em tarjetas três desconfortos/inquietudes em relação ao contexto para o qual pretendia direcionar o PA, ou seja, em relação à realidade sobre a qual pretendia intervir. Em seguida, as tarjetas foram agrupadas por núcleos de sentido, visando à construção de macroproblemas.

Neste momento, cabe relatar que a etapa de agrupamento de ideias afins com identificação dos macroproblemas foi refeita, a partir de uma discussão do grupo em encontro extraordinário no início do mês de agosto e após o levantamento das evidências necessárias para dar continuidade ao trabalho, quando o grupo constatou que havia necessidade de ações anteriores ao objeto do PA.

O produto dessa nova construção, elaborado a partir das tarjetas iniciais, apontava os macroproblemas identificados e dos desejos de mudança.

Na OTPA 3 – “Priorizando problemas e identificando atores sociais” – foram trabalhadas as quatro matrizes decisórias para priorização de problemas, que constam no caderno ‘Projeto Aplicativo’, e uma nova matriz, construída com os critérios que o grupo identificou mais relevantes: VALOR – Importância dada ao problema pelo ator, considerando seu contexto, CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO – Governabilidade, CUSTOS – Da intervenção necessária à resolução do problema e RELEVÂNCIA – Importância do problema para o Sistema de Saúde. Todas as matrizes apontaram a BAIXA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA como problema prioritário.

Os atores sociais relevantes em relação ao problema priorizado foram identificados e, na

matriz de valor e interesse, também avaliados como aliados, opositores ou indiferentes.

A partir do problema priorizado, na OTPA 4 – “Explicando problemas” – foi construída a árvore explicativa (Anexo 1), com a identificação dos descritores que melhor delinham e mensuram o problema priorizado, as causas que o determinam e as consequências, formando uma cadeia lógica multicausal entre os descritores, as causas e as consequências. No último movimento, identificamos os nós críticos, causas negritadas na árvore explicativa, ou seja, as causas alvos de intervenção no plano de ação, de maior possibilidade e potencial de intervenção (maior número de relações com outras e que, sofrendo interferência, poderiam provocar mudanças positivas nos descritores aos quais estão relacionados).

Para a execução da OTPA 5 – “Intervindo no problema”, utilizamos o método 5W3H, uma lista de ações/atividades definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos. A aplicação permite mapear atividades, estabelecendo o que deve ser feito (what) e porque (why), quem o fará (who), em que período de tempo (when) e em que área da instituição (where), além de como a atividade será desenvolvida (how), e, quando possível, seu custo (how much). Para acompanhar os resultados, estabelecemos um indicador por ação planejada (how measure).

Cabe relatar, neste momento, que, após socialização do ‘Estado da arte do PA’ no grande grupo, na tentativa de garantir a governabilidade da execução do PA, priorizamos apenas um nó crítico, dos três identificados na árvore explicativa: a dificuldade de acesso do usuário na UBS, cujo plano de ação está posto no Anexo 2.

A fim de identificar as ações conflitivas do plano de ação, na OTPA 6 – “Viabilizando o Plano de Ação”, construímos a matriz de análise de motivação em relação aos interesses e valores dos atores sociais, segundo ação do plano. Analisar a posição/motivação dos atores diante das diferentes ações elaboradas é um movimento estratégico, no sentido de se buscar viabilidade, analisando, novamente, o valor e o interesse que cada ator social atribui às ações do plano.

As ações viáveis são aquelas de consenso, que todos os atores sociais envolvidos consideram de modo positivo, assumindo uma postura de apoio, ou, então, aqueles que não apoiam são indiferentes ou não tem um peso imobilizador sobre a atitude dos que apoiam. Ações conflitivas podem ser viáveis a medida que os atores que as apoiam conseguem superar a oposição dos que a elas resistem. Nesse sentido, o grupo concluiu que a Ação 3: Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada) seria uma ação conflitiva.

A partir desta ação, conflitiva, foi construída a matriz de análise das estratégias de viabilidade, considerando os recursos necessários e quem os controla. A viabilidade foi classificada em alta, média ou baixa, a depender da disponibilidade dos recursos disponíveis para viabilizá-las. A planilha de detalhamento da análise de viabilidade foi construída com maior detalhamento dos recursos necessários e impacto dos resultados esperados para a construção de estratégias.

4 GESTÃO DO PLANO

A realização da OTPA 7 – “Gestão do Plano de Ação – Monitorando o Plano” – foi um dos momentos mais relevantes do planejamento, pois trouxe uma visão mais ampliada do PA. Num primeiro movimento, classificamos as ações quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a precedência. Em seguida, foi construída a matriz de monitoramento do plano e o cronograma de acompanhamento da implementação das ações.

Não se aplica a planilha orçamentária, uma vez que as ações envolvem mudanças nos processos de trabalho, não gerando despesas de custeio e/ou investimento.

Ainda com relação ao monitoramento, o aplicativo “Trello”, será utilizado pelos especialistas e servidores da UBS 02 de Brazlândia, que terão acesso à execução das ações em tempo real.

Por fim, este PA deverá ser inserido na agenda institucional da região e da administração central da SES-DF, bem como integrado a outros projetos com mesma linha de atuação para sua sustentabilidade.

Proposta de avaliação e monitoramento (OTPA 7)

<i>Ação</i>	<i>Viabilidade</i>	<i>Impacto</i>	<i>Comando</i>	<i>Duração</i>	<i>Recurso</i>	<i>Precedência</i>
Ação 1 - Qualificar o processo de trabalho do acolhimento (Protocolo de acesso à APS).	MÉDIA	ALTO	Gerente e atores internos articulados com atores externos (Programa de Residência em Saúde Coletiva)	LONGA	Político, Técnico e Organizacional	1ª
Ação 2 - Aumentar o número de visitas domiciliares pelas eSF.	MÉDIA	ALTO	Gerente e atores internos	MÉDIA	Organizacional	3ª
Ação 3 - Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada).	MÉDIA	ALTO	Gerente e atores internos	MÉDIA	Técnico e Organizacional	2ª

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

REFERÊNCIAS

SANTOS, B. R. L. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 174, n. 36 (1 Supl. 2), p. 170 -177 ; 2012.

CALEMAN, G. et al. Projeto aplicativo: termos de referência. 1. ed. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde; 2016.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5; 2009.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN/SEPLAG – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2015. Brasília; 2016.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health**. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149; 2014.

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. População por Unidade de Saúde – DF. Ano referência: 2017. www.saude.df.gov.br. Acesso em 04 de julho de 2017; 2017a.

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília; 2017b.

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília; 2017c.

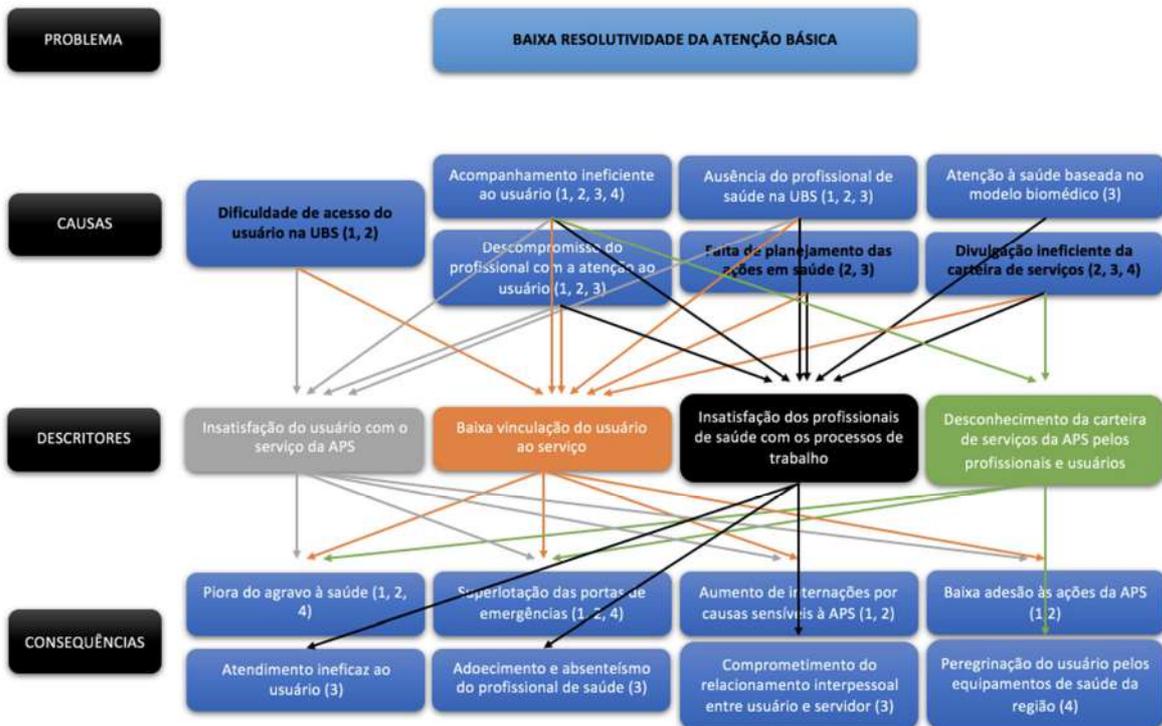
Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Saúde 2016-2019 - Versão aprovada conforme Resolução CSDF N°457, de 05 de abril de 2016. Brasília; 2016.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24; 2014.

SANTOS, W. J; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí. **Ciência & Saúde Coletiva**. Brasil; 2014.

ANEXOS

(1) OTPA 4: Árvore explicativa



(2) OTPA 5: Plano de ação – 5W3H, segundo frente de ataque (nó crítico)

5W3H							
Espaço do problema		GSAPBz 02					
Macroproblema		BAIXA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA					
Nó Crítico		NC1 - Dificuldade de acesso do usuário na UBS					
What O que fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer?	When Quando fazer?	Where Onde?	How Como fazer?	How much Quanto custa?	How measure Qual indicador?
Qualificar o processo de trabalho do acolhimento (Protocolo de acesso à APS)	Para implantar a escuta qualificada na UBS e uniformizar os processos de trabalho	GSAP Supervisores ESF	Após encerramento da consulta pública e capacitações	UBS 02 de <u>Brazilândia</u>	Implementação do protocolo, com definição dos fluxos internos de trabalho; Educação continuada	Impressões gráficas, material de escritório	Reuniões de Equipe com <u>auto-avaliações</u> periódicas
Aumentar o número de visitas domiciliares pelas eSF	Para promover a aproximação do usuário ao serviço de saúde	ESF	Adequação imediata	Vila São José – <u>Brazilândia</u>	Visitas domiciliares; Ação nas escolas e outras associações da comunidade	Transporte, Impressões gráficas, material de escritório	Número de visitas realizadas
Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada)	Para viabilizar o acesso, principalmente a pacientes verdes e azuis	GSAP Supervisores	Adequação imediata	UBS 02 de <u>Brazilândia</u>	Reservando aproximadamente 50% da agenda para atendimento de demanda espontânea; Aumentar a variedade de serviços da assistência (apoio multiprofissional)	-	Fila e tempo de espera

ELABORAÇÃO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LARANJAL DO JARI

Walter de Souza Tavares¹
Ana Claudia Silva Leite²
Lidiana Ferreira dos Santos³
Talina Blenda dos Santos Miranda⁴
Elioneide de Almeida Monteiro⁵

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde (ABS) ou Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

A ABS deve orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade da atenção, equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Porém, para que a ABS seja pautada em tais princípios faz-se necessário à execução de ações em saúde que garantam aos usuários os direitos a um serviço de saúde resolutivo e de qualidade.

Para que as ações da AB sejam resolutivas, várias medidas são necessárias, e dentre essas medidas está um planejamento adequado que englobe os principais diagnósticos situacionais. Assim, Lacerda, Botelho e Colussi (2013) inferem que o planejamento é um instrumento contínuo para diagnosticar a realidade que permite a sugestão de alternativas para modificá-los, elencando as formas para viabilizar tais mudanças e o período oportuno para aplicar as ações pensadas.

Na saúde é praticamente impossível realizar ações que articulem diferentes unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade sem realizar um planejamento condizente com a realidade (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2013).

Com o intuito de melhorar o planejamento na AB, o Ministério da Saúde, em 2013,

¹ Enfermeiro, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Amapá, Universidade Federal do Amapá, Walter_sou_z@hotmail.com

² Enfermeira, Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Secretaria Municipal de Saúde de Tartarugalzinho, aninha.halley@hotmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Secretaria Municipal de Saúde de Macapá, lidianasantos.ap@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, Hospital da Criança e do Adolescente do Amapá, talina.miranda@gmail.com

⁵ Nutricionista, Especialista em Vigilância Sanitária e Docência do Ensino Superior, Secretaria de Estado de Saúde do Amapá, elly_monte@hotmail.com

publicou o caderno “Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas” que versa sobre a importância do planejamento estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de saúde.

Desta forma, percebe-se que o planejamento é peça fundamental para a execução de ações que visem garantir a melhoria na acessibilidade, universalidade e integralidade. Assim, nota-se que uma fragilidade na execução do planejamento das ações da AB pode acarretar em baixa resolutividade, indicadores de saúde insatisfatórios, deficiência na promoção à saúde e prevenção de agravos e fragilidade na assistência integral. Tais consequências podem ser observadas na literatura nacional, como no estudo de Marin et al. (2013) que inferem que “há uma lacuna na atenção primária como porta de entrada, na qual os usuários não encontram o necessário suporte para o alcance das tecnologias a que têm direito, sentindo-se perdidos ocasionando alterações nos arranjos organizacionais, atropelo dos fluxos de atendimento, sobrecarga de atendimento nos níveis de atenção. Além disso, ainda referem que há uma dissociação entre os serviços da AB com baixa integração o que dificulta a continuidade do cuidado”.

A fragilidade na execução do planejamento das ações na AB pode estar ocorrendo na maioria dos municípios do Estado do Amapá. Pois, percebe-se que as ações, em sua maioria, são pontuais e que não tem uma continuidade no cuidado, o que foi citado pelo autor supramencionado. Dessa forma, resolveu-se desenvolver esse projeto aplicativo para propor melhorias no planejamento da AB do município de Laranjal do Jari, o que melhorará o acesso ao serviço de saúde.

Este município está situado no sul do Estado do Amapá sendo seus limites demográficos: Vitória do Jari ao Sul; Oiapoque, Pedra Branca do Amapari e Mazagão ao Leste, Almeirim (PA) a sul e oeste, Guiana Francesa ao norte e Suriname a noroeste. Atualmente possui aproximadamente 46.639 habitantes com uma área de 29.699 km², com uma densidade demográfica de 2 hab/Km².

De acordo com a nota técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde de agosto de 2017, Laranjal do Jari possui cerca de 13,70% da população em extrema pobreza e 2,64% da população possui plano de saúde. Informa, ainda, que o município possui 100% de cobertura de Atenção Básica de 60 horas semanais para 3.000 habitantes.

A AB de Laranjal do Jari conta com 16 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, 100 Agentes comunitários de Saúde, 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 08 Equipes de Saúde Bucal, 06 Unidades Básicas de Saúde, 03 Postos de Saúde, 01 Centro de fisioterapia, 01 Centro de Atenção Psicossocial I, 01 Laboratório de Análises Clínicas e 01 Central de Imunização.

No entanto, tal quantitativo de ESF não corresponde à realidade local devido às características demográficas do município, que possui localidades longínquas e de difícil acesso,

impossibilitando, por vezes, as equipes de saúde da AB a realizarem o atendimento integral das famílias moradoras de tais localidades.

Para sanar tal problemática, Brasil (2013) infere que o baixo acesso das áreas rurais aos serviços de saúde requer do poder público uma forte atuação com abordagens próprias que devem ser pensadas a partir de uma visão intersetorial e articulada, que considere as políticas públicas específicas estabelecida para elas, visando a maior racionalidade nas intervenções.

Apesar de ter 100% de cobertura de Equipes Saúde da Família, percebe-se que as ações na AB são pontuais que não tem uma continuidade no cuidado e por vezes não atendem à demanda necessária. Isso pode ocorrer devido a um planejamento superficial que não considera os diagnósticos situacionais.

Diante disso, propõe-se desenvolver melhorias no planejamento da AB do município de Laranjal do Jari a fim de melhorar os indicadores de saúde, aumentar a acessibilidade do usuário a rede de saúde através do fluxo de atendimento preconizado por Brasil (2013) e melhorar a resolutividade da AB no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar e organizar o planejamento das ações na atenção básica no município de Laranjal do Jari para torna-lo resolutivo.

2.2 Objetivos Específicos

-  Promover a capacitação sobre planejamento estratégico para as Equipes de Atenção Básica do município de Laranjal do Jari.
-  Elaborar um cronograma de ações estratégicas executáveis e resolutivas.
-  Implantar um modelo de plano de ação estratégico para a atenção básica do município de Laranjal do Jari.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi desenvolvida após uma ampla discussão acerca da situação da AB do município de Laranjal do Jari. Para isso, iniciou-se o processo de escolha do problema a partir do direcionamento sobre plano de ação e através da vivência de um profissional sobre a realidade da AB daquele município. Assim, foram elencados os problemas da AB, os quais foram

agrupados em macroproblemas, além de ser definidos os desejos de mudança.

Os macroproblemas encontrados a partir do rol de problemas destacados foram:

- Dificuldade em promover acessibilidade dos usuários ao serviço de saúde.
- Fragilidade na execução do planejamento das ações da atenção básica.
- Fragilidade na retaguarda dos serviços secundários e terciários.
- Descontinuidade do processo de educação permanente em saúde.

Na intenção de obter um extrato das prioridades frente aos problemas destacados, assim como também obter-se um resultado positivo na construção e aplicação do plano de intervenção, optou-se de forma mais congruente por um dos macroproblemas e desejos. Para essa construção utilizou-se a matriz de priorização onde foram listados os quatro macroproblemas destacados, sendo pontuados pelo grau de importância, sob os eixos: magnitude, transcendência, factibilidade, vulnerabilidade.

Após a utilização da matriz de priorização, os macroproblemas foram numerados conforme o grau de prioridade, ficando:

1º Fragilidade na execução do planejamento das ações na atenção básica (69 pontos na matriz de priorização)

2º Descontinuidade do processo de educação permanente em saúde (58 pontos na matriz de priorização)

3º Fragilidade na retaguarda dos serviços secundários e terciários (55 pontos na matriz de priorização)

4º Dificuldade em promover acessibilidade dos usuários ao serviço de saúde (47 pontos na matriz decisória).

A escolha do tema do plano de intervenção deu-se pela maior somatória dos eixos discutidos, além de que houve o desejo de estabelecer um planejamento na AB resolutive. Porém, vale ressaltar que todos esses macroproblemas merecem destaque e relevância quando o assunto remete aos interesses de ampliar o processo de construção dos serviços de saúde. Mostra que os desejos de mudança partem do princípio de assegurar ao usuário o acesso aos serviços de saúde de forma integral, transversal e longitudinal.

Todas as estratégias para definição da proposta de intervenção, que abrangem distintas características a serem avaliadas, tem fator essencial para entendimento e planejamento das ações. Para sustentabilidade da organização é de extrema importância que se saiba gerenciar seus planos, e assim, poder executá-los de maneira eficiente e eficaz, no período certo.

Após a priorização dos problemas e identificação do tema do plano de intervenção, foi realizada a caracterização e explicação do problema através da árvore explicativa (apêndice 1) a fim de identificar as causas, descritores e consequências do problema.

As causas elencadas a fim de explicar o macroproblema de fragilidade na execução do planejamento das ações na atenção básica do município do Laranjal do Jari foram: falta de qualificação dos profissionais que atuam na AB; dificuldade de acesso das ESF a locais longínquos; planejamento inadequado das ações da AB; falta de recursos humanos, financeiros e estruturais; e, pulverização das ESF no território.

A partir dessas causas elencou-se possíveis descritores do macroproblema, que foram: desorganização do processo de trabalho da atenção básica; descontinuidade das ações da atenção básica; e, cobertura das áreas da ESF em adequação, os quais podem gerar as consequências de baixa resolutividade da AB, indicadores de saúde insatisfatórios, dificuldade das equipes/profissionais em implementar ações assistenciais na AB, deficiência na promoção a saúde e prevenção de agravos, fragilidade na assistência integral e desarticulação entre as equipes de AB (NASF, ESF).

Desta forma, pode-se elencar dois nós críticos para o macroproblema de fragilidade na execução do planejamento das ações na atenção básica do município do Laranjal do Jari que foram: Falta de qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica e planejamento inadequado das ações na atenção básica. Ao realizar uma análise dos nós críticos, percebeu-se que ambos convergiam para um único plano de intervenção, haja visto que as ações a serem realizadas contemplam os dois.

A partir disso, foi planejado o plano de intervenção (apêndice 2) com as ações necessárias para alcançar resultados satisfatórios que visem propor um planejamento da atenção básica resolutivo no município de Laranjal do Jari, além de analisar a viabilidade do plano de ação onde verificou-se vários fatores favoráveis para a sua implementação, tais como: utilização de quantidade mínima de recursos humanos e financeiros, sendo com modalidade de serviço direta com utilização de poucas áreas de suporte, o que promoveria um cuidado indireto ao paciente/usuário da AB.

4 GESTÃO DO PLANO

A Gestão do plano de intervenção é um dos principais passos dentro do planejamento estratégico, pois trata-se do momento tático-operacional, onde verifica-se o andamento da implementação do plano e analisa-se a necessidade de mudanças das intervenções. Assim, a gestão do plano foi dividida em três matrizes. A primeira matriz (Quadro 1) trata-se da matriz de gestão do plano, a qual classifica as ações quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a precedência.

Quadro 1: Matriz de gestão do plano

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Dur.	Recurso	Preced.
Capacitação sobre elaboração de diagnóstico situacional.	Alto	Alto	Gerentes e atores internos	Média	Técnico Financeiro Organizacional	1ª
Capacitação sobre planejamento estratégico.	Alto	Alto	Gerentes e atores internos	Média	Técnico Financeiro Organizacional	2ª
Educação permanente em Saúde da Família	Alto	Alto	Atores internos articulados com atores externos	Longa	Técnico Político Financeiro Organizacional	5ª
Capacitação regular sobre os programas de saúde da AB.	Alto	Alto	Gerentes e atores internos	Longa	Técnico Político Financeiro Organizacional	4ª
Implantação de modelo de plano de ação para a AB	Alto	Alto	Gerentes e atores internos	Média	Técnico Financeiro Organizacional	3ª

A partir desta matriz, pode-se construir a segunda matriz, a de monitoramento do plano (Quadro 2).

Quadro 2: Matriz de monitoramento do plano de intervenção.

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados esperados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes
1ª Capacitação sobre elaboração de diagnóstico situacional.	Em andamento	Profissionais aptos para identificar as causas da fragilidade na atenção básica.	Dificuldade em reunir os membros da ESF	Realizar várias capacitações sobre a temática.
2ª Capacitação sobre planejamento estratégico.	Em andamento	Ações da AB com alta resolutividade	Falta de interesse dos gestores das ESF	Campanha para sensibilização dos profissionais para participarem da capacitação
3ª Implantação de modelo de plano de ação para a AB	Em andamento	Ações mais organizadas e eficientes.	-	-
4ª Capacitação regular sobre os programas de	Não iniciado	Melhor assistência de saúde ao usuário	-	-

saúde da AB.		do SUS.		
5ª Educação permanente em Saúde da Família	Não iniciado	Profissionais qualificados.	Fechar parcerias com instituições de ensino	Dialogar com as instituições de ensino superior para viabilizar cursos de especialização.

A partir da matriz de monitoramento do plano, pode-se traçar o cronograma de acompanhamento da implementação das ações a fim de facilitar a avaliação do andamento das ações.

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

AÇÕES	2017				2018												2019		
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1 – Capacitação sobre elaboração de diagnóstico situacional.			[X]																
2- Capacitação sobre planejamento estratégico.			[X]																
3 – Educação permanente em Saúde da Família								[X]											
4 – Capacitação regular sobre os programas de saúde da AB.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 – Implantação de modelo de plano de ação para a AB								[X]											

- [X] - ação iniciada e concluída
 [X] - ação iniciada com conclusão posterior
 X - ação permanente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica**: Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica, município Laranjal do Jari. Brasília: DAB, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

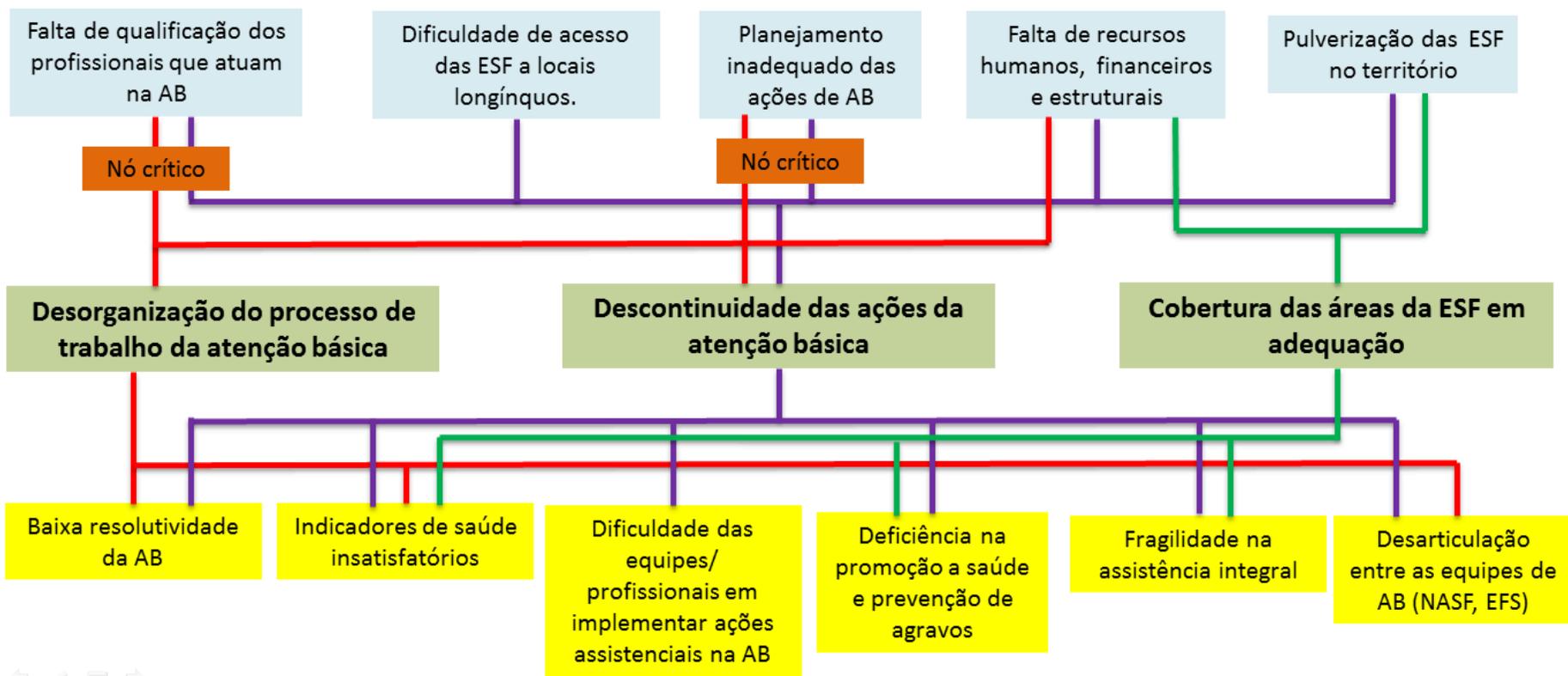
LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MARIN, M.J.S.; MARCHIOLE, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, 2013.

APÊNDICE

1 Árvore Explicativa

Fragilidade na execução do planejamento das ações na atenção básica do município do Laranjal do Jari.



2 Matriz de Intervenção – PES Simplificado

Espaço do macroproblema: Fragilidade na execução do planejamento das ações na atenção básica do município do Laranjal do Jari.						
Problema: Falta de planejamento das ações das equipes da AB.						
Nó crítico: Falta de qualificação dos profissionais e planejamento inadequado das ações na AB						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros/ eventuais opositores	Indicadores	Recursos necessários	Prazos
Profissionais qualificados e planejamento adequado e exequível das ações da AB	1 – Capacitação sobre elaboração de diagnóstico situacional.	GAF Coordenador da AB	Unifap	No mínimo 70% dos profissionais que atuam na AB qualificados ao término da ação	Técnico Financeiro Organizacional	6 meses
	2- Capacitação sobre planejamento estratégico.		Coordenação estadual de AB		Técnico Financeiro Organizacional	6 meses
	3 – Educação permanente em Saúde da Família	Enfermeiros da ESF	SESA – AP	Planejamento estratégico e integral para as ações a serem desenvolvidas na AB	Técnico Político Financeiro Organizacional	2 anos
	4 – Capacitação regular sobre os programas de saúde da AB.	Secretário de Saúde Municipal	Secretaria Municipal de Educação		Técnico Político Financeiro Organizacional	Contínua
	5 – Implantação de modelo de plano de ação para a AB				Técnico Financeiro Organizacional	6 meses

Normas de submissão

1. O Periódico de Divulgação Científica – REVISTA ACADÊMICA GUETO - aceita artigos originais, notas de leitura e resenhas bibliográficas. A colaboração deverá ser matéria de pesquisa específica nas áreas de Educação, Inclusão, Cultura Corporal, Saúde e afins e ser inédita. Poderá ser redigida numa das seguintes línguas: português, espanhol, francês ou inglês. Não serão apreciados os trabalhos que não estiverem de acordo com as normas a seguir especificadas.

2. No caso de artigo, apresentar logo abaixo do nome do autor (deixando um enter de espaço) um resumo de, no máximo 250 palavras, em português e em inglês, obrigatoriamente.

3. Deve-se indicar, após ambos os resumos, 03 (três) palavras-chave, em português e em inglês, que descrevam a essência do assunto tratado, visando indexação.

4. O trabalho deve ter a extensão máxima de 20 (vinte) (cerca de 7.000 palavras) e mínima de 10 (dez) páginas (cerca de 3.400 palavras) e entrelinha com espaço um e meio.

5. As indicações bibliográficas das citações deverão ser colocadas em notas de rodapé, de acordo com as normas de referência bibliográfica, ou indicadas no corpo do artigo como sugerido: sobrenome do autor e, entre parênteses, data identificadora da edição da obra seguida de vírgula e número da página, se for o caso.

6. A bibliografia deverá constar ao final do texto, apresentar apenas as referências de obras mencionadas no trabalho e seguir as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT.

a. Para livros, deverá ter o seguinte formato:

SOBRENOME DO AUTOR, nome do autor. Título do livro. Local de publicação: nome da editora, data da publicação (incluir, entre o título do livro e o local de publicação, o número da edição, quando não for a primeira, usando para tanto o formato: número da edição em algarismo arábico. ed.).

- b.** Para artigos publicados em periódicos, deverá ter o seguinte formato:

SOBRENOME DO AUTOR, nome do autor. Título do artigo. Nome do periódico, série do periódico, local de publicação, v. volume do periódico,
p. intervalo de páginas em que está contido o artigo, data.

7. O trabalho deverá ser gravado no programa Word (qualquer versão), tendo o nome do autor como nome do arquivo.

8. As resenhas devem ter como objeto obras recentes (publicadas nos dois últimos anos) e devem apresentar como título a referência bibliográfica da obra resenhada, mencionando-se inclusive o número de páginas. O texto crítico deve manter-se no limite máximo de 3 (três) páginas.

9. O arquivo deve ser enviado para o editor – jeanadriano@ufrb.edu.br e revistagueto@gmail.com

10. O Conselho Editorial reserva-se o direito de recusar os trabalhos que não atendam rigorosamente às normas explicitadas acima.

11. Os critérios norteadores para aceitação dos trabalhos pelo Conselho da REVELA são, fundamentalmente, a relevância científica, a originalidade e a clareza dos textos apresentados.

CONFIGURAÇÕES GERAIS:

- a.** Título do Trabalho: Times New Roman 16, Negrito, centralizado.
- b.** Nome do Autor: Logo abaixo no título, times New Roman 11, negrito, recuo à direita, com qualificação em nota de rodapé (formação acadêmica, instituição de ensino vinculada e e-mail).
- c.** As seções do artigo podem ou não ser numeradas. Os títulos das seções devem estar em negrito e apenas com a primeira letra maiúscula. Assim como todo o restante do texto, os títulos das seções e subseções devem estar em fonte Times New Roman e com o espaçamento 1,5 entre linhas.
- d.** Os parágrafos devem ter um recuo de 1,27 cm. Pode-se conseguir esse recuo apertando a tecla <TAB>. O texto deve estar em fonte 12, Times New Roman, e as partes em destaque devem estar em itálico. Evite usar

o negrito ou sublinhado.

- e. O corpo do texto deve estar sempre justificado (com alinhamento à direita e esquerda das margens), as páginas não devem estar numeradas e o formato das margens é o seguinte: papel Letter, margens superior e inferior: 3 cm; margens esquerda e direita: 2,5 cm.
- f. O título das subseções, assim como os títulos das seções, fica bem à esquerda, sem a necessidade de recuo. Ele segue os mesmos padrões dos títulos de seção (devem estar em negrito e apenas com a primeira letra maiúscula). Entre o texto anterior e o subtítulo, deve ser deixado o espaço de 01 linha. Da mesma maneira, deve-se deixar 01 linha em branco entre o título da seção ou (subseção) e o texto que o segue.

PS: Os artigos enviados sem a devida normatização, receberão email indicando o reenvio do trabalho no prazo máximo de 72h.

A Revista Acadêmica **GUETO** é uma iniciativa do Grupo de Pesquisa GUETO do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, publicação com periodicidade semestral, contando, portanto, com 2 números por ano, exceto edições especiais.

A GUETO publica documentos como: artigos, ensaios, debates, entrevistas, resenhas, todos inéditos, em qualquer língua e tendo como temas que assuntos que contribuam para o desenvolvimento do debate educacional, bem como para a divulgação do conhecimento produzido na área, considerando as perspectivas da Inclusão e Cultura Corporal.

A **Revista GUETO** é voltada para professores, discentes e pesquisadores, de diversas áreas do conhecimento, abordando problemáticas ligadas a campos de conhecimentos tais como: Ciências Humanas, Ciências Sociais, Ciências da Saúde, dentre outras.

www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/

