

1ª MOSTRA
DE
PROJETO APLICATIVO
MEDICINA – IMEPAC ARAGUARI
2021

Eixo: Educação, Gestão e
Conhecimento Científico em Saúde

A importância da adesão e participação da mulher em seu processo saúde-doença e os reflexos na cobertura do exame preventivo Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos em uma UBSF no município de Araguari – MG

The importance of women's adherence and participation in their health-disease process and the effects on the coverage of preventive Pap smears in women aged 25 to 64 years in a UBSF in the city of Araguari - MG

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino
Bianca Vitória Resende
Ludmila Mendonça Brenner
Luís Cláudio Barbaresco Júnior
Augusto Ribeiro de Paiva
Amanda Gomide Oliveira Salles
(223)

Resumo

Introdução: compêndio de Medicina, apresentando um ensaio sobre a relação da baixa adesão da mulher ao exame preventivo citopatológico e suas repercussões. O câncer de colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. O exame para detecção precoce, o Papanicolaou, é eficiente, de baixo custo e de fácil realização. **Objetivo:** resolutiva dos déficits, com foco em ações direcionadas ao cuidado da saúde da mulher a fim de aumentar sua adesão e participação no processo de saúde, destacando a prevenção do câncer de colo uterino. **Metodologia:** foi realizado um estudo quali-quantitativo e exploratório, por meio da aplicação de um questionário de autoria própria para o gestor da unidade de saúde; a Metodologia de Problematização do Hospital Sírio Libanês, análogo ao estudo de Coleman et al. (2016), compôs a base teórica de pesquisa. **Resultados:** a participação ativa e autônoma da mulher no seu processo de saúde é fundamental, contribuindo decisivamente para a eficácia, resolutividade e melhora do prognóstico, quando se tratando do câncer de cérvix. **Considerações:** o Projeto mostrou-se relevante quando se tratando do tema “saúde da mulher”, com foco, principalmente, na prevenção da saúde das mulheres entre 25 e 64 anos, período este que representa a idade preconizada pelos órgãos de saúde pública, para coleta do exame preventivo Papanicolaou. A gestão em saúde também contribui para uma visão holística voltada para a atenção em saúde, seja em âmbito público ou privado.

Palavras-chave: Medicina Preventiva, Saúde da Mulher, Teste de Papanicolaou, Outubro Rosa, Gestão em Saúde.

Abstract

Introduction: compendium of Medicine, presenting an essay on the relationship of women's low adherence to preventive cytopathological examination and its repercussions. Cervical cancer has one of the highest potentials for prevention and cure when diagnosed early. The test for early detection, the Papanicolaou, is efficient, low cost and easy to perform. **Objective:** solving deficits, focusing on actions aimed at women's health care to increase their adherence and participation in the health process, highlighting the prevention of cervical cancer. **Methodology:** a qualitative-quantitative and exploratory study was carried out, through the application of a questionnaire authored by the health unit manager; the Problematization Methodology of Hospital Sírio Libanês, analogous to the study by Coleman et al. (2016), composed the theoretical basis of research. **Results:** the active and autonomous participation of women in their health process is fundamental, contributing decisively to the effectiveness, resolution, and improvement of the prognosis, when it comes to cervical cancer. **Considerations:** the Project proved to be relevant when dealing with the theme “women's health”, focusing mainly on the prevention of health for women between 25 and 64 years old, a period that represents the age recommended by public health agencies, for collection of the preventive Pap smear. Health management also contributes to a holistic view focused on health care, whether in the public or private sphere.

Keywords: Preventive Medicine, Women's Health, Papanicolaou Test, Pink October, Health Management.

1 INTRODUÇÃO

As mulheres constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde, assim, o trabalho voltado para a atenção da mulher deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersectorialidade e todos os envolvidos. Deve-se, portanto, atrair a atenção das mulheres, conscientizar a respeito da importância do cuidado com a saúde e a partir de então a realização do cuidado integral (SANTOS, 2010).

O Ministério da Saúde, em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde. O Programa preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres, em todos os ciclos de sua vida, a informações e serviços agregados de atendimento, em ambos os níveis de atenção, com cobertura para prevenção, atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 1984). É visível que, nos últimos tempos, a saúde da mulher tem recebido destaque em decorrência do crescente e importante papel que estas desempenham cada vez mais na sociedade. Desse modo, com o avanço do conhecimento e da valorização da igualdade de direitos entre os gêneros, nota-se a construção de uma variedade de cuidados à saúde da mulher, como, por exemplo, os programas de prevenção do câncer de mama e câncer de colo uterino, contando principalmente com o apoio de uma campanha imprescindível denominada “Outubro Rosa” (COSTA, 2009).

O “Outubro Rosa” é uma campanha promovida pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), desde o ano de 2010, com o objetivo estabelecer com o público um vínculo fornecendo informações sobre o câncer de mama e colo de colo uterino (MARTINS et al., 2017). Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente. Isso é possível acontecer porque a patologia tem uma fase pré-clínica longa, e o exame para detecção precoce, o Papanicolaou, também chamado de exame preventivo ou colpocitologia oncótica, é eficiente, de baixo custo e de fácil realização (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006). Sabe-se o quão necessário é a realização dos

exames preventivos relacionados à saúde da mulher, entretanto, devido aos números escassos de consultas das pacientes do sexo feminino nas unidades, percebe-se que muitas não aderem a esse movimento preventivo, exceto no mês da campanha “Outubro Rosa”, em que os números se elevam em decorrência da enorme divulgação por diversas instituições sobre o tema saúde da mulher, com foco na importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino.

Dito isso, o objetivo principal deste estudo é propor ações direcionadas ao cuidado da saúde da mulher, com foco na prevenção do câncer de colo uterino na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em estudo no município de Araguari, Minas Gerais. E os objetivos específicos são: identificar a frequência da coleta de citopatológico das mulheres em estudo, na equipe Saúde da Família (eSF); motivar a equipe de Saúde da Família a desenvolver ações que estimulem a participação das mulheres no cuidado com a saúde; capacitar a equipe de Saúde da Família com o plano de intervenção voltado para a prevenção e promoção da saúde das mulheres.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

A participação integral da mulher no seu processo de saúde não é somente um enfoque para se obter uma adolescência, juventude e idade adulta socialmente mais responsáveis e cooperativas, é também o caminho para o desenvolvimento de uma pessoa socialmente saudável. Isso leva as mulheres a se tornarem participantes importantes das ações que buscam promover a cidadania. Além disso, outro benefício é acreditar que a participação feminina não é apenas uma maneira de trazer as mulheres para boas ações, desviando-os dos possíveis problemas (de saúde), e sim, acreditar que as mesmas são promotoras da transformação social, visto que a inferioridade se mostrou presente em várias partes da História; sendo possível hoje, ver claros avanços movidos por conquistas e lutas das mulheres para conquista de seus direitos fundamentais, como o direito à saúde integral (SANTOS, 2010).

O Projeto tem uma grande relevância no âmbito da prevenção da saúde das mulheres entre 25 e 64 anos, para que, diante de uma realidade de doenças como o HPV ou os mais diversos cânceres como de mama e de colo de útero, cada vez mais prevalentes, essa população promova uma melhor qualidade de vida,

garantindo, assim, uma vida saudável e consciente (RIBEIRO; DE ANDRADE, 2016).

De acordo com o INCA (2020), assim como expresso no gráfico da Imagem 1, a mortalidade por câncer do colo do útero é rara em mulheres até 30 anos (BRASIL, 2020) e, segundo os Cadernos de Atenção Básica (2013), estudos indicam que com menos de 25 anos, a chance de o câncer regredir é alta (BRASIL, 2013). O pico de sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos. Além disso o gráfico demonstra que as chances de óbito aumentam progressivamente a partir dos 40 anos, com expressivas diferenças regionais. Essa incidência etária explica a preconização do Ministério da Saúde para a realização do citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos.

A partir de análises do Gráfico 1, que representa a procura pelo exame no período pré-pandemia da Covid-19, a percepção foi de uma má adesão das mulheres na coleta do exame, especialmente, nos baixíssimos números de consultas desses pacientes nas unidades, fora do mês outubro. Dessa forma, os gestores de saúde, juntamente com as equipes de Saúde da Família e as próprias mulheres, que são responsáveis diretos pela promoção da saúde devem agir para que haja um aumento na assistência à saúde desse grupo (mulheres de 25 a 64 anos).

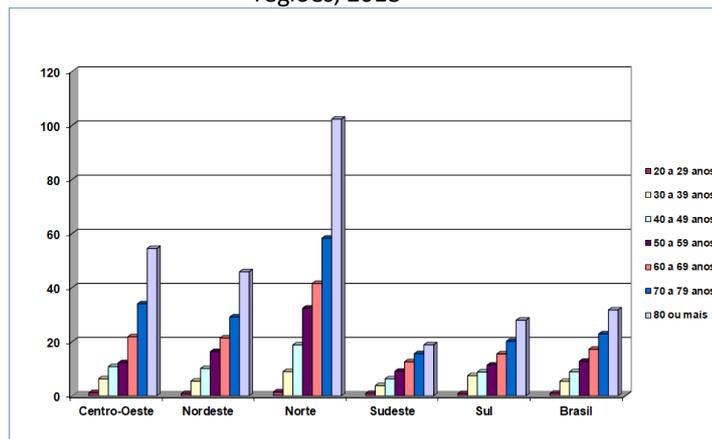
Com os dados do e-SUS (2020) é possível identificar claramente a prevalência de procura das mulheres para coleta do exame citopatológico durante o mês de outubro. A discrepância é tão grande que em 2019, a procura nesse período foi mais de 7 vezes maior que do segundo mês com mais procura, novembro. O Gráfico 1 é um bom ilustrador da dinâmica típica da Unidade de Básica de Saúde da Família em análise.

O Gráfico 2 por sua vez, analisa a dinâmica de coleta do exame citopatológico no período de março a outubro de 2020, ou seja, após a pandemia do Covid-19 ter iniciado. Com isso durante a maior parte dos meses não houve nenhuma coleta na unidade de saúde, resultado da restrição quanto a circulação de pessoas em ambientes de saúde. Apenas três dos meses analisados houve coletas realizadas, podendo observar a mesma diferença do Gráfico 1. Em outubro foram feitas 25 coletas e em setembro, o segundo mês com maior número de coletas dentre os analisados, foram realizadas 13. Esse baixo número de exames coletados, mesmo no mês de outubro pode ser explicado pelo medo que as pessoas ainda têm de se dirigir aos estabelecimentos de saúde.

Contudo, ressalta-se ainda um ator muito importante para a garantia da qualidade de saúde das mulheres, são os diretores de escolas, se tratando da vacinação

contra o HPV. Esses profissionais acompanham diariamente as jovens mulheres, como responsáveis por sua totalidade em sala de aula, se tornam capazes de promover e cuidar da saúde. O Gráfico 3 indica a baixa adesão da populacional quanto a vacinação contra o HPV. Nem mesmo no mês de outubro houve maior adesão das pacientes.

Imagem 1 – Relação gráfica das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero segundo grupo etário. Brasil e regiões, 2018



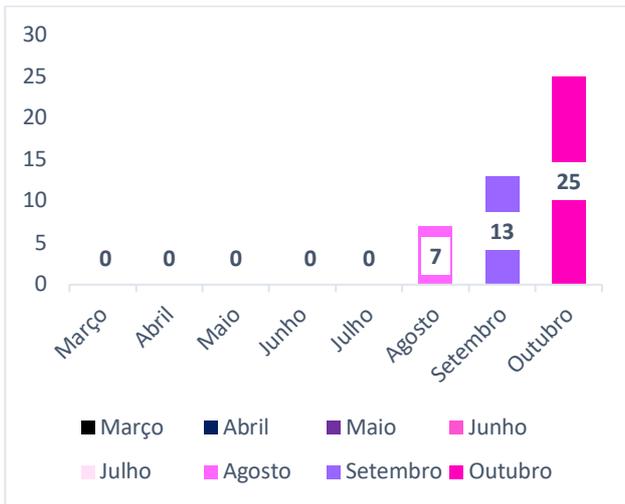
Fonte: INCA, 2020.

Gráfico 1 – Relação numérica da coleta do citopatológico, na UBSF em estudo, de julho de 2019 a outubro de 2020, o período pré-pandêmico.



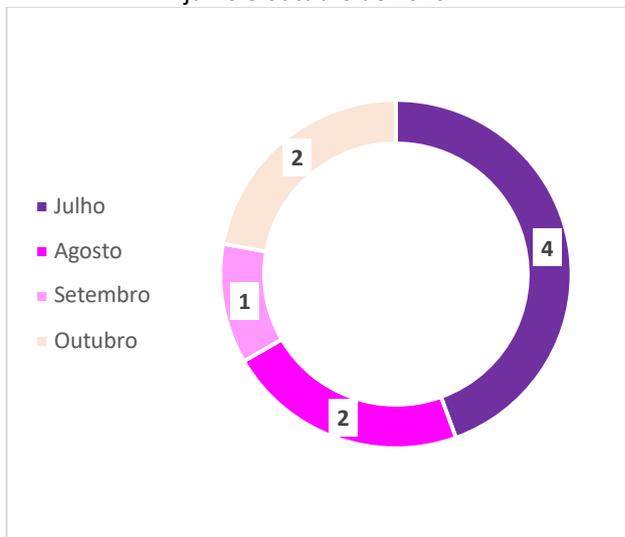
Fonte: e-SUS, 2020.

Gráfico 2 – Relação numérica da coleta do citopatológico, na UBSF em estudo, de março a outubro de 2020, no período da pandemia da Covid-19.



Fonte: e-SUS, 2020.

Gráfico 3 – Relatório de vacinação do imunobiológico HPV Quadrivalente, na UBSF em estudo, entre os meses de julho e outubro de 2020.



Fonte: e-SUS, 2020.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Amplamente analisada nos estudos feministas, as relações sociais, de poder, estabelecidas entre mulheres e homens, parecem ter sua gênese na construção das sociedades. Isso explicaria, entre outras coisas, “a naturalização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças (além de gerá-las) como pertencentes ao mundo feminino, bem como, de outro lado a inserção social dos homens no espaço público” (FONSECA, 1999).

Ocorre que, em 1983, o Ministério da Saúde criou o PAISM, no qual prepondera a análise da complexidade das questões de saúde das mulheres dirigindo a integralidade da política e ressaltando a autonomia destas sobre questões reprodutivas.

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado quase que exclusivamente ao período

gravídico-puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário (BRASIL, 1984).

Bem recebido por amplos setores da sociedade, o PAISM passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina. Incorpora, além da tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade, a assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher (...) e às patologias clínicas mais comuns (D’OLIVEIRA, 1999).

Com o progresso do desenvolvimento de ações voltadas à assistência integral da saúde da mulher, na década de 1990, com a implementação do Programa Viva Mulher, foram ampliados os recursos para o controle do câncer do colo do útero, permanecendo o protocolo de rastreamento do tipo oportunístico e com uso do teste de Papanicolaou (NASCIMENTO et al., 2012).

O câncer do colo do útero se caracteriza pela replicação do epitélio que reveste o útero, ocorrendo o comprometimento dos tecidos subjacentes. Esse processo pode ou não atingir os órgãos e estruturas da região. Existem dois tipos de carcinomas invasores que variam de acordo com a origem do epitélio comprometido. O adenocarcinoma é mais raro, atingindo o epitélio glandular responsável por 10% dos casos, o outro é o carcinoma epidermoide, mais frequente e que atinge o epitélio escamoso, sendo responsável por 80% dos casos. A principal causa de câncer do colo do útero está relacionada à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) (LEITE et al., 2018). O HPV é um vírus capaz de provocar lesões na pele e mucosas, sendo essas infecções frequentes e quase sempre regridem naturalmente. A infecção pelo HPV ocorre quando há microlesão nas células basais do epitélio escamoso no colo do útero. O vírus penetra na célula do hospedeiro, liberando seu DNA, replicando-se e podendo permanecer em estado latente por vários anos, sem provocar manifestações clínicas ou subclínicas (LIBERA et al., 2016).

De acordo com estudos epidemiológicos, apenas a presença do HPV não justifica a carcinogênese cervical, mas, sim, sua persistência associada a fatores de risco, como início precoce da vida sexual, múltiplas parcerias sexuais, comportamento sexual, resposta imunológica do hospedeiro, uso de contraceptivos orais, tabagismo e a presença de doenças sexualmente transmissíveis. Outro fator que pode se tornar um agravante é o grau de escolaridade associada a não realização do exame preventivo, pois a falta de informação suficiente sobre a infecção por HPV leva a baixa procura de auxílio com a realização do exame, conseqüentemente o agravamento da infecção pode desenvolver câncer (LIBERA et al., 2016).

Para o rastreamento de câncer cervical, o Brasil adota a técnica do exame citopatológico (Papanicolaou) que é um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. O nome “Papanicolaou” é uma homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, que criou o método em meados de 1940. Esse exame é ofertado no serviço público e particular às mulheres que possuem vida sexual ativa, também as que estão na menopausa, as que foram submetidas à histerectomia parcial, grávidas, virgens que apresentem sintomas e mulheres que não possuam vida sexual ativa (DANTAS et al., 2018).

O exame Papanicolaou é indicado pelo Ministério da Saúde, em que a prioridade é atender mulheres entre 25 e 64 anos. Este exame garante um resultado eficaz, desta forma se apresenta como a melhor opção para o rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero, possuindo um custo baixo quando comparado a sua eficácia. É realizado através de um esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para diagnóstico de lesões pré-neoplásicas, influenciando na redução da incidência do câncer e de sua morbimortalidade (DANTAS et al., 2018). Entretanto, apesar da eficácia do exame e sua comprovação acerca da redução do câncer do colo do útero por meio da prevenção, a adesão à coleta do citopatológico ainda é bastante reduzida. Dentre os fatores que influenciam na baixa adesão a coleta do citopatológico tem-se a falta de conhecimento e cultura de inibição do sexo feminino diante de um procedimento que para as pacientes é considerado invasivo. Para Baia et al. (2018), concomitante a esses fatores, a ausência de sintomas e condições socioeconômicas associadas a desinformação, podem contribuir para um sentimento de que se não há sintomas não há necessidade da procura por assistência médica.

Visando a saúde da mulher como um todo, foi criado no início da década de 1990, pela Fundação Susan G. Komen, a campanha do “Outubro Rosa” com objetivo de estimular a participação da população no controle do câncer de mama. É uma campanha promovida pelo INCA desde o ano de 2010. No Brasil, o “Outubro Rosa”, é um momento importante, pois mesmo o foco da campanha sendo o câncer de mama, os serviços de saúde otimizam a presença da mulher para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero. Dessa forma, se diagnosticadas e tratadas precocemente, o prognóstico dessas neoplasias é relativamente bom. Além da realização de exames clínicos, de imagem e laboratoriais, também são realizadas atividades de Educação em Saúde, visando prevenção primária e o avanço no conhecimento da população sobre os fatores de risco e a importância do diagnóstico precoce das neoplasias (MARTINS et al., 2017). A abordagem sobre a coleta de citopatológico é importante pois abre a discussão sobre o processo de gestão em saúde e as metas a serem cumpridas.

Embora seja elevada a incidência de câncer do colo do útero no Brasil, também é reconhecido que a mortalidade por esta neoplasia é evitável, considerando-se que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, o que permite a cura em aproximadamente 100% dos casos diagnosticados na fase inicial. Entre as estratégias eficazes para a detecção precoce do câncer do colo do útero estão os programas organizados de rastreamento que dependem, no caso brasileiro, de ampla cobertura e organização da Atenção Primária em Saúde (APS), tanto para a captação das mulheres, quanto para a realização do exame citopatológico do colo do útero, método amplamente utilizado para a detecção das lesões precursoras (ACOSTA et al., 2017).

No âmbito de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu quatro compromissos primários, entre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde propõe que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve se submeter a exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 64 anos de idade (BRASIL, 2013). A priori, o exame deve ser realizado a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), os altos índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero justificam a implantação de estratégias efetivas de controle que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos. Atingir alta cobertura da população é o componente mais importante no âmbito da Atenção Primária para que se obtenha significativa repressão da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Ressalva-se, também, que é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle do câncer do colo do útero que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2013).

Entre as ações de Vigilância em Saúde encontradas, a educação em saúde apresentou-se como a principal estratégia de promoção adotada para o aumento da cobertura de exames e desenvolvida com o uso de materiais educativos. A educação em saúde contribui para o entendimento de que o exame é uma forma simples de detecção precoce da doença, permitindo intervir e tratar lesões antes delas se tornarem invasivas (RIBEIRO; DE ANDRADE, 2016).

Para que as estratégias de Educação em Saúde tenham repercussão sobre a cobertura do citopatológico, é preciso que os profissionais de saúde sejam permanentemente capacitados para recomendar coerentemente vide evidências científicas; abrangendo sobre a forma de coleta do exame, os materiais utilizados; dar ênfase aos aspectos positivos de rastreamento e também as peculiaridades de cada mulher, respeitando suas crenças e percepções, devendo então, oferecer todo apoio e acompanhamento necessário, principalmente em casos de detecção da doença (RIBEIRO; DE ANDRADE, 2016).

O câncer de colo de útero é uma importante questão de saúde pública; práticas de prevenção devem integrar, também, estratégias de coleta, divulgação e registro de informações pertinentes ao rastreamento, para ampliar o acesso de mulheres que se encontram fora da cobertura. A coleta do exame, dentro de uma estratégia de rastreamento organizada, requer a garantia do acesso das mulheres aos serviços de coleta, bem como de comprovação diagnóstica, em casos de detecção de lesões. Para isso, a divulgação do rastreamento deve integrar o trabalho de profissionais, bem como ser promovidas pelos gestores de saúde. Múltiplos canais de comunicação e materiais com linguagem adaptada ao público alvo aumentam o impacto das

estratégias de prevenção do câncer informando a população, esclarecendo mitos relacionados ao exame citopatológico e atraindo principalmente as mulheres que não estão em dia com o rastreamento (RIBEIRO; DE ANDRADE, 2016).

Dessa forma, é no espaço intercessor entre profissional de saúde e usuário que o acesso se consolida, desencadeado pelo olhar integral, pela atuação acolhedora e pelo vínculo construído na intersubjetividade do encontro, ou seja, o acesso não se resume à entrada do usufrutuário nos serviços, mas se conforma frente à micropolítica do trabalho em saúde. Análogo a isso, é imprescindível, mesmo em cenários com oferta regular de rastreamento do câncer do colo do útero, que haja uma expressiva com enfoque nas representações, diagnósticos, tratamento, e todo o processo que envolva a saúde da mulher, conferindo uma integralidade do cuidado, trazendo maior proximidade, concomitantemente, maior procura.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma visita à UBSF no município de Araguari - MG, objetivando a obtenção de informações para o desenvolvimento do Projeto Aplicativo (PA). Foi utilizado como ferramentas de ensino-aprendizagem a primeira etapa do Arco de Maguerez (que diz sobre a observação da realidade), bem como a metodologia de ensino do Hospital Sírio Libanês, ambas elencadas em sala de aula. Baseado nisso, foi elaborado previamente algumas perguntas a serem respondidas pelo gestor local. Foram abordados assuntos que incluíram as principais fragilidades da gestão, os serviços em saúde ofertados pela UBSF em estudo, a epidemiologia da população adscrito e demais assuntos em torno da temática da saúde da mulher, como foco na cobertura do exame preventivo Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos. Sendo assim, foi possível identificar os problemas que foram trabalhados nas demais oficinas. Possibilitou, também, uma visão geral acerca da realidade local de modo a viabilizar, de maneira decisiva, o tema do Projeto Aplicativo e seu processo de construção. O processo de construção do Projeto Aplicativo teve seu início em uma discussão em grupo cujo objetivo era levantar uma pergunta base para a pesquisa. Diante disso, foi sendo trabalhado em oficinas, revisões bibliográficas, coletas de dados e visitas técnicas a construção de respostas para a pergunta primordial. A metodologia foi baseada em Oficinas de Trabalho do Projeto

Aplicativo (OTPA), contidas nos Termos de Referência (TR), segundo Coleman et al. (2016).

A Metodologia da Problematização (MP) foi uma novidade nos cursos da área da saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Berbel (1995) foi a primeira a utilizar o termo “metodologia da problematização com o Arco de Magueréz”, a qual Berbel e Gamboa (2011) chamam de terceira versão. A MP é “utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade” (PRADO et al., 2012). Congênere aos autores, o Arco de Magueréz é “um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica”, “visando o pensamento crítico e criativo, além da preparação para uma atuação política” (PRADO et al., 2012). A partir da correlação dos conteúdos entre eixos com o estudo do Projeto Aplicativo (PA), é passível de visualização, a priori, que o uso das metodologias ativas são boas alternativas para evidência dos casos, bem como seu levantamento e resolutividade. É notório um melhor desenvolvimento e fundamentação dos atendimentos e pesquisas quando usado o Arco de Magueréz, o qual identifica-se como um forte alicerce da resolutividade dos casos clínicos evidenciados durante as visitas domiciliares e entrevista com os gestores da UBSF, por exemplo; sendo então necessário um amplo uso e aplicação do mesmo. O Arco de Charles Magueréz, conforme seu modelo mais recente (3ª versão – 1995-1999), compreende 5 etapas, sendo elas: observação da realidade (problema); pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; aplicação à realidade (prática).

Durante a realização da primeira oficina (1ª OTPA: Enumeração de Problemas) houve uma reunião com o intuito de desmembrar e debater sobre os problemas identificados nas entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde da Família em análise. As questões abordadas envolvem inúmeros tópicos, como: interesse e atenção das mulheres quanto sua saúde apenas no mês de outubro, déficit de recursos humanos, estrutura inadequada da equipe (período de pandemia), redução da Educação Permanente em Saúde (EPS), insuficiência de cadastros em prontuário eletrônico (em maioria, nem existe), e baixa resolutividade da cobertura vacinal. Após o momento supracitado, os problemas foram colocados em tarjetas conforme a semelhança entre os problemas, vide Imagem 2. Por fim, a partir dos microproblemas encontrados foi possível analisar e chegar aos macroproblemas que lhe deram origem, a fim de se estabelecer uma relação lógica entre os problemas semelhantes e de origens convergentes. Logo após esse processo foi constatado a elaboração de

possíveis intervenções, para solução ou amenização das mazelas encontradas

O intuito da segunda oficina (2ª OTPA: Elaboração da Matriz Decisória dos Problemas) é realização da identificação dos problemas elencados, selecionando os passíveis de atuação, e eliminando o restante. Os problemas elencados foram: baixa adesão das pacientes às consultas médicas durante a pandemia, baixa adesão da coleta de exames citopatológicos fora do mês de outubro (“Outubro Rosa”), baixa resolutividade da cobertura vacinal, baixo índice de retorno pós coleta do citopatológico, fragilidade de recursos humanos (Agente Comunitário de Saúde (ACS), majoritariamente). A posteriori, conforme o modelo “Matriz Decisória III” de Coleman et al., 2016, foram atribuídas classificações. Os critérios dispostos: magnitude, transcendência; vulnerabilidade/disponibilidade tecnológica e custos, ambos avaliados por qualificações, sendo: baixa (0); significativa (1); alta (2); e muito alta (3). O primeiro critério diz respeito ao tamanho do problema, podendo ser avaliada em relação ao número de pessoas atingidas ou acometidas pelo problema. O segundo é relativo à importância política, técnica e cultural atribuída pelo(s) ator(es) aos problemas listados. O terceiro reflete a existência de conhecimento e recursos materiais para o enfrentamento dos problemas. O último critério diz respeito ao custo estimado da intervenção necessária à solução do problema. O passo seguinte foi a atribuição individual de notas (variando de + a +++++, sendo +++++ o mais relevante). Depois, foram somadas as pontuações atribuídas por todos em cada critério. O problema identificado na matriz decisória do problema foi a baixa adesão da coleta do exame citopatológico fora do mês de outubro, devido campanha “Outubro Rosa”; em relação a magnitude, a nota atribuída foi 19; seguido da transcendência, vulnerabilidade e ordem de priorização, que receberam nota 12, 24 e 73, respectivamente, sendo a última (ordem de prioridade) obtida a partir das pontuações correspondentes aos problemas listados cuja magnitude, transcendência e vulnerabilidade sejam maiores e as intervenções correspondam aos menores custos.

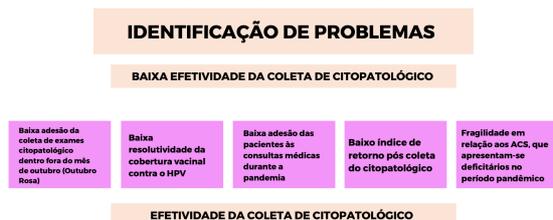
Em continuidade ao supracitado, nesta etapa (Termo de Referência (TR) 4: Identificando atores sociais), foi definida a matriz de mapeamento de atores sociais, segundo valor e interesse diante dos problemas priorizados, vide Imagem 3.

A terceira oficina (3ª OTPA: Construção da Árvore Explicativa ou Árvore do Problema) compreende a construção da Árvore Explicativa, em função do

problema priorizado. A partir deste problema, foram identificadas as manifestações que melhor relatam o problema, relevando-as em forma de descritores; as causas que determinam o problema; suas consequências; e a lógica multicausal entre os descritores, as causas e consequências, ou seja, a árvore explicativa deve ser projetada de maneira clara, sintética e precisa, partindo da identificação e relação entre descritores, causas e consequências (CALEMAN et al., 2016).

Na Árvore Explicativa, vide Imagem 4, foram evidenciadas as causas, os descritores e consequências do problema de desinteresse das mulheres com relação a sua saúde, no município de Araguari - MG nos anos de análise da atual pesquisa (julho a outubro, de 2019 a 2020). Foram encontrados três descritores principais: baixa adesão da coleta de exames citopatológicos fora do “Outubro Rosa”; baixo índice de retorno pós coleta do citopatológico; baixa adesão das pacientes às consultas médicas durante a pandemia. Para ambos os descritores, foram elencados como causas a escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher; Educação em Saúde insuficiente sobre a saúde da mulher; falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo “Outubro Rosa”. Nesse sentido, as consequências são múltiplas, variando desde o não acompanhamento da saúde, aumento das comorbidades relacionadas à saúde da mulher; redução da qualidade de vida das mulheres; aumento do diagnóstico tardio de câncer do colo do útero. Após essa construção, foram elencados como nós críticos a escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher; Educação em Saúde insuficiente sobre a saúde da mulher; falta de incentivo ao cuidado da mulher, salvo “Outubro Rosa”, sendo passível de conclusão, então, que as causas e descritores são complementares.

Imagem 2 – Tarjetas: identificação de problemas (macroproblemas)



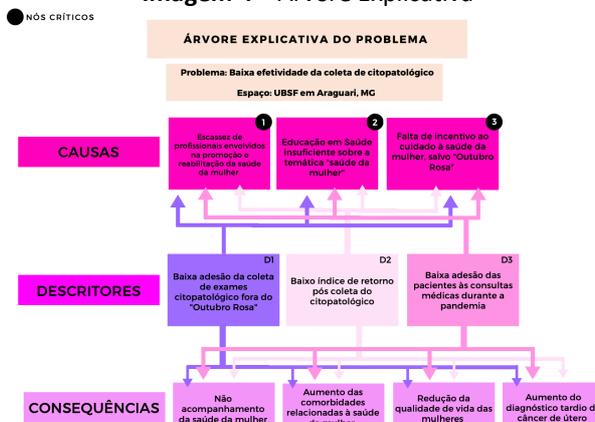
Fonte: Adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

Imagem 3 – Tarjetas: matriz decisória dos atores sociais

MATRIZ DECISÓRIA DOS ATORES SOCIAIS		
ATOR	VALOR	INTERESSE
Agentes comunitários	Alto	+
Família	Médio	+
Gestor local	Alto	+
Médico	Alto	+
Presidente da associação do bairro	Médio	Neutro
Secretário de saúde	Alto	+

Fonte: Adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

Imagem 4 – Árvore Explicativa



Fonte: Adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para Contandriopoulos et al. (1997), uma intervenção é estabelecida pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) dispostos em um contexto específico, abrangendo objetivos (o estado futuro que orienta as ações), agentes (os atores sociais), estrutura (recursos e regras), processos (relações entre recursos e atividades); em um dado momento, para produzir bens ou serviços com a finalidade de modificar uma situação problemática. Ela pode ser uma técnica, um tratamento, uma prática, um programa, uma política.

A Árvore Explicativa uma vez construída, procede-se à identificação e seleção de principais causas sobre as quais o ator deve atuar, ou seja, identifica as causas que devem ser alvos de intervenção no plano de ação, chamadas de “nós críticos”. O nó crítico, pode ser considerado um marco principal no projeto aplicativo, sendo uma causa de destaque e suma importância, ou seja, aquela que, se atacada, resolve o problema ou tende a diminuí-lo. Para chegar ao nó

crítico, olha-se as causas e delimita-se aquelas que estão em governabilidade, ou seja, sob as quais pode-se atuar. Deve-se analisar juntamente com os nós críticos os atores e todos os envolvidos em determinado problema, a fim de enumerá-los.

Existem disponíveis na literatura várias ferramentas que apoiam a elaboração de planos de ação. As ferramentas disponíveis nos estudos de Coleman et al. (2016), análogo ao consenso do Hospital Sírio Libanês e Ministério da Saúde, são as Planilhas PES e 5W3H. A utilização da Planilha PES implica que o ator que planeje e ordene a proposta de enfrentamento para cada nó crítico, a partir da imagem objetivo (resultados esperados). A resposta para mudança de cada nó crítico é representada por ações que são distendidas nas atividades necessárias para isso. Para cada ação/atividade devem ser identificados parceiros e ocasionais opositores, assim como os indicadores que possibilitem o monitoramento, os recursos necessários e os prazos. O método 5W3H consiste em uma lista de ações/atividades deliberadas previamente, que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos. A denominação 5W3H deriva das iniciais em inglês de *What* (o que deve ser feito), *Why* (porque), *Who* (quem o fará), *When* (em que período de tempo), *Where* (em que área), *How* (como será desenvolvida), *How much* (seu custo) e *How measure* (indicador por ação planejada). Em função de sua objetividade e clareza, esse método facilita a comunicação em torno das ações planejadas, e permite o acompanhamento da realização das mesmas (CALEMAN et al., 2016).

Foram elencados os nós críticos: escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher; Educação em Saúde insuficiente sobre a temática “saúde da mulher”; falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo “Outubro Rosa”.

O nó crítico 1, da Planilha PES, é referente a escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher. Para isso, é necessário contratar, emergencialmente, novos profissionais especializados em saúde da mulher, tendo como principal finalidade a garantia do atendimento integral do público-alvo. Ao analisar os dados recolhidos com o gestor da Unidade Básica de Saúde da Família, notou-se um déficit de profissionais, principalmente devido o cenário de pandemia, desencadeando sérias consequências, como citado na Árvore Explicativa. Para melhorar esse quadro, como já referido, é necessário a contratação de novos profissionais. A aplicabilidade

dessa ação fica sob responsabilidade do gestor municipal de saúde e do gestor da APS. Ademais, por se tratar de um momento atípico no âmbito da saúde, a situação de instabilidade financeira se agravou ainda mais, assim sendo, a falta de recursos financeiros e a pandemia se tornam opositores à resolutive. Levando em conta o que foi citado, necessita-se, então, de recursos políticos, financeiros, cognitivos e organizativos para chegar ao objetivo e desmanchar o nó crítico, que, com base nas ações e atividades, tem prazo emergencial de 6 meses a 1 ano. O nó crítico 2, da Planilha PES, traz a insuficiência da Educação em Saúde sobre a saúde da mulher, sendo um dos principais motivos para a falta de cobertura do exame citopatológico, tema foco do estudo. Espera-se como resultado da proposta intervencionista a contribuição para a Educação Permanente em Saúde dos profissionais. O convite a um docente para realização de um webinar sobre Educação em Saúde da mulher para os profissionais da unidade de saúde é a principal atividade a ser feita. A ação é de responsabilidade dos autores do projeto, sendo o docente e o gestor local, parceiros. Ao analisar o projeto, foi elencada a necessidade de recursos cognitivos e organizativos. O prazo previsto para realização dessas atividades é até o fim do ano vigente (2021). No nó crítico 3, da Planilha PES, foi elencada a falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo “Outubro Rosa”. Diante disso, espera-se com as ações intervencionistas desfazer o nó crítico, para isso, se faz necessário inteirar a comunidade quanto ao tema “saúde da mulher”. Embora a falta de recurso seja um opositor desta resolutive, acredita-se que a melhor intervenção seja confeccionar panfletos educativos, além de disponibilizar um vídeo no *YouTube*, a fim de alcançar o objetivo. Patrocinadores são potenciais parceiros, podendo diminuir o custo total da atividade, sendo um benefício mútuo, visto que a propaganda é hoje um dos principais recursos de atração de clientes. São esperados recursos financeiros, cognitivos e organizativos. A execução fica sob responsabilidade dos autores do projeto, perpetuando até o final do ano vigente.

O primeiro nó crítico, da Planilha 5W3H, tratou-se sobre a escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher. Uma Unidade de Saúde da Família se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, fica evidente que, com a falta dos especialistas voltados ao anteparo contínuo às mulheres, a saúde das mesmas

passa a ficar comprometida. Com isso, para suprir a demanda reprimida da saúde da mulher e concomitantemente a reabilitação e a promoção da saúde do público-alvo, faz-se necessária a contratação emergencial de novos profissionais capacitados na área, por meio de processo seletivo público autorizado pelo gestor de saúde, constituído em duas etapas: avaliação de currículo e aprovação em prova escrita.

É necessária a presença de um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades das mulheres, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve-se realizar uma permanente interação com a mulher, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades (PRIMO et al., 2008).

Ademais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reflete o compromisso com a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis⁵. Logo, pode-se perceber que a quantidade de profissionais incluídos no desenvolvimento da saúde da mulher influencia de maneira exacerbada em sua garantia e eficiência. Portanto, quanto mais pessoas abrangidas para assegurar a saúde dessa parcela populacional, maior será a elaboração de serviços que visem a redução de danos e mortes que poderiam ter sido evitadas se tratadas precocemente, além de amplificar a orientação com relação aos procedimentos que devem ser seguidos adequadamente pelas pacientes. Em vista disso, a execução dessa atividade se torna essencial, e deverá ocorrer na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da promulgação de edital e vagas remanescentes para compor os cargos em aberto, sendo de inteira responsabilidade do gestor municipal de saúde e da coordenadora da APS. Para essa ação acontecer, é necessário o engajamento do gestor de saúde e a publicação da vaga em correio oficial, sendo indispensável a aprovação do profissional. Nesse processo, são fundamentais a rede social e a remuneração salarial de acordo com a carga horária específica no edital, objetivando o preenchimento das vagas remanescentes, perfazendo um total de 100%. Desta forma o resultado esperado é o aumento da promoção e reabilitação da saúde da mulher. Estima-se realizar essa conduta o mais breve possível, de maneira que a contratação dos profissionais especializados seja imediata.

O segundo nó crítico, da Planilha 5W3H, pautou-se sobre educação insuficiente quanto a saúde da mulher, que tem várias consequências, mas como principal pode-se elencar a baixa adesão das pacientes para a coleta do citopatológico. Análogo a tal déficit, a atividade interventiva seria um webinar, realizado por um docente convidado para os profissionais da unidade de saúde, cuja temática seja “Educação em Saúde da mulher”. A ideia dessa ação se deve à necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde da UBSF a respeito da promoção e reabilitação da saúde da mulher. Assim, foram escolhidos para a execução um docente da faculdade, pois ele possui domínio sobre o assunto, e os profissionais da UBSF, uma vez que são eles os responsáveis por promover as ações de saúde da mulher com a comunidade. Assim sendo, a realização da mesma fica acordada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de 2004, a qual incentiva atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal (BRASIL, 2018). No âmbito da APS as ações de EPS são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Segundo Brasil (2018), sem dúvida, a PNEPS promoveu avanços na área da educação na saúde, ademais, ainda requer esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada. Todavia alguns autores identificam uma ineficiência na implementação da Educação Permanente em Saúde, como Gonçalves et al. (2019), que descreve que o principal problema com relação à PNEPS não é o conteúdo da política, e sim as dificuldades enfrentadas no processo de implementação, que contribuem, inclusive, para a existência de grande heterogeneidade e desigualdade na situação verificada em cada unidade federada. Portanto a proposta de intervenção do segundo nó crítico vem justamente de acordo com as diretrizes do Governo Federal, tanto com relação a PNEPS, como de acordo com a PNAISM. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer do colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). Observando as individualidades e especificidades da unidade de

saúde em questão, com o objetivo de capacitar os profissionais e compreendendo o período pelo qual o mundo passa atualmente, essa proposta foi desenhada para atender a todos da melhor forma. O objetivo é que esse projeto se concretize até o fim do ano de 2021, em uma plataforma virtual, como o *Google Meet*, que permite com que haja uma interação entre os profissionais e o palestrante. Não há a possibilidade da realização de uma palestra presencial em decorrência da pandemia do Covid-19, entretanto através de uma conferência gratuita em plataforma digital é possível ter uma abrangência significativa na equipe de saúde da família. O objetivo é que no mínimo 40% dos profissionais da unidade estejam presentes no webinar. Outro ponto positivo dessa proposta de intervenção é o baixo custo envolvendo-a. O material necessário se resume na conexão à internet e um aparelho eletrônico por parte de cada profissional da UBSF, além da disponibilidade de um docente para palestra. Desta forma o resultado esperado é o aumento da promoção e reabilitação da saúde da mulher. Para essa atividade acontecer, é necessário o engajamento das profissionais de saúde da UBSF.

No terceiro nó crítico, da Planilha 5W3H, pautou-se sobre a falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo “Outubro Rosa”; sendo a baixa efetividade da coleta de citopatológico o macroproblema.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer (BRASIL, 2021).

Para suprir esse déficit, é necessário inteirar a comunidade quanto ao tema “saúde da mulher”. Posto isso, verifica-se que a Educação em Saúde é forte aliada no objetivo de despertar mudanças de comportamento. Por intermédio dela, as usuárias do sistema de saúde podem adquirir informação, refletir sobre suas práticas, bem como sobre a importância do exame ginecológico e da autovalorização. Ela é uma prática social que contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, levando em conta a sua realidade (CUNHA et al., 2021). Em 2007, o Comitê de Definições da *American Marketing Association* chegou à última definição, a qual apresenta *marketing* como sendo “atividade, conjunto de instituições e processos para criar, comunicar,

entregar e trocar ofertas que tenham valor para os clientes, parceiros e sociedade em geral” (JAWORSK et al., 2017). O *marketing* na saúde ainda é pouco desenvolvido, em comparação às indústrias de bens de consumo, porém o serviço prestado na área tem uma resposta imediata por parte do consumidor e estabelece uma relação mais forte, uma vez que é produzido e consumido quase ao mesmo tempo (ROSALY; ZUCCHI, 2004). Análogo ao dito e segundo o estudo de duas autoras, fica imprescindível o impacto do *marketing* na atualidade, sendo reconhecido como “uma função necessária em qualquer instituição de cuidados médicos” (JAWORSK et al., 2017). A panfletagem é uma tática já conhecida dentro do *marketing* e sua produção é simples. Por isso, o desenvolvimento da ação será por meio da confecção e distribuição de panfletos informativos para a população.

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes. Os profissionais e os grupos sociais, assim como as equipes de saúde, têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade (CZERESNIA; FREITAS, 2020).

Análogo ao citado pensamento, faz-se necessária a realização desta atividade para ampliar o conhecimento da comunidade acerca da importância ao cuidado da saúde da mulher. A falta de conscientização relativo a um problema pode se tornar um obstáculo para o sucesso de ações, que visem contemplar grandes grupos (CUNHA et al., 2021). Desta forma, o resultado esperado é a ampliação do conhecimento da comunidade quanto ao tema saúde da mulher, para que conseqüentemente, haja um aumento da promoção e reabilitação da saúde da mulher, não só no mês de outubro. O manuseio e produção dos panfletos deve estar sob responsabilidade dos autores do projeto, pois os mesmos detêm o conhecimento necessário para a feição. Escolheu-se o referido meio de divulgação devido baixo custo de fábrica e possibilidade de parcerias/patrocínios, viés muito

investido por empresas atualmente, como já citado em um momento anterior. A distribuição dos panfletos deve se estender pelo território atendido pela UBSF, em domicílio e comércios adscritos; onde pretende-se ter uma adesão da população-alvo de aproximadamente 30%. O prazo vigente para cumprimento dessa ação é até o final de 2021.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A análise de viabilidade do plano de ação corresponde ao Momento Estratégico, diferente da seleção de problemas e análise situacional; e da elaboração do plano de ação, os quais diziam respeito ao Momento Explicativo e Normativo, respectivamente. Para Mainardes; Ferreira; Raposo (2012), o termo “estratégia” evoluiu para uma disciplina do conhecimento em gestão, a gestão estratégica, com conteúdos, conceitos e razões práticas, vindo a conquistar espaço nos âmbitos acadêmico e empresarial.

Considerando o grau de incerteza advindo dos diferentes atores sociais, a viabilidade se define importante por significar a construção de possibilidades e alternativas que permitam produzir mudanças na realidade. Analisar a posição/motivação dos atores diante das diferentes ações elaboradas é um movimento estratégico, no sentido de se buscar viabilidade; para realização são feitas análises do interesse e do valor que cada ator social atribui às ações do plano. O interesse deve ser assinalado com os sinais: a favor (+); contra (-) e indiferente (0), e o valor pode ser alto (A), médio (M) ou baixo (B). Diante de uma situação em que haja ações conflituosas vide matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano; deve-se identificar os recursos dos principais atores (aliados e opositores), e assim verificar o grau de dificuldade a ser enfrentado para tornar as operações viáveis. A partir dessas considerações se faz necessário analisar os meios estratégicos para dar viabilidade às ações. A construção da matriz de análise de motivação em relação aos interesses e valores dos atores sociais permite identificar as ações conflitivas do plano de ação. A partir das ações consideradas conflitivas, deve-se buscar a construção de viabilidade, levando-se em conta os recursos (Técnico (T), Político (T), Econômico (E) e Organizacional (O)), suas disponibilidades e quem os controla. Nessa matriz, a viabilidade pode ser classificada como alta, média ou baixa, a depender da disponibilidade dos recursos disponíveis para viabilizá-las. Esta etapa é conhecida

como “Matriz de análise de estratégias de viabilidade” (CALEMAN et al., 2016).

Congêre ao estudo de Caleman et al. (2016), muitas vezes, a construção de viabilidade requer a elaboração de operações intermediárias, chamadas Operações K (OK). As OK são ações voltadas à ampliação da adesão, ou à diminuição da resistênica. Quanso se tratando do plano de ação, têm o intuito de facilitar o caminho para uma posterior ação voltada à mudança no descritor.

Conforme descrito na Tabela 1, ao realizar um levantamento com a equipe, análogo ao que foi falado na entrevista com o gestor da UBSF, foi proposto a contratação emergencial de novos profissionais especializados em saúde da mulher. Nesse viés, os discursos dispostos são cognitivos, e há a necessidade de recursos técnicos, políticos e econômicos. Os possíveis conflitos são relacionados a não adesão da coordenadora da Atenção Primária em Saúde e também das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, responsáveis pelo processo contratual dos profissionais. A viabilidade dessa ação foi caracterizada como média, e a estratégia para aumentá-la consiste na promoção de uma reunião com os gestores da UBSF em estudo para apresentação da importância de se ter uma equipe completa para cobertura do território da unidade de saúde, frisando também, ser uma medida emergencial, com tempo determinado, só enquanto perdurar o número elevado faltas por afastamento dos profissionais dos grupos de risco e/ou sintomáticos.

A realização de um webinar com a temática “Educação em Saúde da mulher” define uma segunda importante ação. A execução está, em sua maioria, sob responsabilidade dos autores do projeto, sendo estes os responsáveis pelos recursos cognitivos e organizacionais, sendo a parte técnica de responsabilidade do docente convidado. O custeio dessa ação é baixo, devido grande oferta de plataformas digitais gratuitas e acessíveis; assim sendo, a maior necessidade se diz respeito aos recursos políticos e minimamente aos econômicos. Como possíveis conflitos tem-se a indisponibilidade dos profissionais e problemas de conciliação com as atividades na UBSF. A viabilidade dessa atividade é média e espera-se aumentá-la consultando e programando previamente com os funcionários da UBSF com base em seus horários e disponibilidades.

Outro ponto importante se diz respeito a divulgação, para isso, a ação programada foi a de confecção de panfletos informativos a fim de inteirar a comunidade quanto ao tema “saúde da mulher”. Os recursos

técnicos e econômicos são de responsabilidade dos autores do projeto, já na parte organizacional, espera-se auxílio da UBSF e seus profissionais. São necessários recursos técnicos e cognitivos, que estão sob responsabilidade dos autores; e os recursos faltantes são os políticos, econômicos e organizacionais. A não adesão do público aos panfletos é um possível problema. A viabilidade dessa

estratégia foi dada como média, para aprimorá-la é necessário a demonstração da panfletagem, elencando sua facilidade e os seus benefícios; além da elucidação da importância de as mulheres entenderem sobre sua saúde.

Tabela 1 – Apresentação da matriz de análise de estratégias de viabilidade

Matriz de análise de estratégias de viabilidade						
Ações	Recursos necessários	Recursos existentes	Recursos faltantes	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Contratação emergencial de novos profissionais especializados em saúde da mulher.	T.: coordenadora da APS, SMS; P.: aprovação de gestores; E.: estado e município - contratos; O.: estado, município e UBSF.	Recursos C.	Recursos T., P. e E.	Não adesão da coordenação e Secretarias de Saúde, em nível local e estadual/municipal.	Média.	Reunião com gestores da UBSF para apresentação da importância de se ter uma equipe completa, frisando ser uma medida emergencial devido a pandemia.
Realização de um webinar com a temática "Educação em Saúde da mulher".	T: docente convidado; P: aprovação de gestores; E: autores do projeto - plataforma digital; O: autores do projeto, docente convidado.	Recursos T., C. e O.	Recursos P. e E.	Indisponibilidade de carga horária dos profissionais; problemas de conciliação com as atividades da UBSF.	Média.	Consultar previamente os horários e disponibilidades dos funcionários da UBSF.
Confecção de panfletos informativos para inteirar a população quanto ao tema "saúde da mulher".	T: autores do projeto; P: aprovação de gestores; E: autores do projeto - impressão dos panfletos; O: autores do projeto, UBSF e seus profissionais.	Recursos T. e C.	Recursos P., E. e O.	Não adesão do público.	Média.	Demonstração da panfletagem, elencando a sua facilidade e os benefícios. Além da elucidação da importância das mulheres entenderem sobre sua saúde.

Fonte: Adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Para Coleman et al. (2016), a gestão de um plano estratégico é um dos principais momentos do planejamento. Para elaboração de um plano estratégico, a capacidade de gestão é fundamental. Neste momento é realizada a verdadeira intervenção, na qual se conduz, monitora e identifica possíveis

erros para que sejam corrigidos durante a realização do plano. As etapas para realização do plano de ação são: coordenação, acompanhamento (cronograma e resultados), comunicação (riscos/evolução), integração (atores envolvidos) e correção (rumos). Para a gestão, sugere-se a utilização de critérios a fim de classificar as ações/atividades, são eles: viabilidade (alta, média e baixa), impacto (alto, médio e baixo), comando (gerentes e atores internos,

comissões temporárias internas e atores internos articulados com atores externos) e, por fim, a ordem das ações. Dentro da dinâmica/matriz de gestão do plano, faz-se necessário o levantamento de matrizes, este, é executado por meio de Movimentos. O primeiro Movimento classifica as ações, quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a precedência. O segundo Movimento pauta-se em construir a matriz de monitoramento do plano; seguido do terceiro e quarto Movimento onde se faz necessário construir o cronograma de acompanhamento da implementação das ações e a planilha orçamentária das ações/atividades que demandam recursos econômicos, respectivamente.

Com base no que foi estudado, considerando os nós críticos, cita-se, a priori, dentro do Primeiro e Segundo Movimentos, a escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher, onde a contratação emergencial de novos profissionais especializados em saúde da mulher se mostra a melhor opção de atividade para suprir o problema do nó crítico. De acordo com a elaboração das planilhas, é passível de consideração que a viabilidade é média, pois envolve uma burocracia em gestão local e em nível estadual e municipal. Ademais, se efetivada, o impacto é alto. De acordo com o 2º nó crítico, que fala sobre a insuficiência da Educação em Saúde sobre a temática “saúde da mulher”, a melhor atividade a ser feita é um webinar ressaltando a temática; a fim de aumentar a promoção e reabilitação da saúde da mulher. A viabilidade e impacto do plano são altos, estando sob responsabilidade dos autores do grupo e do docente convidado. Sendo necessário, também, o engajamento dos profissionais de saúde da UBSF. Por fim, destaca-se a falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo “Outubro Rosa”. Como já dito em momentos anteriores, é discrepante a relação de adesão das mulheres ao cuidado à saúde no mês de outubro quando comparado com os outros meses. Para isso, a ação necessária seria em relação ao investimento em campanhas, como é feito durante a campanha “Outubro Rosa”, sendo assim, será feita a confecção de panfletos informativos a fim de inteirar a população quanto ao tema “saúde da mulher”. A viabilidade e impacto são ambos altos, o comando advém dos autores do projeto, contando com a adesão da UBSF e seus profissionais.

Dentro do Terceiro Movimento, tem-se o cronograma. Em termos de gestão, o cronograma é um instrumento de detalhamento dos processos e tarefas de um projeto frente aos prazos de execução e/ou conclusão. Todas as tarefas elencadas recebem um prazo, este prazo serve para demarcar a data para

execução e/ou conclusão de tarefas. Para a construção do cronograma de acompanhamento do plano sugere-se a utilização do diagrama de Gantt. O gráfico de Gantt foi criado pelo engenheiro americano Henry Gantt, no começo do século XX. Inicialmente, o objetivo de Gantt era organizar as etapas do processo de produção, mas ao longo do tempo sua ideia foi sendo desenvolvida e hoje é amplamente utilizada na área de gestão de projetos (ESPINHA, 2021). De acordo com a teorização supracitada, o cronograma fica definido com base nos nós críticos, suas ações e o calendário. O nó crítico 1, que fala sobre a escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher, demarca um tempo de 12 meses, perdurando de julho de 2020 até julho de 2021, enquanto sua ação vai dos meses de julho até dezembro de 2021. O nó crítico 2, que elucida a Educação em Saúde insuficiente sobre a temática “saúde da mulher”, tem um intervalo de tempo de ação de 6 meses (julho a dezembro de 2021), e o prazo de julho de 2020 a junho de 2021 refere-se ao tempo de iniciação do nó crítico. O 3º nó crítico trata sobre a falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo “Outubro Rosa”, de acordo com o cronograma, fica em vigência entre os seis últimos meses de 2020 e os 6 primeiros de 2021, sendo a ação finalizada entre os meses de julho e dezembro de 2021. O orçamento é a completa discriminação dos custos e serviços para realização do projeto, esse detalhamento é realizado na planilha orçamentária, ela faz parte do Quarto Movimento, segundo Coleman et al. (2016). A planilha orçamentária auxilia na execução do planejamento da construção com mais eficiência, além de ser muito útil no controle do canteiro de obras. Ou seja, ela é fundamental para que o projeto alcance o resultado e o sucesso esperados, porque permite ao profissional ter uma previsão mais precisa sobre as atividades e as etapas a serem finalizadas.

Análogo aos levantamentos realizados sobre as atividades que serão propostas, pode-se afirmar que o maior custeamento é acerca da resolutiva do nó crítico 1, este representa alto custo por ser uma contratação emergencial. O custeio das despesas fica sob os responsáveis envolvidos na contratação de profissionais na unidade de saúde, e o preço varia de acordo com o piso salarial do município. O prazo final é o ano de 2021, tendo início no primeiro semestre. O segundo nó crítico não apresenta custos, pois a execução da atividade é de responsabilidade dos autores do projeto, estes devem convidar um docente do Centro Universitário, sendo nula a despesa. O prazo de finalização é até o fim de 2021, tendo início no primeiro semestre. Acerca do terceiro

nó crítico, de acordo com os estudos e pesquisas realizadas, firma-se um baixo custo. A confecção de quatro mil panfletos educativos custa em média R\$110,00 (de acordo com um orçamento feito no mês de abril de 2021, em uma empresa gráfica da internet), a despesa fica a cargo dos autores do projeto e dos possíveis patrocinadores, assim sendo, o valor a ser pago por cada colaborador é baixo.

Dito isso, mesmo que a necessidade orçamentária do nó crítico 1 seja elevada quando em comparação com a necessidade do 2º e 3º nó crítico, em razão de um balanceamento de 3 resolutivas, o preço total do orçamento é mediano; variando de acordo com o piso salarial do município e do valor da gráfica no período de execução, vide Tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação da Planilha Orçamentária

Planilha Orçamentária				
Nós críticos	Escassez de profissionais envolvidos na promoção e reabilitação da saúde da mulher	Educação em Saúde insuficiente sobre a temática "saúde da mulher"	Falta de incentivo ao cuidado à saúde da mulher, salvo "Outubro Rosa"	
Ações	Contratação emergencial de novos profissionais especializados em saúde da mulher.	Realização de um webinar.	Confecção de panfletos informativos.	
Início	Ano 2021.	Ano 2021.	Ano 2021.	
Prazo final	Final de 2021.	Final de 2021.	Final de 2021.	
Despesas	De acordo com o piso salarial do município.	Sem custo.	+/- R\$110,00	
Origem da verba	Responsáveis envolvidos na contratação de profissionais na unidade de saúde.	Autores do projeto.	Autores do projeto.	Possíveis patrocinadores.
Total	De acordo com o piso salarial do município.	Sem custo.	+/- R\$110,00	

Fonte: Adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores

8 CONSIDERAÇÕES

O Ministério da Saúde, em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O Programa preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres, a informações e serviços de atendimento, em ambos os níveis de atenção. Pela primeira vez, o Brasil formulava uma política de saúde pública que contemplasse um atendimento ginecológico de qualidade (BRASIL, 1984).

Com o avanço do conhecimento e da valorização da igualdade de direitos entre gêneros, muitas foram as mudanças e variedade quanto ao cuidado à saúde, como por exemplo, a iniciação da campanha "Outubro Rosa", promovida pelo INCA desde o ano de 2010.

Paralelo a essa perspectiva de revolução, nota-se que a participação da mulher no seu processo saúde se tornou mais ativa, resultando em um desenvolvimento socialmente saudável. Em um contexto histórico, essas conquistas são um marco de representatividade, de uma história composta de inferioridade, e hoje, os avanços movidos por essas lutas para conquista de direitos fundamentais, são visíveis, como o direito integral a saúde. Dito isso, firma-se que as mulheres são promotoras da transformação social.

A proposição de ações direcionadas ao cuidado da saúde da mulher, com foco na prevenção do câncer de colo uterino na UBSF em estudo, mais a identificação da frequência da coleta de citopatológico, a motivação da equipe profissional e a capacitação da equipe de Saúde da Família com o plano de intervenção voltado para a prevenção e promoção da saúde das mulheres; formam a interface dos objetivos, os quais foram explicitados no decorrer do documento, tornando-se viável como descrito nas matrizes com base nos nós críticos. Sabe-se que as resolutivas na área de saúde traçam um caminho passivo, ainda mais quando há a necessidade de altos recursos, sejam eles cognitivos ou financeiros. Por isso, a disposição para a resolutiva do principal problema detectado (pouco incentivo ao cuidado à saúde

da mulher, com foco no câncer de cérvix e sua análise clínica e diagnóstica) é acessível, representando, no geral, baixo custo, alta viabilidade, alto impacto e conseqüentemente, há de se esperar boa adesão.

Análogo ao dito, é passível de conclusão, segundo todas as informações supracitadas, que o Projeto se mostra relevante e necessário quando se tratando do âmbito “saúde da mulher”, com foco, principalmente, na prevenção da saúde das mulheres entre 25 e 64 anos, período este que representa a idade preconizada pelos órgãos de saúde pública, para coleta do exame preventivo Papanicolaou. Concomitantemente, destaca-se a importância da gestão, a qual contribui de forma positiva para uma visão holística voltada para a atenção em saúde, seja em âmbito público ou privado.

9 REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer. **Revista de enfermagem UFPE online**, p. 3031-3038, 2017.

BAIA, Elisana Meneses et al. Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para realizar o exame papanicolau: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, p. 2068-2074, 2018.

BERBEL, Neusi Aparecida Nava; GAMBOA, Sílvia Ancízar Sánchez. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação**. 2011.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 16, n. 3, p. 09-19, 1995.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 28 set. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Deteção Precoce**. INCA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer do colo do útero: Conceito e Magnitude**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011**. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013**. Redefine a Qualificação

Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção1, p. 42, 31 dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, DF, 2ª ed., n. 13, p. 124, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF, 2018.

CALEMAN, Gilson et al. **Projeto Aplicativo: termos de referência**. 1ª ed, 1ª reimpr. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016. (Projetos de Apoio ao SUS).

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, cap. 2, 1997.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, ago 2009.

CUNHA, Amanda Guimarães et al. Papanicolau e a saúde da mulher: importância do fomento à prevenção do câncer de colo uterino. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. 727, 2021.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 6 ed. Fiocruz, 2020.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 3, n. 4, p.105-122, fev. 1999.

DANTAS, Paula Viviany Jales et al. Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame papanicolau. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 12 n. 3, p. 684-691, mar. 2018.

ESPINHA, Roberto Gil. **Gráfico de Gantt: o que é, para que serve e como fazer**. Artria, 2021. Disponível em: <https://artia.com/blog/grafico-de-gantt-o-que-e-para-que-serve-e-como-montar-o-seu/>. Acesso em: 8 jul. 2021.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 3-32, dez. 1999.

GONÇALVES, Cláudia Brandão et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 12-23,

2019.

GREENWOOD, Suzana de Azevedo; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; SAMPAIO, Neide Maria Vieira. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 503-509, ago 2006.

JAWORSKI et al. **Definitions of Marketing**. American Marketing Association, 2017. Disponível em: <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>. Acesso em: 8 jul. 2021.

LEITE, Kamila Nethielly Souza et al. Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 15-19, jul 2018.

LIBERA, Larisse Silva Dalla et al. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. **Brazilian Journal of Clinical Analysis**, v. 48, n. 2, p. 138-43, 2016.

MAINARDES, Emerson Wagner; FERREIRA, João; RAPOSO, Mário. Conceitos de estratégia e gestão estratégica: qual é o nível de conhecimento adquirido pelos estudantes de gestão?. **FACEF Pesquisa-Desenvolvimento e Gestão**, v. 14, n. 3, 2012.

MARTINS, Fabricio Pinheiro et al. Outubro Rosa: Facilitando o acesso, promovendo à saúde e prevenindo agravos à saúde da mulher. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 1, 2017.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et.al. História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controlado na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1841-1853, 2012.

PRADO, Marta Lenise do et al. **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, mar 2012.

PRIMO, Cândida Caniçali. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento à Mulher no Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**. v.1, n. 1, 2008. p. 76-82.

RIBEIRO, Janara Caroline; DE ANDRADE, Selma Regina. Vigilância em saúde e a cobertura de exame citopatológico do colo do útero: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 1-12, 2016.

ROSALY, Regina; ZUCCHI, Paola. O marketing na área de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 38, n. 5, p. 711-728, 1 jan 2004.

SANTOS, Álvaro da Silva. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 39, p. 96-98, 2010.

AS CONSEQUÊNCIAS DE PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

THE CONSEQUENCES OF PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN THE CONTEXT OF COVID-19 PANDEMIC IN HEALTHCARE PROFESSIONALS

*Mara Rúbia Franco Teixeira
Cássio Mendes de Alcântara
Eduardo Rosa de Almeida Santos
Lucas Silvério Alves
(240)*

Resumo

Este trabalho objetiva-se em apresentar um conjunto de estratégias de intervenção planejadas para a compreensão de quão afetados está a saúde mental dos profissionais de saúde, e após um estudo e planejamento a busca de uma forma de aliviar os problemas palpáveis dessa condição, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Sars-Cov-2. A metodologia para a execução deste projeto foi fundamentada no Arco de Charles Maguerez, constituída, basicamente, em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema; identificação dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e, ainda, aplicação à realidade. Essa metodologia corrobora para a mudança da prática profissional, à medida em que permite o reconhecimento dos problemas da realidade, com a intenção de construir ações que sejam coletivas e viáveis para o aprimoramento de cada contexto. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o questionário Maslach Burnout Inventory, junto aos profissionais de saúde. Pela aplicação do referido questionário, foi possível depreender que os participantes/trabalhadores estão com o nível alto de exaustão, o que pode comprometer, sobretudo, no exercício das atividades laborais. Finalmente, consideramos que as ações planejadas e propostas são viáveis, do ponto de vista aplicacional, uma vez que são consensuais dentre os atores (gestor, funcionários e psicólogos/estudantes de psicologia) envolvidos no trabalho.

Palavras-chave: Saúde Mental; Exaustão; Coronavírus; Maslach Burnout Inventory.

Abstract

This project aims to present a set of intervention techniques designed to understand how the mental health of health professionals is affected, and after a study and planning, the search for a way to alleviate the palpable problems of this condition, in the context of the new Coronavirus pandemic, Sars-Cov-2. The methodology for the execution of this project was based on Charles Maguerez's Arch, basically, in five stages: observation of reality and definition of the problem; identification of key points; theorization; solution hypotheses; and, still, application to reality. This methodology supports the change in professional practice, as it allows for the recognition of problems in reality, with the intention of building collective and viable actions to improve each context. As a data collection instrument, the Maslach Burnout Inventory questionnaire was used, together with health professionals. Through the application of the questionnaire, it was possible to infer that the participants/workers have a high level of exhaustion, which can compromise, above all, in the exercise of work activities. Finally, consider that the planned and proposed actions are viable, from an applicational point of view, since they are consensual among the actors (manager, employees and psychologists / psychology students) performing at project.

Keywords: Mental health; Exhaustion; Coronavirus; Maslach Burnout Inventory.

10 INTRODUÇÃO

No final do mês de dezembro de 2019, a Organização Mundial Da Saúde (OMS) confirmou a existência de um novo vírus que desencadeou diversos casos de pneumonia na cidade de Wuhan, China, provocando uma epidemia local que logo se alastrou. Nesse sentido, o vírus SARS-COV-2 que provoca uma síndrome respiratória aguda com diversos agravantes e é mundialmente denominado como COVID-19 (LI- Q, et al 2020). Isso posto, os sintomas causados pelo vírus são febres, tosse seca, dor de cabeça,

coriza, dor de garganta e diarreia, os sintomas mais severos são dificuldades em respirar, falta de ar, insuficiência cardíaca, risco de morte, entre outros- necessitando de internação para oxigenoterapia- (SBI, 2020).

Dito isso, Barroso AIL, et al (2020) fizeram um mapeamento mostrando o índice de risco que os trabalhadores brasileiros têm de serem contaminados pelo COVID-19 durante suas atividades profissionais e os trabalhadores da saúde apresentaram de 97 a 100% de risco de contágio desde técnicos de saúde bucal a técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ademais, a categoria profissional com o maior número de registros no sistema foi “Técnico ou Auxiliar em Enfermagem” (68.250 ou 34,2%), seguida de “Enfermeiro” (33.733 ou 16,9%), “Médico” (26.546 ou 13,3%), “Recepcionista” (8.610 ou 4,3%) e “Outro tipo de agente de saúde” (5.013 ou 2,5%) (BRASIL,2020).

Nesse viés, o esforço desses profissionais pode acarretar em problemas graves de saúde mental, segundo a pesquisa da Associação Paulista de Medicina (APM) oito em cada dez médicos e enfermeiros (79,3 %) estão mais apreensivos, pessimistas, deprimidos, insatisfeitos ou revoltados com o momento atual, de acordo com os entrevistados um dos principais problemas é a situação de impotência (apenas 22,3% dos profissionais se consideram aptos para atender seus pacientes em qualquer estágio da doença.)

Posto isso, é nítido a necessidade do cuidado para a preservação da saúde mental desses profissionais não só durante a pandemia, como também quando tudo se normalizar. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS): A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo realiza seu próprio potencial pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de maneira produtiva e é capaz de contribuir com sua comunidade (WHO, 2014).

Nesse sentido, a pandemia é uma situação incomum para todos os profissionais de saúde no país, o avanço rápido da doença destaca os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentre outros profissionais que trabalham nas áreas hospitalares foram obrigados a trabalharem nos limites físicos e psicológicos, com cargas de trabalhos elevadas, menos profissionais e plantões exaustivos. Ademais, esses profissionais tem se deparado com perdas de entes queridos, colegas de trabalho e pacientes em uma escala jamais vivenciada antes.

O cenário atual tem evidenciado quadros de BURNOUT que segundo Maslach (1990): “é geralmente definido como síndrome psicológica decorrente do estresse crônico laboral, composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização/cinismo e baixa realização pessoal”. Nessa perspectiva, a prevenção de problemas relacionados a saúde mental é de suma importância, assistência de profissionais como psicólogos, psicoterapeutas e psiquiatras nas unidades de saúde para auxiliarem os profissionais de saúde.

Diante desse cenário, o objetivo do Projeto Aplicativo foi entender, através de uma revisão integrativa, por meio de pesquisas, entrevistas e visitas na unidade estudada como o COVID-19 afeta a saúde mental dos profissionais da saúde, quais os impactos no serviço da saúde e as soluções para melhorar o quadro da saúde mental desses profissionais.

11 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

A ideia da construção deste projeto se dá pelo escalonamento das pressões psicossociais em todas as áreas da sociedade mais em maior parte na área da saúde dentro do contexto da pandemia do COVID-19. Nesse sentido, o surgimento desse projeto foi para compreensão de quão afetados estão os profissionais, e após um estudo e planejamento a busca de uma forma de aliviar os problemas palpáveis dessa condição.

De acordo com Rodriguez-Marín (1995), uma das causas de Burnout nestes profissionais devesse ao fato de que grande parte do seu tempo de trabalho é utilizado em contato intenso com outras pessoas, pacientes e seus familiares. Esta relação interpessoal geralmente está acompanhada de sentimentos de

tensão, ansiedade, medo e até mesmo de hostilidade encoberta. Estudo realizado por Goehringa, Gallacchib, Künzi e Bovierd (2005) identificou as expectativas de pacientes como um dos maiores preditores de Burnout assim como a dificuldade em equilibrar vida pessoal e profissional.

Visto isso, o projeto teve como base uma pesquisa com os profissionais de saúde na UBSF estudada, sendo aplicado um questionário de “Maslach Burnout Inventory” simplificado, tendo como objetivo a qualificação dos níveis de estresse psicológico enfrentado pelos mesmos, criando assim um panorama para o desenvolvimento de ações para corrigi-los.

O “Maslach Burnout Inventory” é um questionário para o estudo da síndrome de Burnout em profissionais de saúde, composto de 22 itens no total. A escala de resposta é do tipo Likert e os examinandos respondem marcando a frequência com que tiveram o sentimento, se expressando através de uma escala que vai de 0 = “Nunca” a 6 = “Todos os dias”. As dimensões que se avaliam são:

Exaustão emocional pode ser entendida como fadiga e perda de recursos emocionais. Alguns exemplos são: “Sinto-me emocionalmente esgotado devido ao meu trabalho”, “Sinto-me cansado ao final da jornada de trabalho”. (Maslach, 1990)

Realização pessoal que refere-se à eficácia percebida no desenvolvimento do trabalho. Exemplos destes itens são “Eu lido eficazmente com os problemas dos pacientes”, “Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão”. (Maslach, 1990)

Despersonalização que significa a indiferença e atitudes distantes para com o trabalho que é realizado. Por exemplo: “Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho” ou “Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente”. (Maslach, 1990)

Descrição da importância do projeto aplicativo e demais informações que julgar necessário, sempre procurando identificar as razões da escolha do seu assunto para a comunidade acadêmica, científica e aplicação à realidade.

A seguir estão os resultados do questionário aplicado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF):

Tabela 1- Tabela de Exaustão Emocional

Participantes	Exaustão Emocional									TOTAL
	Q 1*	Q 2*	Q 38	Q 6*	Q 8*	Q 13*	Q 14*	Q 16*	Q 20*	
N1	3	6	5	6	0	1	6	0	0	27
N2	5	5	4	6	5	4	3	5	4	41
N3	5	5	3	6	3	3	3	5	2	35
N4	5	5	5	6	3	5	5	5	3	42
N5	5	6	5	5	5	3	3	2	5	39
N6	6	6	6	6	6	6	3	6	5	50
N7	3	5	2	0	5	3	5	1	0	24
N8	5	6	3	6	6	0	0	3	3	32
N9	3	5	4	6	6	0	0	3	5	32
N10	3	6	5	0	5	1	3	1	1	25

Fonte: Dados da pesquisa / Autores

Notas: * Questões

Interpretação dos dados	
Alta	22 ou +
Moderada	17-26
Baixa	0-16
Media	34,7
DP	8,353974

Tabela 2- Tabela de Realização Profissional

Participantes	Realização Profissional							TOTAL
	Q 7*	Q 9*	Q 12*	Q 17*	Q 18*	Q 19*	Q 21*	
N1	3	6	6	6	6	6	6	39
N2	3	6	3	3	3	3	3	24
N3	5	3	3	3	3	3	5	25
N4	5	6	5	3	3	3	3	28
N5	5	6	3	4	5	2	5	30
N6	6	6	3	3	3	0	5	26
N7	5	6	2	0	3	6	0	22
N8	5	5	6	1	3	1	3	24
N9	5	4	6	1	3	1	3	23
N10	6	5	5	5	5	5	6	37

Fonte: Dados da pesquisa / Autores

Notas: * Questões

Interpretação dos dados	
Alta	39 ou +
Moderada	32 - 38
Baixa	0-31
Media	27,8
DP	5,09902

Tabela 3- Tabela de Despersonalização

Participantes	Despersonalização					TOTAL
	Q 5*	Q 10*	Q 11*	Q 15*	Q 22*	
N1	0	6	0	6	6	18
N2	0	0	3	0	5	8
N3	3	3	3	0	3	12
N4	0	1	6	0	1	8
N5	0	4	4	0	3	11
N6	3	5	6	0	3	17
N7	0	0	3	0	6	9
N8	3	1	0	0	1	5
N9	0	0	0	0	1	1
N10	5	3	3	0	0	11

Fonte: Dados da pesquisa / Autores

Notas: * Questões

Interpretação dos dados	
Alta	13 ou +
Moderada	07,12
Baixa	0-6
Media	10
DP	5,884065

12 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pandemia da COVID-19 tem exigido bastante dos profissionais de saúde, o aumento da sobrecarga de trabalho e da pressão tem gerado danos à saúde física e mental desses trabalhadores. Esse cenário, alerta sobre a possibilidade desses profissionais desenvolverem Burnout, assim, faz-se necessário discussões sobre tratamentos e prevenção para essa síndrome (LÓSS et al., 2020).

É impreterível que os profissionais de saúde que estão na linha de frente estejam mais suscetíveis a desenvolverem patologias associadas as questões emocionais. Sistema de saúde em colapso, incertezas sobre uma doença que não tem tratamento comprovadamente eficaz, somados as suas questões individuais, como impotência, fracasso, angústias, medo de se contaminar e contaminar a própria família causam sofrimento mental a esses trabalhadores (SAIDEL et al., 2020).

A síndrome de Burnout é um distúrbio psíquico devido à exaustão física e mental causadas pelo trabalho. A doença tem se feito presente nas rotinas de muitos enfermeiros, médicos, agentes de saúde, técnicos de enfermagem e demais trabalhadores da equipe multiprofissional. Além de causar prejuízos à saúde desses profissionais esgotados, causa prejuízo aos pacientes atendidos por eles, pois sem ânimo não são capazes de ofertar um atendimento humanizado de qualidade e uma escuta qualificada (LOBO, et al., 2020).

O MBI - Maslach Burnout é a forma mais utilizada para avaliar Burnout. O teste usa parâmetros de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional para avaliar a ocorrência e os níveis da Síndrome de Burnout (CARLOTTO et al., 2004). As Unidades Básicas de Saúde, além de cumprirem o papel de manter a longitudinalidade, possui papel fundamental na identificação precoce de casos graves que devem ser manejados nos outros níveis de atenção à saúde. Além do encaminhamento para os outros

níveis, as Unidades Básicas de Saúde cumprem a importante função de gerenciar remotamente os pacientes positivados ou com suspeita de covid-19. Desse modo, considerando a deficiência do Sistema de Saúde no contexto do país, principalmente em cidades do interior, com baixo IDH sobre sintomas e autoisolamento, seja por telefone ou vídeo. Assim, considerando o contexto brasileiro de desigualdades e falta de acesso, e o baixo IDH dos municípios, faz-se fundamental que favoreçam e valorizem o trabalho da APS frente a COVID19 (CHECCI et al., 2020).

O trabalhador de saúde durante todo tempo tem seu posicionamento e sua conduta avaliados pela comunidade. Muitas vezes esse profissional precisa fazer escolhas difíceis, como determinar prioridade de atendimento, enquanto são vigiados pelas famílias das vítimas, imprensa, gestores, colegas e a própria justiça (LIMA, et al., 2020).

A fim de preservar a saúde mental dos profissionais de saúde que atuam no combate ao Covid-19, destaca-se atividades de cuidado pessoal, como prática de exercícios físicos, meditação, contato com a família e amigos por meio da tecnologia, além disso, é essencial se preocupar com a dignidade desses profissionais no ambiente de trabalho, como acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI's), pausas para descanso durante os plantões, vacinação para toda população para evitar disseminação e mutação do vírus e disponibilidade de atendimento psicológico (ARRUDA, et al., 2020).

Segundo Marion, Dias e Traldi (2002, p. 38), “o referencial teórico deve conter um apanhado do que existe, de mais atual na abordagem do tema escolhido, mesmo que as teorias atuais não façam parte de suas escolhas.”

13 PROCESSO METODOLÓGICO

A utilização da metodologia do Arco de Maguerez (AM) promove a mudança da prática profissional de grupos e indivíduos, à medida que permite o reconhecimento e tomada de consciência dos problemas da realidade problematizada, com a intenção de construir uma estratégia coletiva e viável para o aprimoramento dessa realidade. A metodologia tratada é a de promover a instrumentação necessária, utilizando a proposta metodológica da aprendizagem baseada em problemas, na qual se preparam situações, ou seja, temas de estudo que o aluno deverá saber e dominar, sendo determinados previamente quais conhecimentos o aluno deverá possuir para cada uma delas.

O processo de problematização proposto pelo Arco de Maguerez é composto por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade que se pretende investigar: 1) Observação da realidade para reconhecimento do problema; 2) Levantamento dos postos-chaves relacionados ao problema; 3) Teorização dos postos-chaves para compreensão do problema; 4) Construção de Hipóteses de solução ao problema e 5) Aplicação à Realidade das hipóteses de solução. (ESPERIDIÃO, et al; 2017).

Figura 1 – Planejamento do Arco da Problematização de Charles Maguerez.

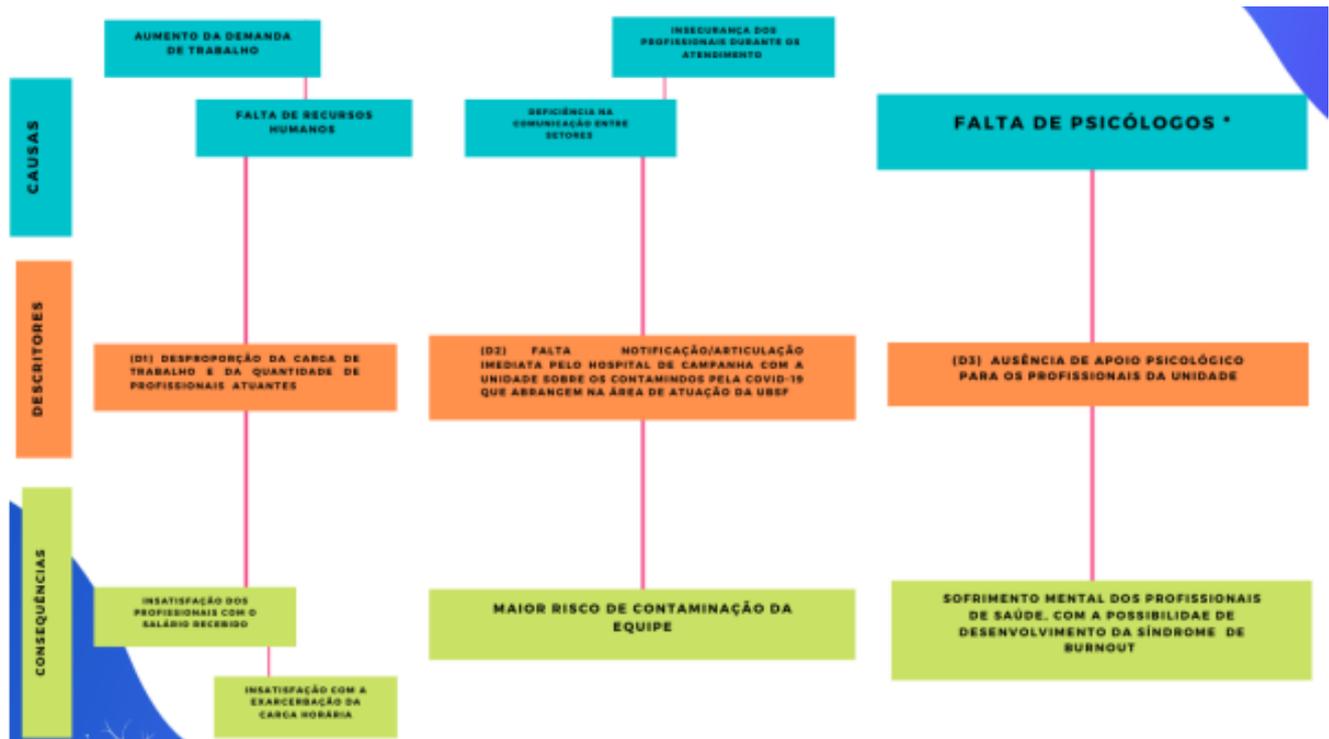


Fonte: Charles Maguerez, adaptado de Bordenave; Pereira (1989).

O eixo 3.3 Educação Gestão em Saúde é uma currículo por competências e baseado em metodologia ativas de aprendizagem, desenvolvendo a capacidade voltado a intervenção e transformação da realidade gerando projetos que foram denominados Projeto Aplicativo tendo com teoria e pratica o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. (Calleman,2016).

O objetivo da Árvore explicativa é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. Quem pretende atuar em uma realidade concreta e mudar os resultados considerados insatisfatórios deve aprofundar o conhecimento dos problemas que prioriza como mais relevantes e formular um conjunto de prováveis explicações para a ocorrência desses problemas. (Calleman,2016).

Figura 2 – Árvore Explicativa (* Nó Crítico)



Fonte: adaptado de Coleman et al.(2016), com informações dos autores

Para elaboração desse Projeto Aplicativo foram utilizados Oficinas de Trabalho semanais durante o ano de 2021, de maneira presencial no Centro Universitário IMEPAC Araguari-MG.

14 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Segundo Champagne et al. (2011, p. 61), 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: objetivos (o estado futuro que orienta as ações); agentes (os atores sociais); estrutura (recursos e regras); processos (relações entre recursos e atividades).

Nesse sentido, a construção das tabelas, tem como objetivo tornar uma situação considerada problema em uma situação objetivo que se propõe alcançar em um determinado espaço de tempo, utilizando para isso disponibilidade de tempo, espaço para realização das atividades propostas, entre outros.

Para isso serão utilizadas tabelas, como a Planejamento Estratégico Situacional (PES), 5W3H e Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano.

Desse modo, a situação objeto formulada tem como resultado esperado uma melhora dos indicadores utilizados, em um período de tempo determinado com a expectativa de prosseguimento caso o mesmo seja adotado pelos gestores. Com isso, o nó crítico abordado pelo grupo nessa ferramenta, a tabela PES, onde nela fica descrito além do próprio nó, o macro problema e além disso identificamos os resultados esperados, responsáveis e parceiros bem como opositores ao resultado esperado. Nesse viés, fica descrito ainda os indicadores para o acompanhamento do mesmo e os recursos que serão utilizados tempo previsto para o plano de ação.

O produto final consiste no preenchimento de uma planilha para o nó crítico priorizado derivado do macroproblema. Nessa perspectiva, o macroproblema encontrado durante nas primeiras visitas do nosso projeto foram o alto nível de estresse entre os profissionais na unidade, e tendo como nó crítico central de nosso trabalho a “Falta de apoio psicológico aos funcionários da unidade”. Sendo assim, foi completado na planilha o resultado esperado para resolução desse fato, que se traduz na construção de uma roda de apoio psicológico com a ajuda dos estudantes de psicologia da IMEPAC.

Tabela 4- Tabela de plano de ação

Falta de apoio psicológico aos funcionários da unidade							
NÓ CRÍTICO	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Resultado esperado Um melhor desempenho da equipe e uma redução dos níveis de estresse psicológico	Promover rodas de conversa entre os funcionários da unidade	Responsável pela implementação o responsável técnico da unidade.	Gestor e funcionários da unidade Coordenador, professores e discentes do curso de psicologia da IMEPAC	Gestor e funcionários da unidade	Indicadores de adesão (70% a 80%) e a reaplicação dos questionários MBI para o monitoramento da diminuição dos níveis de estresse dos funcionários em 40%	Organizativos: local na unidade para a reunião dos funcionários, bem como tempo hábil para reunir/ recursos humanos: alunos do curso de psicologia	O prazo inicial pensado seria de 6 meses com a possível extensão do período de utilização mediante a aprovação dos gestores

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Tabela 5- Tabela 5W3H

Planilha 5W3H							
Macroproblema	Exaustão Psicológica dos profissionais de saúde						
Espaço do problema	Unidade Básica de Saúde da Família						
Nó Crítico	Falta de apoio Psicológico aos funcionários da unidade						
O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Reuniões mensais com os funcionários da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)	Para melhorar os níveis de estresse dos funcionários da unidade assistida e aumentar a produtividade	O gestor da unidade bem como os alunos do curso de Psicologia da IMEPAC	Uma vez ao mês	Na UBSF em um espaço cedido pelo gestor da unidade	O gestor da unidade disponibilizará a grade de horários do contingente de serviço e com a ajuda dos estudantes de Psicologia será desenvolvido rodas de conversa entre os funcionários da UBSF	Sem custo previsto	Aplicação do MBI no início da atividade e após o período de 3 meses a sua reaplicação, além da frequência dos funcionários nas reuniões.

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Tabela 6- Matriz de análise e de motivação dos atores sociais

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico							
Atores		Ação 1	Ação 2	Ação 3	Ação 4	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Gestor da Unidade	Roda de conversa				(+)	(m)
Ator 2	Funcionários da unidade trabalhada	Roda de conversa				0	(A)
Ator 3	Profissional/ estudante de psicologia	Roda de conversa				(+)	(A)

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

15 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A análise da viabilidade de um determinado plano de ação corresponde, basicamente, a um Momento Estratégico da proposta a ser desenvolvida/implementada. Como o nosso plano de ação é resultado de proposições que visam intervir em problemas identificados, em nosso projeto aplicativo, coexistem, também, diferentes interesses, por parte dos atores sociais envolvidos, assim como diferentes valores atribuídos por esses atores. Tanto os interesses quanto os valores atribuídos refletem em ações e comportamentos difíceis de serem totalmente previstos. Assim, faz-se importante ressaltar que um grau de imprevisibilidade e de incerteza sempre estará presente, devendo ser incluído em nossos cálculos estratégicos.

Na (Tabela 5) Matriz de análise de estratégias de viabilidade, faz-se uma investigação se o plano de ação (rodas de conversa com trabalhadores da área da saúde) será viável, e por isso são previstos estratégias para que a viabilidade aumente, prevendo assim contratempos com podem acontecer no futuro.

Tabela 7- Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Matriz de análise de estratégias de viabilidade						
Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Rodas de conversa com alunos do curso de Psicologia	Recursos humanos e materiais	Recursos materiais (sala e cadeira para a realização dos encontros)	Finalizar a captação de recursos humanos (estudantes de psicologia)	Disponibilidade de horários dos funcionários da UBSF e a disponibilidade dos estudantes de psicologia	Intermediária	Adequação dos horários e realização de uma reunião para saber quais funcionários teriam interesse em participar e quais os melhores horários disponíveis

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

A ação a ser realizada serão as “Rodas de conversa com psicólogos”, os recursos necessários previstos serão os “Recursos humanos e materiais”, na parte dos recursos que temos são “os recursos matérias (sala e cadeira para a realização dos encontros), os recursos que faltam que será a de “Finalizar a captação de recursos humanos (estudantes de psicologia), os possíveis conflitos que foram previstos será a “Disponibilidade de horários dos funcionários da UBSF e a disponibilidade dos estudantes de psicologia”, a viabilidade de colocar a ação ficou decido que é “Intermediária” e por fim foram elencadas quais serão as estratégias para aumentar a viabilidade, que será a “Adequação dos horários e realização de uma reunião para saber quais funcionários teriam interesse em participar e quais os melhores horários disponíveis”.

16 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Um importante momento do planejamento de alguma intervenção é a gestão de um plano estratégico. Com efeito, a gestão de um plano é um momento tático e operacional da intervenção, isso porque se materializa o plano, o seu monitoramento, a identificação das dificuldades, bem como as correções necessárias a serem efetivadas nas operações propostas.

Para isso é necessário que os responsáveis pelo plano de gestão coordenem e acompanhem a execução das ações, promovam a comunicação e integração dos envolvidos, façam as devidas adequações e correções de rumo necessárias, e, ainda, garantam que o plano seja efetivamente implementado. Para essa gestão, tem-se a utilização de critérios para classificar as ações/atividades que constam do plano, como a viabilidade, impacto, comando e ordem das ações.

Para o nosso Projeto Aplicativo proposto, foi elaborado, a Tabela de Gestão do plano. A referida tabela foi construída a partir dos seguintes indicadores: ações, viabilidade, impacto, comando e ordem das ações. Dessa forma, segue abaixo, a Tabela de Gestão do plano:

Tabela 8- Tabela de Gestão do plano

Gestão do Plano	
NÓS CRÍTICOS	Falta de apoio Psicológico aos funcionários da unidade
AÇÕES/ATIVIDADES	Rodas de conversa mensais com os funcionários da unidade
VIABILIDADE	Intermediaria
IMPACTO	Alta
COMANDO	Atores Internos articulados com externos (estudantes de medicina e psicologia com gestor da unidade)
ORDEM DAS AÇÕES	1°

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Tabela 9- Cronograma

Ano	CRONOGRAMA																							
	2021												2022											
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Nó Crítico 1	_____																							
Ação NC1													←—————→*											

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Notas: (*) Pontas em setas representa que não existe período definido para início de atividade.

A representação gráfica foi definida em duas partes sendo ela o período de março a abril de 2021 foi utilizado na construção do nosso nó crítico principal (Falta de apoio Psicológico aos funcionários da unidade) sendo ele formado de análises do teste MBI aplicado no mesmo período. Subsequente a isso, as datas marcadas nos meses fevereiro e abril como uma sugestão para a aplicação das ações desenvolvidas pelo grupo, foi utilizada setas para que haja uma liberdade do gestor para aplicação e sua posterior averiguação de eficácia.

Tabela 10- Resultados esperados - produção de impacto

Ações	Resultados esperados - produção de impacto									
	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis envolvidos	Tecnologia	Volume de serviços	Modalidade de serviços	Áreas de suporte	Cuidado ao paciente	Infraestrutura	Governança
Reuniões mensais com os funcionários da unidade	Não será necessário	Alunos do curso de psicologia e referência técnica da UBSF	Integrantes do grupo e alunos do curso de psicologia	Não necessário	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Com isso, nota-se que com a implantação da ação “Rodas de conversa com os profissionais da UBSF”, não irá necessitar de recursos financeiros para desenvolvimento da mesma, no critério dos recursos humanos vai ser preciso uma integração com os alunos do curso de psicologia com a referência técnica da UBSF, os responsáveis serão os integrantes do grupo e alunos do curso de psicologia, chegou-se à conclusão que não é necessário o uso de tecnologia. E por fim, as áreas que podem sofrer impacto da ação, como o Volume de serviços, Cuidados ao paciente, Infraestrutura e Governança, não serão impactados pela realização das rodas de conversa com os profissionais da UBSF. E a Modalidade de serviços e as Áreas de suporte, vão sim ser impactados com ação relatada, pois espera-se uma queda dos níveis de estresse, melhorando assim a eficiência em seus postos de trabalho.

17 CONSIDERAÇÕES

As considerações finais deste Projeto Aplicativo reúnem sistematicamente os principais pontos do trabalho. Para tanto, retornamos ao nosso objetivo principal em que propusemos nesse projeto a compreensão de quão afetados estão os profissionais, e após um estudo e planejamento a busca de uma forma de aliviar os problemas palpáveis dessa condição. Nessa perspectiva, conforme já apresentamos no projeto, a somatória das questões do questionário de Burnout, relacionadas à cansaço emocional, mostraram que, em grande parte dos participantes, estão com valores elevados. Faz-se necessário pontuar que o desgaste psicológico dos trabalhadores das UBSs e UBSFs implica, sobretudo, conforme já apresentamos, na diminuição de dedicação e energia para as atividades laborais, especialmente quando comparado ao início da pandemia.

Com isso são necessários mecanismos para pensar, refletir e analisar as intervenções nas unidades. A possibilidade do desenvolvimento de um trabalho como esse, fortalece a articulação entre a Unidade de saúde-universidade/faculdade. Nos cursos da área de saúde são discutidos aspectos teóricos-metodológicos que, por vezes, são inovações (oriundas de projetos de pesquisas e extensão, muitas vezes recentes) que ainda não estão materializados na prática. Por outro lado, nas Unidades do SUS, os profissionais possuem experiências de natureza prática [vivem no dia a dia a rotina de uma Unidade de Saúde], mas, por vezes, estão distantes da academia. Dessa forma, as horas investidas em conjunto na nossa formação, possibilita essa articulação ‘ensino-serviço’, o que pode contribuir com o aprimoramento das ações de promoção de saúde das unidades [e, sobretudo, colaborar na formação de futuros profissionais de saúde].

Nesse sentido, o projeto aplicativo foi uma atividade que nos foi proposta ainda no terceiro período com a prerrogativa de se desenvolver algo que pudesse, dentro do possível, gerar um interesse ao objeto de estudo para sua concretização. Desse modo, o percurso de sua produção veio carregada de obstáculos como distância a percorrer até a unidade, dados a coletar e processar e ainda como parte do trabalho o próprio Covid-19. Com isso, foi possível chegar à conclusão das hipóteses levantadas no início do trabalho foram confirmadas após a aplicação do Marlash Burnout Inventory (MBI), confirmando assim os elevados níveis de estresse vivenciados pelos funcionários das unidades de saúde.

18 REFERÊNCIAS

ARRUDA, E. P. EDUCAÇÃO REMOTA EMERGENCIAL: elementos para políticas públicas na educação brasileira em tempos de Covid-19. **Em Rede - Revista de Educação a Distância**, v. 7, n. 1, p. 257-275, 15 maio 2020.

BARROSO, Bárbara Iansã de Lima et al. **A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]. 2020, v. 28, n. 3 [Acessado 1 Dezembro 2021], pp. 1093-1102. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>. Epub 21 Set 2020. ISSN 2526-8910.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p.71-76 CALEMAN, G. et al. Projeto aplicativo: termos de referência. São Paulo: Ministério Saúde, 2016.

CARLOTTO, Mary Sandra; CAMARA, Sheila Gonçalves. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 499-505, Dec. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/sqhs5pPk4QBspW3DKXrmxN/?lang=pt>. Acesso em 11 maio 2021.

DE CHECCHI, Maria Helena Ribeiro (org.). Guia de segurança para profissionais atuantes na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID – 19. **Coari**, AM: Universidade Federal do Amazonas, 2020.

ESPERIDIÃO, E. et al. **Arco de Maguerez: estratégia de metodologia ativa para coleta de dados**. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2, p. 825-834, 2017. Disponível em: proceedings.ciaiq.org/indez.php/ciaiq2017/article/download/1279/1239. Acesso em: 01 dez.2021.

GOEHRINGA, C., Gallacchib, M. B., Künzic, B. & Bovierd, P. (2005). **Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey**. *Swiss Med Wkly*, 135, 101–108.

HELIOTERIO, Margarete Costa et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-. Acesso em 11 maio 2021. Epub July 31, 2020.

LIMA, S. O.; SILVA, M. A. dá; SANTOS, M. L. D.; JESUS, C. V. F. de. REFLEXÃO SOBRE O ESTADO FÍSICO E MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÉPOCA DE COVID-19. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 142–151, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/8778>. Acesso em: 10 maio. 2021.

LOBO, M. K. D. M. et al. SÍNDROME DE BURNOUT: DIA A DIA DE ENFERMEIROS EMERGENCISTAS NA ERA DA COVID- 19. **e-Ciência**, UNIJUAZEIRO, v. 8, n. 2, p. 5-7, jul./2020. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/969/969%20PTG%20PD>. Acesso em: 4 mai. 2021.

LÓSS, J. D. C. S., Boechat, L. B. G., da Silva, L. P., & Dias, V. E. (2020). A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA LINHA DE FRENTE CONTRA A COVID19. **Revista Transformar**, 14(2), 54-75. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/375>

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. Scoring & Interpretation Key - **MBI-HSS**. p. 1, 1981.

MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 33, e-EDT20200003, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>.

PROJETO APLICATIVO: termos de referência / Gilson Caleman ... [et al.]. 1. ed., 1 reimpr. - São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

RODRIGUES VI, M. G. B. S. M. H. M. L. C. J. G. C. C. M. D. L. E. E. J. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 49923, p. 1-6, mai./2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49923/33859>. Acesso em: 4 mai. 2021.

SAIDEL, Maria Giovana Borges et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus [Mental health interventions for health professionals in the context of the Coronavirus pandemic] [Intervenciones de salud mental para profesionales de la salud ante la pandemia de Coronavírus]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 49923, 2020.

Implementação do estudante de Educação Física durante a espera pelo atendimento do Expresso Saúde em Araguari-MG

Implementation of Physical Education students during the wait for the “Expresso Saúde” service in Araguari-MG

Mara Rúbia Franco Teixeira

Anna Clara Gonçalves Guimarães

Argel Alves de Castro Filho

Cristian Eduardo Marques

Carla Geovana Teles

Isabella Tronconi Santos

Guilherme Ricardo de Souza

(241)

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo implementar o estudante de Educação Física no Expresso Saúde, uma estrutura do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, o IMEPAC. Assim, durante a espera pelo atendimento médico, será feita uma triagem dos pacientes que apresentarem alguma DCNT e também uma avaliação física, proporcionando um trabalho educativo a respeito da importância da prática da atividade física na prevenção e controle das DCNTs. Na sequência, esses pacientes serão encaminhados para o Laboratório de Fisiologia do Exercício da Instituição, para que iniciem um acompanhamento individualizado na prática de atividade física com o intuito de manejar clinicamente as DCNTs.

Palavras-chave: Inatividade física; sedentarismo; DCNT; comportamento.

Abstract

The present study aims to implement Physical Education (PE) students in the Expresso Saúde, a health facility from Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, the IMEPAC. It intends to triage patients with any Noncommunicable Diseases, as well as give them physical examination during the waiting time for medical assistance, proportioning an educative work on the relevance of the physical exercise to prevent and control Noncommunicable Diseases. Then, those patients will be referred to the institution's physiology laboratory, so they can initiate an individualized follow-up in the physical activities practice, intending to clinically manage NCDs.

Keywords: Physical Inactivity; Sedentary Lifestyle; Noncommunicable Diseases; Patient Acceptance of Health Care.

19 INTRODUÇÃO

Desde a identificação do sedentarismo como um fator de risco para doenças crônico-degenerativas, a promoção da atividade física vem se tornando ainda mais discutida. O gasto calórico e o tempo total despendido em atividade física quantificados pela epidemiologia são inversamente proporcionais à taxa de mortalidade e à incidência de doenças cardiovasculares, sendo um dos métodos estratégicos para embasar as recomendações de saúde pública em defesa do estilo de vida da prática de exercícios físicos. (FERREIRA, 2012).

Desse modo, o presente projeto visa a implementação do estudante de educação física durante a espera pelo atendimento no Expresso Saúde do IMEPAC, atuante em Araguari. A referida implementação almeja a melhora do funcionamento da Atenção Primária, a prevenção de novos casos e também a melhora dos quadros de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) já existentes, relacionadas ao sedentarismo. Ademais, objetivo geral deste projeto aplicativo com a implementação do estudante de educação física para atuar durante a espera pelo atendimento no Expresso Saúde, é a realização de uma avaliação física e orientações de saúde, associadas ao encaminhamento para o laboratório de fisiologia do exercício da instituição, que é uma academia muito bem equipada, onde o paciente teria acompanhamento integral com um profissional. Dessa forma, incentivando a prática de exercícios, uma vez que evidências indicam que a inatividade física é independentemente associada à mortalidade, obesidade, maior incidência de queda e debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações do humor (GUALANO, 2011).

Segundo o IBGE, entre 2003 e 2019, a obesidade feminina subiu de 14,5% para 30,2%, enquanto a obesidade masculina passou de 9,6% para 22,8%. e se tratando de excesso de peso, este atinge 60,3% da população de 18 anos ou mais de idade, o que corresponde a 96 milhões de pessoas, sendo 62,6% das mulheres e 57,5% dos homens (IBGE, 2019). Sobre a importância desse projeto: estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%) (KATZMARZYK & JANSSEN, 2004).

Portanto, a intervenção sugerida faz valer de um dos princípios vitais da atenção primária, a prevenção e a redução de risco de DCNT - que poderiam ser evitadas com cuidados primários, nesse caso, o exercício físico. Para Bronstein, 1996, atividades aeróbias são as mais indicadas, mas é importante que os exercícios sejam prazerosos, condição fundamental para sua manutenção a longo prazo. Devem-se também incentivar atividades cotidianas, como andar a pé para o trabalho e utilizar escada ao invés de elevador. Desse modo, alcançar-se-ão também os objetivos secundários: promoção da atividade física para grupos portadores de doenças crônicas e orientar sobre a importância da prática de exercícios físicos para manutenção da saúde.

20 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

O objetivo geral deste projeto aplicativo é que os estudantes de educação física possam atuar enquanto o paciente aguarda pelo atendimento no Expresso Saúde, onde serão feitas avaliações físicas e orientações de saúde, e serão encaminhados para o laboratório de fisiologia do exercício da instituição. A implementação visa melhorar o funcionamento da atenção primária, prevenir novos casos e melhorar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) existentes associadas a estilos de vida sedentários. Além disso, como benefícios da implementação desse projeto, pode-se salientar: diminuição dos gastos com: internação, ambulatorio e com o Programa Farmácia Popular; maior efetividade da Atenção Primária ao reduzir a demanda por atendimentos das demais esferas de atenção à saúde e melhora na saúde física e mental da população de Araguari.

Para além do âmbito do sedentarismo, a inatividade física é, também, um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna, sobretudo quando considerado que cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física (GUALANO, 2011). No Brasil, em 2018, houve 1 829 779 milhão internações por causas associadas à hipertensão arterial, ao diabetes e à obesidade no SUS. Isso corresponde a aproximadamente 16% do total de internações hospitalares no SUS nesse período, resultando em um custo total de R\$3,84 bilhões. Os custos ambulatoriais totais com as mesmas doenças no SUS somaram R\$166 milhões no ano de 2018, e os gastos do Programa Farmácia Popular com medicamentos para hipertensão, diabetes e asma totalizaram R\$2,31 bilhões. Os custos diretos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram R\$3,45 bilhões. Para tanto, medidas comprovadamente efetivas e de fácil aplicabilidade, bem como a proposta por esse Projeto Aplicativo, são extremamente pertinentes, pois, ao reduzir os custos de tratamento das referidas doenças, sobram mais verbas para reinvestir em outros âmbitos do SUS o que conseqüentemente irá assegurar um atendimento mais completo da população.

Desse modo, fica evidente a importância desse projeto aplicativo para não somente prevenir e tratar as DCNTs relacionadas ao sedentarismo (ansiedade, alterações de humor, obesidade, doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, câncer de cólon e mama, dislipidemia, diabetes tipo 2, maior incidência de queda e debilidade física em idosos, osteoporose e demência), mas também para reduzir os custos do Município de Araguari com o tratamento das referidas doenças crônicas. É oferecido, portanto, uma maneira comprovadamente efetiva -sem deixar de ser prática- de intervenção na Atenção Primária que não apenas melhora os quadros já existentes, mas também previne a incidência de novos casos.

21 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Um estilo de vida ativo em adultos está associado a uma redução da incidência de várias doenças crônico-degenerativas bem como a uma redução da mortalidade cardiovascular e geral. Em crianças e adolescentes, um maior nível de atividade física contribui para melhorar o perfil lipídico e metabólico e reduzir a prevalência de obesidade. Ainda, é mais provável que uma criança fisicamente ativa se torne um adulto também ativo. Em consequência, do ponto de vista de saúde pública e medicina preventiva, promover a atividade física na infância e na adolescência significa estabelecer uma base sólida para a redução da prevalência do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida (LAZZOLI, 1998).

A prática regular de atividade física constitui um elemento essencial à promoção da saúde e prevenção de algumas doenças que acometem indivíduos e grupos populacionais. Apesar dos jovens serem a parcela

mais ativa da população, os indicadores de sedentarismo crescente têm alertado os profissionais de saúde pública. Para diminuir o sedentarismo, estudos destacam a necessidade de os indivíduos modificarem seus estilos de vida, adquirindo e mantendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças durante a vida adulta e idosa (SILVA, 2011).

Dessa forma, a implementação da atividade física na infância e na adolescência deve ser considerada como prioridade em nossa sociedade. Assim, recomenda-se, que:

- 1- Os profissionais da área da saúde devem combater o sedentarismo na infância e na adolescência, estimulando a prática do exercício físico no cotidiano e/ou de forma estruturada através de modalidades desportivas, mesmo na presença de doenças, visto que são raras as contra-indicações absolutas no exercício físico;
- 2- Os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes que praticam atividade física devem priorizar seus aspectos lúdicos sobre os de competição e evitar a prática em temperaturas extremas;
- 3- A educação física escolar bem aplicada deve ser considerada essencial e parte indissociável do processo global de educação das crianças e adolescentes;
- 4- Os governos, em seus diversos níveis, as entidades profissionais e científicas e os meios de comunicação devem considerar a atividade física na criança e no adolescente como uma questão de saúde pública, divulgando esse tipo de informação e implementando programas para a prática orientada de exercício físico (LAZOLLI, 1998).

A falta regular de atividade física é sem dúvida alguma um dos fatores determinantes da epidemia global de excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias. O envolvimento na atividade física regular desde as fases iniciais da vida (na criança), durante a adolescência e sua continuidade durante a idade adulta jovem, na meia idade e após os 50 anos é essencial para garantir um adequado controle do peso e da gordura corporal (MATSUDO, 2006). A recomendação geral de atividade física para saúde é a de acumular pelo menos 30 minutos de atividades moderadas no mínimo 5 dias na semana, de preferência todos os dias. Já no caso de objetivo de perda e controle de peso em indivíduos com excesso de peso e obesidade o mínimo por dia passa a ser de 60 minutos, de preferência 90 minutos por dia, pelo menos 5 dias na semana, de forma contínua ou acumulada (MATSUDO, 2006). Além do efeito da atividade física no controle do peso, redução de gordura corporal, prevenção no ganho do peso corporal e manutenção da massa magra, a atividade física está associada com melhora no perfil lipídico e diminuição de risco de doenças associadas à obesidade como diabetes, hipertensão, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e como consequência menor risco de morte (MATSUDO, 2006).

Nos Estados Unidos, calcula-se que entre os idosos, 9,1% requerem assistência para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD) básicas, 16,7% necessitam de algum tipo de ajuda em atividades simples como fazer compras e cuidar da casa. Entre os indivíduos com idade acima de 75 anos, apenas 14,5% são capazes de viver sozinhos, embora bastante limitados em realizar atividades como se inclinar, subir e descer degraus, ajoelhar-se, alcançar objetos, calçar sapatos, fazer atividades manuais, atravessar a sala caminhando e andar um quarteirão (JAPA, 2002).

A prática de atividade física pode prevenir o surgimento precoce, atuar no tratamento de diversas doenças metabólicas e interferir positivamente na capacidade funcional de adultos e idosos. Os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda da pressão arterial, a melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio (JAPA, 2002).

Segundo as estimativas, utilizando a metodologia da Carga Global da Doença, proposta pela Organização Mundial de Saúde, para o ano de 2020, a doença isquêmica do coração e a depressão serão as duas maiores causas não só de mortalidade, mas, de incapacidade sobre a população em geral. Entre as hipóteses que tentam explicar a ação dos exercícios sobre a ansiedade e depressão, uma das mais aceita é a hipótese das Endorfinas (COSTA, 2007).

A teoria da endorfina sugere que a atividade física desencadearia uma secreção de endorfinas capaz de provocar um estado de euforia natural, por isso, aliviando os sintomas da depressão. Alguns pesquisadores, por exemplo, preferem acreditar que o exercício físico regularia a neurotransmissão da noradrenalina e da serotonina, igualmente aliviando os sintomas da depressão. Outra hipótese seria a cognitiva. De natureza eminentemente psicológica, a hipótese cognitiva se fundamenta na melhoria da autoestima mediante a prática do exercício, sustentando que os exercícios em longos prazos ou os exercícios intensivos melhoraram a imagem de si mesmo e, conseqüentemente, a autoestima (COSTA, 2007).

Nível de atividade física	Prevalência de depressão em 1994		Incidência de depressão em 1999	
	%	Risco em número de vezes - OR	%	Risco em número de vezes - OR
Baixo	11.5	4.21	7.7	4.94
Médio	6.1	2.11	4.3	2.64
Alto	3.0	1.00	1.7	1.00

Fonte: COSTA, 2007

A depressão consiste em enfermidade mental frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (Kaplan et al., 1997); em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% (Edwards, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (Pamerlee et al., 1989).

Do ponto de vista biológico, a não mobilidade física compromete a atividade pulmonar e isto leva ao acúmulo de secreções nas vias respiratórias, predispondo o idoso a desenvolver pneumonias bacterianas. A permanência excessiva no leito, somada à lentificação psicomotora que a depressão provoca, com frequência desmotiva o idoso andar ou praticar exercícios físicos, e isto leva ao descontrole da pressão arterial com agravamento do quadro hipertensivo, além do comprometimento da circulação periférica, da perfusão cerebral e do próprio funcionamento cardíaco. Artrose e outros distúrbios articulares também se agravam devido à falta de atividade física do idoso deprimido (STELLA, 2002).

No sentido de garantir a integralidade do cuidado à saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde dispõe diretrizes e recomenda estratégias de organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do SUS. Em seu texto introdutório, o conceito e as ações de 'Promoção da Saúde' apresentados e adotados pelo Ministério da Saúde permitem entrever o centro do trabalho na produção da saúde. O modo de viver de homens e mulheres é entendido pela PNPS como produto e produtor de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais que alteraram e alteram a vida em sociedade a uma velocidade cada vez

maior, sem precedentes na história. Ratificam-se as condições econômicas, sociais e políticas do existir, que não devem ser tomadas, tão-somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade – e sim como práticas sociais em si mesmas, responsáveis por engendrar determinado domínio do saber e dar visibilidade a conceitos, objetos, técnicas e modos de vida. Portanto, são as transformações da sociedade, que implicam alterações na compreensão da saúde e nas estratégias para trabalhar com ela, que fizeram emergir a questão da promoção da saúde na sociedade (MALTA, 2009).

A PNPS estabelece prioridades de intervenção e traduz-se em compromissos para o cotidiano do Sistema Único de Saúde, implicando agendas concretas. As ações de indução de atividade física-práticas

corporais, desenvolvidas nos diferentes níveis do SUS, refletem esse compromisso. É possível afirmar que, entre 2004 e 2009, alcançou-se avanço significativo na institucionalização das práticas promotoras da saúde, nos diversos níveis de gestão, incluindo: a inclusão da prioridade da promoção da saúde no Pacto Pela Vida; a qualificação da promoção da saúde como programa orçamentário do Plano Plurianual 2008-2011; a descentralização dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para financiamento dos projetos municipais e estaduais de atividade física e; a realização de investimentos em pesquisa de evidências da efetividade das iniciativas de promoção da saúde (MALTA, 2009).

22 PROCESSO METODOLÓGICO

O pontapé inicial do Projeto Aplicativo trata-se da discussão para que fosse definido o tema principal: Implementação do estudante de educação física durante a espera pelo atendimento do Expresso Saúde. Sendo assim, partindo da definição do tema foi realizada uma visita técnica à unidade em questão com a intenção de obter dados e construir apontamentos importantes para a realização das oficinas de trabalho em sala de aula.

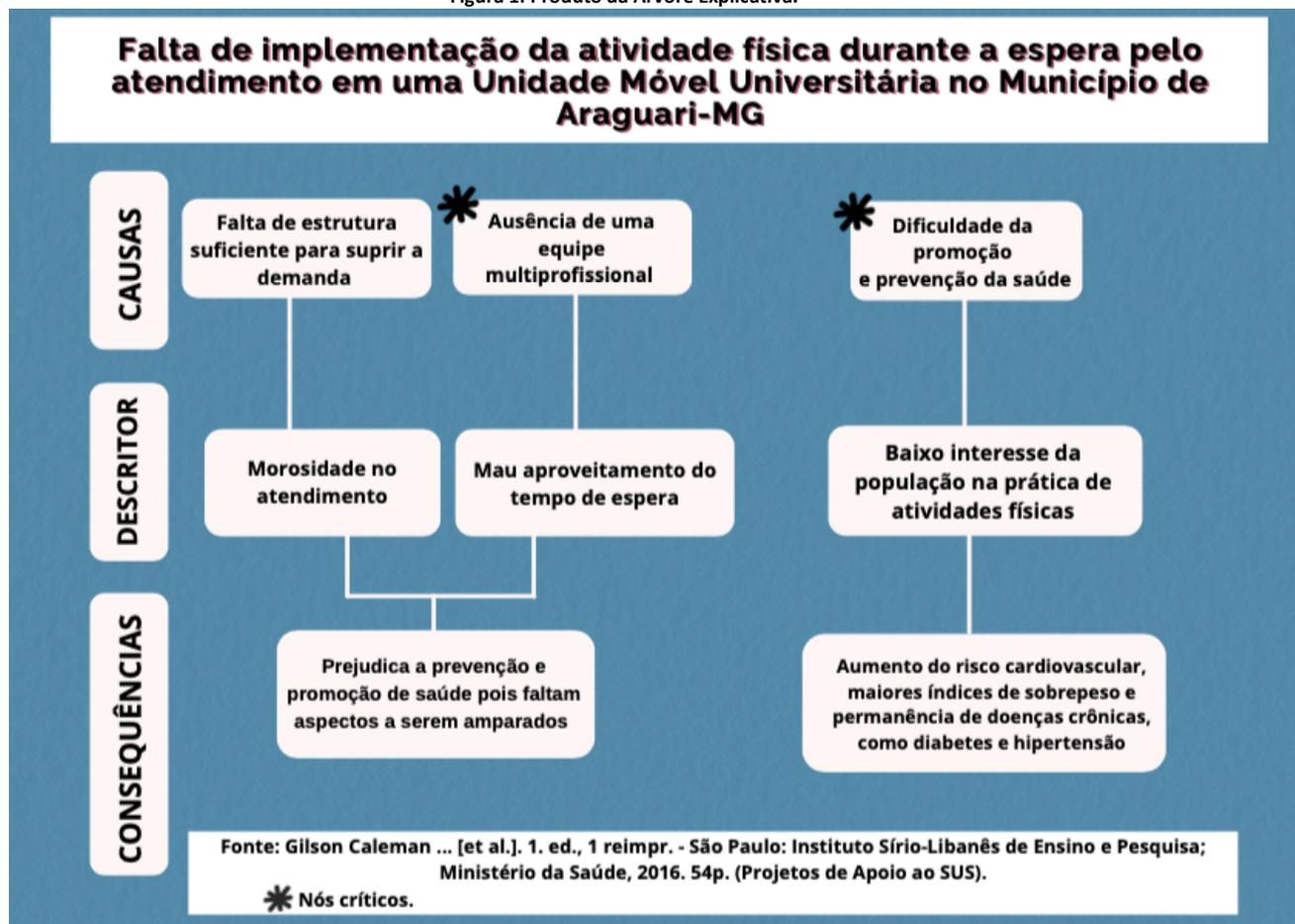
ARCO DE CHARLES MAGUEREZ

O arco de Charles Magueréz é uma ferramenta que trabalha a perspectiva do ensino pela problematização, a partir de cinco etapas, a observação da realidade, identificação dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação na realidade. Esse método busca o desenvolvimento de sujeitos críticos-reflexivos, tornando-os atores sociais e modificadores na realidade onde estão inseridos. Além disso, auxilia na definição das principais causas e enumeração dos problemas.

O grupo, após a leitura do 4º termo de referência, deu início à confecção da Árvore Explicativa por meio da plataforma Canva. De maneira compartilhada todos os integrantes participaram da oficina, contando com o auxílio da orientadora. Nela foram evidenciadas as causas, os descritores e as consequências do problema da falta de implementação da atividade física durante a espera pelo atendimento em uma Unidade Móvel Universitária no município Araguari-MG.

Os seguintes descritores foram obtidos: a morosidade no atendimento, o mau aproveitamento do tempo de espera e o baixo interesse da população na prática de atividades físicas. Algumas das causas foram a falta de estrutura suficiente para suprir a demanda, a ausência de uma equipe multiprofissional e a dificuldade da promoção e prevenção da saúde. Nesse sentido, ocasionando consequências como o aumento do risco de doenças cardiovasculares e maiores índices de sobrepeso, além da prevenção e educação em saúde acabarem abaladas.

Figura 1: Produto da Árvore Explicativa.



Fonte: Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

A árvore explicativa, que é uma ferramenta de planejamento orientado pelos problemas encontrados no ambiente de intervenção, nesse caso, chamamos de nós críticos. Junto a eles, temos um descritor que deve apresentar uma carga negativa e não deve possuir relação com as causas e consequências. Dessa forma, os descritores podem ser entendidos como problemas encontrados no Expresso Saúde plausíveis de intervenção, ou seja, há governabilidade para essa ação. É possível intervir no problema de uma “ausência de equipe multiprofissional”, por exemplo, o que consequentemente corrobora com a dificuldade para a prevenção e promoção de saúde.

A tabela tem por objetivo montar uma proposta para enfrentar cada nó crítico feito na árvore explicativa. Assim, precisa-se de um conjunto de resultados a serem alcançados, com ações e atividades, bem como resultados esperados, parceiros e recursos a serem utilizados para que cada ação consiga ser detalhada segundo as atividades que a compõem. Além disso, temos no TR5 a tabela 5W3H – Esse método, oriundo da indústria automobilística japonesa, é composto por uma lista de ações e atividades pré-definidas, definidas a partir de identificação e priorização dos nós críticos. Composta pelas iniciais em inglês What, Why, Who, When (5W) e How, How much e How measure (3H), permite que atividades sejam mapeadas para definir o que deve ou não ser feito, quando e como será realizado, além da possibilidade de acompanhar a resolução das ações e a praticidade na comunicação que as envolve.

Nó crítico 1: Ausência de equipe multiprofissional no Expresso Saúde (IMEPAC).

Para Pinho (2006), o trabalho em equipe é apontado como uma estratégia que promove novas visões no sentido de equacionar processos, em que cada membro possa dimensionar suas ações, avaliando sempre sua participação enquanto integrante da equipe e priorizando a comunicação para uma avaliação contínua do trabalho. Assim, ao inserir uma equipe multiprofissional no Expresso Saúde, estaríamos introduzindo a prática de exercício físico com um profissional capacitado.

Resultado esperado: Aumentar a carga prática dos estudantes de ambos os cursos, Educação Física e Medicina, promovendo a inclusão dos mesmos nas atividades diárias do Expresso

Saúde e fazendo valer os princípios básicos da atenção primária - promoção de saúde, prevenção de doenças e atendimento integral ao indivíduo. Para que isso seja possível, espera-se que haja interesse de todas as partes, além do incentivo, por parte da instituição, para que participem.

Ações e atividades propostas:

1. Montar uma equipe multiprofissional

Em um prazo curto, espera-se que os resultados se mostrem favoráveis, como o aumento do interesse da população nas atividades físicas promovidas por tais estudantes na planilha PES do nó crítico 1 - Ausência de equipe multiprofissional no Expresso Saúde, a solução pensada foi a de agregar outros cursos do IMEPAC Araguari no projeto, como os alunos de Educação Física. Para tal finalidade, os recursos esperados são acadêmicos capacitados para tais práticas, assim como uma gestão que organize a participação destes nas atividades.

Quadro 1 - Planilha PES: Nó crítico 1

NÓ CRÍTICO 1		Ausência de equipe multiprofissional no Expresso Saúde (IMEPAC)					
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Incluir o Profissional de educação física no Expresso Saúde	Prática de exercícios aeróbicos	Coordenador a do Expresso de Saúde e coordenador do Curso de Educação Física	Estudantes de Educação Física	Departamento financeiro IMEPAC, Coordenação de Medicina	Diminuir em 30% a quantidade de pessoas em fila de espera, transformando em tempo útil.	Recursos financeiros, recurso material, recurso humano, recurso político	Início em 6 meses e sem previsão de interrupção

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Nó crítico 2: Dificuldade de promoção e prevenção da saúde

O mundo contemporâneo e dinâmico conduz a um desafio, ou seja, rever o paradigma de se oferecer saúde não apenas tratando as doenças. É preciso que haja uma reformulação na definição de necessidades, que rompa a restrita visão técnica e individualista das causas de saúde e doença. Como tal, o profissional de saúde contemporâneo deverá pensar e atuar em seu meio de forma mais crítica e

reflexiva considerando o contexto em que estão inseridos profissional e paciente (BADAN; MARCELO; ROCHA, 2010). A atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes (ACSM, 1998; Pate, Pratt, Blair, Haskell et alii, 1995; Shephard, 1995; Blair, 1993; Berlin & Colditz, 1990). Estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%) (KATZMARZYK & JANSSEN, 2004). As evidências também indicam que a inatividade física é independentemente associada à mortalidade, obesidade, maior incidência de queda e debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações do humor (GUALANO, 2011)

Resultado esperado: Espera-se que a população Aragarina, entenda e compreenda a importância da promoção de uma melhor qualidade de vida através da prática de exercícios físicos, garantindo, assim, diminuição dos riscos atribuídos pelas DCNT. Além disso, despertar o interesse em hábitos mais saudáveis por parte daqueles que buscam pelo projeto.

Ações e atividades propostas:

1. Confecção e distribuição de panfletos explicativos sobre o tema
2. Divulgação nas mídias sociais
3. Organização de palestras com profissionais capacitados

NÓ CRÍTICO 2	Dificuldade de promoção e prevenção da saúde						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Garantir melhor qualidade de vida a partir da prática de atividades físicas	Prática de exercícios aeróbicos	Coordenação e alunos do curso de Medicina	Coordenação e Estudantes de Educação Física	Departamento financeiro, os próprios pacientes em fila de espera	Participação do público nas atividades sugeridas, com adesão em torno de 30% dos presentes no momento.	Recursos financeiros e equipamentos que o IMEPAC já possui - como tapetes destinados à prática de atividade física, recurso humano, recurso político	Início em 6 meses e sem previsão de interrupção

Quadro 2 - Planilha 5W3H - Nó crítico 1

Planilha 5W3H - Nó Crítico 1	
Macroproblema	Implementação Atividade Física
Espaço do problema	Expresso SAÚDE
Nó Crítico 1	Ausência de equipe multiprofissional

O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Parceria com outros cursos do IMEPAC, como Educação Física, com a finalidade de garantir uma equipe capacitada para atendimento integral da população que busca os serviços. Proporcionando, assim, mais prática para esses alunos.	Fazer valer os princípios básicos da Atenção Primária - promoção de saúde, prevenção de doenças e atendimento integral ao indivíduo. Os alunos de outros cursos têm seu papel garantido por possuírem carga teórica para auxiliar os pacientes.	Acadêmicos de Educação Física, coordenação do Expresso Saúde e alunos de Medicina.	Agosto/2022.	Nas paradas do Expresso Saúde.	Convidando os acadêmicos de Educação Física para fazer parte do projeto e colocar em prática o conhecimento que possuem.	Sem custos previstos, dependendo apenas da própria instituição para unir os alunos de ambos os cursos nesse projeto.	Interesse na atividade por parte de 30% dos presentes no dia do atendimento, considerando a lista de presença.

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Como apresentado, a temática gera a necessidade de um plano de intervenção, para abranger mais detalhes sobre sua viabilidade. Para isso, foram criadas tabelas explicativas acerca dos atores sociais e suas ações, o tempo de início e o prazo esperado de duração, o local de atuação e os indicadores. Sendo assim, diante da análise do Nó crítico 1 (Ausência da equipe multiprofissional no Expresso Saúde), foi visualizado a necessidade da implementação de outros profissionais para auxílio e manutenção da saúde da população que ali frequenta.

Dentre os atores que auxiliarão na resolução desse nó crítico, estão os Gestores, que têm o papel de autorizar e organizar uma equipe multiprofissional de maneira em que o projeto possa ser concretizado. Os coordenadores do curso têm a função de integrar os alunos responsáveis - do curso de Medicina, Educação Física e a Coordenadora do Expresso Saúde. Além desses, é necessário a participação dos alunos de ambos os cursos, sendo os do curso de Medicina por organizar e iniciar o projeto e os de Educação Física responsáveis pela supervisão e auxílio dos pacientes submetidos ao exercício, elaborando um plano específico que se adapte a necessidade deles.

O valor atribuído é diferente em cada um dos atores, pois os gestores e coordenadores do curso não possuem grande relevância, já que diversos projetos são lançados semestralmente, ficando apenas com a parte de autorização. Além disso, o nó crítico 1 (ausência de equipe multiprofissional) visa melhorias diretamente na qualidade de vida dos frequentadores do Expresso.

Com o avanço da fisiologia do esforço, as práticas desportivas passaram a ter um importante espaço na sociedade, sobre os benefícios comprovados por intermédio das inúmeras pesquisas que também evidenciaram os malefícios ocasionados pela sua ausência. No entanto às práticas desportivas estão presentes a partir da infância no âmbito escolar, nessa fase o Educador Físico apesar de despercebido aos olhos alheios, possui forte influência no desenvolvimento motor, cognitivo e socioafetivo que de acordo com a administração dos processos evolutivos, contribuirá não apenas nos benefícios das habilidades físicas ou manutenção da saúde, mas na construção do caráter que se torna compreensível na fase adulta (NEVES JÚNIOR et al., 2015).

Orçamento

A tabela orçamentária é o 4º movimento dentro do Termo de Referência 7. Com isso, é preciso despertar desejos e interesses para a transformação da realidade, no sentido da melhoria da saúde da população araguarina, bem como instrumentalizar os atores possuidores desses desejos com ferramentas potentes para intervir na realidade da cidade. Nessa tabela faremos uma descrição e planejamento de acordo com os nós críticos desse projeto. Assim, coloca-se o início do mesmo no primeiro semestre de 2022. Torna-se necessário montar uma equipe multiprofissional para realização da avaliação física, bem como a confecção e distribuição de panfletos informativos. Somando a isso a divulgação do projeto nas mídias sociais do IMEPAC.

Quadro 3- Tabela de Orçamento

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA				
NÓS CRÍTICOS	Ausência de equipe multiprofissional	Dificuldade de promoção e prevenção da saúde		
AÇÕES	Montar equipe multiprofissional para realização da avaliação física	Confecção e distribuição de panfletos informativos.	Organização de palestras	Divulgar nas mídias sociais
INÍCIO	Janeiro/2022.	Fevereiro/2022.	Fevereiro/2022.	Janeiro/2022.
PRAZO FINAL	Dezembro/2022.	Março/2022.	Dezembro/2022.	Dezembro/2022.
DESPESAS	0	45,00 - 500 panfletos	R\$0,00	R\$0,00
ORIGEM DA VERBA	x	Cotização entre os participantes.	x	x
TOTAL	R\$0	R\$45,00	R\$0,00	R\$0,00

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

O tempo da elaboração dos nós críticos foi de aproximadamente um mês, entre maio e junho de 2021. Entretanto, a execução dos nós será em tempos diferentes, já que o nó crítico 2 busca divulgação por meio de panfletos no período de janeiro de 2022 até meados de Março/2022, com intuito principal da divulgação do projeto de forma simples e apelativa. Já o nó crítico 1 será a longo prazo (janeiro a novembro de 2022), durante quase todo ano letivo e de atuação do Expresso Saúde.

Dessa forma, a construção das planilhas de gestão do plano, cronograma e orçamento, possibilitaram a simplificação da visualização e o monitoramento do projeto, garantindo a eficácia e viabilidade das propostas.

Quadro 4 - Tabela do Cronograma (Execução)

CRONOGRAMA												
2022												
MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÓ CRÍTICO 1												
AÇÃO NC1	←											→
NÓ CRÍTICO 2												
AÇÃO NC2		←	→									
AÇÃO NC2		←										→
AÇÃO NC2		←										→

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 5 – Tabela de Cronograma 2021

CRONOGRAMA												
2021												
MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÓ CRÍTICO 1					←	→						

AÇÃO NC1												
NÓ CRÍTICO 2					←→							
AÇÃO NC2												
AÇÃO NC2												
AÇÃO NC2												

Fonte: adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

23 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como apresentado, a temática gera a necessidade de um plano de intervenção, para abranger mais detalhes sobre sua viabilidade. Para isso, foram criadas tabelas explicativas acerca dos atores sociais e suas ações, o tempo de início e o prazo esperado de duração, o local de atuação e os indicadores. Sendo assim, diante da análise do Nó crítico 1 (Ausência da equipe multiprofissional no Expresso Saúde), foi visualizado a necessidade da implementação de outros profissionais para auxílio e manutenção da saúde da população que ali frequenta.

Dentre os atores que auxiliarão na resolução desse nó crítico, estão os Gestores, que têm o papel de autorizar e organizar uma equipe multiprofissional de maneira em que o projeto possa ser concretizado. Os coordenadores do curso têm a função de integrar os alunos responsáveis - do curso de Medicina, Educação Física e a Coordenadora do Expresso Saúde.

Além desses, é necessário a participação dos alunos de ambos os cursos, sendo os do curso de Medicina por organizar e iniciar o projeto e os de Educação Física responsáveis pela supervisão e auxílio dos pacientes submetidos ao exercício, elaborando um plano específico que se adapte a necessidade dos mesmos.

O valor atribuído é diferente em cada um dos atores, pois os gestores e coordenadores do curso não possuem grande relevância, já que diversos projetos são lançados semestralmente, ficando apenas com a parte de autorização. Além disso, o nó crítico 1 (ausência de equipe multiprofissional) visa melhorias diretamente na qualidade de vida dos frequentadores do Expresso.

Com o avanço da fisiologia do esforço, as práticas desportivas passaram a ter um importante espaço na sociedade, sobre os benefícios comprovados por intermédio das inúmeras pesquisas que também evidenciaram os malefícios ocasionados pela sua ausência. No entanto às práticas desportivas estão presentes a partir da infância no âmbito escolar, nessa fase o Educador Físico apesar de despercebido aos olhos alheios, possui forte influência no desenvolvimento motor, cognitivo e socioafetivo que de acordo com a administração dos processos evolutivos, contribuirá não apenas nos benefícios das habilidades físicas ou manutenção da saúde, mas na construção do caráter que se torna compreensível na fase adulta (NEVES JÚNIOR et al., 2015).

Quadro 6 - Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação Nó crítico 1

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 1

Atores		Ações		
		Ação 1	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Gestores do Expresso SAÚDE	Montar equipe multiprofissional	+	m
Ator 2	Coordenadores dos cursos	Montar equipe multiprofissional	+	m
Ator 3	Alunos de ambos os cursos	Montar equipe multiprofissional	+	a

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Analisando o nó crítico 2, que tem como objetivo a promoção e prevenção em saúde, elencou-se alguns atores sociais que são extremamente importantes para a realização das atividades propostas, sendo eles: Público do Expresso Saúde, Alunos de ambos os cursos (Medicina e Educação Física) e Departamento de Marketing do IMEPAC Araguari.

A função do público é, apenas, participar das atividades propostas juntamente com os acadêmicos. Os discentes e o departamento de marketing, por sua vez, têm a dupla função de confeccionar e distribuir panfletos explicativos, além de divulgar nas mídias sociais o que será trabalhado nos encontros. Cabe também aos estudantes organizar as palestras e temas a serem abordados de forma apelativa, para que a população realmente entenda a gravidade e os riscos das DCNT.

Por fim, o projeto apresenta níveis diferentes de interesse, sendo a população e o departamento de marketing indiferentes e os acadêmicos a favor da realização dele. Pode-se analisar na coluna de valores atribuídos, onde o valor é alto para os dois primeiro e médio para o Marketing, pois apenas estariam fazendo o serviço proposto a eles, enquanto os outros atores têm algo a ganhar, como horas extracurriculares e qualidade de vida.

Quadro 7 - Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação
Nó crítico 2

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 2						
		Ações				
		Ação 1	Ação 2	Ação 3	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Público do Expresso Saúde	Confecção e distribuição de panfletos			0	a
Ator 2	Alunos de ambos os cursos	Confecção e distribuição de panfletos	Divulgar nas mídias sociais	Organização de palestras	+	a
Ator 3	Departamento de marketing	Montar equipe multiprofissional	Divulgar nas mídias sociais		0	m

24 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 8 - Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Matriz de análise de estratégias de viabilidade						
Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégia para aumentar a viabilidade
Montar uma equipe multiprofissional	Recursos organizacionais	Apoio do coordenador do curso de Educação Física	Articulação entre os cursos de Medicina, Educação Física e os Gestores do Expresso	Desinteresse por algum dos Gestores	Média	Estratégia de persuasão
Confecção e distribuição de panfletos	Recurso financeiro para a produção dos panfletos, auxílio do audiovisual para a confecção do panfleto, auxílio dos funcionários do expresso e acadêmicos em atendimento para distribuir panfletos.	Auxílio do audiovisual para a confecção dos panfletos.	Recursos financeiros da própria instituição para a produção dos panfletos.	Funcionários dos Expresso Saúde e acadêmicos em atendimento não aderirem à ideia de distribuir panfletos.	Média	Motivar a distribuição
Organização de Palestras	Estrutura e palestrantes	Estrutura para realização das palestras.	Palestrantes e cronograma de palestras	Baixa adesão da população e não encontrar palestrantes capacitados	Média	Usar uma linguagem apelativa para mostrar a

						importância de palestras.
Divulgar nas mídias sociais	Redes sociais que envolvam a faculdade ou que aceitem fazer a divulgação.	Grupos de whatsapp, conta no Facebook, Instagram, Tik Tok, site oficial.	Nenhum.	Possível desinteresse por parte da IMEPAC	Alta.	Realizar publicações frequentes.

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 9 - Tabela de gestão do plano

NÓS CRÍTICOS	Ausência de equipe multiprofissional	Dificuldade de promoção e prevenção da saúde		
AÇÕES/ATIVIDADES	Montar equipe multiprofissional para realização da avaliação física	Confecção e distribuição de panfletos informativos.	Organização de palestras	Divulgar nas mídias sociais
VIABILIDADE	Média.	Média.	Média.	Alta.
IMPACTO	Alto.	Alto.	Alto.	Alto.
COMANDO	Gestores e coordenadores dos cursos.	Alunos de Medicina e Educação Física, departamento de Marketing do IMEPAC e gráfica.	Alunos de Medicina e Educação Física e coordenadores dos cursos.	Departamento de Marketing do IMEPAC.
ORDEM DAS AÇÕES	1	1	2	1

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Com a finalidade de analisar o que foi planejado e identificar possíveis falhas e carências, além de analisar se é necessário realizar intervenções no macroproblema identificado, é de suma importância que se execute o monitoramento do plano de ação. Logo, acompanha-se cronogramas e resultados, além da integração dos atores envolvidos e ajustes.

Também foram categorizadas as ações quanto sua viabilidade, impacto, comando e ordem das atividades em questão. Sendo assim, partindo dos dois nós críticos já identificados, o monitoramento foi planejado. O grupo sugeriu ações como montar uma equipe multiprofissional, que fica sob responsabilidade dos coordenadores dos cursos de Medicina e Educação Física, confeccionar e distribuir panfletos e organizar palestras, papel dos acadêmicos dos cursos em questão, além de divulgar nas mídias sociais no período de 2022, tendo como responsável o departamento de Marketing do IMEPAC.

A tabela orçamentária é o 4º movimento dentro do Termo de Referência 7. Com isso, é preciso despertar desejos e interesses para a transformação da realidade, no sentido da melhoria da saúde da população araguarina, bem como instrumentalizar os atores possuidores desses desejos com ferramentas potentes para intervir na realidade da cidade. Nessa tabela faremos uma descrição e planejamento de acordo com os nós críticos desse projeto. Assim, coloca-se o início do mesmo no primeiro semestre de 2022. Torna-se necessário montar uma equipe multiprofissional para realização da avaliação física, bem como a confecção e distribuição de panfletos informativos. Somando a isso a divulgação do projeto nas mídias sociais do IMEPAC.

Quadro 10 - Planilha orçamentária

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA				
NÓS CRÍTICOS	Ausência de equipe multiprofissional	Dificuldade de promoção e prevenção da saúde		
AÇÕES	Montar equipe multiprofissional para realização da avaliação física	Confecção e distribuição de panfletos informativos.	Organização de palestras	Divulgar nas mídias sociais
INÍCIO	Janeiro/2022.	Fevereiro/2022.	Fevereiro/2022.	Janeiro/2022.
PRAZO FINAL	Dezembro/2022.	Março/2022.	Dezembro/2022.	Dezembro/2022.
DESPESAS	0	45,00 - 500 panfletos	R\$0,00	R\$0,00

ORIGEM DA VERBA	x	Cotização entre os participantes.	x	x
TOTAL	R\$0	R\$45,00	R\$0,00	R\$0,00

Fonte: adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

Para o nó crítico 1 idealizou-se nos meses de maio e junho, que a inclusão do estudante de educação física nos atendimentos do expresso deveria ocorrer o quanto antes, de modo a oferecer um atendimento multiprofissional e, portanto, mais completo, para o paciente. Nesses mesmos meses, idealizou-se para o nó crítico 2 a confecção de panfletos informativos acerca da importância e dos benefícios da prática de atividade física para a saúde, bem como palestras abertas ao público do expresso para aprofundar no assunto e convencer a população da necessidade de exercitar-se. Além disso, faz-se necessário divulgar, através das mídias sociais do Imepac, a reformulação do atendimento do expresso e a explicação de como os estudantes de educação física serão incluídos no atendimento.

Após discussão das causas e consequências envolvendo “Falta de implementação da atividade física durante a espera pelo atendimento em uma Unidade Móvel Universitária no município de Araguari-MG” elaboramos a árvore explicativa e selecionamos de acordo com o grau de importância os principais aspectos que poderiam ser modificados e trariam benefícios à comunidade. Sobre o nó crítico 1 (Ausência de uma equipe multiprofissional) e o nó crítico 2 (Dificuldade da prevenção e promoção da saúde), foi feito um planejamento de como poderiam ser efetivados, sugerindo uma parceria com os estudantes do curso de Educação Física (ator 3), juntamente com campanhas com foco na publicidade para alcançar o público em geral sobre a importância do exercício físico.

Sendo assim, o tempo da elaboração dos nós críticos foi de aproximadamente um mês, entre maio e junho de 2021. Entretanto, a execução dos nós será em tempos diferentes, já que o nó crítico 2 buscas a divulgação por meio de panfletos no período de janeiro de 2022 até meados de março/2022, com intuito principal da divulgação do projeto de forma simples e apelativa. Já o nó crítico 1 será a longo prazo (janeiro a novembro de 2022), durante quase todo ano letivo e de atuação do Expresso Saúde.

Dessa forma, fica claro a influência do exercício físico na prevenção e promoção da saúde, amenizando e evitando o surgimento de possíveis doenças crônicas. Assim, a construção das planilhas de gestão do plano, cronograma e orçamento, possibilitaram a simplificação da visualização e o monitoramento do projeto, garantindo a eficácia e viabilidade das propostas.

25 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Com a finalidade de analisar o que foi planejado e identificar possíveis falhas e carências, além de analisar se é necessário realizar intervenções no macroproblema identificado, é de suma importância que se execute o monitoramento do plano de ação. Logo, acompanha-se cronogramas e resultados, além da integração dos atores envolvidos e ajustes.

Também foram categorizadas as ações quanto sua viabilidade, impacto, comando e ordem das atividades em questão. Sendo assim, partindo dos dois nós críticos já identificados, o monitoramento foi planejado. O grupo sugeriu ações como montar uma equipe multiprofissional, que fica sob responsabilidade dos coordenadores dos cursos de Medicina e Educação Física, confeccionar e distribuir panfletos e organizar palestras, papel dos acadêmicos dos cursos em questão, além de divulgar nas mídias sociais no período de 2022, tendo como responsável o departamento de Marketing do IMEPAC.

Quadro 11 –Tabela de Gestão do plano

NÓS CRÍTICOS	Ausência de equipe multiprofissional	Dificuldade de promoção e prevenção da saúde		
AÇÕES/ ATIVIDADES	Montar equipe multiprofissional para realização da avaliação física	Confecção e distribuição de panfletos informativos.	Organização de palestras	Divulgar nas mídias sociais
VIABILIDADE	Média.	Média.	Média.	Alta.
IMPACTO	Alto.	Alto.	Alto.	Alto.
COMANDO	Gestores e coordenadores dos cursos.	Alunos de Medicina e Educação Física, departamento de Marketing do IMEPAC e gráfica.	Alunos de Medicina e Educação Física e coordenadores dos cursos.	Departamento de Marketing do IMEPAC.
ORDEM DAS AÇÕES	1	1	2	1

26 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto “Implementação do estudante de educação física durante a espera pelo atendimento do Expresso Saúde” tem como objetivo complementar o atendimento da atenção primária por meio da atividade física. Segundo Gualano, 2011, a inatividade física é independentemente associada à mortalidade, obesidade, maior incidência de queda em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações do humor. Além disso, um estudo publicado em 2004 por Katzmarzyk e Janssen afirmou que a inatividade física aumenta as chances de desenvolver IAM (60%), Osteoporose (59%), DMII (50%), Doença arterial coronariana (45%), Câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%) e HAS (30%).

Portanto, o estudante de educação física desenvolveria um papel vital para o combate das diversas doenças supracitadas, ao realizar a avaliação física dos pacientes durante a espera pelo atendimento e o encaminhamento ao laboratório de fisiologia do IMEPAC, onde esses pacientes teriam acompanhamento adequado para a prática do exercício físico. Além do benefício óbvio à saúde da população atendida pelo expresso, haveria uma redução nos custos que envolvem o acompanhamento dos portadores das DCNTs, afinal, Nilson, et al, 2020, pontuou que em 2018 houve 1.829.779 internações por causas associadas à Hipertensão Arterial, ao Diabetes e à Obesidade no SUS, resultando num custo ao sistema de saúde de R\$ 3.84 bilhões. Com a economia dessas verbas, uma vez que haveria uma diminuição nos atendimentos da população cuja condição de saúde poderia ser atenuada ou até mesmo curada pela prática do exercício, haveria uma margem maior para investir em aprimoramentos na rede de atenção primária.

Sendo o objetivo geral deste projeto buscar aprimorar a Atenção Primária, visando a promoção e prevenção em saúde por meio de cuidados primários, nesse caso, a atividade física. A população alvo são grupos portadores de doenças crônicas não transmissíveis que buscam atendimento no Expresso Saúde do IMEPAC - Araguari. Dessa forma, esse projeto tem por objetivo a Implementação do estudante de educação física durante a espera pelo atendimento do Expresso Saúde, utilizando das aulas práticas para

a construção de tabela e cronogramas, visando um planejamento eficaz a para a idealização do projeto aplicativo.

Com isso, o projeto é de grande contribuição para a formação dos acadêmicos de medicina e futuros profissionais na área da saúde, devido a responsabilidade que ele necessita durante sua execução. Foi necessário buscar conhecimentos técnicos e humanos sobre o assunto, visando a saúde e condição dos pacientes em questão, assim como desenvolver habilidades de organizar informações com precisão e aplicá-las em matrizes, tabelas e gráficos para determinar a priorização dos problemas. Além disso, o projeto aplicativo permitiu aos alunos estabelecerem metas e coletarem os recursos necessários para a aplicação do plano de ação, além de terem maior engajamento no sistema e nos métodos de elaboração de projetos, estimulando o desenvolvimento de ideias que possam contribuir com o bem-estar da população.

Sendo assim, vale ressaltar o alto valor deste projeto para os estudantes que dele participaram, uma vez que durante a realização do projeto aplicativo, os acadêmicos envolvidos no mesmo, buscaram muito conhecimento técnico e humano sobre o assunto, além de buscar aprimorar as habilidades de organizar informações de forma mais clara e organizada, utilizando de matrizes e tabelas para determinar a priorização de problemas, o estabelecimento de metas e os recursos necessários para a concretização do plano de ação.

Ademais, o projeto aplicativo permitiu aos acadêmicos terem noção do impacto da falta da prática de exercício físicos no dia a dia e sua relação com o surgimento das DCNTs na população araguarina. Assim, os alunos junto às coordenações designadas, entendendo o quadro geral do processo de adoecimento da população tornam-se mais engajados e motivados a desenvolver ideias que possam interferir positivamente no bem-estar da população. Portanto, projetos como esse, impulsionam o desenvolvimento de um olhar atento e da necessidade de escuta ativa acerca da realidade encontrada, buscam reduzir os problemas desse meio.

27 REFERÊNCIAS

ACSM. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.30, n.6, p.975-91, 1998.

ASSUNÇÃO, W. L. **Clima e agricultura: a sustentabilidade da cafeicultura irrigada em áreas de cerrado – o caso do município de Araguari**. Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia e Doutorando em Geografia UNESP: Campus de Presidente Prudente (SP) – Brasil).

BERLIN, J.; COLDITZ, G. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. **American Journal of Epidemiology**, v.132, p.639- 46, 1990.

BLAIR, S. 1993 C.H. McCloy research lecture: physical activity, physical fitness, and health. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v.64, n.4, p.365-76, 1993.

BOOTH, F.W.; GORDON, S.E.; CARKSIBM C.J.; HAMILTON, M.T. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. **Journal of Applied Physiology**, Bethesda, v.88, n.2, p.774-87, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde (MS). **Cadernos da Atenção Básica: Obesidade**. Brasília: MS; 2016.]

BRONSTEIN, M. D. Exercício físico e obesidade. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, p. 111-6, 1996.

COSTA, Rudy Alves; SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues; TEIXEIRA, José Antônio Caldas. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Rev. Dep. Psicol. UFF**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 273-274, 2007.

Edwards, J. (2003). Dementia and Depression in older people. **International Psychogeriatric Association**. IPA, (oral presentation).

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. A patologização do sedentarismo. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 836-847, 2012.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 25, n. spe, p. 37-43, Dec. 2011.

HOLLAND JG, Tanaka K, Shigematsu R, Nakagaichii M. Flexibility and physical functions of older adults: a review. **JAPA**. 2002; 10:169-206.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/araguari/panorama>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

KAPLAN, H.I.; Sadock, B.J. Grebb, J.A. (1997). **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**, v. 7ª edição. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.

KATZMARZYK, P.T.; JANSSEN, I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. **Canadian Journal of Applied Physiology**, Champaign, v.29, n.1, p.90-115, 2004.

LAZZOLI, José Kawazoe et al. Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 4, n. 4, p. 107-109, Aug. 1998.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues. Atividade física no tratamento da obesidade. **Einstein**. Supl 1: S29-S43. 2006.

NILSON EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 44, n. 32, abril de 2020.

PALMA, A. Atividade Física, Processo Saúde-Doença e Condições socioeconômicas: uma revisão da literatura. **Ver. Paul. Educ. Fis.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, junho 2000.

Parmalee, P.A.; Katz, I.R.; Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. **Journal of Gerontology**, v. 44, p. 22-29.

PATE, R.; PRATT, M.; BLAIR, S.; HASKELL, W. et alii. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, n.5, p.402-7, 1995.

RAMIRES, Virgílio et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 5, p. 529-529, 2014.

SHEPHARD, R.J. Physical activity, fitness and health: the current consensus. **Quest**, v.47, n.3, p.288-303, 1995.

SILVA, Paulo Vinícius Carvalho; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 41-50. jan./mar. 2011.

STELLA, Florindo. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, Rio Claro, Vol.8 n.3, pp. 91-98. Ago/Dez 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Population-based approaches to childhood obesity prevention**. Genebra: WHO; 2012

SAÚDE DO HOMEM COM FOCO EM CÂNCER DE PRÓSTATA

MEN'S HEALTH WITH A FOCUS ON PROSTATE CANCER

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

Aline Daniela Vieira de Siqueira

Bruno Borges Garcia

Evelyn Okada Yamagoni

Gabrielle Mundim

Vitor Lucas Ribeiro

Wesley Sidney dos Santos Júnior

(249)

Resumo	
	<p>Este trabalho analisou a saúde do homem com foco no câncer de próstata na Unidade Básica de Saúde da Família no município de Araguari-MG. A metodologia utilizada é o projeto aplicativo que busca alternativas para o diagnóstico precoce do CA de próstata, um tratamento contínuo e longitudinal através de mudanças tanto da população alvo quanto dos profissionais da área de saúde. Assim, este estudo corrobora para que os princípios do Sistema Único de Saúde, isto é, a universalidade, equidade e integralidade sejam garantidos para a população masculina.</p>
Palavras-chave:	Projeto aplicativo; câncer de próstata; saúde do homem; UBSF.
Abstract	
	<p>This study analyzed men's health, focusing on prostate cancer care at the Basic Family Health Unit in the city of Araguari-MG. The methodology used was the medical project that seeks alternatives for the early diagnosis of prostate cancer. This project also seeks a continuous and longitudinal treatment through changes in both the target population and health professionals. The</p>

study's findings confirm the principles of the Unified Health System, that is, universality, equity and integrality are granted to the male population.

Keywords:

Medical project; prostate cancer; men's Health; Basic Family Health Unit

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PSH), estabelecida pela Portaria nº 1944, tem como principal objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade (BRASIL, 2009). Sua criação foi necessária devido à falta de procura das instituições de saúde pelos homens e ausência de tratamento longitudinal (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo tipo mais comum entre os homens e a sua incidência é cerca de 6 vezes maior que nos países desenvolvidos (BRASIL, 2008). Conforme dados retirados do DATASUS, em Araguari-MG, entre os anos de 2014 até 2018, foram detectados 110 casos e 76 óbitos por neoplasia maligna de próstata (DATASUS, 2014 - 2020). Assim, a busca do diagnóstico precoce visa um tratamento curativo. Desse modo, os exames preventivos (toque retal e antígeno prostático específico) devem ser realizados anualmente nos homens a partir dos 45 anos, independentemente da apresentação de sintomas (GUERRA; GALO; MENDONÇA, 2005).

Portanto, por meio do reconhecimento das dificuldades da população masculina em procurar assistência à saúde, criou-se este trabalho com o objetivo de elaborar ações de educação em saúde visando aumentar a cobertura do diagnóstico e da continuidade do tratamento do câncer de próstata na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em estudo. É relevante para que se busque mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2009)

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

O câncer é considerado um agravo de saúde pública, tanto em países subdesenvolvidos, como nos desenvolvidos, pelo aumento significativo de sua incidência, e de forma variada. É importante ressaltar que, à medida que a população vai envelhecendo, devido ao aumento da expectativa de vida, aumenta-se também a incidência de novos casos de câncer, não somente no Brasil, mas em todo o mundo. (GUERRA et al, 2010)

Mundialmente, o câncer de próstata atinge 1,5 milhão de pessoas e a mortalidade gira em torno de 360 mil pacientes anualmente. No Brasil, segundo estimativas do INCA, ocorrerão 65.840 novos casos de câncer de próstata no Brasil em 2020. (INCA, 2020).

Neste sentido, o presente estudo visa realizar um levantamento bibliográfico qualitativo acerca das principais características epidemiológicas do câncer de próstata no Brasil e no mundo. Dessa forma, faz-se necessária a realização de um planejamento adequado sobre cuidados em saúde, para atender às necessidades das pacientes vítimas de câncer de próstata de maneira eficaz, sendo que este é um dos principais desafios dos profissionais de saúde. (CASTRO et al., 2011).

A relevância do diagnóstico precoce aumenta as chances de cura do paciente. Todo homem acima de 45 anos deve visitar o urologista anualmente. Quando existe histórico familiar de câncer de próstata, é recomendável a antecipação dos cuidados após os 40 anos. (BRASIL, 2009).

De acordo com Srougi (2008), a melhor maneira de diagnosticar o câncer de próstata é a combinação dos exames de toque retal com a dosagem de PSA, uma vez que o primeiro exame apresenta falha em 30% a 40% dos diagnósticos, e o segundo, 20%. Convém enfatizar que a prevenção é a melhor alternativa no combate ao câncer de próstata, mesmo diante da predisposição genética e preconceito dos homens. (PAIVA, 2008).

É importante mencionar que, o câncer, ao ser detectado tardiamente, acarreta tantos problemas sociais, como econômicos, mas o seu prognóstico, se diagnosticado precocemente, pode ser considerado como bom, uma vez que previne complicações e, até óbito do indivíduo. (JURBERG et al., 2006).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, nos séculos XVIII e XIX, concretizou-se a ideia de que o homem era uma figura superior à mulher, enquanto o homem era visto como um ser dotado de força, bravura e heroísmo, o gênero feminino era retratado como frágil e sensível. Diante dessa base histórica e machista, surgiu a masculinidade hegemônica dos dias atuais, a qual é caracterizada por um homem que se nega a admitir que possui sentimentos e fragilidades.

No contexto da saúde, a situação se apresenta como um enorme obstáculo para a adesão do público masculino à rede de saúde, uma vez que o processo de adoecimento, na maioria dos casos, é visto pelo gênero como uma demonstração de fraqueza e as unidades de saúde associadas a espaços femininos. Sendo assim, a estagnação histórica do homem ainda hoje é um empecilho para a saúde do gênero. Além da masculinidade hegemônica, atualmente outros fatores são responsáveis pela baixa frequência dos homens nas redes de atenção. São eles: a priorização do trabalho, a inflexibilização dos horários da UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) e a insuficiência de ações em saúde que atendam a demanda específica.

Na década de 1970, a baixa adesão do homem ao cuidado em saúde ocasionou o aumento considerável da taxa de morbimortalidade do gênero masculino em relação ao gênero feminino. Sendo assim, ainda em 1970, se iniciaram estudos voltados para saúde do homem, os quais foram colocados em prática por meio de campanhas contra alcoolismo e IST's (Infecções sexualmente transmissíveis), casos mais predominantes no sexo masculino. Entretanto, ainda não havia um modelo de saúde holística para os homens, até que em 2009, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), uma política que visa promover ações específicas para os homens na Atenção Básica, por meio da análise de particularidades, como o contexto social, político e econômico.

A PNAISH é alinhada às diretrizes que coordenam as funções e princípios da Atenção Básica, sendo desenvolvida nessa rede de atenção por meio de cinco eixos temáticos: saúde sexual e reprodutiva, doenças prevalentes na população masculina, acesso e acolhimento, paternidade e cuidado e prevenção de violência e acidentes.

Entre funções e princípios da atenção primária estão: ser a porta de entrada e direcionadora de fluxos, ter resolutividade e coordenar o cuidado com planos terapêuticos singulares. Além dessas funções, a rede primária de atenção também é responsável pela educação em saúde, setor mais priorizado pela PNAISH, uma vez que a maioria dos homens procuram a

rede de saúde quando os casos clínicos já estão agravados, obtendo então, um diagnóstico tardio. Nesse sentido, a educação em saúde propõe ações de prevenção e promoção à saúde, as quais têm o objetivo de propagar informações necessárias para que o homem procure a assistência médica, visando obter um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, um prognóstico mais positivo.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de próstata é o segundo mais recorrente na população masculina. A patologia é decorrente de um processo de alterações genéticas, em que os genes proto-oncogêneses se tornam ativos e assim se inicia uma multiplicação celular desordenada. A oncogênese, formação do tumor, é determinada por oncopromotores externos e internos, o primeiro faz referência a fatores como tabagismo e sedentarismo, enquanto o segundo se refere a fatores geneticamente pré-determinados.

O CA de próstata pode ser sugerido por meio da anamnese, fatores como idade acima de 50 anos, histórico familiar de CA, obesidade e tabagismo devem ser analisados. Em relação à sintomatologia, o câncer de próstata pode apresentar os mesmos sintomas que uma doença benigna da próstata que obstrui fluxo urinário, sendo assim, o paciente pode se queixar de disúria e polaciúria. Após realizar a anamnese, caso os sinais, sintomas coincidam com a fisiopatologia do CA de próstata, podem ser solicitados exames periódicos: toque retal e PSA (antígeno prostático específico), os quais consolidam a hipótese diagnóstica de câncer de próstata, mas não são capazes de fechar o diagnóstico de forma isolada. o exame mais seguro para detectar a neoplasia maligna é a biópsia, procedimento mais invasivo, no qual se retira parte do tecido para realizar a avaliação histológica.

Considerando que o câncer é uma doença que possui uma grande sobrecarga emocional, após o diagnóstico confirmado, é essencial que a equipe de saúde realize um acolhimento humanizado e busque a compreensão do sofrimento do paciente. Essas ações de amparo nesse momento amenizam a carga psicológica e motivam o paciente para a realização do tratamento. A forma de tratamento é escolhida a partir de três critérios: o grau histológico, que direciona a agressividade da lesão; a avaliação das condições gerais do paciente, analisando idade e patologias concomitantes; e a expansão da patologia, critério o qual verifica a localização da lesão.

Diante do raciocínio clínico dos critérios, entende-se que em casos de lesão localizada no tecido da próstata, pode ser realizada a prostatectomia, se houver boas condições gerais, já que é um procedimento invasivo. Em casos da lesão se expandir para outros tecidos, é recomendada

a supressão androgênica, já que a testosterona é um hormônio estimulador da multiplicação de células. E em pacientes com lesão de progressão lenta e condições gerais instáveis, opta-se por realizar apenas cuidados paliativos. Portanto, a escolha do tratamento deve ser realizada de forma específica para cada paciente, verificando as particularidades.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

O presente estudo foi iniciado em fevereiro de 2020 e finalizado em dezembro do mesmo ano. Sua construção foi realizada utilizando-se da estrutura física da unidade de ensino superior em questão e continuada de forma online pelos meios de comunicação, devido à Pandemia do Covid-19.

Para a construção desse Projeto Aplicativo foram utilizadas algumas ferramentas, sendo elas o Arco de Maguerez e os Termos de Referência do Hospital Sírio Libanês.

Através do Arco de Maguerez, foi observada a realidade por meio da visita à UBSF em estudo, logo após foram elencados os principais problemas. O passo seguinte foi a teorização do conteúdo identificado nos problemas (fundamentação), para que depois se pudesse construir as hipóteses de intervenção (plano de intervenção). Após concluído todos os passos, o olhar se volta para a realidade onde serão aplicadas as medidas interventivas.

Por meio dos Termos de referência foi construído cada parte do trabalho através das Oficinas de Trabalho do Projeto Aplicativo (OTPA). Os termos utilizados foram sete, sendo eles: TR1: Identificando problemas (visita à UBSF); TR2: Priorização de problemas (escolha do tema); TR3: Identificando atores sociais (atores internos: gestores e eSF da UBSF, atores externos: colaboradores da instituição de ensino superior); TR4: Árvore Explicativa do problema (ferramenta de visualização); TR5: Intervindo no Problema (propostas de intervenção); TR6: Viabilizando o plano de ação (análise de viabilidade das intervenções) e TR7: Gestão do plano – Monitorando o plano (prazos de realização e custo das ações).

Portanto, por meio dessas ferramentas, o trabalho foi construído e estruturado visando mudar a realidade da saúde masculina na UBSF em estudo.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para analisar os nós críticos, foram utilizadas as planilhas PES e 5W3H. A planilha PES é uma ferramenta em que o ator social planeja e produz uma proposta de enfrentamento e resolução de cada nó crítico, por meio da identificação dos resultados esperados, dos responsáveis pela ação, dos indicadores, dos recursos empregados nesse processo e do prazo de resolução das atividades. Em contrapartida, a 5W3H verifica as atividades a serem promovidas. Ao utilizar essa tabela, estabelece o que deverá ser feito, o porquê de ser feito, quem o fará, em que período de tempo e em que área da instituição será feito.

O nó crítico 1 é a falta de motivação dos homens. A fim de motivar a população alvo e alertar sobre a importância da precocidade do tratamento, serão realizadas palestras online ou presenciais sobre a temática de saúde masculina e câncer de próstata. Tais palestras serão organizadas pelos alunos da instituição de ensino e os gestores da UBSF. Essa atividade terá uma duração de 12 meses sem a pandemia e 18 meses com a pandemia. O indicador previsto é 25%. Em contrapartida, os opositores dessa atividade são pandemia, acesso limitado à internet, acesso restrito às tecnologias, rotina de trabalho exaustiva e baixa adesão do público-alvo.

O nó crítico 2 é sobre a insuficiência da educação permanente. O resultado esperado é o aprimoramento da educação permanente. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de oficinas de estudos com os profissionais da saúde, visando aumentar a capacitação da equipe de saúde da família. Após esse aprendizado por parte dos trabalhadores da UBSF, serão realizadas simulações com paciente simulado, a fim de verificar a curva de aprendizagem dos profissionais ali presentes. Os opositores desse plano elaborado são a pandemia, a indisponibilidade de horários da eSF e a baixa adesão da eSF. O prazo previsto é de 12 meses sem o contexto da pandemia e 18 meses com a pandemia. Em relação ao indicador, foi estipulado 35%.

O terceiro nó crítico aborda a falta de motivação da equipe de saúde da família (eSF). O resultado esperado é que a eSF se sinta motivada no trabalho. Para que isso ocorra, serão desenvolvidas duas rodas de debate para a escuta ativa dos funcionários. Essa atividade será coordenada pelos alunos da instituição de ensino. A primeira roda de debate terá como objetivo ouvir todos os receios da eSF sobre o porquê de estarem desmotivados. Já na segunda reunião, após 1 mês da primeira, os acadêmicos retornaram para a UBSF, a fim de receberem um feedback da eSF e visualizarem se os incômodos foram resolvidos. A partir do plano de ação, foi elencado

um indicador de 35%. Em última análise, foram estipulados dois prazos diferentes para a realização da atividade, sendo de 18 meses com pandemia e 12 meses sem a pandemia.

O 4ª nó crítico é a falha na abordagem dos profissionais de saúde. A fim de minimizar essa problemática, algumas ações foram elencadas, entre elas, simulações sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e o Protocolo SPIKES. Essas atividades visam humanizar e acolher o paciente em momentos de fragilidade, por exemplo, ao receber o diagnóstico de CA de próstata. Para a efetividade dessas ações, será necessária a participação dos gestores da UBSF e dos acadêmicos das instituições de ensino. Assim sendo, devido a alguns opositores (pandemia, indisponibilidade de horários da eSF e baixa adesão da eSF), conclui-se um indicador aproximado de 30%. Ao final, estipularam-se prazos para a realização da proposta, sendo o prazo com a pandemia, o qual seria de 18 meses e um prazo sem a pandemia que seria de 12 meses.

O nó crítico 5 é o preconceito ao exame de toque retal. A partir disso, foi decidido realizar uma dinâmica de jogos para adolescentes com o propósito de fazer conscientização continuada. Foi escolhida essa ação porque por meio dela pode-se tentar desconstruir o preconceito ao exame de toque retal nos homens desde mais cedo. Os atores dessa atividade são os gestores da UBSF, juntamente com o diretor da escola, em parceria com os acadêmicos das instituições de ensino. Foram estabelecidos dois prazos: o prazo de 12 meses sem a pandemia e 18 meses com a pandemia. E por fim, espera-se como indicador alcançar 30% de participação dos adolescentes. Em contrapartida, os opositores dessa ação são pandemia, indisponibilidade de horários da escola e baixa interação dos alunos.

O nó crítico 6 faz referência à falta de conhecimento sobre a prevenção do câncer de próstata. Para atingir o objetivo de potencializar o conhecimento da população masculina, será elaborado um panfleto explicativo. Outra estratégia utilizada para aumentar a adesão é abordar, dentro do tópico “riscos de não se realizar a prevenção”, como o câncer de próstata pode afetar a vida sexual do homem, uma vez que é um tópico chamativo. Ademais, outra ideia pensada para aumentar a adesão foi a distribuição de preservativos junto ao panfleto para materializar a ideia da vida sexual afetada. Essa panfletagem será realizada pelos profissionais da UBSF e os acadêmicos da instituição de ensino. Outra atividade é a criação de um Instagram para comunicar com o público alvo acerca da importância de realizar os exames regulares para a prevenção. Para as atividades citadas, foi estimado o tempo de 12 meses em um contexto sem pandemia e de 18 em um contexto com a pandemia. Como opositores dessa intervenção foram listados a pandemia,

a recusa dos panfletos, e a baixa frequência de visitas domiciliares por parte dos agentes comunitários, assim, foi estimado o indicador de 30% de adesão.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A viabilidade do plano de ação demonstra a factibilidade de determinadas atividades considerando-se os recursos necessários e quem os controla. Além disso, analisa o impacto dessa atividade na realidade estudada. Desse modo, se analisa cada nó crítico e suas respectivas viabilidades sobre cada ação.

Nó crítico 1 tem como ação palestras presenciais e/ou online na UBSF e nas empresas do bairro, com o propósito de ressaltar a importância do autocuidado e da realização de exames preventivos. Serão necessários profissionais capacitados, negociação com as indústrias e UBSF para utilização dos espaços. Ademais, devido à pandemia, à indisponibilidade de horários e à recusa de participar das palestras, a atividade foi classificada com viabilidade média. Entretanto, existe a estratégia de pedir o auxílio aos ACS's em busca de uma adesão maior do público masculino.

Nó crítico 2 possui duas ações, as quais visam a melhoria da organização do sistema primário de saúde. As atividades são oficina de aprendizado e simulações com paciente simulado. Para ambas as ações serão imprescindíveis os profissionais capacitados, aprovação dos gestores, coffee break e o local na UBSF. Ademais, devido à pandemia, à recusa dos gestores e à baixa adesão da equipe de saúde, as ações são classificadas de viabilidade média. Entretanto, será realizada uma reunião com os gestores da UBSF e com os profissionais da saúde para demonstrar a necessidade de realizar a atividade.

Nó crítico 3 possui a ação de roda de debate para que se consiga uma mudança na falta de motivação da eSF. Para sua realização, será necessária a participação dos colaboradores da instituição de ensino superior, aprovação dos gestores, coffee break e o local na UBSF. Ademais, devido à pandemia, à baixa adesão da eSF, à não aceitação dos gestores, à indisponibilidade de horário da eSF e ao medo da exposição, a ação é classificada com viabilidade média. No entanto, será feita uma reunião para explicar aos gestores da UBSF sobre a importância de se ouvir as críticas dos profissionais e, por conseguinte, causar mudanças que motivem o trabalho da eSF.

Nó crítico 4 possui a ação de simulação sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e do Protocolo SPIKES, visando uma reorganização da cultura organizacional e aprimorar a abordagem da eSF. Para sua realização serão imprescindíveis a colaboração dos profissionais capacitados, aprovação dos gestores e locação de sala na UBSF. Apesar dos opositores, como a não adesão dos gestores e baixo interesse da eSF, a atividade é classificada de alta viabilidade e para assegurar, haverá reunião com os gestores da UBSF, a fim de demonstrar a importância de uma abordagem adequada para ampliar a adesão do homem ao tratamento de CA de próstata.

Nó crítico 5 possui uma ação de dinâmica de jogos com adolescentes, com o intuito de mudar a visão e os valores sobre o exame de toque retal. Para isso serão necessárias a colaboração dos profissionais aptos a realizar a gincana e transmitir informações sobre o tema, negociação com o diretor(a) da escola, brindes e agendamento da sala de reunião na escola. Apesar dos seus opositores, como a pandemia, indisponibilidade de horários da escola e baixa interação dos alunos, é classificada de alta viabilidade e para assegurar, haverá uma reunião para demonstrar o planejamento e o tema da palestra para o gestor da UBSF e para diretor(a) da escola.

Nó crítico 6 possui duas ações para a orientação e reconhecimento da importância em se realizar exames preventivos e um diagnóstico precoce de CA de próstata. Assim, a criação de um perfil no Instagram® e distribuição de panfletos são as ações intervencionistas do nó crítico 6. Para a primeira ação, será imperiosa a participação dos colaboradores do ensino superior com domínio e de um professor orientador aptos a realizarem as postagens. Já para as panfletagens, são necessários o acadêmico, eSF e funcionários de estabelecimentos públicos para entrega de panfletos, negociação com os estabelecimentos públicos e UBSF e a fabricação dos panfletos. A criação de rede social possui viabilidade alta, possuindo como opositor a baixa adesão do público às redes sociais e acesso limitado à internet. Para maximizar a divulgação da atividade, será colocado o perfil do Instagram® no panfleto físico e no mural da UBSF. Além disso, os panfletos possuem como opositor a pandemia, a recusa dos indivíduos em receber os panfletos e a baixa frequência de visitas domiciliares, por isso é classificada como viabilidade média. A fim de aumentar a efetividade, haverá uma reunião para auxiliar os ACS's e as secretarias na distribuição dos panfletos, já que podem conseguir maior adesão da comunidade frequentadora da unidade e realizar, bem como realizar a panfletagem nos locais de trabalho da população alvo

Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Palestras presenciais e/ou online.	<p>Técnico: profissionais capacitados em parceria com UBSF;</p> <p>Político: negociação com os as industrias no entorno da UBSF; públicos masculino da UBSF;</p> <p>Econômico: Brindes; Organizacional: espaço públicos da UBSF; Estabelecimento privado das industrias.</p>	Recursos técnico e econômico.	Recursos político e organizacional.	A pandemia, recusa de assistir as palestras presenciais.	Média.	Dialogar o auxílio dos ACS's e da equipe responsavel nos estabelecimentos privados, em busca de uma adesão maior do publico masculino para estreitar essa frequencia a UBSF e nos locais de trabalho da população alvo, atingindo assim o maior número de homens.
Perfil no Instagram	<p>Técnico: colaboradores do IMEPAC aptos à buscar o domínio do assunto para realizar postagens e um professor orientador para conferir o conteúdo das postagens.</p>	Acadêmicos aptos à buscar o domínio do assunto	Professor orientador para conferir o conteúdo das postagens	A baixa adesão do público às redes sociais e acesso limitado à internet	Alta	Colocar o perfil do Instagram no panfleto físico e no mural da UBSF para que mais pessoas possam acompanhar informações acerca do CA de próstata

Oficinas de aprendizado.	<p>Técnico: profissionais capacitados para realizar tais atividades; Político: aprovação dos gestores e negociação com os profissionais da saúde ; Econômico: coffee break Organizacional: Local na UBSF para a realização.</p>	Recursos técnicos e econômicos.	Recursos políticos e organizacional.	Não adesão dos agentes de saúde e outros profissionais da área, não aceitação pelo gestor da UBSF, pandemia do novo coronavírus .	Média	Reunião com os gestores da UBSF e profissionais da saúde para mostrar a necessidade de realização dessa atividade, visando explicar como facilitará o dia a dia deles na unidade.
Simulações com paciente simulado.	<p>Técnico: profissionais capacitados; Político: aprovação dos gestores e aceitação dos profissionais da saúde ; Econômico: coffee break Organizacional: Local para a realização na UBSF</p>	Recursos técnicos e econômicos.	Recursos políticos e organizacional.	Pandemia do novo coronavírus, não permissão dos gestores e não aceitação pela eSF.	Média	Realização de uma prova online com o objetivo de verificar a curva de aprendizagem dos participantes
Debate	<p>Técnico: Colaboradores do IMEPAC; Político: aprovação dos gestores; Econômico: coffee break ; Organizacional: Local para apresentação do projeto na própria UBSF.</p>	Recurso técnico e econômico.	Recursos político e organizacional.	Não adesão da eSF; não adesão dos gestores; pandemia; indisponibilidade e de horários da eSF; medo da exposição das críticas.	Média.	Explicar aos gestores da UBSF sobre a importância de ouvir as críticas da eSF para que essa se sintam mais motivada. Assim, garantir um horário disponível com a eSF para que se possa fazer o seu acolhimento.

Simulações

sobre o

Método

Clínico

Centrado na

Pessoa

(MCCP) e

sobre

Protocolo

SPIKES

Técnico: Profissionais capacitados em realizar simulações; **Político:** aprovação dos gestores; **Organizacional:** Locação de sala na UBSF para a realização da simulação.

Recursos técnicos.

Recursos políticos e organizacionais

Não adesão dos gestores; baixo interesse da eSF em relação às simulações.

Alta

Reunião com os gestores da UBSF para demonstrar a importância de uma abordagem adequada realizada pela eSF para maximizar a adesão do homem ao tratamento de CA de próstata.

Dinâmica de jogos com adolescentes

Técnico: profissionais aptos a realizar a gincana e transmitir informações sobre o tema; **Político:** negociação com a diretor(a) da escola; **Econômico:** brindes; **Organizacional:** agendamento da sala de reunião na escola.

Recurso técnico e econômico.

Recurso político e organizacional.

Dificuldades devido à pandemia; indisponibilidade de horários da escola; baixa interação dos alunos

Alta.

Demonstrar o planejamento e o tema da palestra para o gestor(a) da unidade e para o(a) diretor(a) da escola, visando aumentar o convencimento quanto à ação.

Panfletagem

Técnico: acadêmico que esteja apto à entrega de panfletos, eSF, funcionários dos estabelecimentos públicos; **Político:** negociação com os estabelecimentos públicos e UBSF; **Econômico:** panfletos; **Organizacional:** estabelecimentos públicos e UBSF

Acadêmicos aptos à panfletagem e recursos econômicos para a impressão dos panfletos.

Apoio da eSF e dos funcionários dos estabelecimentos públicos no quesito dos recursos técnicos, recursos políticos e recursos organizacionais

A pandemia, recusa dos panfletos e a baixa frequência de visitas domiciliares

Média

Negociar o auxílio dos ACS's e das secretárias na panfletagem, já que podem conseguir maior adesão da comunidade que frequenta a unidade e realizar a panfletagem nos locais de trabalho da população alvo, com o objetivo de atingir o maior número de homens possível.

Fonte: Autoria própria.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Com o objetivo de determinar a ordem de precedência das ações, apresentou-se uma descrição clara e precisa dos critérios que classificam as ações e atividades propostas. Para isto, foram elaboradas tabelas. 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).

O projeto aplicativo buscou fortalecer e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, com intuito de orientar através de ações de saúde na atenção primária, mas também chamar a atenção dos homens acerca da procura dos serviços de saúde a qualquer sinal ou sintoma do câncer de próstata.

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 a execução. Desta forma, ele permite a visualização das ações e atividades de forma encadeada e organizada.

GESTÃO DO PLANO

NÓS CRÍTICOS	Falta de motivação da população alvo	Insuficiência da Educação Permanente		Falta de Motivação da Equipe de Saúde da Família
AÇÕES/ ATIVIDADES	Palestra Online ou presencial	Desenvolvimento de oficinas de capacitação	Simulações com paciente simulado	Roda de debate
VIABILIDADE	Média	Média	Média	Média
IMPACTO	Alto	Alto	Alto	Alto
COMANDO	Atores externos e gestores	Atores externos e gestores	Atores externos e gestores	Atores externos e gestores

ORDEM DAS AÇÕES	Palestra Online ou presencial	Ação 1: desenvolvimento de oficinas de capacitação	Ação 2: simulações com paciente simulado	Roda de debate
------------------------	-------------------------------	--	--	----------------

Fonte: autoria própria

GESTÃO DO PLANO

NÓS CRÍTICOS	Falha na abordagem dos profissionais de saúde	Preconceito ao exame de toque retal	Falta de conhecimento sobre a prevenção do CA de próstata	
AÇÕES/ ATIVIDADES	Simulações sobre o MCCP e o Protocolo Spikes	Dinâmica de jogos com adolescentes	Panfletagem	Criação de um perfil no Instagram
VIABILIDADE	Alta	Alta	Média	Alta
IMPACTO	Alto	Alto	Alto	Alto
COMANDO	Atores externos e gestores	Atores externos e gestores	Atores externos e gestores	Atores externos e gestores
ORDEM DAS AÇÕES	Simulações sobre o MCCP e o Protocolo SPIKES	Dinâmica de jogos com adolescentes	Instagram	Ação 1: Criação de um perfil no Instagram Ação 2: Panfletagem

Fonte: autoria própria

8 CONSIDERAÇÕES

Como herança de um processo histórico de construção social da masculinidade, tem-se um estigma de que os homens são seres dotados de saúde inabalável. Com isso, a PNAISH foi

criada em 2009 para reconhecer as singularidades do mundo masculino e buscar promover saúde a esse público.

Devido a essa realidade masculina, foi elaborado o projeto aplicativo (PA) com o foco no câncer de próstata. Esse projeto representa um apoio aos projetos desenvolvidos pelo SUS e representa uma forma concreta de intervir na realidade masculina.

O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens. Um dos motivos dessa realidade é a herança da masculinidade tóxica e os preconceitos. O imaginário do homem nega tudo relacionado ao feminino, como o cuidado à saúde, dificulta-se, por conseguinte, o autocuidado e a prevenção desse público.

No projeto aplicativo, o planejamento representa um momento de se buscar ferramentas para serem utilizadas no processo. Com isso, foi elaborado o plano de ação, que visa direcionar o enfretamento da realidade discutida.

O plano de ação envolve diversos atores e ações. Essas ações serão realizadas visando o máximo de intervenção possível no problema. Palestras, panfletagem e simulações são alguns dos exemplos de ações propostas, a fim de impactarem positivamente na realidade da saúde masculina. É necessário buscar sempre favorecer o público-alvo, então deve-se estimular a produção do projeto utilizando ferramentas de construção, como planilhas. Analisando que o plano continua em andamento e que precisa manter continuidade no processo, deve-se realizar um monitoramento contínuo de todas as ações

9 REFERÊNCIAS

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 347-356, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Site do Ministério da Saúde, [s. l.], 17 nov. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40636-saude-do-homem>. Acesso em: 5 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem (Princípios E Diretrizes)**, Brasília-DF. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: [Ministério da Saúde], 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília (DF); agosto de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em 5 jul. 2020.

CASTRO, H.A., S.; LARED, W.; SHIGUEOKA, D. C.; MOURÃO, J. E.; AJZEN, S.. Contribuição da densidade do PSA para prever o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml. **Revista de Radiologia Brasileira**. São Paulo, v. 44, n. 4, ago. 2011.

COELHO, Elza Berger Salema *et al.* **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Universidade Federal de Santa Catarina, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

DA ROCHA, Jorge Henrique Alves *et al.* Promoção e prevenção da saúde homem com foco no câncer de próstata: uma proposta de intervenção. **Universidade Federal do Piauí**, [s. l.], 2020.

DE MORAIS MOURA, Francisca Valéria; RABELO, Josinês Barbosa. Aspectos socioculturais que envolvem o câncer de próstata na ótica dos usuários e assistentes sociais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, 2019.

GUERRA, R. ; GALLO, L. E. F. S.; MENDONÇA, E.F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan. / fev. 2010.

JURBERG, C.; GOUVEIS, M. E. BELISÁRIO, C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 139-146, 2006.

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

PEREIRA, Jamile; KLEIN, Carin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 132-146, 2019.

REIS, Mônica de Cássia Thomaz Perez et al. Empoderamento feminino evolução do sec. XIX até a atualidade. **Revista Eletrônica Sapere Aude**, v. 1, n. 1, p. 26-44, 2019.

SOARES, CARINE JESUS et al. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enfermería actual en Costa Rica**, n. 38, 2020

SOUZA, Caroline Ramos do Carmo de et al. A influência da estrutura patriarcal na construção da emancipação feminina na sociedade contemporânea. **SEMOC-Semana de Mobilização Científica**, 2019.

SROUGI, Miguel et al. Doenças da próstata. **Revista de Medicina**, v. 87, n. 3, p. 166-177, 2008.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Artmed Editora, 2010.

TESTON, Elen Ferraz et al. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

PLANO DE PROMOÇÃO EM SAÚDE COM ENFOQUE NA SEXUALIDADE PARA ADOLESCENTES EM UMA UBSF NO MUNICÍPIO ARAGUARI-MG

HEALTH PROMOTING PLAN WITH FOCUS ON SEXUALITY FOR TEENAGERS IN A UBSF IN THE CITY OF ARAGUARI-MG

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

Hinnaê Silva Oliveira

Isabela Cristina C. de Oliveira

João César Guimarães Henriques

Gabriela Tatiana Saran

Felipe Bueno Felício

Gabriel Fernandes O. Tirabasso

(263)

Resumo

A adolescência é uma fase a qual os indivíduos enfrentam grandes dilemas, desse modo, na busca de afirmações e identidade própria o jovem apresenta comportamentos de risco. Tendo em vista a prevenção de doenças e promoção de saúde, é de suma importância que os atores da educação em saúde desenvolvam atividades que objetivem informar, conscientizar e persuadir os jovens a mudarem tais comportamentos de risco, que no âmbito da sexualidade podem ocasionar condições como a gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis. Esse artigo tem como objetivo elaborar um plano para educação sexual em saúde, abrangendo orientações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e planejamento familiar. A metodologia utilizada foi baseada no Arco de Maguerez, composto por 5 fases: observação da realidade, pontos chaves, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. Os resultados obtidos proporcionaram a elaboração de uma árvore explicativa dos principais problemas levantados e, ao fim, foram eles: Falta de diálogo com os pais sobre educação sexual, falta de vínculo da UBSF com a população alvo e escassez na capacitação da equipe de saúde em educação sexual. Assim, foi definido pelo presente estudo que ao solucionarmos os problemas da população jovem através da educação em saúde o índice de adultos com IST's e gravidez precoce será, por conseguinte, reduzido. Dessa forma, gestores que optarem pela adesão destas medidas na unidade, poderão, de fato, efetivar uma educação em saúde no âmbito da sexualidade e planejamento familiar assertivo na população.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente; Educação em Saúde; Educação Sexual.

Abstract

Adolescence is a phase in which individuals face major dilemmas, therefore, in the search for affirmations and self-identity, the young person presents risky behaviors. Bearing in mind the prevention of diseases and health support, it is mission-critical that health education actors develop activities aimed at informing, raising awareness, and persuading young people to change such risky behaviors, which in the context of sexuality can cause conditions such as teenage pregnancy and sexually transmitted infections. This article seeks to elaborate a plan for sexual health education, including orientations about Sexually Transmitted Infections and family planning. The methodology used was based on the Maguerez Arc, composed of 5 phases: observation of reality, key points,

theorization, solution hypothesis, and application to reality. The results obtained provided the elaboration of an explanatory tree of the main problems raised and, at the end, they were: Lack of dialogue with parents about sex education, lack of linkage of the UBSF with the target population and shortage in the training of the health team in sex education. Therefore, it was defined by this study that by solving the problems of the young population through health education, the rate of adults with STIs and early pregnancy will be reduced. In this way, managers who opt for the accession of these measures in the unit will be able, in fact, to effect health education in the area of sexuality and assertive family planning in the population.

Keywords: Adolescent Health; Health Education; Sex Education.

1 INTRODUÇÃO

O município de Araguari está localizado no interior do Estado de Minas Gerais, ao norte do Triângulo Mineiro, junto do rio Jordão um afluente do rio Paranaíba e, possui cerca de 109.801 habitantes, sendo que a estimativa para a ano de 2019 é de 117.267, com densidade demográfica de 40,23 hab./km², de acordo com estimativa do último censo (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

Na perspectiva da saúde, o município conta com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), órgão responsável pelo planejamento, execução, coordenação, controle e avaliação dos programas e das atividades em saúde. Além disso, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família corresponde a 64,72% e, a da Atenção Primária, a 22,85%, perfazendo o total de cobertura da Atenção Primária de 87,67%. (BRASIL, 2020). Nesse contexto, tem-se um total de 23 equipes de saúde da família distribuídas em 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e em 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 na zona urbana e 2 na zona rural. Ademais, constata-se que os serviços de Vigilância em Saúde do município contemplam a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e a Saúde do Trabalhador.

Dentre as 23 UBSF disponíveis na cidade de Araguari, a UBSF, que será o local do objeto de estudo, tem como horário de funcionamento de 7h às 17h de segunda a sexta. As equipes são compostas por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, oito agentes comunitários, duas dentistas, com duas secretárias, um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar administrativo. A unidade possui todas as salas básicas necessárias, no entanto não são adequadas segundo a vigilância sanitária.

O município de Araguari oferece serviços específicos no âmbito da saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS- AD). Ademais, a Atenção Secundária possui 5 Ambulatórios de Especialidades, sendo o Centro de Atendimento Especializado (CAE) que trata de casos de doenças infectocontagiosas, o Centro Oncológico do Triângulo Mineiro (COT) o qual é conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), a Policlínica Dr. Oabi Gebrim, O Centro Ambulatorial Dr. Romes Nader que é vinculado ao IMEPAC- Centro Universitário e o Centro de Especialidades de Apoio e Atenção Materno Infantil (CEAAMI). Há, também, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 1 Unidade de Pronto Atendimento tipo II (UPA).

No contexto da Atenção Terciária, têm-se o Hospital Santa Casa de Misericórdia, que consiste em uma referência na área de maternidade, o Hospital Santo Antônio, o qual se configura como referência em ortopedia, e o Hospital São Sebastião, sendo o primeiro público e os demais particulares. Em relação aos serviços farmacêuticos, a cidade conta com a Farmácia Municipal, a Policlínica e, com algumas UBS e UBSF para a distribuição de medicamentos. Além disso, o Sistema de Saúde de Araguari dispõe de alguns serviços de apoio localizados no Posto Avançado de Coleta Externa da Hemominas (PACE) e, ainda, tem-se na UBSF Guiterrez o Centro Especializado de Odontologia (CEO) que trata da saúde bucal dos usuários do SUS.

O objetivo geral do presente estudo visa elaborar plano com ações educativas com enfoque na educação sexual que visem o aumento da adesão dos adolescentes à UBSF em estudo, no município de Araguari-MG. Ademais, se constituem como objetivos específicos elencar atores sociais que possam dar apoio para esse aumento da adesão dos adolescentes à participação dos grupos educativos, motivar a Equipe de Saúde para promover ações voltadas à prevenção e promoção de saúde do adolescente com foco na educação sexual e elaborar ações que promovam uma Educação Permanente na Unidade de Saúde, para os profissionais serem capacitados para lidar com a temática da educação sexual para os adolescentes.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

Após realizar uma avaliação situacional, seguindo dados da Unidade Básica de Saúde do município de Araguari foi concordado que adolescentes preconizados nessa faixa etária têm um baixo conhecimento sobre educação sexual. Além disso, foi observado que essa falta de conhecimento pode ocasionar consequência danosas ao futuro dessa população.

Desse modo, esse projeto é relevante por proporcionar que o adolescente seja promotor da sua saúde, como também, é um meio efetivo para desenvolver conhecimentos, indagar de situações e discutir o processo de adolescência, de maneira a favorecer o autoconhecimento do próprio corpo e suas mudanças. Além disso, tem-se como objetivo incentivar medidas protetivas contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gravidez precoce e esclarecer sobre temas como sexualidade, sexo e orientação sexual. Essa educação sexual deve se estender também não só para adolescentes, mas também, para seus pais, que é uma parcela importante para que juntos, escola, unidade básica de saúde e família possam participar e acompanhar o desenvolvimento desses adolescentes.

Por conseguinte, ainda é importante ressaltar a relevância desse projeto para a realização de uma análise dos gestores em relação a escassez de capacitação da equipe de saúde quanto a uma educação sexual dos adolescentes de sua comunidade, ocasionando uma falta de vínculo com a população jovem.

Na Unidade objeto de estudo no primeiro semestre de 2019 tiveram 28 gestantes sendo desse total 6 adolescentes grávidas na faixa etária de 10 à 18 anos. A Unidade Local realizou 8 reuniões nesse mesmo ano promovidas pelos alunos de medicina do IMEPAC – Centro Universitário, evidenciando um vínculo importante entre a Atenção Primária, a Universidade e à Escola, onde foram realizados os encontros com os adolescentes e no primeiro semestre de 2020 tiveram 39 gestantes, sendo 6 gestantes menores de 18 anos.

A dificuldade de entendimento das atividades sexuais com os riscos das IST /AIDS é um fator que favorece o aumento dessas patologias entre adolescentes. Segundo dados epidemiológicos de HIV e aids do ano de 2019 no Brasil – Gráfico 2 - (BRASIL, 2019) evidencia-se a necessidade de um enfoque na sexualidade bem como prevenção de doenças e planejamento familiar a população alvo do estudo.

Desta forma o presente estudo é de grande relevância devido à elevada incidência nesse período de vida dos adolescentes a gravidez precoce bem como a vulnerabilidade evidenciada na realidade observada como a oferta de serviços sexuais com o objetivo de obter lucro como modo de vida. Por isso,

intervenções pedagógicas são necessárias para que haja maior comprometimento das Unidades de Saúde com a Educação em Saúde para os adolescentes, incentivando o autocuidado e a promoção de saúde, os quais, mesmo sendo assegurados legalmente, são negligenciados pelo Estado, municípios e demais órgãos (SANTOS, 2020).

Dessa maneira, a relevância deste trabalho inclui a capacitação dos alunos envolvidos, pois afirma a preocupação e o cuidado destes futuros profissionais médicos, considerando que durante a realização do projeto serão colocados em pauta a medicina centrada na pessoa, o cuidado integral ao usuário do SUS e as estratégias de prevenção e de promoção à saúde. Isso, pois, conforme diz as leis orgânicas de saúde, tendo em vista o dever do SUS, segundo Lei Orgânica do SUS 8080/90 promover uma assistência universal, integral e equivalente a todos os cidadãos do país. Assim sendo, acredita-se que os resultados positivos atingirão a comunidade por meio da informação e da orientação sobre a importância da educação sexual para adolescentes, o que irá proporcionar o conhecimento sobre planejamento familiar, prevenção de IST's e mudanças de paradigmas sobre a sexualidade.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Saúde do adolescente

A adolescência é definida como uma fase da vida de transformações, nos quais precisam cuidar melhor de si mesmos e a conhecerem seus direitos. A universalidade do direito à saúde como garantia de acesso aos serviços de qualidade, na promoção, proteção, e recuperação da saúde para todos, preconizado no Sistema Único de Saúde, une-se à prioridade de crianças e adolescentes, determinada pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, na formulação de políticas públicas que os protejam e garantam os seus direitos atendendo-os em suas especificidades contribuindo para um desenvolvimento harmonioso e saudável (BRASIL, 1990)

A dimensão ética diz respeito ao fato de considerar que na relação médico-paciente, o adolescente deve ser visto como um sujeito e não mais como mero objeto de investigação (BRASIL, 2008). Por isso, é necessário ter conhecimento e saber compreender o adolescente, como por exemplo, os lugares que esse público frequenta para organizar todas as ações de saúde.

Saúde é setor privilegiado para promoção e garantia dos direitos humanos dos adolescentes (BRASIL, 1988). A partir das ações de produção da saúde pode-se intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção a essa população, por meio de ações e atividades articuladas e conjuntas, intragovernamentais e com a sociedade civil, incluindo os movimentos juvenis.

[...] os serviços devem salvaguardar o direito dos/as adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso, ao mesmo tempo que se respeitam os valores culturais e as crenças religiosas, bem como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais. Os países devem proteger e promover o direito dos/as adolescentes à educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência. (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 2004)

Ressalta-se a importância de ações de educação em saúde que ajudem a desconstruir tabus e mitos que impedem seu papel mais proativo e corresponsável. Nesse cenário, é fundamental que os serviços de saúde ampliem a cobertura e facilitem o acesso de adolescentes homens e mulheres às unidades de saúde e que as equipes de profissionais reconheçam a importância do seu papel no cuidado diferenciado a essas pessoas como sujeitos de direitos, o que requer sensibilidade e disponibilidade para exercerem sua prática procurando a melhoria da qualidade no atendimento.

3.2 *Programa saúde integral e sexualidade na adolescência*

Segundo Salvador (2018), o qual desenvolveu seu estudo com base em uma pesquisa qualitativa, por meio de dados secundários e entrevistas semiestruturadas com os gestores municipais da saúde e da educação, com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e com professores do ensino fundamental – séries finais (6º ao 9º ano) de escolas localizadas no território de abrangência de Unidades Básicas de Saúde. Os resultados indicaram, de maneira resumida, uma incapacidade da equipe de saúde de promover a educação sexual. Desse modo, analisando as informações contidas no estudo observamos que podemos ser resolutivos ao promover a informação, por meio da ação social e a priori temos como enfoque a orientação sobre o Planejamento Familiar, IST's e métodos contraceptivos.

O planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem de optar em ter ou não ter filhos, por meio de uma assistência especializada e com informação. Estas informações são ofertadas por intermédio da atenção básica durante o programa de planejamento familiar. Englobar os adolescentes no planejamento familiar é uma tarefa de grande importância, sendo que neste período os jovens estão despertando em si a sexualidade. O planejamento familiar deve ser o elemento principal na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejadas, devendo os profissionais na área de saúde utilizar métodos individuais e coletivos para orientar as pessoas que buscam os serviços, oferecendo as informações necessárias para a escolha do melhor método anticoncepcional (PANIZ, FASSA E SILVA, 2005).

Quanto aos métodos contraceptivos, sabe-se que a diversidade dos métodos contraceptivos, contrastada com a dificuldade no acesso e limitada informação sobre a correta utilização dos mesmos, aponta falhas em relação o que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado (PANIZ, FASSA E SILVA, 2005).

É notório a inserção de uma barreira entre preocupação por parte dos pais com os filhos diante dos problemas da sociedade, mas eles não se sentem preparados para romper a barreira do debate a respeito de questões relacionadas à sexualidade. Segundo Borges, Latorre e Schor (2007), é mínima a quantidade de adolescentes que dizem ter espaço para conversar com seus pais sobre assuntos relacionados a sexo. Nessa perspectiva é válido ressaltar a importância de um planejamento educacional e familiar, uma vez que a falta de diálogo proporciona maior vulnerabilidade de uma gravidez precoce.

Assim, trabalhar um planejamento reprodutivo é proporcionar um acolhimento a adolescentes, identificando suas especificidades de desenvolvimento, dispensar com acesso fácil preservativo e é de grande valor que Unidades Básica de Saúde (UBS), elabore protocolos, rotinas, esclarecimento sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis e fluxos para ações relacionadas a planejamento reprodutivo de adolescentes com componentes de educação sistemática com enfoque em toda esfera da sexualidade (BRASIL, 2016).

Constata-se, assim, a existência de certo grau de dificuldade de boa parte das escolas em aderir à diretriz curricular que orienta a inserção da educação sexual como tema transversal. Os motivos desta dificuldade são inúmeros: resistência de muitos docentes de outras áreas, que transferem a responsabilidade, para os professores de ciências ou biologia; relações de confiança fragilizadas entre aluno e o professor, o aluno não se sente à vontade em externar suas dúvidas; alguns professores têm tabus e preconceitos e não se sentem confortáveis em abordar tal conteúdo em sala de aula, não se sentem capazes, referem não possuir conhecimentos, deixando assim um déficit na educação sobre sexualidade (REBOUÇAS, 2015; ALTMANN, 2013).

Desse modo, a ação social visa contemplar não apenas os estudantes mas também capacitar os professores e equipe de saúde a tratar esse tema da maneira adequada.

3.3 *Adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis*

Os adolescentes são vulneráveis a contaminação por DST/AIDS devido que do ponto de vista de fatores biológicos, o epitélio cilíndrico do colo do útero na adolescência se encontra mais exposto e alguns microorganismos têm predileção por este tecido, também a baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação e infecção e quanto ao âmbito psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiro e ainda muito adolescente ocorre o desafio das normas e se expõe aos riscos sem prever as consequências acreditando que nunca irá acontecer a contaminação. (TAQUETTE et al., 2005)

Os parceiros masculinos tem sua responsabilidade por muitas vezes imporem a esta última uma conduta submissa em relação ao homem que a impede de negociar o uso do preservativo nas relações sexuais colocando em risco a saúde da adolescente e mulher. (TAQUETTE et al., 2005)

Posto isso, é de extrema importância saber que as Infecções sexualmente transmissíveis são afeções causadas por vírus, bactérias, fungos e outros microrganismos. Essas infecções são transmitidas, via de regra, através do contato sexual (oral, vaginal, anal), mas também pode ocorrer a transmissão de maneira não sexual, através do contato entre a pele não íntegra e mucosas com secreções corporais contaminadas. Além dessas formas de transmissão, uma mãe infectada também pode transmitir para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação. (BRASIL, 2013)

Atualmente, utiliza-se a denominação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), pois indica a possibilidade de uma pessoa sem sinais e sintomas, porém infectada, transmitir a doença. Antes, se usava a terminologia DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis). Existem diversos tipos de ISTs, dentre eles: herpes genital, cancro mole, HPV, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), donovanose, gonorreia e infecção por clamídia, linfogranuloma venéreo (LGV), sífilis, infecção pelo HTLV e tricomoníase, sendo estas as mais conhecidas. (BRASIL, 2013)

As adolescentes e mulheres se arriscando na relação sexual sem proteção contra infecções devido DST/IST e gravidez inesperada faz com que as mesmas assumam responsabilidades quanto aos cuidados do seu corpo e os adolescentes e jovens muitas vezes não assumem a responsabilidade diante do cuidar do próprio corpo (SANTOS, et.al, 2019).

Aconselhar para a compreensão das DST/AIDS é um caminho de diálogo entre o profissional de saúde e adolescente, suas vivências, relações e seu conhecimento prévio é de importância para tomar o melhor caminho para ações de medidas preventivas. Desse modo, prover informação, conforme a necessidade, e educação para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, favorecendo que os adolescentes desenvolvam aptidões e conhecimentos para que possam decidir por atitudes saudáveis frente a sua vida sexual (BRASIL, 2016).

A sexualidade apesar de ser um processo comum da vida, precisa de uma atenção especial e o período da adolescência é fundamental nas descobertas relacionadas ao processo, por isso, esse momento da vida deve receber informações de qualidade sobre o assunto (SANTOS, et.al, 2019) de sífilis e testes rápidos. Gerar esse conhecimento transforma a realidade de saúde pública. É necessário identificar situações em que possa ocorrer maior risco de exposição às DST, incluindo centros de testagem e acolhimento para incorporação efetiva de testes na Atenção Básica, sendo imprescindível que a revelação diagnóstica de alguma DST seja realizada de modo a oferecer um suporte emocional e objetivo para os adolescentes (BRASIL, 2016). Logo, trabalhar o processo de aconselhamento é importante devido seu resultado futuro, valorizando a construção de um vínculo com a equipe multifatorial da UBS.

Já o debate a cerca das IST's constitui ainda hoje um desafio para a escola, boa parte das famílias destes jovens não concordam que este seja um a ser trabalhado no ambiente escolar e parte dos professores se mostram desconfortáveis com o mesmo; somando-se a isto os adolescentes têm a necessidade de pertencimento/aceitação aos grupos próprios desta fase, bem como a exposição cotidiana a informações explícitas ou não, sobre educação sexual/sexualidade/sexo

recebidas tanto no ambiente familiar, mídia ou rede de interações, podendo fazer com que estes jovens deem significado e interpretem de formas diversas estas informações, de forma correta ou não, o que pode influenciar sua educação sexual (BORDIGNON;MAISTRO, 2014).

3.4 *Promoção de ação para educação em sexualidade*

A sexualidade se desdobra no meio social mediante a interação do sujeito com o grupo, com conteúdo afetivos dessas relações, com diferentes agentes e meios de informação (ZANATTA et.al,2016). Dessa maneira, a educação em sexualidade deve ser entendida como processo de intervenção que tem como objetivo de difundir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, à saúde sexual e reprodutiva, aos direitos, as relações de gênero, à diversidade sexual e ao desejo afetivo-sexual. No cotidiano a sexualidade é algo distante do saber, esse tema transversal da educação básica encontra-se em grande parte centralizado em disciplinas de biologia e ciência, sendo tratada como um tema de domínio único da biologia voltado, sobretudo, em questões de saúde-doença.

Promover ações para educação em sexualidade é considerar que a vivencia da sexualidade abrange um grande espectro como por exemplo experiências iniciais. (BRASIL, 2017). Logo, é importante aconselhar para o autocuidado, respeito e construção de relações afetivas com uma abordagem de orientação sexual, identidade sexual e identidade de gênero, mantendo-se adequada a cada faixa etária, escolaridade e diversidade cultural, religiosa e racial.

A adoção de ações preventivas de saúde pública, destinadas ao público pré-adolescente e adolescente, são essenciais para que esta parcela populacional possa chegar a vida adulta com perspectivas mais positivas referente a sua saúde física e prosperidade socioeconômica e cultura. Falhas quanto a devida orientação desta faixa etária vulnerável, explica uma série de mazelas predominantemente presentes em países em desenvolvimento como o Brasil, exemplificadas pela gravidez prematura, evasão escolar, abuso de drogas ilícitas e maior número de infecções sexualmente transmissíveis. (RIBEIRO, S. 2011)

É imprescindível que políticas públicas verdadeiramente efetivas possam ser implementadas nas unidades básicas de saúde de todos os municípios do país, no intuito de que as informações e conhecimentos possam sensibilizar o público adolescente, no sentido que suas vidas não sejam demasiadamente prejudicadas por escolhas equivocadas em um momento da vida em que o indivíduo ainda não tem o devido juízo para nortear suas escolhas (CHALEM, et.al. 2007)

Sendo assim, cabe ao poder público compreender se este público está verdadeiramente assistido pela educação em saúde, e notadamente sabemos que uma grande parcela dos adolescentes brasileiros está à margem do conhecimento necessário, e instituir as medidas necessárias para que as piores consequências não aconteçam. Vale destacar que existe uma estreita conexão entre os problemas na adolescência e questões sociais decorrentes dos mesmos, como a prostituição, criminalidade, adição e baixa nível educacional e intelectual. Neste cenário, fica evidente que se há um real objetivo do país de verdadeiramente almejar a evolução de seu povo, a atenção com a adolescência é crucial para a formação de adultos instruídos e conscientes de seu papel como cidadãos. (RIBEIRO, S. 2011).

4 **PROCESSO METODOLÓGICO**

4.1 *Oficinas de trabalho projeto aplicativo: 2º semestre de 2020*

A construção do Projeto Aplicativo foi baseada na metodologia do Arco de Magueres que é composto por 5 fases: observação da realidade, pontos – chaves, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. Na primeira fase foi realizada a entrevista com o Gestor e Agente Comunitário de Saúde. Dando

seqüência na observação da realidade foram realizadas as oficinas de trabalho utilizando os instrumentos de gestão em saúde baseadas na metodologia do Hospital Sírio Libanês.

4.1.1 Visita técnica na UBSF em estudo, seguindo os passos do Arco de Maguerez.

Nessa visita técnica foi realizado uma entrevista (apêndice A) com o enfermeiro gestor da Unidade Básica de Saúde da Família, o qual foi utilizado o Arco de Maguerez como norteamento.

4.1.2 Identificação de problemas

A primeira etapa do Projeto Aplicativo foi realizada durante uma oficina no dia 20/02/2020, em que houve o compartilhamento dos problemas encontrados nas entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro em estudo. Os obstáculos evidenciados pelo grupo envolvem inúmeras vertentes, como educação em saúde ineficiente, gestão inadequada, educação permanente ineficaz, alta vulnerabilidade social, insuficiência na promoção da saúde mental, ineficácia da comunicação das RAS, desmotivação da equipe de saúde, infraestrutura precária e educação sexual ineficiente.

Em segundo lugar, foi orientado pela docente que cada integrante do grupo explicitasse os problemas encontrados anteriormente em tarjetas, em seguida, foi instruído a organização das tarjetas conforme a paridade entre os problemas.

Por fim, a partir dos microproblemas encontrados pelos alunos, foi possível analisar e chegar aos macroproblemas que lhe deram origem, a fim de se estabelecer uma relação lógica entre os problemas semelhantes e de origens convergentes. Logo após esse processo, foi pedido para que elaborassem possíveis intervenções que solucionassem ou amenizassem tais mazelas encontradas.

Figura 1 – Identificação de problemas



Fonte: Adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

4.1.3 Elaboração da matriz decisória dos problemas

No decorrer da elaboração da segunda etapa, foi realizada a identificação dos problemas elencados na aula anterior, selecionando aqueles susceptíveis à atuação do grupo, eliminando o restante. Assim, os problemas elencados foram: educação em saúde ineficiente, gestão inadequada, educação permanente

inefcaz, alta vulnerabilidade social, insuficincia na promoçaõ da saude mental, ineficacia da comunicaçaõ das RAS, desmotivaçaõ da equipe de saude, infraestrutura precaria e educaçaõ sexual ineficiente. Logo em seguida, qualificaram os problemas em: Magnitude: diz respeito ao tamanho do problema. Pode ser avaliada em relaçaõ ao nũmero de pessoas atingidas ou acometidas pelo problema. Transcendẽncia: Relativa à importãncia polĩtica, tẽcnica e cultural atribuĩda pelo(s) ator(es) aos problemas listados. Vulnerabilidade/Disponibilidade tecnolõgica: Reflete a existẽncia de conhecimento e recursos materiais para o enfrentamento dos problemas. Factibilidade: Capacidade de intervençaõ no problema; capacidade polĩtica, tẽcnica e gerencial para a execuçaõ das ações para o enfrentamento do problema. Desse modo, foi conferido a cada integrante uma nota em cada categoria, em que foi feito o uso de + a +++++, sendo +++++ o mais relevante. Por fim, foram somadas as pontuações atribuĩdas por todos em cada critẽrio, em que o problema com a maior foi o tema elencado para a confecçaõ do projeto.

Figura 2 – Matriz decisõria de problemas

MAPA DECISORIO DOS PROBLEMAS

Problema	Magnitude	Transcendẽncia	Vulnerabilidade	Factibilidade	Total
Gestãõ inadequada	+++++ 29	+++++ 34	+++++ 32	+++++ 17	112
Educaçaõ sexual ineficiente	++ 22	++ 21	+++ 24	+++++ 32	99
Estrutura precaria	+++++ 32	+++++ 35	+++++ 34	+++++ 10	111
Desmotivaçaõ da equipe de saude	+++++ 31	+++++ 29	+++ 22	+++++ 30	112
Ineficacia na comunicaçaõ das RAS	+++++ 27	+++++ 32	++++ 24	++ 21	104
Alta vulnerabilidade social	+++++ 26	+++++ 29	+++ 22	+++++ 19	98
Insuficincia na promoçaõ de saude mental	+++++ 28	+++++ 29	+++++ 23	+++++ 30	113
Educaçaõ permanente inefcaz	++ 21	+++++ 25	++++ 23	+++++ 29	98
Educaçaõ em saude inefcaz	+++++ 29	+++++ 30	+ +++++ 25	+++++ 29	113

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores

4.1.4 Matriz decisória dos atores sociais

A construção deste estágio do Projeto Aplicativo foi referente ao mapeamento dos atores sociais que podem atuar no problema evidenciado, sendo orientado pela docente. Os integrantes do grupo discutiram acerca do valor, que é a importância que cada ator confere ao problema, considerando a realidade e consequências aos afetados, sendo avaliado em alto, médio e baixo valor. Além disso, analisou o interesse dos atores em modificar a realidade da população alvo, em que foi medido em positivo, negativo e neutro.

Figura 3 – Matriz decisória dos atores sociais

PROJETO APLICATIVO/ MATRIZ DECISÓRIA DOS PROBLEMAS DOS ATORES SOCIAIS			
PROBLEMA: Educação sexual ineficaz			
	ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
1	Equipe de saúde da família	Alto	Positivo
2	Família	Alto	Neutro
3	Igreja	Médio	Neutro
4	Diretoria da escola	Alto	Positivo
5	CAE	Médio	Neutro
6	Coordenação da saúde da família	Alto	Positivo
7	Secretário de saúde	Médio	Neutro
8			
9			
10			

Valor:

importância que o ator confere a cada problema, considerando o contexto, as implicações e as consequências para as pessoas por ele afetadas.

VALORES ATRIBUÍDOS:

“baixo”, “médio” ou “alto”.

Interesse: é o posicionamento por meio do qual um ator situa-se ante à realidade, que pode ser vista como uma situação a ser superada/ evitada ou como oportunidade para ser aproveitada/fomentada. Expressa-se por meio de três sinais:

negativo (-): quando o ator tem interesse em manter a realidade tal como se encontra ou rechaçar qualquer mudança que pretenda alterá-la;

(i) positivo (+): quando o ator tem interesse em mudar a realidade, transformá-la; e

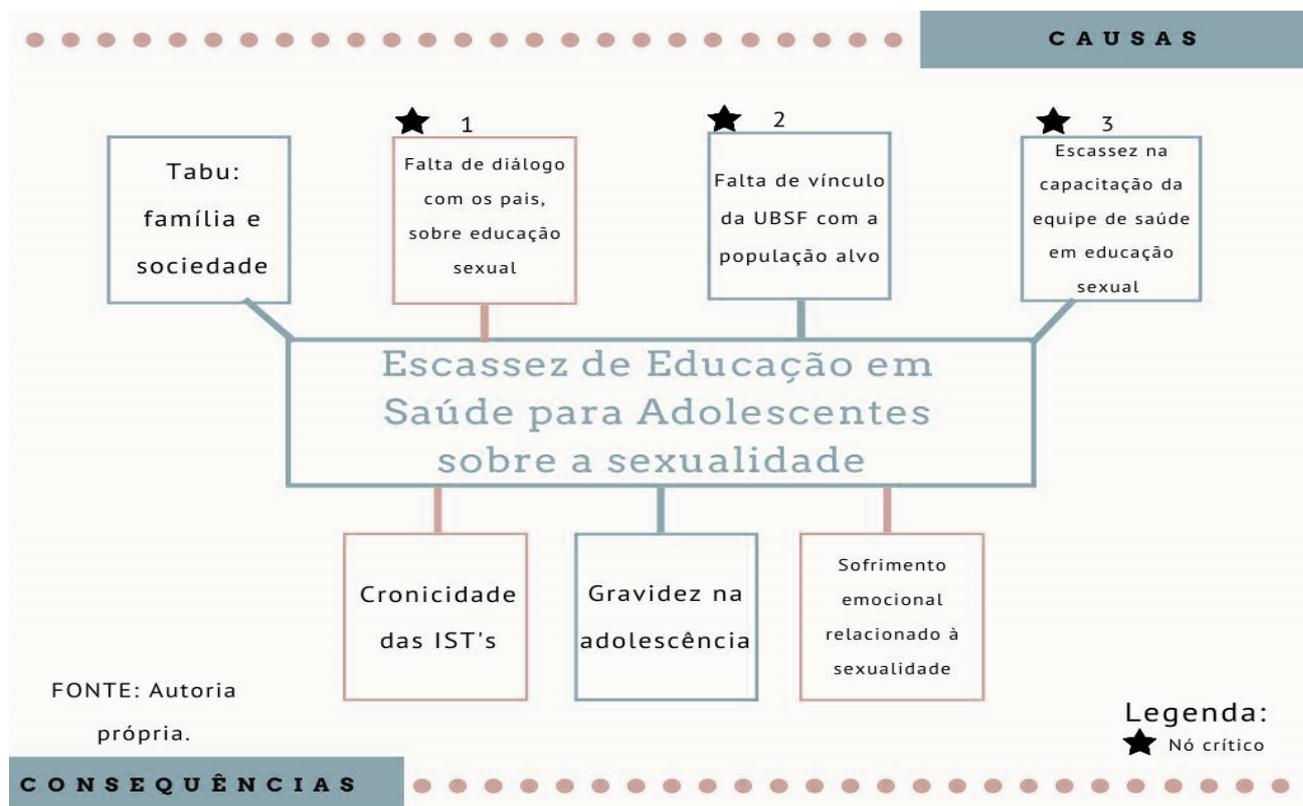
(ii) indiferente (neutro): quando o problema não afeta o ator e, por isso, para ele não há nenhuma importância em relação à manutenção ou mudança da situação.

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores

4.1.5 Construção da Árvore Explicativa

A oficina abrangeu a construção da Árvore Explicativa, com o auxílio da orientadora que evidencia a causa, os descritores e as consequências do problema do vínculo frágil entre UBSF e pacientes. Em seguida, foi discutido quais seriam os nós críticos, ou seja, as causas passíveis de atuação.

Figura 4 – Árvore Explicativa do problema



Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores

4.1.6 *Elaboração do trabalho escrito do Projeto Aplicativo*

O encontro do dia 18 de junho, teve como objetivo a Elaboração do trabalho escrito do Projeto aplicativo, em que a orientadora dividiu os integrantes do grupo, para que individualmente ou em duplas ficassem responsáveis por uma etapa específica do projeto, dentre elas: introdução, relevância, desenvolvimento, metodologia e conclusão. Em seguida, foi orientado o estudo em artigos para fornecer embasamento científico para o trabalho.

4.1.7 *Elaboração da apresentação do Projeto Aplicativo*

No dia 07 de agosto de 2020, realizamos a elaboração dos slides para a apresentação oficial do Projeto Aplicativo parcial que será no dia 20 de agosto de 2020.

4.1.8 *Construção da Planilha Plano de Ação– PES*

No encontro síncrono do dia 18 de setembro, iniciou-se a construção da planilha de ação – PES (Quadro 1) com base no Termo de Referência 5. Além disso, deu-se início a organização da parte escrita do plano de intervenção deste projeto.

4.1.9 *Construção da Planilha 5W3H*

A construção da planilha 5W3H (Quadro 2) foi iniciada por meio de gravação de vídeo, no dia 25 de setembro de 2020 e também foi utilizado o Termo de Referência 5.

4.1.10 Construção das Planilha de Viabilidades

Com base no Termo de Referência 6, dos dias 09 a 23 de outubro de 2020, foi elaborado as planilhas de matriz de análise de motivação dos atores sociais (Quadro 3), de matriz de análise de estratégias de viabilidade e de resultados esperados (Quadro 4).

4.1.11 Construção das Planilha do Monitoramento do Plano de Ação

A construção da planilha foi iniciada no dia 30 de outubro, essa planilha tem por objetivo a classificação das ações quanto a viabilidade, ao impacto e ao comando, além de estabelecer a ordem das atividades.

4.1.12 Elaboração e Reajustes da Parte Escrita do Projeto Aplicativo.

A partir do dia 06 de novembro iniciamos a construção das considerações finais e reajustes da parte escrita do Projeto Aplicativo, mediante o auxílio de todos os membros envolvidos.

4.1.13 Questões éticas

A elaboração do presente estudo foi pautada em uma necessidade evidenciada pelo gestor da unidade estudada, o qual teve sua identidade preservada e a análise e interpretação dos dados obtidos foram realizados pautados em metodologias como a oficina de identificação de problemas, realizada sem vieses de interpretação e/ou manipulação de dados. Desse modo, as questões éticas envolvidas na coleta de dados, análise e interpretação desses dados e na definição e descrição do problema são esclarecidas, tendo em mente a importância da pesquisa e benefícios para a população-alvo.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Plano de intervenção pode ser compreendido como o conjunto de meios – físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados num contexto específico, em um dado momento, para produzir, bens ou serviços de maneira a modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Para a construção da intervenção, utilizamos ferramentas, para auxiliar na definição das ações futuras, que visem resultados tendo como referência os nós críticos selecionados. As ferramentas utilizadas forma a Planilha de Plano de Ação – PES Simplificado e a Planilha 5W3H.

O Plano de Ação – PES Simplificado (Anexo 1) propõe que cada nó crítico tenha uma proposta de intervenção. É a formulação do conjunto de resultados a serem alcançados, representando a situação que se deseja construir por meio da ação planejada (Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016)

O instrumento Planilha 5W3H trata-se de uma lista de ações que são definidas previamente e associadas a identificação e priorização dos nós críticos. Com o objetivo de estabelecer responsabilidades, métodos, prazos e recursos associados, sendo um modelo de plano de ação. É constituída por colunas com títulos em inglês ou traduzidas das palavras what (o que fazer), why (por que fazer), who (quem fazer), when (quando), where (onde fazer), how (como fazer), how much (quanto custa), how to measure (como medir ou qual indicador). (Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016)

5.1 Nó crítico 1: Falta de diálogo com os pais sobre educação sexual

A escolha deste nó crítico está relacionada ao seu grande impacto no bairro, localizado no município de Araguari-MG, o que pode ser ratificado pelo fato de 18% dos brasileiros nascidos serem filhos de mães adolescentes, isso em número absoluto representa cerca de 400mil casos de gravidez na adolescência no Brasil (Associação Médica Brasileira, 2019). No mundo, por ano, são aproximadamente 16 milhões de

adolescentes de 15 a 19 anos; e 2 milhões de adolescentes menores de 15 anos, sendo que esse contexto é decorrente, em grande parte, do tabu gerado em torno da sexualidade, desse modo, o resultado esperado é melhorar o diálogo entre adolescentes e pais.

As ações e atividades propostas, incluem, inicialmente, a realização de uma reunião com a Secretária de Saúde, Diretora da escola local e a Gestora da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro para propor o desenvolvimento de folheto educativo a ser distribuído na UBSF e na visita domiciliar para maior entendimento do assunto pelos pais/responsáveis. A proposta do folheto será dinâmica, de maneira que o impresso seja ilustrativo e didático.

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

PES							
Macroproblema	Educação sexual ineficiente para adolescentes						
NÓ CRÍTICO 1	Falta de diálogo com os pais sobre educação sexual						
Resultados esperados	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Melhorar o diálogo entre adolescentes e pais.	Desenvolver panfletos educativos. Visitas domiciliares aos responsáveis para orientação sobre a temática	Enfermeiro (RT), ACS	alunos do curso de Medicina do IMEPAC e integrantes da Equipe Saúde da Família	Agentes comunitários de saúde e gestores da UBSF	60% de adesão	Técnicos: equipe de profissionais da UBSF; Político: negociação favorável com os gestores da UBSF e equipe de saúde; Econômico: impressos. Organizacional: UBSF local e comunidade	6 meses
NÓ CRÍTICO 2	Falta de vínculo da UBSF com a população alvo						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Aumento do acesso da população adolescente aos serviços de atenção primária e crescimento da participação deste público em atividades educativas.	Oficina de capacitação da equipe sobre a importância da educação sexual na adolescência. Promover atividades educativas por meio dos ACS, no âmbito escolar.	Enfermeiro (RT)	Diretora da escola municipal local, ACS's e alunos do curso de graduação em medicina IMEPAC.	Gestores da UBSF local, gestor da escola municipal e pandemia do COVID-19	60% de adesão	Técnico: profissionais de saúde da UBSF local; Político: negociação com os gestores locais e ACS's; Econômico: impressos; Organizacional: UBSF local e escola local.	6 meses (sem pandemia COVID-19).
NÓ CRÍTICO 3	Escassez na capacitação da equipe de saúde em educação sexual						

Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Melhorar a qualidade da assistência à saúde da população alvo	Oficinas de capacitação para ESF local	Enfermeiro (RT)	Equipe Saúde da Família e alunos de Medicina do IMEPAC	Equipe de saúde da família.	60% de adesão	Técnico: profissionais de saúde. Político: negociação com Equipe local; Econômico: impresso; Organizacional: UBSF local	6 meses

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 2 - Plano de ação – 5W3H, segundo frente de ataque (nó crítico).

Planilha 5W3H - Nó Crítico 1							
Macroproblema	Educação Sexual Ineficiente para adolescentes						
Espaço do problema	UBSF Novo Horizonte/Araguari - MG						
Nó Crítico 1	Falta de diálogo com os pais sobre educação sexual						
O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Desenvolver panfletos educativos. Visitas domiciliares aos responsáveis para orientação sobre a temática.	Percebemos que o diálogo entre pais/responsáveis sobre o assunto é importante, sendo necessário elaborar um plano de educação sexual para adolescentes, a fim de auxiliar esses responsáveis acerca da temática.	Enfermeiro (RT), ACS, alunos do curso de Medicina do IMEPAC e integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF)	Entre janeiro de 2021 e agosto do mesmo ano.	Domicílio das famílias, UBSF.	Abordagem familiar nas visitas domiciliares sensibilizando-os quanto à necessidade do diálogo e eventuais problemas como gravidez precoce e ISTs	Baixo custo	60% de aceitação
Planilha 5W3H - Nó crítico 2							
Macroproblema	Educação Sexual Ineficiente para Adolescentes						
Espaço do problema	UBSF Novo Horizonte/Araguari - MG						
Nó Crítico 2	Falta de vínculo da UBSF com a população alvo						
O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Oficina de capacitação da equipe sobre a importância da educação sexual na adolescência. Promover atividades educativas por meio dos ACS, no âmbito escolar.	Aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da temática, no intuito de melhorar o vínculo e promoção de educação em saúde	Enfermeiro (RT), Diretora da escola municipal local, ACS's e alunos do curso de graduação em medicina IMEPAC.	Entre janeiro de 2021 e agosto do mesmo ano.	UBSF e escola municipal local	Elaborar oficina de capacitação para a ESF. Elaborar panfletos e distribuir na escola municipal local.	Médio custo	60% de adesão

Planilha 5W3H - Nó crítico 3							
Macroproblema	Educação Sexual Ineficiente para Adolescentes						
Espaço do problema	UBSF Novo Horizonte/Araguari - MG						
Nó Crítico 3	Escassez na capacitação da equipe de saúde em educação sexual						
O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Oficinas de capacitação para ESF local.	Melhorar a qualidade da assistência à saúde da população alvo, através da capacitação, instruindo sobre a relevância da promoção à saúde e prevenção relacionada a sexualidade	Enfermeiro (RT), integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF) e alunos de Medicina do IMEPAC.	Entre janeiro de 2021 e agosto do mesmo ano.	UBSF local	Rodas de conversa voltada para Equipe Saúde da Família e elaboração de estratégias de saúde para a população alvo.	Baixo custo	60% de adesão

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Além disso, propõe-se a realização de entrevista com os pais e/ou responsáveis de adolescente, de modo que seja questionado e se há um diálogo aberto entre ambos para falar de educação sexual. Assim, o questionário orientará sobre a importância de uma qualidade de informação do adolescente em relação a educação sexual, como também proporcionará, a entrega dos folhetos educativos.

5.2 Nó crítico 2: Falta de vínculo da UBSF com a população alvo

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída ao fato de que a quantidade expressiva de área descoberta, onde não temos o levantamento do total de pessoas/famílias residindo nas casas onde não é realizado as visitas domiciliares, como também, o grande nível de subnotificação de informações, em consequência da realidade de não permanecerem médicos, o que inviabiliza o vínculo de toda a população com a UBSF, assim, o resultado esperado é o aumento do acesso da população adolescente aos serviços de atenção primária e crescimento da participação deste público em atividades educativas.

Nas ações e atividades propostas propõe-se a realização de reuniões de educação permanente com participação de todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), a fim de que haja uma análise detalhada do perfil epidemiológico da população adolescente e a constatação da quantidade expressiva de gravidez precoce na adolescência e consequências como IST's.

Desse modo, as informações quantitativas fornecerão um panorama sobre a realidade local o qual funcionará como base para o planejamento de ações estratégicas, com efetivação da cobertura que consiste em um dos princípios da Atenção Básica.

Além disso, propõe-se, também, inicialmente a realização de uma reunião entre a Gestora da UBSF e a Diretora da escola municipal local para a inserção de atividades educativas nas escolas, a exemplo palestras, rodas de conversas, tira dúvidas com profissionais de saúde. Assim, as informações educativas poderão ser inseridas inicialmente na realidade educacional dos adolescentes, por meio de panfletos e oficinas educacionais.

5.3 Nó crítico 3: Escassez na capacitação da equipe de saúde em educação sexual

O resultado esperado é de melhorar a qualidade da assistência à saúde da população alvo, através da instrução sobre a relevância da promoção à saúde e prevenção relacionada a sexualidade.

As ações e atividades propostas, no âmbito da educação permanente em saúde, propõe a realização de reuniões de educação permanente com participação de todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), a fim de que haja uma análise detalhada do perfil epidemiológico da população adolescente e a constatação da quantidade expressiva de gravidez precoce, prostituição na adolescência e consequências como IST's.

Desse modo, as informações quantitativas fornecerão um panorama sobre a realidade local o qual funcionará como base para o planejamento de ações estratégicas, com efetivação da promoção e prevenção, que consiste em um dos princípios da Atenção Básica.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante do desafio do presente Projeto Aplicativo de implementar um plano que promova práticas de saúde relacionadas aos adolescentes da UBSF do bairro em análise da cidade de Araguari, torna-se mandatório estruturar a Gestão das Ações, contemplando o devido acompanhamento do plano, juntamente com a intercomunicação da equipe, correções de eventuais erros e devida efetivação das ações propostas.

Sendo assim, para a Gestão do Plano, é também importante identificar a viabilidade, impacto, comando e ordem das ações a serem desenvolvidas. Dessa forma, para uma maior clareza desta gestão, os quadros abaixo (Quadro 3 e Quadro 4) foram idealizados e deveram ser seguidos, com vistas a tornar o projeto efetivamente aplicável e viável.

Quadro 3 – Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas.

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 1					
Atores		Ações			
		Ação 1 elaboração de panfletos educativos	Ação 2 visita domiciliar	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Enfermeiro (RT)	coordenador	coordenar	(+)	(m)
Ator 2	ACS	colaboradores	executar	(+)	(m)
Ator 3	Alunos de medicina do IMEPAC	coordenadores	executar	(+)	(a)
Ator 5	ESF	colaboradores		0	(m)
Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 2					
Atores		Ações			
		Ação 1 capacitação da equipe	Ação 2 Ações educativas no âmbito escolar	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Enfermeiro (RT)	Coordenar	coordenar	+	(a)
Ator 2	Diretora da escola municipal local		coordenar	+	(a)

Ator 3	ACS	Participar	Participar	+	(a)
Ator 4	Alunos de medicina do IMEPAC	Coordenar	Participar	+	(a)
Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 3					
Atores		Ações			
		Ação 1 Oficina de capacitação	Interesse	Valor	
Ator 1	Enfermeiro RT	coordenar	(+)	(m)	
Ator 2	integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF)	participante	(+)	(m)	
Ator 3	Alunos de medicina do IMEPAC	colaborador/executor	(+)	(a)	
Interesse		Valores atribuídos			
a favor (+)		Alto (a)			
contra (-)		médio (m)			
indiferente (0)		baixo (b)			

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 4 – Matriz de análise de estratégias de viabilidade e resultados esperados.

Resultados esperados - produção de impacto										
Ações	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis envolvidos	Tecnologia	Volume de serviços	Modalidade de serviços	Suporte	Cuidado ao paciente	Infraestrutura	Governança
Desenvolver panfletos educativos.	Baixo custo	ACS e integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF).	Enfermeiro (RT) e alunos de Medicina do IMEPAC	Internet, notebooks e impressora	Sim	Não	TI do IMEPAC e Alunos	Melhor abordagem ao paciente/família	UBSF local	Promoção de saúde e Prevenção de doenças
Visitas domiciliares	Baixo custo	ACS e integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF).	Enfermeiro (RT) e alunos de Medicina do IMEPAC	Não necessário	Não	Sim	Gestor local e alunos	Orientação aos pais	Domicílios	Melhoria no fluxo de comunicação e promoção de saúde
Oficina de capacitação da equipe.	Médio custo	Enfermeiro (RT), ACS's e alunos do curso de graduação em medicina IMEPAC.	Enfermeiro (RT) e alunos de medicina do IMEPAC	Internet, notebooks, datashows.	Não	Sim	T.I do IMEPAC e Alunos	Realização de educação permanente	UBSF local	Promoção de saúde e Prevenção de doenças

Atividades educacionais no âmbito escolar.	Baixo custo	Enfermeiro (RT), Diretora da escola, ACS's e alunos	Enfermeiro (RT) e Diretora da escola municipal local	Internet, notebooks, datashows e panfletos	Sim	Sim	T.I do IMEPAC e Alunos	Abordagem ao paciente e ação educativa de prevenção de IST e gravidez precoce	Escola Municipal Local	promoção de saúde e prevenção de doenças
Matriz de análise de estratégias de viabilidade										
Ações	Recursos necessários		Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade			
Desenvolver panfletos educativos.	Técnicos: equipe de profissionais da UBSF; Político: negociação favorável com os gestores das UBSF e equipe de saúde; Econômico: impressos. Organizacional: UBSF local e comunidade		Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos, econômicos.	Não adesão da equipe local; indisponibilidade de tempo	Alta	Sensibilização da Equipe quanto a elaboração do panfleto educativo. Sugerir a elaboração no horário de educação permanente.			
Visitas domiciliares	Técnicos: equipe de profissionais da UBSF; Político: negociação favorável com os gestores das UBSF e equipe de saúde; Econômico: impressos. Organizacional: UBSF local e comunidade		Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos e econômicos	Não adesão da família	Alta	Sensibilização da família			
Oficina de capacitação da equipe.	Técnico: profissionais de saúde da UBSF local; Político: negociação com os gestores locais. Econômico: impressos e coffee break; Organizacional: UBSF local		Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos e econômicos	Não adesão da equipe local; indisponibilidade de tempo	Alta	Sensibilização da Equipe e realizar a Oficina no horário padronizado pela Instituição destinado para Educação Permanente			
Promover atividades educacionais no âmbito escolar.	Técnico: profissionais de saúde da UBSF local; Político: negociação com os gestores da escola local; Econômico: impressos Organizacional: Escola local.		Recursos técnicos	Recursos políticos, econômicos e organizacionais	Não adesão da gestora e colaboradores da escola municipal local	Alta	Sensibilização da gestora e colaboradores da escola, quanto à promoção de saúde para adolescentes			

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

O monitoramento do plano de ação tem como objetivo central ampliar a capacidade de acompanhar a realização das atividades e das ações de intervenção as quais foram estabelecidas no intuito de promover modificações em relação ao problema priorizado inicialmente “Educação sexual ineficiente para adolescentes”. Por meio desse processo de monitoramento, torna-se possível ajustar o plano em relação aos resultados obtidos e às mudanças de contexto, de modo a adequar-se à dinamicidade das situações e a aprimorar a execução do projeto aplicativo.

Para isso realizou-se a classificação das ações quanto a viabilidade, ao impacto e ao comando, além de estabelecer a ordem das atividades. Em relação ao nó crítico 1 “Falta de diálogo com os pais, sobre educação sexual”, a primeira ação a ser realizada consiste no desenvolvimento de panfletos educativos, a qual apresenta alta viabilidade e alto impacto e contará com o comando do enfermeiro (RT) e alunos de medicina do IMEPAC. Houve essa caracterização, pois a parceria a ser estabelecida entre a unidade de saúde e os alunos do grupo, será responsável por conferir mais notoriedade à ação de forma que a adesão da população local seja satisfatória, com consequente efetivação do processo de conscientização sobre a importância do diálogo dos pais com seus filhos em relação à sexualidade. A segunda ação refere-

se à realização de visita domiciliar a qual apresenta alta viabilidade e alto impacto sendo regida pelos alunos de medicina do IMEPAC e o enfermeiro da UBS. Espera-se que haja a participação de todos os membros da equipe de saúde para que essa visita seja feita de maneira mais eficaz.

Com relação ao nó crítico 2 “Falta de vínculo da UBSF com a população alvo”, a primeira ação a ser desenvolvida é uma oficina de capacitação da equipe, esta ação possui alta viabilidade já que ocorrem frequentemente reuniões da equipe com esse teor, alto impacto já que oficinas de capacitação contribuem para um melhor desempenho dos profissionais em relação ao tema educação sexual, além de contar com o comando do enfermeiro (RT) e alunos de medicina do IMEPAC. A segunda ação é a realização de atividades educativas no âmbito escolar com temática voltada às ações de promoção à saúde que podem evitar a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis relacionada a educação sexual e conscientização dos adolescentes, ou seja, será realizada uma atividade de Educação em Saúde. Esta possui alta viabilidade e alto impacto, contando com o comando do enfermeiro (RT) e da diretora da escola municipal local. A caracterização justifica-se pelo fato de a educação em saúde consistir em uma ferramenta fundamental para promover mudanças efetivas e significativas.

No que diz respeito ao nó crítico 3 “Escassez na capacitação da equipe de saúde em educação em saúde” tem-se uma ação de oficina de capacitação da equipe a qual apresenta alta viabilidade e alto impacto. Contudo, a execução dessa atividade será aplicada significativa pelo fato de representar uma possibilidade de aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação a educação sexual, e contará com o comando do enfermeiro (RT) e alunos de medicina do IMEPAC.

Procedeu-se também à construção de um cronograma de acompanhamento da implementação das ações, sendo que a exploração do nó crítico 1 ocorreu entre fevereiro a dezembro de 2020, além de a execução das ações estarem previstas para o período de janeiro a agosto de 2021. No que tange ao nó crítico 2, a sua análise detalhada também ocorreu entre fevereiro e dezembro de 2020, sendo que a realização de sua respectiva ação terá o prazo de janeiro a agosto de 2021, e o terceiro nó sua pesquisa foi realizada entre fevereiro e dezembro de 2020, e sua execução está prevista para janeiro a agosto de 2021.

Outrossim, houve a estruturação de uma Planilha Orçamentária das Ações/Atividades que demandam recursos econômicos. As despesas do nó crítico 1 perfizeram o total de cento e cinquenta reais, sendo que o custeio envolverá a busca por patrocínio. Para o nó crítico 2 e 3 foi prevista uma despesa que totalizou duzentos reais e também contará com a busca por patrocínio.

Assim, a etapa concernente ao monitoramento do plano de ação permitiu o acesso e o domínio de importantes dispositivos e ferramentas que apoiam o desenvolvimento do pensamento estratégico, com a finalidade de viabilizar a intervenção na realidade.

Quanto a matriz de gestão do plano de intervenção estabeleceu-se por meio da planilha de gestão que há uma alta viabilidade e um alto impacto das ações propostas, estabelecendo, também, uma ordem cronológica entre as ações de intervenção, respectivamente, desenvolver panfletos educativos, visita domiciliar, oficina de capacitação da equipe, atividades educativas no âmbito escolar e oficina de capacitação da equipe. Além disso, por meio da planilha orçamentária orçou-se os gastos aplicados às atividades, sendo classificadas como intervenções de baixo custo onde a verba para execução depende de patrocínio externo, com o custo de R\$150,00 para a intervenção do primeiro nó crítico e R\$200,00 para o segundo em conjunto com o terceiro, totalizando um montante de R\$350,00 para todas as atividades propostas. Ademais, para fins de formalização e registro, o cronograma do presente estudo contempla os meses de fevereiro a dezembro de 2020 para elaboração dos nós críticos e janeiro a agosto de 2021 para execução das ações propostas, respectivamente, para cada nó crítico.

8 CONSIDERAÇÕES

O Projeto Aplicativo consiste em um trabalho construído com base no Arco de Maguerez, sendo este o método de resolução de problemas utilizado como base para o desenvolvimento deste projeto. Dessa forma, foram realizadas as cinco etapas do Arco: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e, por fim, aplicação à realidade. Esta última etapa cabe aos gestores da UBSF, caso eles resolvam aderir às propostas aqui apresentadas.

Dessa maneira, após realizarmos a visita técnica e a entrevista com o enfermeiro RT conseguimos identificar algumas deficiências na educação em saúde no que se relaciona com a sexualidade dos adolescentes da região do bairro em estudo, no município de Araguari-MG. Assim, definimos como objetivo principal do nosso trabalho o desenvolvimento de um plano para educação sexual em saúde, abrangendo orientações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e planejamento familiar.

Partindo do pressuposto que ao solucionarmos os problemas da população jovem através da educação estaremos evitando adultos com doenças e gravidez precoce no futuro. Dessa forma, o Estado estará economizando gastos futuros com doenças e com creches, cuidados em pediatria e em obstetrícia. Assim, faremos uma boa gestão em saúde, tendo como base a educação dos jovens.

Com o desenvolvimento de panfletos educativos para os pais, acreditamos que o relacionamento entre pais e filhos irá melhorar e, assim, ocorrerá um estreitamento nas relações entre os jovens e a Unidade Básica de Saúde da Família em análise. Além disso, também propusemos o desenvolvimento da educação permanente para os membros da equipe de saúde da família, a fim de se conhecer mais sobre o assunto e contribuir para a resolução destes problemas.

Em síntese, os objetivos propostos no início desse trabalho foram alcançados com êxito no desenvolver do projeto e, dessa forma, acreditamos que, se os gestores optarem pela adesão destas medidas na unidade, os números de gravidez na adolescência possam diminuir e o planejamento familiar no bairro será uma realidade.

9 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Gravidez na adolescência no Brasil mais de 400 mil casos por ano. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Fev, 2019. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/gravidez-na-adolescencia/#>. Acesso em: 14 out. 2020

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

BEZERRA DOS SANTOS, S. et al. Sífilis adquirida: construção e validação tecnológica educativa para adolescentes. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n.1, p. 307 – 3016, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/157752/153501>. Acesso em: 07 ago. 2020

BORDIGNON, C.A. B.; MAISTRO, V. I. A. **Abordando a sexualidade com adolescentes por meio de modalidades didáticas diferenciadas**. In: PARANÁ. **Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação**. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Programa de Desenvolvimento Educacional. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE: Produção Didático-pedagógica, 2014. Curitiba: SEED/PR., 2018. V. 2 (Cadernos PDE). Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uel_bio_pdp_cleide_aparecida_barbosa_bordignon.pdf>. Acesso em 09 ago.2020.

BORGES, Ana Luiza Vilela; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; SCHOR, Néia. **Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1583-1594, jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva.** 2016. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf.

Acesso em: 07 ago.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente: bases pragmáticas.** 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV/Aids 2019.** 2019. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019> . Acesso em: 07

ago.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes.** 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_us.pdf. Acesso em: 07 ago.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): o que são, quais são e como prevenir.** Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist>.

Acesso em: 10 ago. 2020.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Informação e Gestão da Atenção Básica.** 2020. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=yrtAnODuZFrWCOeglGNtJP8f>. Acesso em 14 out. 2020.

BRASIL, **Lei Nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 09 ago. 2020.)

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19/09/1990: **Sistema Único de Saúde (SUS)**

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso: 09 ago.2020.

CALEMAN, G., et al. **Projeto aplicativo:** termos de referência. São Paulo: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS HM, Schamm VT, Nogueira MJ. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde debate.** 2013;

CHALEM, Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 177-186, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. **A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos.** In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

FEIJÓ, R; OLIVEIRA, E. **Comportamento de Risco na Adolescência.** *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro.

Vol. 77, supl. 2, 2001. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.)

FILIPINI CB, Prado BO, Felipe AOB, Terra FS. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Adolescência e saúde.** 2013

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família:

(des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-

1002, Dec. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

LIRA DOURADO, J.V.; DA PONTE, H.M. S. Educação sexual com adolescentes escolares: Reato de experiência. **Cienc.Cuid.Saude.**, Ceará, mar 2018.

MARTINS CBG, Alencastro LCS, Mato KF, Almeida FM, Souza SPS, Nascimento SCF. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Revista de Enfermagem.** 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **CUIDANDO DE ADOLESCENTES: Orientações Básicas para a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva.** Bvmsms.saude.gov.br: [s. n.], 2016. 45 p. v. 1. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Ministério da Saúde.** Saúde e sexualidade de adolescentes. Paho.org/bra: [s. n.], 2017. 72 p. v. 1. ISBN ISBN: 978-85-7967-119-7.

PANIZ, F.; FASSA, A. Q. e SILVA, C. M.. Ciência Hoje. Rio De Janeiro. 2005. v.33, 194. 56-57 p. PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL).** Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em ago de 2020.

Projeto aplicativo: termos de referência / Gilson Caleman ... [et al.]. 1. ed., 1 reimpr. -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; **Ministério da Saúde**, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

RAMIRO, Lúcia et al. Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 29, n. 1, p. 11-21, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100003. Acesso em: 10 ago. 2020.

REBOUÇAS, S. B. B. **A política curricular integrativa: uma análise crítico-hermenêutica sobre os atos de currículo presentes na integração/organização curricular no contexto da educação básica.** 2015. 137f. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Educação) -Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17052>>. Acesso em: 09 ago.2020.

RIBEIRO, S. **Percepção da Pressão de Pares na Tomada de Decisão dos Adolescentes.** 2011. 111 f. Dissertação de Mestrado - Universidade de Lisboa. Lisboa. 2011. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628_tm.pdf. Acesso em: 09 ago. 2020.)

RIBEIRO ERO, BARBEIRI MA, BETTIOL H, SILVA AAM. **Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil.** Rev Saúde Pública. 2000;34(2):136-42.

SALVADOR, Mali. **PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SABERES E DIÁLOGOS NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL DE ADOLESCENTES.** Repositorio Unicamp. 2018.

SANTOS, Gabriella Barreto dos, et al. **A IMPORTÂNCIA DE TÉCNICAS PARTICIPATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ACERCA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.** Diálogos: Economia e Sociedade, Porto Velho, v. especial, n. 1º, p. 11-17, 17 jan. 2019.

SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro; ARPINI, Dorian Mônica. Conversando sobre sexualidade na família: olhares de meninas de grupos populares. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n. 150, p. 924-947, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742013000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742013000300010>.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.

ZANATTA, Luiz Fabiano et al . A educação em sexualidade na escola itinerante do MST: percepções dos(as) educandos(as). **Educ. Pesqui.**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 443-458, jun. 2016.

INTERVINDO NA FALHA DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS SETORES PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES

INTERVENING IN THE COMMUNICATION FAILURES BETWEEN THE PRIMARY AND SECONDARY SECTORS AND ITS CONSEQUENCES IN THE CARE FOR PREGNANT WOMEN

Melissa Mariane dos Reis

Maria Inez Ferreira

Lais Reis Silva

Ana Júlia Alcântara Pedroso

Gabriela Ferreira Andrade

Maria Luiza Lourenço de Oliveira

Isabella Karoline S. Moraes

Eduarda Cruz da Silva

(265)

Resumo

Este trabalho objetiva intervir na falha de comunicação entre os setores primários e secundários da saúde pública e, diante desse contexto, apresenta as repercussões negativas no atendimento às gestantes do município de Araguari, em Minas Gerais. Nesta perspectiva, tendo em vista o mau funcionamento dos serviços de referência e contrarreferência, o trabalho destaca o desamparo das gestantes durante o período pré e pós-natal e enfatiza a importância do acompanhamento adequado durante a gestação. O projeto foi elaborado por meio das etapas do Arco de Charles Maguerez, visto que foram utilizadas referências bibliográficas de acordo com a observação da problemática e hipóteses de solução baseadas em seu desenvolvimento teórico. Finalmente, constata-se a necessidade de promover o acesso à informação a respeito dos serviços de saúde oferecidos na cidade, com ênfase no sistema de referência e contrarreferência.

Palavras-chave: Gestação; Pré-Natal; Referência e Contrarreferência; Atenção Primária

Abstract

This article aims to intervene in the communication failures between the primary and secondary sectors of public health and, given the context, to present the negative repercussions in the care for pregnant women in the city of Araguari, Minas Gerais. In this perspective, bearing in mind the

malfunção de referral and counter-referral services, the work highlights the abandonment of pregnant women during the pre and post-natal care and emphasizes the relevance of proper monitoring during pregnancy. The work was elaborated using the stages of Charles Maguerez Arc, since bibliographic references were used according to the observation of the problem and the solution hypotheses were based on its theoretical development. Finally, it finds the need to promote the access to information about the health services offered in the city, with emphasis on the referral and counter-referral system.

Keywords: Pregnancy; Prenatal Care; Referral and Consultation; Primary Health Care;

1 INTRODUÇÃO

É notório que o Brasil tem um sistema de saúde, teoricamente, referencial para o mundo, pois na Constituição Federal é afirmado que: “A saúde é um direito de todos, cabendo ao Estado o dever de garantir as melhores respostas aos cidadãos em matéria de saúde” (BRASIL, 1989). O Sistema Universal de Saúde (SUS) possui três níveis de atenção em saúde, sendo o primeiro focado na prevenção e na manutenção das doenças, o segundo, busca oferecer tratamento especializado como pediatria, ginecologia, psiquiatria, cardiologia e outros, e, por fim, o terciário, que compreende a parte de cirurgias e reabilitação.

A comunicação entre essas esferas se faz possível através da rede de atenção à saúde (RAS), uma estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político- institucional, a fim de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita. De acordo com a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 por meio de uma RAS que se permite prestar assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade adequados (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, em Minas Gerais, por exemplo, nota-se que se tem um elevado número de pessoas atendidas, o que enfatiza a importância de se ter organização entre os níveis de atenção à saúde. Dessa maneira, de acordo com Alves et al. (2015) a rede de referência e contrarreferência necessita ser eficiente e é por isso que o sistema se desenvolve em quatro componentes e que funcionam de maneira integrada; o primeiro sendo a Atenção Primária em Saúde (APS), que coordena a rede e vincula a população; o segundo compreende a Atenção secundária, os ambulatórios especializados e os hospitais de média e alta complexidade; o terceiro, os sistemas

logísticos, regulação, transporte sanitário, registro eletrônico em saúde; o quarto, englobando as redes de apoio, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico e terapêutico.

O conceito de APS hoje utilizado tem sua formulação e divulgação na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, ocorrida na cidade de Alma Ata na década de 1970. A ideia central é:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, multiprofissionais, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos e das famílias para melhorar o nível de saúde coletiva (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, URSS, 1978).

Nesse contexto, observa-se que a rede de saúde de Minas Gerais, especificamente do município de Araguari possui uma cobertura de 87,57% na Atenção Primária. Além disso, este município localizado no estado de Minas Gerais, no Norte do Triângulo Mineiro, possui, de acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2019), cerca de 117.267 habitantes. Por conseguinte, no que tange a saúde tem-se uma parceria entre a prefeitura e o curso de medicina de um centro universitário particular, o que traz para a cidade 69 centros de atendimento, sistema serviços de Urgência e Emergência, como o SAMU e a UPA, o Hospital Santa Casa de Misericórdia e o Centro de Apoio à Atenção Materno- Infantil (CEAAMI). (Prefeitura Municipal de Araguari, 2020)

Tendo em vista a estrutura da saúde do município, nota-se que ocorre um desamparo em relação às gestantes, tema principal desse projeto aplicativo, já que existe um número importante de grávidas que necessitam de acompanhamento adequado durante o período pré e pós-natal na cidade. Por conseguinte, devido à alta demanda de atendimentos, a falta de informações sobre os serviços de saúde oferecidos e a ineficácia de referência e contra referência entre os setores, essas mulheres não realizam o pré-natal adequado, o que é um fato preocupante, pois na gravidez a mulher passa por mudanças físicas e emocionais bruscas e que podem causar medo, angústia e curiosidade.

A assistência pré-natal constitui-se como espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, com vistas a acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (BRASIL, 2000). Tal entendimento só se tornou possível mediante modificações nas políticas de saúde e rupturas paradigmáticas no modelo assistencial. (SILVA, M.Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. 2014).

Além disso, a cartilha Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, feita pelo Ministério da Saúde, o acompanhamento adequado permite identificar doenças como hipertensão e diabetes gestacional, má formação fetal e aspectos relacionados à placenta, além de preparar a mãe com informações sobre o parto, a amamentação e hábitos de vida que devem ser seguidos para a prevenção da mortalidade materno - infantil (BRASÍLIA, 2006).

Levando em conta esses fatores, nota-se que esse projeto é de suma importância para garantirmos a saúde gestacional da população. Visto que sob uma proposta pedagógica centrada nas competências cognitivas e metacognitivas contribuirá para uma atenção humanizada e colaborativa e para a formação dos discentes envolvidos. Ademais, no que tange à prática, esse projeto tem como objetivo discernir e avaliar as estratégias de articulação entre os níveis de atenção à saúde, por meio de estratégias que otimizam o atendimento prestado aos pacientes e potencializam reuniões mensais entre gestores e colaboradores, considerando os fatores pertinentes a um Ambulatório e as Unidades de Estratégia da Família.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

A principal motivação para assegurar o presente projeto de pesquisa, vem da importância que essa temática possui para a saúde da comunidade, não só de Araguari, onde reside o projeto, mas sim para toda a sociedade dependente do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, podemos considerar o tema como universalizado e integrado a toda rede de atenção à saúde. Por conseguinte, é possível perceber que a análise da atual deficiência e influência da referência e contra referência nos níveis de atenção promove uma releitura da necessidade de resgatar as políticas públicas referentes à articulação entre os setores. Já que se torna evidente que a falha nesses processos acaba impedindo princípios básicos do SUS, que são a universalidade, a equidade e a integralidade.

Além disso, a desinformação da população, o desconhecimento a respeito do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde impede que as futuras mães saibam onde devem ir para conseguir auxílio, o que evidencia que informações como portas de entrada e níveis de atenção permitem com que a população saiba onde buscar atendimento, como solicitar a prestação dos serviços de saúde e remediar complicações de saúde da mãe e do bebê.

Entende-se, portanto, que em tempos de dificuldades o conhecimento é a base para as soluções, e por isso se vê necessário não só garantir informações para a população, mas também manter os profissionais da saúde informados e atualizados. Assim, dado que profissionais capacitados conseguem lidar melhor com as problemáticas apontadas no trabalho e melhor

auxiliam os pacientes e suas necessidades particulares e sociais, nota –se que a capacitação dos profissionais garantirá a fluidez almejada entre as redes de saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação é um período de intensas mudanças e descobertas, uma vez que a mulher está se preparando para a chegada do bebê, período conhecido como matrescência. Desse modo, surge uma oportunidade para que os profissionais de saúde invistam em estratégias de educação e de cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança (BRASIL, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário.

Para que a Atenção Básica (AB) possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde (UBS) estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população. Por meio do acolhimento, compreendido como uma escuta atenta e qualificada, que considera as demandas trazidas pelo usuário, a equipe de saúde define as ofertas da UBS para o cuidado e estabelece critérios que definem as necessidades de encaminhamento desse usuário para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, é necessário conhecer o contexto em que as gestantes estão inseridas, visto que essa ferramenta legítima uma melhor percepção acerca do entendimento sobre a Rede de Atenção Básica. A compreensão tanto sobre o funcionamento como dos direitos assegurados pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, tem como objetivo garantir a todas as mulheres o acesso aos programas e, também, às políticas da saúde da gestante, o que corrobora com o princípio do acolhimento, ou seja, a humanização das relações entre os profissionais de saúde e as usuárias no que se refere à forma de escutar os problemas e as demandas.

A noção de acolhimento assume lugar de destaque na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que busca superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com suporte em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no acolhimento como modo de se

produzir saúde (MERHY, 2002). Com isso, o acolhimento configura-se não como uma etapa do processo ou um espaço/local, mas como uma postura ética e solidária que se compromete em elevar o vínculo e a confiança.

Nesse contexto, existe o problema de referenciamento, que conforme indicado por Maria Luiza de Farias Alves:

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso das pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (ALVES, 2015).

A falta de referência e de contrarreferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal. (GUERREIRO, 2012, p.321). Nessa perspectiva, o problema de referenciamento pode ser decorrente dos níveis de atenção à saúde não estarem sendo beneficiados tanto de forma integral como de acordo com a especificidade, ou seja, de modo contínuo e cada qual envolvendo ações que visem a resolutividade da demanda, o que por sua vez pode ser desencadeado pela falta de informação acerca de qual setor de saúde a gestante deve recorrer.

Ademais, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, define como uma das prioridades:

Ampliação as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. (BRASIL,2000).

É importante citar, também, o projeto oferecido pelo governo federal: a Rede Cegonha. Este possui o objetivo de oferecer, à gestante, um acompanhamento desde a fase pré-natal até os dois primeiros anos de vida do bebê, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida para a gestante e garantindo um desenvolvimento saudável da criança. Atualmente, o projeto atinge mais de dois milhões de gestantes e age em escala nacional.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território (região de saúde), mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do

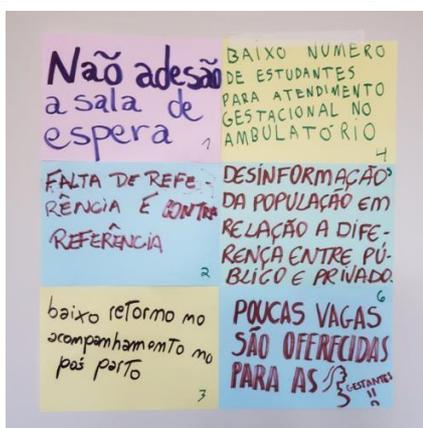
sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde a partir das seguintes diretrizes: I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (BRASIL,2016).

Contudo, apesar dos avanços e das conquistas obtidas pelo Sistema Único de Saúde, ainda existem lapsos nos modelos de atenção à saúde no que se refere ao modo como a gestante é atendida nos serviços, especialmente nas UBS. Portanto, é preciso restituir, na prática, o princípio da universalidade, segundo o qual todos os cidadãos podem ter acesso a um atendimento humanizado pautado no acolhimento (BRASIL, 2009).

4 PROCESSO METODOLÓGICO

O processo de construção do projeto teve como método o Arco de Charles Magueréz, observando assim a realidade a partir de referências bibliográficas e buscas avançadas em artigos com base em dados da Scielo e PubMed. Nesse contexto, teve-se como base a metodologia do Hospital Sírio Libanês, a qual foi efetivada por meio das oficinas de trabalho realizadas semanalmente, OPTAS, visto que essas instigam os acadêmicos a realizarem diferentes tipos de estudos, como por exemplo a construção da matriz decisória, que consiste em elencar os problemas observados na realidade e avaliar a magnitude que esses proporcionam. Segue em anexo a imagem da matriz decisória dos problemas observados em um ambulatório de uma faculdade particular:

Imagem 1 - Matriz Decisória do problema.



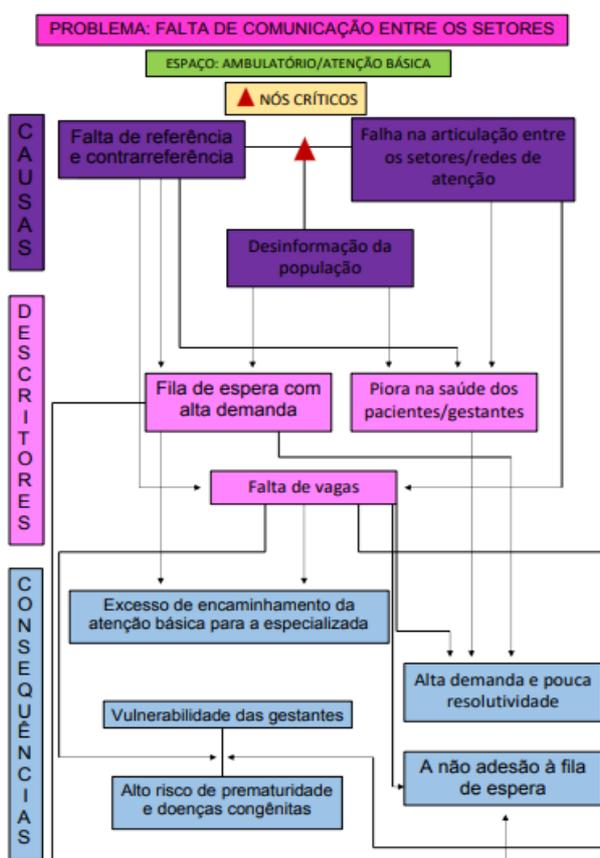
Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Diante disso, o percurso metodológico se estendeu por 11 meses, sendo a maior parte por meio de plataformas digitais, com discussões e participação dos agentes externos e das orientadoras. Tendo em vista a importância do tema, elaborou-se revisões integrativas de artigos, livros e documentários, a partir de perguntas norteadoras como: “A referência e a contrarreferência é eficaz no Brasil?” e “A importância do pré-natal na Atenção Primária”. Assim, os descritores utilizados, publicados a partir de 2000, foram: gestantes, referência e contrarreferência, pré-natal e atenção primária.

Nessa perspectiva, para implementação do estudo, foram utilizadas coletas de dados, por meios de palavras chaves relacionadas ao assunto, foi feita uma visita técnica a um ambulatório e diversas troca de informações com os gestores de unidades de saúde, para que assim os discentes tivessem contato com a realidade do tema abordado. Para que houvesse essa visita e a compilação de informações das unidades de saúde, os discentes envolvidos tiveram como critério de escolha unidades relacionadas a uma faculdade particular.

Por conseguinte, para que houvesse efetivação do aprendizado foram realizadas oficinas com o intuito de construir uma árvore explicativa. Nesse sentido, durante um período os agentes externos tiveram discussões, baseadas no respeito à opinião de cada pesquisador e orientador, para a escolha das cores que tivessem relação com o tema, assim como das causas, das consequências, dos descritores e dos nós críticos. Segue abaixo a imagem da árvore explicativa:

Imagem 2 - Árvore Explicativa



Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nó crítico 1: Falta de referência e contrarreferência

A escolha deste nó crítico tem por razão o benefício gerado à atenção secundária oferecida por uma instituição particular, visto que essa é procurada por um maior número de gestantes que pode atender, evidenciando, assim, a falta de referência e contrarreferência. Ao regulamentar a entrada das gestantes nessa instituição fortalece-se a promoção à saúde e enfatiza a importância da referência e contrarreferência, já que tem-se a otimização do atendimento e compartilhamento de dados por meio de planilhas mensais.

Resultado esperado: otimizar o atendimento às gestantes em até 45%

Ações e atividades propostas:

- a) Regulamentar a entrada das gestantes no ambulatório

A princípio sugere-se à gestora do Ambulatório a construção de uma planilha em que contém os dados, como nome, endereço e tempo de gestação, daquelas gestantes que procuraram atendimento e não conseguem. Para que assim, haja registro dessas mulheres e posteriormente

compartilhamento com a unidade de saúde de referência da paciente. Feito isso, os gestores terão dados suficientes para realizar o rastreamento e conseqüentemente o início do pré-natal.

b) Educação permanente

Inicialmente orienta-se o diálogo entre os gestores das atenções envolvidas, no intuito de se familiarizar com as trocas de informações entre o público e o privado. Tendo isso, haverá a elaboração de um material educativo, por meio daqueles que têm conhecimentos sobre gestão, para a elucidação da importância da referência e contrarreferência desses setores. Este processo será conduzido pelos agentes externos capacitados para o assunto.

Nó Crítico 2: Desinformação da população

A escolha deste nó crítico foi fundamental uma vez que muitas gestantes, pela falta de informação não conseguem atendimento médico nesse momento tão importante da vida, corroborando tanto para a permanência na fila de espera quanto para os desfechos negativos possíveis durante a gestação como doenças congênitas, eclâmpsia, diabetes gestacional e até a morte

Resultado esperado: aumentar em até 35% o atendimento pré natal

Ações e atividades propostas:

a) Feira do bem estar

Como forma de oferecer atendimento e informação de qualidade propõe-se a criação de feiras de bem-estar no território de cada estratégia da família envolvida no projeto, levando atendimento multiprofissional dos cursos da área da saúde como Nutrição, Educação Física e Medicina, além da distribuição de folders para as pacientes contendo ilustrações sobre a importância de realizar um pré natal pleno e dos principais agravos da gestação, assim como dicas de saúde.

b) Divulgação de Informação através da Rádio

Para buscar maior abrangência do projeto, pretende-se realizar pequenas entrevistas com os gestores das equipes de saúde sobre o tema Gestação, assim como divulgação de informações pertinentes sobre a importância de realizar o pré-natal. Será também utilizado como divulgação da Feira do Bem Estar, visando atingir o maior número de gestantes.

Nó crítico 3: Falha na articulação entre os setores/redes de atenção

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída ao fato de que os setores da rede de atenção, sendo eles as unidades de saúde e a instituição especializada, possuem uma falha na articulação

da referência e contra referência das gestantes, gerando alta demanda, grandes filas de espera e pouca resolutividade para os problemas.

Resultado esperado: Criar diálogo entre as unidades e o ambulatório para evitar filas de espera.

Ações e atividades propostas:

a) Fórum de discussão

Propõe-se a realização de fóruns de discussão entre os gestores das instituições envolvidas, a fim de criar diálogo entre esses setores, evitando, assim, as filas de espera e a baixa adesão. Esses fóruns serão realizados por meio da plataforma digital, para que a discussão e a atualização sobre o problema seja constante.

b) Reuniões entre os gestores das unidades

Nessa ação, propõe-se reuniões presenciais mensais entre os gestores comprometidos, para que, assim como na aplicação dos fóruns, haja a discussão frequente do problema em questão e sua maior resolutividade.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A viabilidade do projeto baseado nas ações propostas é no geral de média resolutividade, uma vez que, mesmo com a identificação das melhores propostas de intervenção e o melhor desfecho para elas, todas demandam mão de obra e comprometimento dos gestores de ambos os níveis de atenção, assim como a manutenção e realização constante das feiras de bem estar e da divulgação através dos meios de comunicação propostos das informações sobre a gestação.

A partir do momento em que se obtém o comprometimento de todos os envolvidos nas ações propostas e da obtenção dos resultados positivos com as intervenções necessárias, o projeto irá produzir mudanças permanentes na realidade dessa população, uma vez que é de interesse de todas as partes envolvidas a melhora na qualidade dos serviços de saúde prestados, otimização da entrada das gestantes nos níveis de atenção e a oferta de informações pertinentes e corretas as mães que buscam atendimento Pré Natal.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Para realizar a monitorização do plano foi necessário avaliar a viabilidade, o impacto, o comando e a ordem das ações em relação aos três nós críticos. Dessa forma é possível acompanhar a evolução do plano e o seguimento das etapas de uma maneira clara e objetiva.

A seguir temos a tabela que foi elaborada com estes tópicos para a gestão e monitoramento do plano.

Quadro 1 - Monitoramento do Plano de Gestão por meio da avaliação da viabilidade, do impacto, do comando e das ações

GESTÃO DO PLANO						
NÓS CRÍTICOS	Falta de referência e contrarreferência		Desinformação da População		Falha na articulação entres os setores/rece de atenção	
AÇÕES/ATIVIDADES	Regulamentar a entrada das gestantes no Ambulatório	Educação permanente da equipe sobre a referência e a contrarreferência	Promover a Feira do Bem Estar com a participação das gestantes	Divulgar informações por meio da rádio, de panfletos e de banner	Fórum de discussões através do Telegram	Reunião entre os gestores das unidades
VIABILIDADE	Média	-Média	Média	Média	Média	Média
IMPACTO	Alto	Alto	Alto	Médio	Médio	Médio
COMANDO	Gestor Ambulatório	Gestores das UBSF's	Alunos dos cursos das Áreas de saúde da IMEPAC e professores do eixo	Alunos do PA e Gestores das UBSF's	Gestores das UBSF's e do Ambulatório	Gestores das UBSF's
ORDEM DAS AÇÕES	Segunda	Primeira	Segunda	Primeira	Primeira	Segunda

Fonte: adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

A princípio, o plano de gestão é baseado no termo de referência de número 7, o qual possibilita identificar a viabilidade, o impacto, o comando e a ordem das ações respectivas a cada nó crítico. A viabilidade para as duas ações do primeiro nó é média já que é de fácil entendimento mas requer mão de obra para sua realização. Dessa maneira, observa-se que os outros dois nós as ações também teriam viabilidade média pelo mesmo motivo já que todas são de fácil entendimento, mas requer mão de obra e disponibilidade.

O impacto de cada ação quantificado a partir da mudança que o projeto quer realizar, dessa maneira para o primeiro nó as ações oferecem alto impacto por atuarem em uma das fontes do problema. Por conseguinte, a primeira ação do segundo nó crítico possui alto impacto por trabalhar presencialmente com a população gestante de Araguari a fim de promover saúde e

conhecimento. A outra ação do nó crítico dois e as ações do terceiro nó, foram consideradas como impacto médio, a primeira por não atingir todo o público e as outras duas pelo motivo de não atuar diretamente no problema e demandar tempo dos gestores.

Em relação ao comando, foi apontado os atores sociais que devem estar à frente das ações, sendo assim o comando é formado pelos gestores das unidades de saúde juntamente aos agentes externos competentes para esse trabalho. Por fim, a ordem das ações foi decidida pela influência que uma ação tem sobre a outra, como exemplo temos o nó crítico dois no qual primeiramente devemos realizar a divulgação de informações às gestantes sobre seus cuidados e sobre a feira para depois realizar o evento.

8 CONSIDERAÇÕES

Este projeto se propôs, como objetivo geral, discernir e avaliar as estratégias de articulação entre os níveis de atenção à saúde, considerando os fatores pertinentes a referência e a contrarreferência entre o Ambulatório do Centro Educacional IMEPAC e as Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Araguari – MG. A elaboração do Projeto Aplicativo foi um processo gradual sendo, desse modo, constituído por etapas que demandam certo nível de colaboração entre os integrantes do grupo, o que propiciou o melhor entendimento sobre a necessidade da Gestão em Saúde e, também, do referenciamento entre os níveis de atenção. Além do conhecimento adquirido foi desenvolvido o trabalho em equipe, estruturado graças a conformação do grupo que possuía interesses convergentes.

Nessa perspectiva, esse projeto possui grande relevância para a saúde das gestantes, uma vez que os objetivos gerais e específicos contribuem para uma atenção de forma humanizada além de contribuir para o desenvolvimento dos discentes envolvidos. Ademais, no que tange às dinâmicas práticas, a Feira do Bem Estar e as reuniões de capacitação entre os profissionais da área de saúde, o trabalho promove o estabelecimento de relações intersubjetivas estabelecidas, constantemente, entre profissionais e gestantes.

Por conseguinte, desenvolver um Projeto Aplicativo voltado para a gestão do SUS foi um grande desafio acadêmico para todos os integrantes do grupo. Visto que, como estudantes de medicina, ainda não possuímos a experiência completa de um gestor e desenvolver um trabalho tão minucioso e rico em detalhes foi de fato uma experiência profundamente desafiadora. Nesse sentido, compreender as particularidades do SUS, as dificuldades que existem na comunicação entre os setores público e privado e as consequências geradas no atendimento às gestantes nos proporcionou a oportunidade de ampliar nossa visão a respeito da importância de uma gestão

eficiente e bem estruturada. Além disso, as atividades construídas ao longo do semestre e as considerações realizadas pelos orientadores contribuíram para o desenvolvimento pessoal da equipe.

Portanto, ao concluir este trabalho fica explícito a necessidade de informar as gestantes sobre os serviços de saúde oferecidos além de frisar o funcionamento da referência e da contrarreferência entre os setores, já que a não efetuação do pré-natal de forma apropriada pode causar complicações durante a gestação.

9 REFERÊNCIAS

ALVES, M. L. D. F. et al. Revista Médica de Minas Gerais. **Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais - Brasil**. Diamantina, v. 25, p. 469-475, 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Pré-natal: Manual Técnico**. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº569, DE 1º DE JUNHO DE 2020**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 14 de julho de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 14 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha – Apresentação**. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/rede-cegonha-apresentacao/>. Acesso em: 14 jul. 2020

GUERREIRO, Eryjosy Marculino; RODRIGUES, Dafne Paiva; NÁJORI, Maria Adelaide Moura Da Silveira; LUCENA, Bárbara Ferreira. **O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros**, Belo Horizonte, v. 16, n.3, p. 315-322, dez./2005. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v16n3a02.pdf>. Acesso em: 8 jun.2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde: Entrevistas qualitativas. 3. ed. Porto Alegre - RS: ARTMED, 2009. p. 23-31.

PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO. **Importância do pré-natal**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal>. Acesso em: 2 jun. 2020.

ROSA, C. Q. D; SILVEIRA, D. S. D; COSTA, J. S. D. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em municípios de grande porte. **Revista Saúde Pública**. Pelotas, RS, Brasil, v. 48, n. 6, p. 977-984, jul./2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0977.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.

SERRA, Carlos Gonçalves; Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa de Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3579-3586, dez./2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020

SILVA, Maria Zeneide Nunes; ANDRADE, Andréa Batista; BPSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.105, p. 805-816, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

Termos de referência / Gilson Caleman ... [et al.]. 1. ed., 1 reimpr. -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

TOMASI, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais**. Cadernos de Saúde Pública, Brasil, v. 33, n. 3, p. 1- 11, abr./2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

PLANO DE INTERVENÇÃO DAS ATIVIDADES E DISCUSSÕES DE APRENDIZAGEM RELATIVAS À EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI - MG

INTERVENTION PLAN OF ACTIVITIES AND LEARNING DISCUSSIONS RELATED TO THE PERMANENT EDUCATION OF THE FAMILY HEALTH TEAM IN THE MUNICIPALITY OF ARAGUARI - MG

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

João Pedro Martins Teixeira Lima

Marcela Romano de Mendonça Ribeiro

Paulo Guilherme A. Gonzaga

Maria Eduarda R. Carvalho

Mariana P. Sá

Karen Suellen M. Gonçalves

(266)

Resumo

Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS), compreendida como uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde, pressupõe a integração entre ensino, serviço, gestão e controle social em prol da humanização e melhoria da qualidade do cuidado na atenção primária. **Objetivo:** Desenvolver a capacitação efetiva vinculada a educação permanente, planejar um sistema nos moldes da UBS, organizar de maneira sistemática o tempo para a realização das atividades e descrever como a educação permanente auxilia no desenvolvimento profissional. **Metodologia:** Utilizamos a metodologia da problematização – MP, inspirada no Arco de Charles Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (2001). Além disso, utilizamos a metodologia do Hospital Sírio Libanês com as ferramentas e instrumentos que estão nas oficinas de trabalho do projeto aplicativo. **Resultados esperados:** Desenvolver a aplicabilidade dos protocolos de educação permanente, qualificando profissionais e trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas. Obter uma participação mínima de 50% da equipe, melhorar atendimento e a capacitação dos profissionais e efetivação do Apoio Matricial com o apoio da Coordenação Básica da Secretaria de Saúde. **Considerações:** Tendo em vista que a proposta de realizar o processo de educação permanente em saúde é uma estratégia que possibilita transformações

das práticas na UBSF em questão. Os profissionais têm a oportunidade de refletir sobre a importância da educação permanente, além de avaliar a necessidade de mudanças a fim de melhorar o atendimento e aumentar a qualidade da capacitação dos envolvidos.

Palavras-chave: Atenção primária, educação continuada

Abstract

Introduction: The Permanent Health Education (PHE), comprehended as a political-pedagogical strategy take as object the problems and the needs of health work process, presupposes the integration between education, service, management and social control in favor of humanization and primary attention care quality improvement. **Objective:** Develop effective training linked to permanent education, plan a system along the lines of the BHU, systematically organize the time for carrying out the activities and describe how permanent education assists in professional development. **Methodology:** It was used the problematization methodology - PM, inspired by the Charles Maguerez Arc, adapted by Bordenave and Pereira (2001). In addition, we used the methodology of the Syrian Lebanese Hospital with the tools and instruments that are in the workshops of the application project. **Expected results:** Develop the applicability of permanent education protocols, qualifying professionals and health workers for the practice transformation. Get a minimum participation of 50% of the team, improve care and training of professionals and effective Matrix Support with the support of the Basic Coordination of Health Secretariat. **Considerations:** Considering that the proposal to carry out the process of permanent health education is a strategy that enables practice transformations in the BFHU in question. Professionals have the opportunity to reflect on the importance of permanente education, in addition to assessing the need for changes in order to improve care and increase the quality of the training of those involved.

Keywords: Primary Health Care, Education, continuing

1 INTRODUÇÃO

O Brasil institucionalizou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que se trata de política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2004 e cujas diretrizes para a implementação foram publicadas no ano de 2007. A condução da PNEPS está ancorada nos marcos teóricos e metodológicos da Educação Permanente em Saúde (EPS), compreendida como uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde. Pressupõe a integração entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, objetivando transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em prol da humanização e melhoria do acesso e da qualidade do cuidado prestado à população (SILVA, 2020).

A PNEP tem como princípio a gestão democrática e participativa, constituindo-se em uma estratégia profícua de aperfeiçoamento do processo educativo. Nas ações educativas concernentes à EPS, o principal diferenciador está na inserção do protagonismo dos trabalhadores, usuários e controle social. (SILVA *et al.*, 2017).

A expressão ‘educação permanente’ foi cunhada pela primeira vez na Europa em meados dos anos 1960, bem como empregada em artigos publicados pela Comissão Europeia e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (ROBERTSON, 2009). Na década seguinte, Lampert (2005), definiu educação permanente como:

Um processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva que se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função assumirá, qualquer que seja a situação em que encontramos qualquer que seja a etapa de existência que estejamos vivendo.

Educação permanente em saúde é um processo que considera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos (BARCELLOS *et al.*, 2020). As ações de educação continuada, portanto, caracterizam-se pela formação pontual com o objetivo de responder às lacunas na atuação técnica dos profissionais.

O apoio matricial possibilita o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, bem como o acesso a outras informações, à construção de novas estratégias de intervenção, à responsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar (BISPO JUNIOR, 2017).

Portanto, desenvolver a capacitação efetiva vinculada a educação permanente, planejar um sistema nos moldes da UBS em que serão realizadas as práticas, organizar de maneira sistemática o tempo para a realização das atividades e descrever como a educação permanente auxilia no desenvolvimento profissional é de suma importância, pois é capaz de possibilitar que os profissionais reflitam suas práticas e condutas, apreendam o processo de trabalho no qual estão inseridos, analisem novas estratégias de intervenção e, ademais, possam fazer com que superem as dificuldades individuais e coletivas no trabalho.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

A EPS baseia-se em uma prática significativa às necessidades do serviço e na possibilidade de transformar a atuação dos trabalhadores da saúde. Ademais, é um processo que considera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos e melhoria da ABS (BRASIL, 2014). E de acordo

com Ceccim (2004), a EPS é um processo permeado por relações que permitem a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação.

O tema estudado é de suma importância devido ao fato de que quando há ações de Educação Permanente voltadas à Equipe de Saúde da Família (ESF), nota-se um aumento da qualidade dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde, visto que o modo de desenvolvimento dessa forma de educação utiliza dos problemas encontrados no cotidiano de trabalho da equipe e contribui para o aprimoramento dos serviços, favorecendo não somente a equipe profissional, mas principalmente os usuários dos serviços de saúde.

Destarte, o presente Projeto Aplicativo objetiva ressaltar a relevância do tema abordado e contribuir com uma maior capacitação desses profissionais com a formação de um conhecimento teórico-prático baseado nas vulnerabilidades da comunidade local e do ambiente de trabalho, potencializando o elo entre os usuários e a equipe através de uma atenção integralizada.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A estruturação, a organização dos serviços, o contínuo desenvolvimento e valorização dos trabalhadores da saúde na atenção básica, representam um dos maiores desafios à implantação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), razão da importância do trabalho desses profissionais na implementação das políticas de saúde e na geração de mudanças do modelo assistencial. Os modelos de gestão da atenção básica com viés de parcelar e fragmentar precisam transcender para um padrão que valorize as condições de trabalho, a gestão de pessoas, a utilização de tecnologias, o trabalho integrativo pela equipe multiprofissional, a ênfase no planejamento e, principalmente, implantação de programas de educação permanente. A gestão, na atenção básica, precisa considerar as relações de trabalho, situação em que a participação dos sujeitos seja fundamental para a efetividade dos serviços. (SILVA, 2017)

Desde a criação do Sistema Único de Saúde no país é possível evidenciar profundas mudanças no acesso e no atendimento em saúde, mas ainda não é o suficiente. Para que novas mudanças ocorram, também são necessárias alterações significativas na formação e no desenvolvimento dos profissionais dessa área. Pois um dos pilares que sustenta o SUS é a formação dos profissionais que trabalham no sistema. (FIGUEREDO, RC de et al, 2014)

Enseja-se que a implantação da EPS esteja consignada com os princípios do SUS, comprometida com a resolução dos problemas encontrados no processo de trabalho e nas

especificidades reais nos serviços de saúde. Como já descrito, a EPS está vinculada ao desenvolvimento de propostas educativas que (re)signifiquem o processo de trabalho, situação em que o cotidiano de trabalho se constitui em fonte de conhecimento, permitindo-se estabelecer reflexões e problematizar a realidade dos serviços de saúde. (SILVA, 2017)

As propostas educativas, congruentes a EPS, portanto, são concebidas e desenvolvidas a partir das necessidades evidenciadas no processo de trabalho e na utilização de diferentes preceitos educativos, em especial, a aprendizagem significativa. (SILVA, 2017)

De acordo com a PNEPS, a aprendizagem significativa é um dos preceitos educativos difundidos, razão que propõe ao educando um papel mais ativo no processo educativo e de valoração das experiências prévias.

A EPS necessita ser entendida pelos gestores como parte integrante da gestão do trabalho em saúde, tem como base as práticas institucionalizadas de saúde e sua implementação tem como referência os problemas cotidianos das equipes de saúde, que procuram gerar mudanças nas práticas, na organização, nas relações e no processo de trabalho. (SILVA, 2017)

Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde propõe a integração dos processos educativos de profissionais da saúde às experiências cotidianas dos serviços, para isso se faz necessário uma mudança das estratégias pedagógicas ao tomar as práticas de trabalho como fonte de conhecimento, compreendendo a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos capazes de construir o conhecimento e desenvolver ações alternativas para solucionar problemas, e o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho (FIGUEREDO, RC de et al, 2014).

A EPS pode contribuir para mudanças na gestão em saúde, transformando o espaço de trabalho, mediante atuações críticas, reflexivas, socialmente comprometidas e tecnicamente competentes. As mudanças na gestão do trabalho na atenção básica, em especial a partir do processo de trabalho, portanto, coadunam-se com a proposta da EPS. É estratégica, portanto, para gestores, trabalhadores e usuários, a implantação e o desenvolvimento da educação permanente. Ademais, a qualificação da atenção aos usuários dos serviços de saúde encontra guarida no contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento dos trabalhadores. A implantação e efetividade das atividades educativas requerem a participação dos trabalhadores, gestores, docentes e discentes, com um olhar especial do controle social. (SILVA, 2017)

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm

demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde. (BRASIL, 2018)

A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema nacional de saúde. (BRASIL, 2018)

Fundamentada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, a proposta da Educação Permanente em Saúde vem sendo construída com base nas noções de aprendizagem significativa e de problematização apresentadas e discutidas pelo autor, constituindo-se, assim, em processos educativos cuja finalidade é promover a transformação das práticas de saúde e educação nos serviços de saúde (FIGUEREDO, RC de et al, 2014).

Também conhecida como educação no trabalho em saúde, a educação na saúde apresenta duas modalidades: a educação continuada e a EPS (BRASIL, 2018).

A educação continuada contempla as atividades que possui período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação (BRASIL, 2018).

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2018). Nesse contexto, a EPS – como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local – precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde. (BRASIL, 2018).

Nessa concepção político-ideológica, cuja condução se operacionaliza no âmbito de locorregiões de saúde, convoca os sujeitos do quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A ação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta (SARRETA, 2009). A educação permanente é, nessa abrangência, uma estratégia político pedagógica e parte do pressuposto da aprendizagem

significativa, a aprendizagem que produz sentido para o sujeito. A aprendizagem significativa faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem (BERTUSSI, 2004).

O grande diferencial da proposta é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação ativa (SARRETA, 2009).

Para que ocorra a efetivação da compreensão conceitual da EPS no campo da saúde, e mais especificamente na atenção primária, torna-se necessário, primeiramente, seu reconhecimento e legitimação como movimento e política educativa pelos trabalhadores da saúde no cenário de suas práticas (FERREIRA, 2019). Ao verificar as estratégias utilizadas para efetivação da PNEPS na APS, Fuzissaki, Clapis e Bastos (2014), identificaram o desenvolvimento das seguintes iniciativas: uso de tecnologias inovadoras, como a internet; a educação a distância e o Telessaúde. Assim, também foi observado no estudo sobre a etapa da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, segundo os profissionais das Equipes de Saúde da Família, revelou que o Telessaúde foi a atividade de EPS mais realizada por eles no ambiente de trabalho, seguido dos cursos presenciais, troca de experiências, atividades de educação a distância, tutoria, e Rede Universitária de Telemedicina (FERREIRA, 2019).

Para Schweickardt et al.(2015), as práticas de EPS devem estar embasadas no uso de metodologias ativas para construção do conhecimento, e não no repasse de informações, em que o educando não é aquele que escuta e decora, mas aquele que constrói para si o saber que foi emitido nos debates. Corroborando o pensamento de Ceccim (2005), a EPS consiste na atualização diária das práticas pelos profissionais de saúde de acordo com a aprendizagem significativa e por meio da utilização de metodologias ativas e de avanços científicos e tecnológicos.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

O nosso processo metodológico é fruto de movimentos baseados na realidade vivenciada na UBSF Bosque. Utilizamos a metodologia da problematização – MP, inspirada no Arco de Charles Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (2001). Nessa metodologia, adentramos na realidade da UBSF em estudo, por meio de uma visita técnica e anotamos os problemas presentes evidenciados no questionário aplicado a gestora e equipe da unidade. Após a

observação, utilizamos a metodologia do Hospital Sírio Libanês com as ferramentas e instrumentos que estão nas oficinas de trabalho do projeto aplicativo.

OFICINAS DE TRABALHO PROJETO APLICATIVO: 1º SEMESTRE DE 2020

OTPA 1: Enumeração de problemas

Durante a realização desta oficina, houve a reunião em sala com o intuito de destrinchar os problemas identificados nas entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde do Bosque. As adversidades encontradas pelos alunos envolvem inúmeras questões, como insuficiência de recursos humanos, estrutura física inadequada, logística inadequada, vínculo frágil UBSF/paciente e ausência de educação permanente.

Após esse primeiro momento de reflexão e debates entre o grupo, foi orientado pela docente que cada um dos cinco componentes do grupo colocasse os problemas encontrados em tarjetas e, posteriormente, fixasse as tarjetas na parede. Em uma ocasião subsequente, foi instruído que os alunos organizassem essas tarjetas conforme a semelhança entre os problemas.

Por fim, a partir dos microproblemas encontrados pelos alunos, foi possível analisar e chegar aos macroproblemas que lhe deram origem, a fim de se estabelecer uma relação lógica entre os problemas semelhantes e de origens convergentes. Logo após esse processo, foi pedido para que elaborassem possíveis intervenções que solucionassem ou amenizassem tais mazelas encontradas.

OTPA 2: Elaboração da matriz decisória dos problemas

No decorrer da elaboração da segunda oficina, foi realizada a identificação dos problemas elencados na aula anterior, selecionado aqueles passíveis de atuação e conseqüentemente eliminado o restante. Assim, os problemas elencados foram:

- Insuficiência de recursos humanos;
- Estrutura física inadequada;
- Logística inadequada;
- Vínculo frágil UBSF/paciente;
- Ausência de educação permanente;

Em seguida, classificaram-se os três em: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. Assim, foi atribuída individualmente uma nota de + a +++++, sendo +++++ o mais relevante. Sendo que magnitude diz respeito ao tamanho do problema e pode ser avaliada em relação ao número de pessoas atingidas ou acometidas pelo problema; transcendência é relativo à importância política, técnica e cultural atribuída pelo(s) ator(es) aos problemas

listados; já vulnerabilidade reflete a existência de conhecimento e recursos materiais para o enfrentamento dos problemas e a factibilidade é a capacidade de intervenção no problema; capacidade política, técnica e gerencial para a execução das ações para o enfrentamento do problema.

Depois, foram somadas as pontuações atribuídas por todos em cada critério. “Vínculo frágil UBSF/paciente” recebeu a maior pontuação, com 151 pontos (48 em magnitude, 48 em transcendência, 28 em vulnerabilidade e 27 em factibilidade), o segundo com maior votação foi “Ausência de educação permanente”, com 119 pontos (26 em magnitude, 27 em transcendência, 33 em vulnerabilidade e 35 em factibilidade), por isso foram os temas elencados.

OTPA 3: Construção da matriz decisória dos atores sociais

Foi realizado, com a finalidade de construção de planilhas para a fácil visualização e compreensão de gestores, um encontro. Em sequência, diante de uma discussão entre os membros do grupo G3 acerca da realização de atividades durante a construção do projeto, os atores envolvidos, a relevância e viabilidade, os prazos e custos e os indicadores. A partir do plano de intervenção foi realizado um encontro para deliberação acerca das ações e das atividades necessárias para a solução dos problemas elencados. Em sequência foi possível a elaboração da Matriz de Ação. Para a elaboração dessa matriz foi necessário voltar aos seguintes problemas apontados na Matriz Decisória: Insuficiência de recursos humanos, inadequação da estrutura física, logística inadequada, vínculo frágil entre UBSF e paciente e ausência de educação permanente. A partir dos problemas mencionados foi feita uma análise acerca da viabilidade da aplicação de uma ação e foi escolhida a questão da ausência de educação permanente como base para a Matriz Motivacional dos Atores Sociais. Foram elencados os seguintes atores sociais: Pacientes, equipe de saúde da família, coordenação da atenção básica, acadêmicos do IMEPAC e secretários de saúde. Esses atores foram avaliados de acordo com seu valor e interesse, tendo avaliação de médio à alto valor e todos tiveram interesse positivo, com exceção dos secretários de saúde que tiveram seu interesse avaliado como neutro pelo grupo.

OTPA 4: Construção da árvore explicativa

Foi construído, com auxílio da orientadora, a árvore explicativa, em que se evidenciaram a causa, os descritores e as consequências do problema da falta de grupos operativos na UBSF Bosque de Araguari.

OTPA 5: Elaboração da fundamentação teórica

Durante o início do terceiro período de medicina nós, alunos de medicina da turma 28 pertencentes ao subgrupo G3, fomos apresentados ao o Arco de Charles Maguerez, um método que consiste em 5 etapas: observação da realidade social e concreta, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. A partir desse método, da leitura de artigos discutidos em aula e das visitas de campo realizadas para observar a realidade social e concreta, nas quais foi realizado um questionário com gestores da UBSF Bosque, foi possível dar início ao processo de construção da fundamentação teórica. Esse processo foi construído gradualmente após uma análise dos problemas apresentados, estudos de artigos e apresentações para a docente.

OTPA 6: Elaboração dos slides para apresentação oficial do Projeto Aplicativo parcial

Usando a plataforma do Google Meet, o grupo desenvolveu duas reuniões para a elaboração dos slides para a apresentar, foram usados os conhecimentos adquiridos durante o projeto.

OFICINAS DE TRABALHO PROJETO APLICATIVO: 2º SEMESTRE DE 2020

OTPA 7: Construção da planilha plano de ação – PES

No encontro síncrono do dia 21 de setembro, iniciou-se a construção da planilha de ação – PES com a orientação da professora e com base no Termo de Referência 5.

Além disso, deu-se início a organização da parte escrita do plano de intervenção deste projeto.

OTPA 8: Construção da planilha 5W3H

A construção da planilha 5W3H foi iniciada após a orientação enviada pela professora na aula síncrona do dia 28 de setembro de 2020. E também foi utilizado o Termo de Referência 5.

OTPA 9: Construção das planilhas de viabilidade

Com base no Termo de Referência 6 e nas orientações da professora, no dia 19 de outubro de 2020, foi elaborado as planilhas de matriz de análise de motivação dos atores sociais, de matriz de análise de estratégias de viabilidade e de resultados esperados.

E no encontro síncrono do dia 26 de outubro de 2020, a professora realizou a conferência do material construído, bem como a orientação de modificações quando necessárias.

OTPA 10: construção das planilhas de gestão do plano

Na aula síncrona do dia 26 de outubro de 2020, foi desenvolvido com base no Termo de Referência 7 as planilhas de matriz de gestão do plano, de cronograma e de orçamento. Após a finalização da confecção a professora realizou a revisão do material e proferiu o seu feedback.

OTPA 11: Elaboração e reajustes finais da parte escrita do Projeto Aplicativo

Na aula síncrona do dia 16 de novembro de 2020, foi feito os reajustes finais no trabalho escrito com a ajuda da professora. Fizemos o fechamento do trabalho e logo em seguida foi mandado para o e-mail institucional da professora para revisão e feedback da mesma.

OTPA 12: Elaboração dos slides para apresentação final do Projeto Aplicativo

Dispusemos duas aulas remotas via Google Meet para a elaboração da apresentação. Juntamente com a orientadora, iniciou-se a construção do Slide para a nossa apresentação do Projeto Aplicativo e, para isso, usamos boa parte do que foi abordado durante a construção da parte teórica do projeto como embasamento, porém, procuramos elencar os principais pontos em forma de imagens e gráficos para poder auxiliar no momento da apresentação, bem como instigar o interesse dos ouvintes para o tema.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Retrata-se a seguir a enumeração de nós críticos dentro do macroproblema. O Nó crítico é a uma causa de destaque no projeto aplicativo, podendo ser considerado um marco principal, ou seja, aquela que, se atacada, resolve o problema ou tende a diminuí-lo.

Para chegar ao nó crítico, olha-se as causas e delimita-se aquelas que estavam em nossa governabilidade, ou seja, sob as quais podia-se atuar. Deve-se analisar juntamente com os nós críticos os atores e todos os envolvidos em determinado problema, a fim de enumerar aquelas que estão na nossa governabilidade.

Foram elencados os nós críticos: Inaplicabilidade dos protocolos de educação permanente; Exiguidade de fiscalização pela secretaria de saúde; Carência de Apoio Matricial. Nesse sentido, é de extrema relevância que esses pontos sofram algum tipo de modificação, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ofertado na UBSF.

Nó crítico 1: Inaplicabilidade dos protocolos de educação permanente.

A escolha desse nó crítico pode ser atribuída a inaplicabilidade dos protocolos de educação permanente na UBSF, os quais qualificam os profissionais e trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas atendendo aos princípios fundamentais do SUS, além de melhorar todo o processo de construção e manutenção do tratamento dos pacientes.

Resultado esperado: Obter um alcance de participação da equipe de pelo menos 50%, além de melhorar atendimento e a capacitação dos profissionais e desenvolver a aplicabilidade dos protocolos de educação permanente, qualificando profissionais e trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas.

Ações e atividades propostas:

1. Dinâmicas de grupo utilizando como ferramentas documentários, rodas de conversa, filmes, relatos que abordem questões sobre os temas da educação permanente.

Na inaplicabilidade dos protocolos de educação permanente, pensamos em resolver a problemática através de reuniões ou palestras para que haja um debate acerca da aplicação dos protocolos de educação permanente na UBSF em estudo. Para a aplicação dessa proposta de intervenção, precisaríamos de um responsável, que, no caso, seria a gestora enfermeira e de parceiros como a equipe de saúde da UBSF local e os acadêmicos de medicina do IMEPAC.

Levando em conta o que foi citado, necessitaríamos de recursos como um profissional ou acadêmico capacitado para realizar as reuniões/palestras, negociação com os gestores locais e coffee break. Porém, podemos nos deparar com algum empecilho, que seria a resistência por parte da equipe de saúde da UBSF local.

Por fim, o resultado esperado após a aplicação dessa proposta, seria o desenvolvimento da aplicabilidade dos protocolos de educação permanente, qualificando profissionais e trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas atendendo aos princípios fundamentais do SUS.

A inaplicabilidade dos protocolos de educação permanente, pensamos em promover reuniões e palestras para que haja um debate sobre a aplicação dos protocolos de educação permanente na UBSF local, fazendo a utilização de metodologias ativas e dinâmicas em grupo. Essa proposta seria desenvolvida pela gestora enfermeira na unidade de saúde em estudo, no período de janeiro de 2021 até dezembro de 2021.

A promoção desse projeto teria o viés de desenvolver a aplicabilidade dos protocolos de educação permanente qualificando profissionais e trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas, atendendo aos princípios fundamentais do SUS.

Na matriz de análise de motivação dos atores sociais, de acordo com o plano de ação do nó crítico 1, os atores escolhidos seriam a gestora enfermeira, a equipe de saúde da UBSF local e os acadêmicos do curso de medicina do IMEPAC.

A gestora enfermeira seria a coordenadora do projeto, sendo atribuído a ela um alto valor de interesse. A equipe de saúde da UBSF local seria participante, com um valor médio de interesse na aplicação do projeto. Por fim, os colaboradores seriam os acadêmicos de medicina do IMEPAC, sendo atribuído um alto valor de interesse por parte deles.

Nó crítico 2: Exiguidade de fiscalização pela secretaria de saúde.

A determinação desse nó crítico pode ser designada devido a não fiscalização constante a respeito da aplicação de educação permanente na UBSF em estudo, as quais poderiam ser feitas por meio de atas que constariam os temas trabalhados, outra maneira seria visitas técnicas da Secretaria de Saúde para averiguar como está ocorrendo esse processo.

Resultado esperado: Alcançar 50% de participação, melhorar atendimento e a capacitação dos profissionais e fiscalizar constantemente a respeito da aplicação de educação permanente na UBSF em estudo por meio de atas que devem constar o tema trabalhado e as visitas técnicas da Secretaria de Saúde para verificação do programa.

Ações e atividades propostas:

1. Mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio institucional para a realização da educação permanente. Construção de Atas a respeito dos temas trabalhados.

A fiscalização é uma importante ferramenta que, de certa forma, ajuda a promover os planos de educação permanente, porém a sua falta faz com que essa atividade seja negligenciada por parte da equipe, a qual deixa de agregar conhecimento que seria extremamente importante na prática de saúde.

Buscar meios para que essa fiscalização possa ser executada de alguma forma, com o objetivo de cumprir as atividades de educação permanente e, assim, promover o enriquecimento técnico científico de toda a equipe integrante da UBSF. Além disso, o que é proposto pode ser realizado de maneira simples e não requer recursos extremos, o que favorece ainda mais a sua aplicação.

Destarte, esperamos conseguir uma participação de 50% que aos poucos pensamos que irá aumentar, visto que os benefícios das atividades ficarão nítidos, dessa forma conquistando todo o apoio da equipe, isso em um período de 12 meses.

Exiguidade de Fiscalização pela Secretaria de Saúde, do macroproblema escolhido, ficou decidido fazer uma mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio institucional para a realização da educação permanente, além da construção de atas a respeito dos temas trabalhados. Pensamos ser necessário fazer essas duas ações tendo em vista uma fiscalização constante a respeito da aplicação da educação permanente na UBSF em estudo, por meio de atas que irão conter o tema abordado e as visitas técnicas da Secretaria de Saúde.

Tendo em vista o modo de fazer, pensamos que a Coordenação da Atenção Básica e a Gestora Enfermeira da UBSF local deveriam fazer essa mesa redonda e as atas, dentro do prazo de janeiro a dezembro de 2021, na própria unidade de saúde, estabelecendo datas previamente marcadas para que ocorram as mesas redondas, colhendo as assinaturas dos participantes dessas reuniões. Decidimos que o custo seria baixo, pois os gastos seriam apenas com um coffee break, tendo 50% de participação, pelo menos no início dessa ação, podendo aumentar com o passar do tempo.

Nó crítico 3: Carência de Apoio Matricial

A escolha desse nó expõe a precária assistência prestada, além da necessidade de efetivação do Apoio Matricial com o apoio da Coordenação Básica da Secretaria de Saúde, pois a integração e a comunicação constante entre esses setores são a garantia de elaboração e execução dos planos em os campos da saúde na Atenção Básica.

Resultado esperado: Obter uma participação mínima de 50% da equipe, melhorar atendimento e a capacitação dos profissionais e efetivação do Apoio Matricial com o apoio da Coordenação Básica da Secretaria de Saúde.

Ações e atividades propostas:

1. Mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio matricial da equipe multiprofissional contemplando a UBSF local.

A carência de apoio matricial para a execução da educação permanente é um fato que diminui muito as chances de qualquer equipe realizar essa atividade, pois sem o devido amparo o tempo que seria destinado para a execução dessa proposta acaba sendo desviado para outro foco que pareça ser mais importante naquele momento.

Nesse contexto, o nó crítico mostra esse problema e propõe maneiras de melhorá-lo, pois é algo que pode ter um grande impacto positivo na UBSF, visto que aproximará a gestora enfermeira ainda mais da equipe de saúde local e da Secretaria de Saúde, isso fará com que ambos estejam abertos para mais debates e assim possam discutir melhor como seguirá todo o processo. Ademais, os recursos necessários são extremamente possíveis de serem alcançados e os prazos para que isso se estabeleça é hábil, tornando as possibilidades de concretização maiores.

Portanto, acreditamos que esse ponto é de grande relevância e merece atenção, por isso propomos essas maneiras de trabalhar o problema e conseguirmos resultados positivos nesse processo.

Carência de Apoio Matricial, do macroproblema escolhido, ficou decidido fazer uma mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio matricial da equipe multiprofissional contemplando a UBSF local. Foi-se necessário escolher essa ação para ter uma efetivação do Apoio Matricial com o apoio da Coordenação Básica da Secretaria de Saúde.

Tendo em vista a ação proposta, escolhemos a Gestora Enfermeira para ser a responsável por ela, dentro do prazo de janeiro a dezembro de 2021, sendo realizada na Secretaria de Saúde, estipulando encontros regulares com o objetivo de alinhar as necessidades da unidade em estudo e o apoio matricial. O custo dessa ação é baixo, pois o gasto será apenas com coffee break, igual ao nó crítico 2, com 50% de participação no início da ação, podendo aumentar com o passar do tempo.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A gestão do plano e viabilidade consiste em estratégias que visam contribuir para a ampliação da capacidade de melhorar as intervenções na realidade, considerando o contexto e o plano de ação elaborado pelos participantes da Atividade Curricular “Projeto Aplicativo”. Além disso, favorece o desenvolvimento e o monitoramento do pensamento estratégico por meio da busca de recursos e da construção de alternativas que tornem as intervenções possíveis. Para isso, tem-se a estruturação de tabelas as quais englobam a matriz de análise de motivação dos atores sociais, a matriz de análise de estratégias de viabilidade e os resultados esperados. De maneira análoga, a gestão do plano e viabilidade favorece o desenvolvimento do raciocínio estratégico como parte da concretização do plano de ação. Trata-se do momento

tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita. Nessa etapa ocorre a condução do plano, seu monitoramento, a identificação das dificuldades e as correções necessárias a serem efetivadas nas operações propostas. Ademais, vale ressaltar que não basta ter um plano de ação bem formulado e com todos os recursos necessários disponíveis; é fundamental, também, construir um sistema de gestão que:

- (i) coordene e acompanhe a execução das ações;
- (ii) promova a comunicação e integração dos envolvidos;
- (iii) faça as correções de rumo necessárias; e
- (iv) garanta que ele seja efetivamente implementado.

Desse modo, foi necessário elaborar planilhas ao longo das aulas, para melhor gestão do plano e viabilidade que são descritas a baixo.

A primeira matriz foi de realização do detalhamento das planilhas que descrevem sobre a análise de motivação dos atores sociais, em que consta os atores e suas ações dentro do projeto, como no nó crítico 1, em que a gestora enfermeira da UBSF Bosque irá promover reuniões e palestras para debater acerca da aplicação dos protocolos de educação permanente e os alunos responsáveis pelo projeto irão contribuir para o desenvolvimento dessas reuniões, contribuindo assim para melhorar a intervenção e por fim ter uma melhor adesão por parte da gestora e sua equipe.

No nó crítico 2, definiu-se que, a Coordenação da Atenção Básica em conjunto com a gestora da UBSF local deve desenvolver uma mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio institucional para a realização da educação permanente e atuar na construção de Atas a respeito dos temas trabalhados. E o nó crítico 3, a gestora da UBSF local em parceria com a enfermeira, devem organizar uma mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio matricial da equipe multiprofissional contemplando a UBSF local.

A segunda Matriz foi de análise das estratégias de viabilidade, em que se consta os recursos que o projeto precisará, tanto os que já tem e os que faltam, os conflitos, e estratégias para aumentar a viabilidade. Dessa maneira, foi constatado que a uma proposta de utilização de dinâmicas de grupo utilizando ferramentas como mesa redonda, documentários, rodas de conversa, filmes, relatos que abordem questões sobre os temas da Educação Permanente, promovendo diferentes propostas para aumentar a resolução dos problemas e concretização dos planos de ação.

A terceira Matriz foi de resultados esperados e seus impactos, em que foi promovido pelo grupo a planilha que demonstra ações, recursos financeiros, recursos humanos, responsáveis

envolvidos, tecnologia, volume de serviços, modalidade de serviços, áreas de suporte, cuidado ao paciente, infraestrutura, governança. Nessa ótica, tudo fica mais explicado e de fácil entendimento, para que aumente a resolução de problemas, para uma melhor compreensão do proposto pelo grupo e para maior adesão do projeto.

Portanto, nota-se que o somatório de todas as análises de viabilidade possibilita verificar se os meios táticos e estratégicos definidos estão adequados e se a precedência ou mesmo alguma ação deve ser modificada, proporcionando então a melhorias nas intervenções e suas viabilidades. Dessa forma, torna-se possível estruturar um plano de ação plausível, o qual permite realizar intervenções que realmente contribuam para a amenização dos problemas inicialmente identificados.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

O monitoramento no plano de ação objetiva o acompanhamento da realização das atividades e das ações de intervenção, as quais foram pensadas para a promoção de mudanças no problema escolhido inicialmente “Ausência de educação permanente da equipe de saúde da família em estudo”. Através do monitoramento é possível modificar o plano de ação de acordo com a obtenção de resultados e de mudanças contextuais, aprimorando o processo de desenvolvimento do projeto aplicativo.

Inicialmente, realizou-se a classificação das ações, de acordo com a gestão do plano, conforme a viabilidade, o impacto e o comando. Em seguida foi estabelecida uma ordem para as ações, sendo a do nó crítico 1 “Inaplicabilidade dos protocolos de educação permanente”, a promoção de reuniões e palestras e debates acerca da aplicação do protocolo de educação permanente. Esta ação conta com viabilidade e impacto altos e contará com o comando de atores externos e internos articulados e foi planejada dessa forma com o objetivo de promover uma qualificação dos profissionais e trabalhadores da área de saúde de modo a atender aos princípios fundamentais do SUS.

O segundo nó crítico “Exiguidade de fiscalização pela secretaria de saúde” tem como ação a promoção de uma mesa redonda com o objetivo de padronizar o apoio institucional para a realização da educação permanente e construir Atas acerca do tema trabalhado. Esta teve sua viabilidade e impacto classificados como alto e comando definido por atores externos e internos articulados. O terceiro e último nó crítico “Carência de Apoio Matricial” conta com a realização de uma mesa redonda objetivando a padronização do apoio matricial da equipe

multiprofissional contemplando a UBSF local, viabilidade e impacto altos e comando por gerentes e atores internos.

Durante o projeto, foi realizada a construção de um cronograma de acompanhamento da implementação das ações. Sendo a dos três nós críticos entre janeiro de 2021 e dezembro de 2021.

Foi estruturada uma Planilha Orçamentária das Ações/Atividades que demandam recursos econômicos. Os três nós críticos tiveram uma demanda de duzentos reais no total e contarão com uma parceria com a coordenação IMEPAC. Portanto, o monitoramento do plano de ação permitiu o domínio de importantes dispositivos e ferramentas que apoiam o desenvolvimento do pensamento estratégico, viabilizando uma intervenção na realidade.

8 CONSIDERAÇÕES

Consideramos que este trabalho proporcionou muitos reflexos positivos para todos os alunos envolvidos, tendo em vista que a proposta de realizar o processo de educação permanente em saúde é uma estratégia que possibilita transformações das práticas na UBSF em questão. Os profissionais têm a oportunidade de refletir sobre a importância da educação permanente, além de avaliar a necessidade de mudanças a fim de melhorar o atendimento e aumentar a qualidade da capacitação dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, a concretização deste projeto aplicativo esteve em consonância com a referida premissa, uma vez que por meio das visitas de campo, foi possível aprofundar o conhecimento acerca da realidade local, tendo como referência a metodologia da problematização, baseada no Arco de Charles Maguerez. Assim, instituiu-se a possibilidade de proceder a uma análise das principais fragilidades, com posterior priorização dos problemas, o que permitiu compreender de modo mais detalhado o quanto importante é a Educação e Gestão em Saúde.

A observação da realidade possibilitou constatar a influência do déficit de educação permanente. Essa constatação suscitou nos pesquisadores a compreensão de que o processo está relacionado com estratégia político pedagógica e parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a aprendizagem que produz sentido para o sujeito, com isso, os profissionais da saúde se beneficiariam com a efetividade da educação permanente na UBSF local. Ademais, esse movimento de reflexão contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento do pensamento estratégico e do aprimoramento da análise situacional, de modo que houve a elaboração de um plano de ação plausível para a modificação da situação problemática e para a produção de resultados satisfatórios em benefício da população local.

Além disso, vale ressaltar que o processo de construção deste projeto aplicativo teve como respaldo orientações fornecidas pelos facilitadores do Centro Universitário IMEPAC, os quais estão imersos no ensino de graduação estruturado em diversas metodologias ativas. Em decorrência desse contexto e apesar das aulas serem ministradas de forma remota, através da plataforma google meet, devido a pandemia de COVID-19, houve a possibilidade de promover a proatividade por parte dos discentes envolvidos, tendo em vista que esses foram colocados como protagonistas das atividades. Ademais, essa dinâmica atestou a importância das dinâmicas em grupo e do compromisso coletivo, assim como corroborou para formação de opinião crítica sobre o cenário prático e para o desenvolvimento de planos de intervenção, contribuindo para a formação de futuros profissionais com a noção da necessidade de elaborar soluções condizentes para diferentes problemáticas.

Em razão disso, a elaboração deste documento além de consistir em uma ferramenta para viabilizar a efetivação da educação permanente das equipes de saúde da família da Unidade Básica de Saúde e a melhora da capacitação dos profissionais também representa um instrumento que reforça a importância da Atenção Primária à Saúde, a qual se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito coletivo e individual.

9 REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educación continua en salud: prácticas desarrolladas en los municipios del estado de Goiás, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

BERTUSSI, Débora. Caminhos para a educação permanente. **Brasília, DF: Ministério da Saúde**, 2004.

BISPO, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 161-168, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

FERREIRA, Lorena et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019.

FIGUEREDO, RC de et al. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. **Araguaína: Rev Científica ITPAC**, v. 7, n. 4, 2014.

FUZISSAKI, M. A.; CLAPIS, M. J.; BASTOS, M. A. R. Consolidação da política nacional de educação permanente: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, p. 1011-1020, 2014.

LAMPERT, Ernâni. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe Permanent education: Limits and possibilites in the Latin American and Caribbean Context. **Revista Linhas**, v. 6, n. 1, 2005.

ROBERTSON, Susan L. O processo de Bolonha da Europa torna-se global: modelo, mercado, mobilidade, força intelectual ou estratégia para construção do Estado?. **Revista brasileira de educação**, v. 14, n. 42, p. 407-422, 2009.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora Unesp, 2009

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar et al. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. 2015.

SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190840, 2020.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

PLANO DE INTERVENÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O ENFOQUE EM TRANSTORNOS MENTAIS DO IDOSO NA UBSF EM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI-MG

INTERVENTION PLAN IN HEALTH EDUCATION WITH A FOCUS ON MENTAL DISORDERS IN THE ELDERLY AT BASIC FAMILY HEALTH UNIT UNDER A STUDY IN THE MUNICIPALITY OF ARAGUARI-MG

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

Matheus Dornelas

Ana Otávia Sousa Silva

Lara Pereira Carrijo

Bárbara Sthepany Teixeira e Silva

Bianca Veloso Vidal de Oliveira

(267)

Resumo

Hoje a formação dos profissionais da Atenção Básica ainda é bastante limitada às ações curativas, não sendo muito pautado, assim como deveria ser, na promoção da saúde na perspectiva de um envelhecimento saudável e ativo. Nesse contexto, os problemas mentais na população idosa se tornam cada vez mais banalizados. Esse trabalho visa elaborar um plano de intervenção para implementação de um grupo de educação em saúde para os idosos com a temática Transtornos Mentais. A construção do Projeto Aplicativo foi baseada na metodologia do Arco de Maguerez que é composto por 5 fases: observação da realidade, pontos chave, teorização, hipótese de solução e aplicação da realidade. A construção desse Projeto Aplicativo, busca fazer a análise da realidade, através das visitas feitas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), do bairro Maria Eugênia, no município de Araguari-MG.

Palavras-chave: Envelhecimento; Problemas mentais; Idosos; Educação.

Abstract

Today, the training of Primary Care professionals is still quite limited to curative actions, not being very guided, as it should be, in health promotion from the perspective of healthy and active aging. In this context, mental problems in the elderly population become increasingly commonplace. This work aims to develop an intervention plan for the implementation of a health education group for the elderly with the theme Mental Disorders. The construction of the Application Project was based on the methodology of Arco de Maguerez, which is composed of 5 phases: observation of reality, key points, theorization, hypothesis of solution and application of reality. The construction of this Application Project seeks to analyze the reality, through visitings in Basic Family Health Unit (UBSF), in the Maria Eugenia neighborhood, in Araguari-MG.

Keywords: Aging; Mental problems; Elderly; Education.

1 INTRODUÇÃO

O município de Araguari está localizado no interior do estado de Minas Gerais, ao norte do Triângulo Mineiro, possui cerca de 109.801 habitantes (IBGE, 2019). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família corresponde a 64,72%, e a da Atenção Primária, a 22,85%, perfazendo o total de cobertura da Atenção Primária de 87,67 (e-Gestor AB, 2020). Nesse contexto, tem-se um total de 23 equipes de saúde da família distribuídas em 13 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e em 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 na zona urbana e 2 na zona rural.

Além disso, a cidade oferece serviços específicos no âmbito da saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS- AD). Além disso, a Atenção Secundária possui 5 Ambulatórios de Especialidades, o Centro de Atendimento Especializado (CAE), o Centro Oncológico do Triângulo Mineiro (COT), a Policlínica Dr. Oabi Gebrim, O Centro Ambulatorial Dr. Romes Nader que é vinculado ao IMEPAC- Centro Universitário e o Centro de Especialidades de Apoio e Atenção Materno Infantil (CEAAMI). Há, também, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 1 Unidade de Pronto Atendimento tipo II (UPA). No contexto da Atenção Terciária, têm-se o Hospital Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Santo Antônio e o Hospital São Sebastião, sendo o primeiro público e os demais particulares. Em relação aos serviços farmacêuticos, a cidade conta com a Farmácia Municipal, a Policlínica e, com algumas UBS e UBSF para a distribuição de medicamentos.

Contextualização da temática em estudo:

Ter a possibilidade de passar pelo processo de envelhecimento é algo relativamente novo no Brasil. Ao se fazer uma breve busca pela história, percebe-se que foi de 1940 para cá, com a melhora nas condições de saúde e grande desenvolvimento da medicina que os brasileiros puderam viver por mais anos e se tornarem idosos. A expectativa de vida no Brasil, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), é de 76,3 anos. Isso significou um aumento de três meses e quatro dias em relação ao ano anterior. Mas afinal, o que é ser idoso?

Para Ávila, Guerra & Meneses (2007), o processo de envelhecimento faz parte de um conjunto de mudanças associadas ao passar da vida, uma fase, bem como a infância e a adolescência, essas mudanças são encaradas de forma individual e ímpar, a depender do estilo de vida, de fatores genéticos ou de fatores ambientais de cada ser humano. De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), é considerada idosa a pessoa com mais de 60 anos. Saindo desse espectro de definições, a unanimidade é que todo indivíduo que está passando por essa fase tem direito a cuidados, tanto familiares quanto de políticas públicas específicas, pois se trata de um cidadão brasileiro que doou muito para o país, como sua força de trabalho, adquiriu sabedoria, criou uma família e agora precisa de qualidade de vida para o correr dos anos.

Para Neri e Freire (2000), o processo do envelhecer pode ser associado à deterioração do corpo, bem como uma certa inutilidade social. O sentimento de rejeição, de declínio está, para esses autores, ligado ao ciclo de doença, de dependência e a fatalidade da morte. Essa visão de envelhecimento como algo deplorável, em parte, deve-se ao desenvolvimento do capitalismo, que transformou o corpo humano em um instrumento de produção. Adoecer nesse contexto equivale deixar de produzir, o que significa vergonha da inatividade, que deve ser oculta do mundo social (PITTA, 1999). Quando o indivíduo tem esse tipo de concepção, seu processo será duro, e a probabilidade de desenvolver doenças mentais, como a depressão e a ansiedade crescem.

Sobre esses problemas levantados, bem como a carência de profissionais capazes de dar suporte às pessoas idosas, vale destacar o importante papel da educação permanente em saúde. Seria essa uma grande estratégia para melhorar a qualidade dos idosos no Brasil, incentivar a população idosa a não relutar em cuidar da saúde. Logo, para que a assistência aos idosos melhore, é fundamental uma articulação efetiva entre A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o (NASF). Hoje a formação dos profissionais da Atenção Básica ainda é bastante limitada às ações curativas, não sendo muito pautado, assim como deveria ser, na promoção da saúde na perspectiva de um envelhecimento saudável e ativo (NOGUEIRA, I.; BALDISSERA, V., 2018).

Estima-se que até um terço da população idosa mundial apresenta algum transtorno mental. Desses transtornos, os mais comuns em idosos são a depressão e a demência. Estudos apontam que idosos são mais incapazes de perceber a presença de transtornos mentais e procurar ajuda, logo, cabe a família e os serviços de saúde primária identificarem sinais de transtornos mentais nos idosos e iniciarem cuidados especiais e tratamento (CLEMENTE et al, 2011). As causas podem variar, no caso de transtornos depressivos, identifica-se principalmente a falta de cuidados adequados, doença incapacitante e dolorosa, morte de familiares, antecedentes de quadros depressivos, entre outros. Sobre os sintomas, os profissionais de saúde e familiares devem ficar atentos a: fadiga matutina; retardo psicomotor; redução da afetividade; nervosismo; ansiedade; alteração do ciclo sono-vigília; alteração do apetite; falta de interesse nas coisas que antes lhe agradavam; etilismo de início recente; entre outros (Brasil, 2006).

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA ET AL., 2011).

O tratamento de transtornos mentais em idosos, em especial a depressão, tem como objetivo aumentar a qualidade de vida e promover a reabilitação psicossocial desses indivíduos. Tem como intuito, também, evitar a ocorrência de suicídios e melhorar a capacidade funcional. Esse tratamento, em geral, faz-se com acompanhamento individual com psicoterapia, farmacoterapia, também em grupos de apoio e atendimento a toda a família (Brasil, 2006).

Portanto, no Brasil, infelizmente, a educação em saúde não parece estar fluindo de forma eficiente. Segundo o World Health Organization (2005), quanto melhor a superação de adversidades pelo indivíduo, melhor será a adaptação às mudanças próprias do processo de envelhecimento. Assim, é preciso que haja toda uma preparação, durante a vida, para se ajustar de forma adequada às possibilidades de vida após os 60 anos. A Educação Permanente na Atenção Básica tem um grande papel nessa preparação. Nesse projeto, o objetivo principal é abordar, de forma concisa, questões voltadas para a adequação da Educação em Saúde, com enfoque na saúde mental do idoso, a partir de um plano de intervenção na UBSF Maria Eugênia de Araguari-MG.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994), é definida como qualidade de vida a percepção do indivíduo sobre o seu espaço na vida, cultura e dos valores os quais ele convive. Diante desses aspectos citados, entende-se o quanto é importante que as pessoas, sobretudo os idosos, estejam e se sintam bem biopsicossocialmente, garantindo assim, qualidade de vida. Dito isso, entra-se na pauta da Educação em Saúde, a qual reúne experiências individuais e informações, a fim de tornarem as pessoas mais ativas no seu contexto de saúde, englobando, inclusive, a comunidade em que pertencem, no intuito de garantir uma saúde adequada.

Nesse contexto, foi feita uma avaliação em uma UBSF do bairro Maria Eugênia do município de Araguari-MG, acerca da saúde dos idosos e foi observado que há uma educação em saúde ineficaz, principalmente

no que diz respeito a ausência de educação permanente destinada à saúde mental do idoso. Esse ponto é de suma importância para ser discutido, uma vez que o processo de envelhecimento induz várias mudanças no indivíduo, os quais se não acompanhados devidamente e não fazer com que seja um envelhecimento ativo, esses idosos se tornarão mais dependentes, vulneráveis e extremamente resistentes ao envelhecimento.

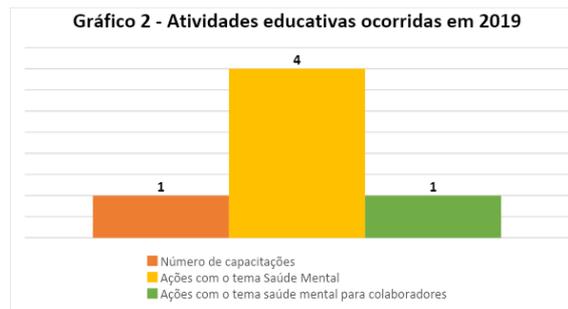
Conforme os dados coletados na UBSF Maria Eugênia, o total de idosos registrados é de 422, sendo as faixas etárias mais numerosas de 60 a 64 anos, com 119 idosos e a de 65 a 69 anos, com 120 idosos respectivamente. Desse total de idosos cadastrados, 61 possuem transtornos mentais. Além disso, é importante mencionar que em 2019 ocorreu apenas uma capacitação em saúde mental da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Diante disso, esse projeto é relevante pois visa promover uma educação em saúde do idoso eficaz nessa UBSF, sobretudo no âmbito da saúde mental dos idosos, pois é um tema difícil de ser abordado por eles, pois não possuem consciência da importância de falar sobre e, também, são números que estão em constante crescimento no Brasil e, conseqüentemente, no bairro Maria Eugênia. Dessa maneira, a educação em saúde é de grande importância, visto que segundo Torres, Hortale e Schall (2003), ações de cunho educativo podem fazer com que os indivíduos se tornem aptos a adquirir comportamentos que visam a promoção da saúde, a qualidade de vida e por fim, a prevenção de patologias. Somado a isso, no contexto da população idosa, a qual necessita de uma atenção maior, possui destaque sobretudo, no intuito de manter a capacidade funcional dos idosos e torná-los mais abertos ao acompanhamento e à adesão na atenção primária.

Portanto, esse projeto é pertinente, porque visa um preparo aos estudantes da área da saúde, para terem esse olhar de como uma educação em saúde eficiente promove um bem estar maior na vida do paciente e os tornam independentes e participantes do seu processo de saúde e doença. Além disso, esse trabalho, direciona a qualificação e o treinamento constante da Equipe de Saúde da Família (ESF's) no que tange a Educação em Saúde, para que ela seja constante e permanente, pois é crucial que os profissionais saibam cada vez mais que esse processo é em conjunto com os pacientes geriátricos, não apenas dizendo o que fazer e sim como fazer, com todo o apoio e suporte necessário e, desse modo, propiciar uma ampla contemplação do campo da saúde mental que, certamente, refletirá na saúde física e social do ser humano. Afinal, certamente, essas ações ampliam e providenciam a plena capacidade funcional dos idosos e a prevenção de agravamentos decorrentes da idade, fato esse que garante uma vida saudável.



Fonte: os autores



Fonte: os autores

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Determinantes da saúde do idoso:

O envelhecimento deve ser compreendido como uma etapa comum da vida que traz consigo algumas mudanças sofridas pelo organismo, consideradas normais para esta fase. Logo, como cita o autor Messy (1999, p.18), “se envelhece conforme se vive” (MADRUGA, 2016).

De acordo com Ramos (2003), o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) já não se mostra adequado para descrever a saúde do idoso, porque a ausência de doenças é privilégio de poucos e o completo bem-estar pode ser alcançado por muitos, independentemente da presença ou ausência de enfermidades (PEREIRA; et. al, 2009).

Tendo em vista os gastos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade do tratamento, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazo, despontam também a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde adaptarem-se para atender essa demanda, em nível primário, secundário e/ou terciário. (MARTINS; et.al, 2008).

Com base nos conceitos de saúde, podemos determinar duas vertentes do processo de envelhecimento, são elas: a senescência e a senilidade. A senescência abrange todas as mudanças que ocorrem no organismo humano no decorrer do tempo e que não configuram doenças. Sob o olhar da geriatria, a senilidade é definida como as condições que acometem o indivíduo no decorrer da vida devido a mecanismos fisiopatológicos. São alterações que podem comprometer a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas, mas não são comuns a todas elas em uma mesma faixa etária (CIOSAK; et.al, 2011). Deve-se ressaltar que o objetivo principal do sistema de saúde deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade, pelo maior tempo possível e gozando ao máximo sua independência (RAMOS, 2003).

3.2 Saúde mental do idoso

As circunstâncias sociais vivenciadas na rotina do idoso, no Brasil, associadas às suas fraquezas psicofísicas resultadas do processo de envelhecimento, propiciam uma condição de saúde em que o desempenho psicológico pode ser comprometido. Tendo em vista as mudanças neurológicas leves, que se apresentam em consequência de causas fisiológicas do processo de envelhecimento, até as síndromes do Alzheimer, Parkinson, casos de depressão e casos de abusos devido a violência ou negligência, é compreensível inferir que a população idosa brasileira expressa alta recorrência de transtornos mentais (TAVARES, S.M.G., 2009).

Entre os vários transtornos que acometem idosos, a saúde mental necessita de uma atenção especial. Idosos de todo o mundo têm perdido a sua independência juntamente a autonomia devido a incapacidade gerada por depressão e demência que atinge cerca de 20% dos idosos. Segundo a OMS a prática de exercícios físicos leves e moderados consegue desacelerar a diminuição funcional. Desse

modo, uma vida ativa é capaz de melhorar a saúde mental e ainda colabora com o controle de desordens mentais (BENEDETTI, T.R.B., et al., 2008).

Uma das patologias mais recorrentes que acomete os idosos é a depressão, intensificando a evolução da insuficiência funcional. Trata-se de um distúrbio que necessita de atenção, principalmente quando o primeiro caso acontece na velhice. Além disso, existem situações em que estados depressivos não são identificados e devido a isso não recebem tratamento. Nesses casos, a saúde do idoso fica prejudicada em graus importantes, podendo gerar um crescimento na mortalidade dessa parte da população (ANDRADE, F.B. et al., 2010).

Outro transtorno mental com predomínio na terceira idade é a ansiedade, que tem sintomas como o medo, muita tensão e inconstância emocional. A associação entre ansiedade e depressão nos idosos está ligada à piora no sofrimento físico proveniente de situações clínicas, e ao risco de comprometer a funcionalidade e gerar maior sofrimento psíquico (RABELO, D.F., et al., 2014).

3.3 O envelhecimento saudável:

O envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. É um processo que permanece individual a cada adulto maior, uma vez que sua experiência de envelhecimento saudável pode sempre se tornar mais ou menos positiva. Por exemplo, o envelhecimento saudável de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se elas obterem acesso a cuidados de saúde acessíveis que potencializam a sua capacidade e se essas vivem em um ambiente de apoio (OMS, 2015).

Capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso (Fillenbaum, 1984; Kane & Kane, 1981). Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003).

Para que seja possível envelhecer com saúde tornam-se necessárias ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças que abordam questões essenciais, como a má nutrição, o exercício físico, o consumo de álcool, drogas e tabaco, os riscos ambientais, os acidentes rodoviários e os acidentes domésticos. A melhoria da saúde das crianças, dos adultos em idade ativa e dos idosos contribuirá para o desenvolvimento de uma população saudável e produtiva, e apoiará o envelhecimento com saúde, agora e no futuro. Do mesmo modo, ao promover estilos de vida saudáveis e redução de comportamentos nocivos e prevenção e tratamento de doenças específicas contribuirá ao envelhecimento saudável (FERNANDES, A., et al. 2007).

3.4 Prevenção e promoção de saúde mental para a terceira idade:

A Organização Mundial da Saúde em 2005, propôs “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” em que diz que o governo, a sociedade civil e as organizações internacionais devem implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A PNSPI, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, prevê que há a necessidade de promover ações grupais integradoras com a abordagem de avaliação, tratamento e diagnóstico da saúde mental da pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A cartilha “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” foi publicada no Brasil em 2005. Essa cartilha fala sobre a necessidade de se oferecer serviços de saúde mental amplos para a comunidade à medida que envelhecem (BRASIL, 2005).

O foco da promoção à saúde é no sentimento de solidão, inatividade, inutilidade, falta de projeto de vida e tendência a reviver o passado referente aos fatores psicológicos. Entre os fatores familiares está a perda dos entes queridos, a viuvez durante o primeiro ano, a mudança forçada de domicílio e situações de desamparo, desenvolvimento de competências e recursos para o enfrentamento de vulnerabilidades individuais e ambientais. A prevenção tem como objetivo a diminuição dos riscos de surgimento de problemas ou transtornos, avaliados conforme os níveis de exposição ao risco (FRANÇA, 2014).

Das intervenções nacionais de promoção à saúde mental em idosos se destaca a terapia comunitária (TC) que visa promover evolução e incentivar a melhor adesão ao tratamento e orientações propostas pela equipe de enfermagem e médica, além de buscar estimular a construção de resiliência e empoderamento da população idosa e dos envolvidos (FRANÇA, 2014).

Ademais, é de conhecimento que a transição para a aposentadoria é uma época de mudanças e readaptações no contexto social, familiar e ocupacional, assim a aposentadoria bem-sucedida é um dos fatores determinantes do envelhecimento ativo. Assim, muitas empresas brasileiras desenvolvem um Programa de Preparação para Aposentadoria, sendo uma medida promissora na promoção de qualidade de vida e ajustamento à aposentadoria (BONIFÁCIO, 2019).

Em 2007 o governo lançou o projeto Viaja Mais Melhor Idade- Turismo Acessível, em que buscava promover bem estar físico, mental e social para as pessoas a partir de 60 anos, aposentados e pensionistas. O projeto foi encerrado em 2010 e sua segunda edição ocorreu de 2013 a 2015, em que foram oferecidas mais de 500 ofertas para 95 destinos brasileiros (BRASIL, 2015).

A maioria dessas intervenções aborda em seu conteúdo temas como segurança financeira, saúde, promoção da autoeficácia, fortalecimento dos vínculos familiares e sociais. Portanto, diante do exposto, a prevenção e promoção da saúde principalmente na atenção primária, é de extrema relevância para que haja efetivamente o cuidado com a saúde mental da pessoa idosa.

3.5 Projeto terapêutico singular:

Um plano de tratamento especial (PTS) é um conjunto de recomendações de métodos de tratamento individual, familiar ou em grupo, que se necessário são discutidas pela equipe interdisciplinar e pelo Apoio Matricial. Pode ser usado para tentar contornar a vulnerabilidade dos idosos dispensados pela UBS (Lacerda e Moretti-Pires; 2019).

Uma pesquisa realizada pelos centros de atenção psicossocial (CAPS), mostram que o PTS é uma ferramenta potente no cuidado aos atendidos por esses serviços, podendo proporcionar autonomia e resgate das relações interpessoais no contexto de vida dos indivíduos e seus familiares (NASCIMENTO; 2014).

Nesse sentido, pode ser utilizado como ferramenta no processo de integração entre o NASF e as equipes afins, podendo a equipe de referência manter a coordenação do cuidado mesmo quando houver necessidade de intervenções específicas dos profissionais do NASF (Lacerda e Moretti-Pires; 2019).

O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão (Lacerda e Moretti-Pires; 2019).

O PTS é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade (CAMATTA; et. al, 2020).

3.6 Desmotivação da equipe na UBS:

Alguns empecilhos impactam negativamente no trabalho integrado, tais como: profissionais desinteressados, hierarquia rígida, desigualdade social entre membros da equipe, alta rotatividade dos profissionais dos serviços. Isso faz com que haja dificuldades em relação aos recursos humanos e

também gera menos qualidade no serviço prestado à comunidade, o que indica que a equipe tem feito aquém do que é necessário

para atender o idoso com transtorno mental (PERUZZO; et. al, 2018).

A diretriz do Humaniza SUS preconiza uma ampliação do diálogo e promoção da gestão participativa dos profissionais para melhor qualificação da assistência em saúde. Entretanto, os aspectos econômicos para a assistência em saúde do idoso com problemas mentais, reflete a fragilização desse serviço oferecido inadequadamente por falta de subsídios em prol da educação em saúde dos profissionais na atenção primária (PERUZZO; et. al, 2018).

Por fim, percebe-se que o Apoio Matricial não está sendo oferecido à equipe interdisciplinar de saúde para qualificar as ações oferecidas e ampliar a área de atuação na atenção básica. Ele gera maior empenho dos profissionais de saúde e combate a saturação de encaminhamentos desse perfil de paciente, além de capacitar os membros da equipe no que tange ao atendimento desses pacientes, como também maior resolutividade dos casos mais leves (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

3.7 Baixa conscientização da equipe acerca da relevância do tema:

A maioria da formação dos profissionais de Saúde é centrada na doença. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas em relação à saúde mental é de acabar com os sintomas que os usuários possuem, mas no âmbito da Saúde Mental, muitas vezes isso não acontecerá. Por isso, deve-se saber identificar se os sintomas são as causas do problema ou se esses sintomas são indício de que algo não vai bem. Dessa forma, os profissionais possuem receio em relação ao manejo e dizem não saber conduzir a consulta, por apreensão acerca da piora do quadro (BRASIL, 2013)

As intervenções em saúde mental devem promover formas de qualificar as condições de vida, orientando-se pela promoção de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Dessa forma, na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos profissionais e usuários, em que ambos criam novas estratégias para otimizar juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

4 PROCESSO METODOLÓGICO

A construção do Projeto Aplicativo foi baseada na metodologia do Arco de Maguerez que é composto por 5 fases: observação da realidade, pontos chave, teorização, hipótese de solução e aplicação da realidade. Na primeira fase foi realizada a entrevista com o Gestor e com o Agente Comunitário de Saúde da unidade básica para observação da realidade. Em continuidade foram realizadas as oficinas de trabalho utilizando os instrumentos de gestão em saúde baseados na metodologia do Hospital Sírio Libanês.

4.1 OFICINAS DE TRABALHO PROJETO APLICATIVO: 2º SEMESTRE DE 2020

4.1.1 VISITA TÉCNICA REALIZADA NA UBSF EM ESTUDO CONFORME METODOLOGIA DO ARCO DE MAGUEREZ

Figura 1 - Visita Técnica realizada na UBSF em estudo



Fonte: os autores

OTPA 1: Identificação de problemas

A primeira etapa do Projeto Aplicativo foi realizada durante uma oficina no dia 20 de fevereiro de 2020, em que houve o compartilhamento dos problemas encontrados nas entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Maria Eugênia. Os obstáculos evidenciados pelo grupo envolvem inúmeras vertentes, como educação em saúde ineficiente, gestão inadequada, educação permanente ineficaz, alta vulnerabilidade social, insuficiência na promoção da saúde mental, ineficácia da comunicação das RAS, desmotivação da equipe de saúde, infraestrutura precária e educação sexual ineficiente.

Em segundo lugar, foi orientado pela docente que cada integrante do grupo explicitasse os problemas encontrados anteriormente em cartões, em seguida, foi instruído a organização das tarjetas conforme a paridade entre os problemas.

Por fim, a partir dos micro problemas encontrados pelos alunos, foi possível analisar e chegar aos macroproblemas que lhe deram origem, a fim de se estabelecer uma relação lógica entre os problemas semelhantes e de origens convergentes. Logo após esse processo, foi pedido para que elaborassem possíveis intervenções que solucionassem ou amenizassem tais mazelas encontradas.

Figura 2 - Identificação de problemas



Fonte: os autores

4.1.2 OTPA 2: Elaboração da matriz decisória dos problemas

No decorrer da elaboração da segunda etapa, foi realizada a identificação dos problemas elencados na aula anterior, selecionando aqueles susceptíveis à atuação do grupo, eliminando o restante. Assim, os problemas elencados foram: educação em saúde ineficiente, gestão inadequada, educação permanente

inefcaz, alta vulnerabilidade social, insuficiência na promoção da saúde mental, ineficácia da comunicação das RAS, desmotivação da equipe de saúde, infraestrutura precária e educação sexual ineficiente. Logo em seguida, qualificaram os problemas em:

- **Magnitude:** Diz respeito ao tamanho do problema. Pode ser avaliada em relação ao número de pessoas atingidas ou acometidas pelo problema.
- **Transcendência:** Relativa à importância política, técnica e cultural atribuída pelo(s) ator(es) aos problemas listados.
- **Vulnerabilidade:** Reflete a existência de conhecimento e recursos materiais para o enfrentamento dos problemas.
- **Factibilidade:** Capacidade de intervenção no problema; capacidade política, técnica e gerencial para a execução das ações para o enfrentamento do problema.

Desse modo, foi conferido a cada integrante uma nota em cada categoria, em que foi feito o uso de + a +++++, sendo +++++ o mais relevante.

Por fim, foram somadas as pontuações atribuídas por todos em cada critério, em que o problema com a maior foi o tema elencado para a confecção do projeto.

Figura 3 - Matriz decisória dos problemas

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Factibilidade	Total
Gestão inadequada	29	34	32	17	112
Educação sexual ineficiente	22	21	24	32	99
Estrutura precária	32	35	34	10	111
Desmotivação da equipe de saúde	31	29	22	30	112
Ineficácia na comunicação das RAS	27	32	24	21	104
Alta vulnerabilidade social	26	29	22	19	98

Fonte: os autores

4.1.3 OTPA 3: Matriz decisória dos atores sociais

A construção deste estágio do Projeto Aplicativo foi referente ao mapeamento dos atores sociais que podem atuar no problema evidenciado, sendo orientado pela docente. Os integrantes do grupo discutiram acerca do valor, que é a importância que cada ator confere ao problema, considerando a realidade e consequências aos afetados, sendo avaliado em alto, médio e baixo valor. Além disso, analisou o interesse dos atores em modificar a realidade da população alvo, em que foi medido em positivo, negativo e neutro.

Figura 4 - Matriz decisória dos atores sociais

PROJETO APLICATIVO/ MATRIZ DECISÓRIA DOS ATORES SOCIAIS			
PROBLEMA: EDUCAÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO INEFICAZ			
	ATOR SOCIAL	VALOR	INTERESSE
1	Equipe de saúde da família	Alto	Positivo
2	Família do idoso	Médio	Neutro
3	Idoso	Baixo	Neutro
4	CRAS	Alto	Positivo
5	Coordenação da saúde da família	Alto	Positivo
6	Secretário da saúde	Médio	Neutro
7	Igreja	Baixo	Neutro
8	Conselho Municipal do Idoso	Alto	Positivo
9	Conselho Tutelar	Médio	Positivo
10			

Valor:
Importância que o ator confere a cada problema, considerando o contexto, as implicações e as consequências para as pessoas por ele afetadas.
VALORES ATRIBUÍDOS:
"baixo", "médio" ou "alto".

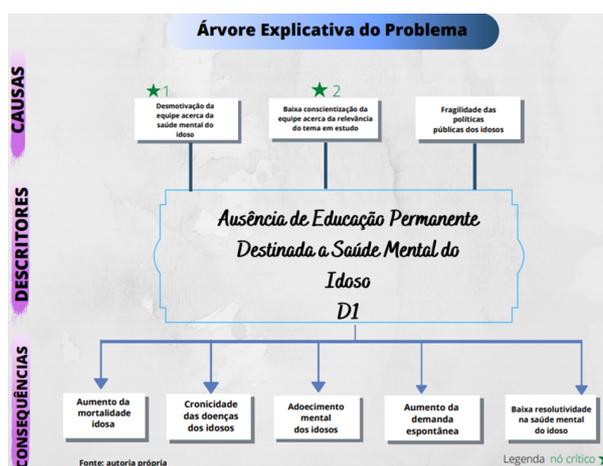
Interesse: é o posicionamento por meio do qual um ator situa-se ante a realidade, que pode ser vista como uma situação a ser superada/ evitada ou como oportunidade para ser aproveitada/assimilada. Expressa-se por meio de três sinais:
negativo (-): quando o ator tem interesse em manter a realidade tal como se encontra ou rechaçar qualquer mudança que pretenda alterá-la;
positivo (+): quando o ator tem interesse em mudar a realidade, transformá-la e
indiferente (neutro): quando o problema não afeta o ator e, por isso, para ele não há nenhuma importância em relação à manutenção ou mudança da situação.

Fonte: os autores

4.1.4 OPA 4: Construção da Árvore Explicativa

A oficina abrangeu a construção da Árvore Explicativa, com o auxílio da orientadora, e esta ferramenta é descrita no anexo 5, e evidencia a causa, os descritores e as consequências do problema do vínculo frágil entre UBSF e pacientes. Em seguida, foi discutido quais seriam os nós críticos, ou seja, as causas passíveis de atuação.

Figura 5 - Árvore explicativa do problema



Fonte: os autores

4.1.5 OPA 5: Elaboração do trabalho escrito do Projeto Aplicativo - 18/06/2020

O encontro do dia 18 de junho, teve como objetivo a Elaboração do trabalho escrito do Projeto aplicativo, em que a orientadora dividiu os integrantes do grupo, para que individualmente ou em duplas ficassem responsáveis por uma etapa específica do projeto, dentre elas: introdução, relevância, desenvolvimento, metodologia e conclusão. Em seguida, foi orientado o estudo em artigos para fornecer embasamento científico para o trabalho.

4.1.6 OPA 6: Elaboração da apresentação do Projeto Aplicativo

No dia 07 de agosto de 2020, realizamos a elaboração dos slides para a apresentação oficial do Projeto Aplicativo parcial que será no dia 20 de agosto de 2020

4.1.7. Construção da planilha plano de ação – PES

No encontro síncrono do dia 25 de setembro, iniciou-se a construção da planilha de ação – PES com a orientação da professora Anicesia Cecilia e com base no Termo de Referência 5. Além disso, deu-se início a organização da parte escrita do plano de intervenção deste projeto.

4.1.8. Construção da planilha 5W3H

A construção da planilha 5W3H foi iniciada após a orientação enviada pela professora Anicesia Cecília por meio de gravação de vídeo, no dia 25 de setembro de 2020. E também foi utilizado o Termo de Referência 5.

Em um encontro síncrono, no dia 02 de outubro de 2020, foi realizada a revisão e apresentação da planilha para a professora Anicesia Cecília, que após a apresentação realizou o feedback do que foi construído.

4.1.9. Construção das planilhas de viabilidade

Com base no Termo de Referência 6 e nas orientações da professora Anicesia Cecília, do dia 09 a 23 de outubro de 2020, foi elaborado as planilhas de matriz de análise de motivação dos atores sociais, de matriz de análise de estratégias de viabilidade e de resultados esperados.

4.1.10. Construção das planilhas de gestão do plano

Na aula síncrona do dia 30 de outubro de 2020, foi desenvolvido com base no Termo de Referência 7 as planilhas de matriz de gestão do plano, de cronograma e de orçamento. Após a finalização da confecção a professora Anicesia Cecília realizou a revisão do material e proferiu o seu feedback.

4.1.11. Elaboração e reajustes da parte escrita do projeto aplicativo

Na aula síncrona do dia 06 de novembro de 2020 elaborou-se as considerações finais.

4.1.12 Elaboração dos slides para apresentação formal do projeto aplicativo

Na aula síncrona do dia 13 de novembro de 2020 foi realizada a construção dos slides para apresentação do trabalho na banca avaliadora.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com o objetivo de solucionar as insuficiências encontradas na análise da UBSF em estudo, foi devolvida propostas para intervenção de acordo com os nós críticos elencados. O bairro Maria Eugênia apresenta um grande número de idosos com distúrbios mentais e isso traz a necessidade das ações propostas.

Nó crítico 1: Insuficiência na promoção de saúde mental do idos

A seleção deste nó crítico pode ser atribuída à grande demanda de pacientes com doenças mentais na UBSF Maria Eugênia, do município de Araguari (MG). Uma vez que se observa que a incidência de casos está relacionada à promoção de saúde mental do idoso insuficiente, não sendo capaz, portanto, de reduzir os casos e de promover o envelhecimento saudável dessa parte da população.

Resultado esperado: Motivar, sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde a respeito da temática, no intuito de melhorar a abordagem e a promoção de saúde.

Ações e Atividades propostas:

1. Oficinas de capacitação:

Propõe-se a realização de oficinas de capacitação com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e os alunos IMEPAC, no intuito de conscientizar a todos sobre a importância do tema em estudo, a fim de ter uma melhor adesão à educação permanente destinada à saúde mental do idoso. Para isso, será necessário recursos tecnológicos como internet, notebooks, datashows para fornecer uma maior acessibilidade dessa ação, assim como áreas de suporte como a sala de reuniões da UBSF, itens esses que exigem recursos de baixo custo. Portanto, isso fornecerá uma maior conscientização da equipe e, conseqüentemente, uma melhor abordagem ao paciente.

Primeiramente iniciaremos com a reunião com os gestores apresentando o Projeto Aplicativo e a Oficina de Capacitação. Em seguida demonstraremos aos gestores como será nosso cronograma com atividades, com três encontros. Serão abordados assuntos que estarão conforme a necessidade do grupo, visto que são troca de saberes. Será realizado na sala de reunião com horário marcado a cada dois meses.

Quadro 1 - PES - Nó crítico 1

PES							
Macroproblema	Insuficiência na promoção de saúde mental do idoso						
NÓ CRÍTICO 1	Desmotivação da equipe						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos

Motivar, sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde à respeito da temática, no intuito de melhorar a abordagem e a promoção de saúde	Oficinas de capacitação	Enfermeiro e médico da ESF	Alunos de Medicina IMEPAC	Integrantes da equipe de saúde	60% de compreensão referente a promoção de saúde mental do idoso	<u>Técnico</u> : profissionais para promoção das oficinas; <u>Político</u> : negociação com a ESF; <u>Econômico</u> : coffee break e impressos; <u>Organizacional</u> : sala de reunião na UBSF local	6 meses
--	-------------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	---	---------

Fonte: os autores

Quadro 2 - Planilha 5W3H: Nó crítico 1

Planilha 5W3H - Nó Crítico 1							
Macroproblema	Insuficiência na promoção de saúde mental do idoso						
Espaço do problema	UBSF Maria Eugênia/ Araguari-MG						
Nó Crítico 1	Desmotivação da equipe						
O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Oficinas de capacitação	Motivar, sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde à respeito da temática, no intuito de melhorar a abordagem e a promoção de saúde	Enfermeiro, médico da ESF e alunos de Medicina IMEPAC	Fevereiro de 2021 a Agosto de 2021	Sala de reunião na UBSF local	Apresentaremos aos gestores nosso Projeto Aplicativo e a proposta de Oficinas de Capacitação. Demonstraremos como será o cronograma de atividades. Abordaremos assuntos conforme a necessidade do grupo. Serão horários agendados a cada dois meses.	Baixo custo	80% de adesão

Fonte: os autores

Nó crítico 2: Baixa conscientização da equipe acerca da relevância do tema em estudo

A designação deste nó crítico está relacionada a influência que ele exerce na UBSF do bairro Maria Eugênia, em Araguari (MG), o que pode ser visto pela incidência de 14,45% nessa população idosa no ano de 2019. Esse valor, é resultante, principalmente, da baixa conscientização da equipe acerca do tema, o que consequentemente reflete na saúde mental dessa população e faz com que esses números cresçam cada vez mais.

Resultado esperado: melhor orientação e conscientização dos profissionais de saúde da equipe a respeito do assunto, no intuito de melhorar a abordagem e a promoção de saúde.

Ações e Atividades Propostas:

1. Oficinas de capacitação:

Propõe-se a realização de oficinas de capacitação com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e os alunos IMEPAC, no intuito de conscientizar a todos sobre a importância do tema em estudo, a fim de ter uma melhor adesão à educação permanente destinada à saúde mental do idoso. Para isso, será necessário recursos tecnológicos como internet, notebooks, datashows para fornecer uma maior acessibilidade dessa ação, assim como áreas de suporte como a sala de reuniões da UBSF, itens esses que exigem

recursos de baixo custo. Portanto, isso fornecerá uma maior conscientização da equipe e, conseqüentemente, uma melhor abordagem ao paciente.

Primeiramente iniciaremos com a reunião com os gestores apresentando o Projeto Aplicativo e a Oficina de Capacitação. Em seguida demonstraremos aos gestores como será nosso cronograma com atividades, com três encontros. Serão abordados assuntos conforme a necessidade do grupo, visto que são troca de saberes. Será realizado na sala de reunião com horário marcado a cada dois meses.

Quadro 3 - PES - Nó crítico 2

NÓ CRÍTICO 2	Baixa conscientização da equipe acerca da relevância do tema em estudo						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Melhor orientação e conscientização dos profissionais de saúde da equipe à respeito do assunto, no intuito de melhorar a abordagem e a promoção de saúde	Oficinas de capacitação	Enfermeiro e médico da ESF	Alunos de Medicina IMEPAC	Integrantes da equipe de saúde	60% de compreensão referente a promoção de saúde mental do idoso	<u>Técnico</u> : profissionais para promoção das oficinas; <u>Político</u> : negociação com a ESF; <u>Econômico</u> : coffee break e impressos; <u>Organizacional</u> : sala de reunião na UBSF local	6 meses

Fonte: os autores

Quadro 4 - Planilha 5W3H: Nó crítico 2

Planilha 5W3H - Nó crítico 2							
Macroproblema	Insuficiência na promoção de saúde mental do idoso						
Espaço do problema	UBSF Maria Eugênia/ Araguari-MG						
Nó Crítico 2	Baixa conscientização da equipe acerca da relevância do tema em estudo						
O que fazer?	Por que fazer?	Quem fazer?	Quando fazer?	Onde fazer?	Como fazer?	Quanto custa?	Qual indicador?
Oficinas de capacitação	Melhor orientação e conscientização dos profissionais de saúde da equipe à respeito do assunto, no intuito de melhorar a abordagem e a promoção de saúde	Enfermeiro, médico da ESF e alunos de Medicina IMEPAC	Fevereiro de 2021 a Agosto de 2021	Sala de reunião na UBSF local	Apresentaremos aos gestores nosso Projeto Aplicativo e a proposta de Oficinas de Capacitação. Demonstraremos como será o cronograma de atividades. Abordaremos assuntos conforme a necessidade do grupo. Serão horários agendados a cada dois meses.	Baixo custo	80% de adesão

Fonte: os autores

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da temática abordada nesse plano de intervenção na educação em saúde com o enfoque em transtornos mentais do idoso e dada a grande relevância desse tema, é preciso analisar as estratégias

que tornarão possíveis as melhorias almejadas na UBSF Maria Eugênia na cidade de Araguari e o conseqüente cumprimento dos planos propostos, visto que esse Projeto tem o propósito de aplicar mudanças à realidade da comunidade.

Nesse sentido, faz-se necessário implementar um sistema de gestão que obedeça aos seguintes itens:

- I) Coordenação e acompanhamento das ações;
- II) Equipe integrada e com uma boa comunicação;
- III) Equipe aberta ao diálogo e possíveis correções quando necessário;
- IV) Garantia de que o plano seja cumprido e executado devidamente.

Nesse cenário, foi necessário e útil a criação de planilhas que auxiliassem na gestão e na viabilidade do plano.

Nessa primeira matriz foi feito o detalhamento das planilhas que descrevem sobre a análise de motivação dos atores sociais, em que consta os atores e suas ações dentro do projeto. Também foi apontado o interesse e os valores que foram atribuídos.

Quadro 5 - Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação: Nó crítico 1 e Nó crítico 2

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 1 e Nó crítico 2				
Atores		Ações		
		Ação 1 Oficinas de capacitação	Interesse*	Valor atribuído**
Ator 1	Enfermeiro	Coordenador	(+)	(a)
Ator 2	Médico da ESF	Coordenador	(+)	(a)
Ator 3	Aluno de Medicina	Palestrante	(+)	(a)

* Interesse: (+) a favor; (-) contra; (0) indiferente
**Valor Atribuído: (a) alto; (m) médio; (b) baixo

Fonte: os autores

Já a segunda matriz tem como intuito a análise das estratégias de viabilidade, em que se consta os recursos que o projeto precisará para a realização das oficinas de capacitação, tanto os que já tem e os que faltam, os conflitos, e estratégias para aumentar a viabilidade.

Quadro 6 - Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Matriz de análise de estratégias de viabilidade						
Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Oficinas de capacitação	Técnico: profissionais para promoção das oficinas; Político: negociação com a ESF; Econômico: coffee break e impressos; Organizacional: sala de reunião na UBSF local	Recursos organizacionais e técnicos	Recursos políticos e econômicos	Não adesão dos gestores locais; indisponibilidade da equipe local (calendário da UBSF, carga horária)	Alta	Reunião com gestores da UBSF e apresentação dos conflitos existentes; Consultar previamente os horários e disponibilidades dos funcionários da UBSF

Fonte: os autores

A terceira Matriz tem como objetivo indicar os resultados esperados e seus impactos, bem como os recursos financeiros, recursos humanos, responsáveis envolvidos, tecnologia, volume de serviços, modalidade de serviços, áreas de suporte, cuidado ao paciente, infraestrutura, governança.

Quadro 7 - Resultados esperados: produção de impacto

Resultados esperados - produção de impacto	
Ações	Oficina de capacitação
Recursos financeiros	Baixo custo
Recursos humanos	Enfermeiro, médico e alunos IMEPAC
Responsáveis envolvidos	Enfermeiro, médico e alunos IMEPAC
Tecnologia	Internet, notebooks, datashows
Volume de serviços	sem
Modalidade de serviços	sem
Área de suporte	T.I do IMEPAC e gestor local
Cuidado ao paciente	Melhor abordagem ao paciente idoso com enfoque na saúde mental
Infraestrutura	UBSF
Governança	Fluxo de comunicação eficaz; fortalecimento da prevenção de doenças e promoção de saúde

Fonte: os autores

Portanto, percebe-se que todas as análises de viabilidade a partir das planilhas irão indicar se as estratégias adotadas são mesmo aplicáveis ou se precisam de alterações para que se tornem eficazes.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

O objetivo central do plano de ação de monitoramento é expandir a capacidade de monitorar o desempenho das atividades e intervenções destinadas a promover mudanças relacionadas às questões prioritárias iniciais “Educação em saúde do idoso ineficaz”. Através deste processo de monitoramento, o plano pode ser ajustado com base nos resultados obtidos e nas mudanças de contexto para se adaptar às dinâmicas situações e melhorar a aplicabilidade do projeto aplicativo.

Para isso, realizou-se a classificação das ações quanto à viabilidade, ao impacto e ao comando, além de estabelecer a ordem das atividades. Em relação ao nó crítico 1 “Desmotivação da equipe”, a primeira ação a ser realizada consiste na Oficina de Capacitação a qual apresenta alta viabilidade, alto impacto e contará com o comando dos alunos do grupo e integrantes da equipe da UBSF Maria Eugênia. Houve essa caracterização, pois a parceria a ser estabelecida com os integrantes da UBSF poderá sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde a respeito da temática, no intuito de melhorar a abordagem e promoção de saúde da população idosa com transtorno mental.

No que diz respeito ao nó crítico 2 “Baixa conscientização da equipe acerca do tema em estudo” tem-se a proposta de realização de oficinas de capacitação, a qual apresenta alta viabilidade em virtude da disponibilidade de horários dos integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF) sendo regida por enfermeiros e médicos da ESF. No entanto, a execução dessa atividade será significativa pelo fato de representar uma possibilidade de aprimorar a utilização das informações sobre as Doenças Relacionadas à Saúde Mental do Idoso, com conseqüente incremento no planejamento estratégico de ações locais pela ESF.

GESTÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO		
NÓS CRÍTICOS	Desmotivação da equipe	Baixa conscientização da equipe acerca da relevância do tema em estudo
AÇÕES/ATIVIDADES	Oficina de capacitação	Oficina de capacitação
VIABILIDADE	Alta	Alta
IMPACTO	Alto	Alta
COMANDO	Enfermeiro, médico e alunos IMEPAC	Enfermeiro, médico e alunos IMEPAC
ORDEM DAS AÇÕES	1º	1º

Fonte: os autores

8 CONSIDERAÇÕES

Através da investigação, é possível promover transformações na realidade, assim conhecendo as inúmeras variáveis vigentes, pode-se obter o embasamento para a realização de eventuais ações e propostas. Dessa maneira, a construção desse Projeto Aplicativo, busca fazer a análise da realidade, através das visitas feitas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), do bairro Maria Eugênia, no município de Araguari-MG. Por intermédio do Arco de Charles Maguerez, foi feita a metodologia da problematização. O Arco de Charles Maguerez inclui os seguintes pontos: observação da realidade, levantamento de pontos-chaves, teorização, elaboração de hipóteses de solução e aplicação na realidade.

Na metodologia da problematização, um problema é entendido como uma questão problemática, que impede que a realidade atual, alcance a realidade ideológica. Nesse caso, que impede que a situação prática de saúde da UBSF em questão, obtenha algum ponto determinado pelo SUS. Assim, com a problematização da realidade e da regionalização, foram observadas divergências ideológicas dos princípios norteadores do SUS e a educação em saúde, principalmente quanto aos transtornos mentais na população idosa.

Logo, com a análise e teorização dos pontos-chaves construiu-se a Árvore Explicativa, a qual através de sua observação é possível compreender as causas, consequências e descritor do tema em estudo: Educação em Saúde do Idoso Ineficaz. A maior expectativa de vida da população reflete diretamente na realidade da UBSF em estudo, visto que ela possui um número elevado de idosos cadastrados. Ademais, tendo o conhecimento sobre a escassez de educação permanente destinada à saúde mental da pessoa idosa, além de haver um número reduzido de trabalhos acadêmicos e artigos, acerca do assunto, foi observada a grande relevância de se abordar esse tema em questão.

Desse modo, foi feito um grande movimento de reflexão e estudo, o qual contribuiu de maneira excepcional para o desenvolvimento do pensamento estratégico e do aprimoramento da análise situacional, com isso foi possível um plano de intervenção plausível para que haja a modificação da situação problema, com o objetivo de se obter resultados satisfatórios em benefício dos habitantes locais.

Além disso, é de grande importância ressaltar que a construção desse projeto aplicativo teve apoio e orientação do Centro Universitário IMEPAC, o qual investiu na integração entre a teoria e a prática, bem como, entre o mundo do trabalho e da aprendizagem, o que lhe permitiu ser um eixo educacional essencial como currículo desse Centro Universitário. Assim, potencializando a elaboração de capacidades para transformação e intervenção na realidade, com o objetivo de propostas potentes, factíveis e viáveis. Outro ponto a ser ressaltado, é que no decorrer da elaboração desse projeto foi possível desenvolver, opinião crítica sobre os diversos cenários práticos, além de contribuir imensamente para a formação de

futuros profissionais da saúde, uma vez que esse PA, possibilitou o desenvolvimento de noções de necessidade para elaborar soluções que sejam adequados para diferentes realidades.

Portanto, os autores desse Projeto Aplicativo, compartilham a ideia sobre a importância de se perpetuar esse recurso educativo nos diversos currículos de ensino que estejam relacionados com a área da saúde, permitindo que o aluno tenha uma formação completa sendo capaz de contribuir para o aprimoramento do contexto em que está inserido.

9 REFERÊNCIAS

ADAMO, C.E.; ESPER, M.T.; BASTOS, G.C.F.C.; SOUSA, I.F.; ALMEIDA, R.J. Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 550-560, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/pt_1981-2256-rbagg-20-04-00545.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

ANDRADE, F.B.; FERREIRA, M.O.; DIAS, M.D.; SILVA, A.O.; COSTA, I.C.C.; LIMA, E.A.R.; MENDES, C.K.T.T. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 129-136, 2010.

ÁVILA, A. H.; GUERRA M.; Meneses M. P. R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. **Pensamento Psicológico**, v. 3, n. 8, p. 7-18, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80130802.pdf>. Acesso em: 10 de ago. de 2020.

BAPTISTA, J.Á.; CAMATTE, M.W.; FILIPPON, P.G.; SCHNEIDER, J.F. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 73, n. 2, p. 1-9, 2020.

BENEDETTI, T.R.B.; BORGES, L.J.; PETROSKI, E.L.; GONÇALVES, L.H.T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista Saúde Pública**, Florianópolis, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BONIFÁCIO, D.P.; COMIN, F.S. Preparação para a aposentadoria: relato de uma intervenção clínica na abordagem da psicologia positiva. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 237-245. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v25n3/v25n3a03.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. **Série Pactos Pela Saúde**, Brasília, v. 1, p. 1-192, 2006. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 19**, Brasília, p. 1-192, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de atenção básica – n.º 34**, Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 9 out. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz *et al.* A Terapia Comunitária como ferramenta de cuidado da pessoa idosa. **Saúde da Pessoa Idosa Boas Práticas**, Princesa Isabel, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 29 set. 2020.

CALEMAN, G. [et al.]. Projeto aplicativo: termos de referência. 1. Ed. São Paulo: **Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**; Ministério da Saúde, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

CARREIRA, L.; BOTELHO, M.R.; MATOS, P.C.B.; TORRES, M.M.; SALCI, M.A. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-601585>. Acesso em: 15 out. 2020.

CIOSAK, S.I.; BRAZ, E.; COSTA, M.F.B.N.A.; NAKANO, N.G.R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R.A.; ROCHA, A.C.A.L. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1763 a 1767, 2011.

CLEMENTE, A.S.; LOYOLA FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de out. de 2020.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, Fortaleza, v. 34, n. 6, p. 666-71, 2000.

DIAS, V.; SILVEIRA, D.; WITT, R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, ed. 2, p. 221 - 227, 2009.

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE. **Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS**, Brasília/DF, p. 1-62, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 30 set. 2020.

Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em 10 de ago. de 2020.

FERNANDES, A.A.; BOTELHO, M.A. Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. **Fórum Sociológico**, p. 1 a 10, 2007.

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FRANÇA, C. L.; MURTA, S.G. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n2/v34n2a05.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 14 ago. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>. Acesso em 12 de ago. de 2020.

LABEGANINI, C.M.G.; NOGUEIRA, I.S.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; JAQUES, A.E.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V.D.A. Percurso cuidativo-educativo diálogo sobre envelhecimento ativo com profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1 – 14. 2020

LACERDA, J.T.; MORETTI-PIRES, R.O. Processo de Trabalho na Atenção Básica. **UNA-SUS**, 2019. Disponível em:
https://unusus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top5_1.html. Acesso em: 9 out. 2020.

LIMA, T.J.V.L.; ARCIERI, R.M.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866 a 877, 2010.

MACIEL, M.E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Revista Cogitare Enfermagem**, Fátima do Sul, v. 14, n. 4, p. 773 - 776, 2009.

MALLMANN, D.G.; GALINDO NETO, N.M.; SOUSA, J.C.; VASCONCELOS, E.M.R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763 - 1772, 2015.

MELO, M.C.; SOUZA, A.L.; LEANDRO, E.L.; MAURICIO, H.A.; SILVA, I.D.; OLIVEIRA, J.M.O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1579 - 1586, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO. 19 DE OUTUBRO DE 2006. **PORTARIA Nº 2.528:** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa., Brasília/DF, 19 out. 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 29 set. 2020.

MURTA, S.G.; ABREU, S.; FRANÇA, C.L.; PEDRALHO, M.; SEIDL, J.; LIRA, N.P.M.; CARVALHEDO, R.K.M.; CONCEIÇÃO, A.C.; GUNTHER, I.A. Preparação para a Aposentadoria: Implantação e Avaliação do Programa Viva Mais! **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-9, 16 out. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v27n1/01.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

NOGUEIRA, I.S.; BALDISSERA, V.D.A. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452018000200211&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 ago. 2020

OMS, **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. [S. l.] 2015. Disponível em:
<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINI.; PRIORE, S.E. Características da saúde do idoso brasileiro. **Revista Médica de Minas Gerais**, Viçosa, v. 19, n. 1, p. 44-50, 2009.

PERUZZO, H.E.; BEGA, A.G.; LOPES, A.P.A.T.; FERNANDEZ, M.C.; HADDAD, L.; PERES, A.M; MARCON, S.S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1 a 9, 2 ago. 2018.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1999.

PORTARIA Nº 399. **Ministério da saúde**, 22 fev. 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 3 jul. 2020.

PROGRAMA Viaja Mais. **Ministério do Turismo**, [S. /], p. 1-3, 27 maio 2015. Disponível em: <http://www.turismo.gov.br/acesso-a-informacao/63-acoes-e-programas/4886-programa-viaja-mais.html>. Acesso em: 29 set. 2020.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Revista Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 138-153, 2014.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (Brasil). Neusa Pivatto Müller *et al.* Guia de Políticas, Programa e Projetos do Governo Federal para a População Idosa: Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. **SDH/PR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, Brasília, p. 1-109, 27 maio 2015. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_poli_ticas_pu_blicas_2015.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 839-847, 2003.

SIQUEIRA, A. B; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004

SOUZA, P. D.; BENEDETTI, T.R.B.; BORGES, L.J.B.; MAZO, G.Z.; GONÇALVES, L.H.T. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232011000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2020

TAVARES, S.M.G. A saúde mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 87-89, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 200

SAÚDE DOS ADOLESCENTES – ATENÇÃO, PROTEÇÃO E CUIDADO

TEENAGER HEALTH – ATTENTION, PROTECTION AND CARE

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

Carolina Rosa Godinho

Camila Késsia Nogueira Silva

Bernardo Gabriel Machado Bernardes

Caroliny Gonzaga Marques

Letícia da Silva Resende

(268)

Resumo

Introdução: O objeto de estudo do trabalho será a Unidade Básica de Saúde da Família São Sebastião e a relação da falta de adesão dos adolescentes, com necessidade de desenvolver um conjunto de ações práticas com grande pluralidade de habilidades, conhecimentos e ações técnico-científicas ofertando atenção ao respectivo grupo. **Objetivos:** Elaborar plano com ações educativas que visam o aumento da adesão dos adolescentes à UBSF em estudo, no município de Araguari-MG. **Metodologia:** Foi utilizada a metodologia da problematização, inspirada no Arco de Charles Magueréz. Concomitantemente, fez-se uso da metodologia presente no Hospital Sítio Libanês, com ferramentas e instrumentos que estão nas oficinas de trabalho realizadas ao longo do projeto. **Resultados esperados:** Desenvolver a aplicabilidade dos protocolos de educação permanente e orientações para o público alvo, qualificando profissionais e trabalhadores da área da saúde para a alcançar avanços e levando informação para a faixa etária selecionada. Obter uma participação mínima de 45% da equipe e 50% dos adolescentes, melhorar atendimento e a capacitação dos profissionais e efetivação do Apoio Matricial com o apoio da Coordenação Básica da Secretaria de Saúde. **Considerações finais:** O projeto alcançou os seus objetivos ao propor intervenções para promover o interesse da população jovem e uma maior adesão dela à Unidade Básica de Saúde da Família, com planos de ações educativas, identificando causas para o desinteresse à adesão, os possíveis atores sociais que contribuem para o objetivo do projeto, e a promoção de uma educação permanente para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Adolescentes; Educação em saúde; Atenção primária à saúde

Abstract

Introduction: The object of study of the work will be the Unidade Básica de Saúde da Família São Sebastião and the lack of adhesion of teenagers to it, with the need to develop a set of practical actions with a great plurality of skills, knowledge and technical-scientific actions, offering attention to the respective group. **Objectives:** To draw up plans with educational actions aimed at increasing teenage adhesion to the Unidades Básicas de Saúde da Família (Basic Family Health Unit) in the municipality of Araguari-MG. **Methodology:** The problematization methodology was used, inspired by Charles Magueréz's Arc. Concomitantly, use was made of the methodology present in the Sítio Libanês, with tools and instruments that are in the workshops held throughout the project. **Expected results:** Develop the applicability of the protocols of permanent education and guidelines for the target audience, qualifying professionals and health workers to achieve advances and taking information to the selected age group. Obtain a minimum participation of 45% of the team and 50% of the teenagers, improve attendance and training of professionals, and effectiveness of the Matricial Support with the support of the Basic Coordination of the Health Department. **Final considerations:** The project achieved its objectives by proposing

interventions to promote the interest of the young population and their greater adhesion to the Basic Family Health Unit, with educational action plans, identifying causes for the lack of interest in adhesion, the possible social actors that contribute to the project's objective, and promoting of permanent education for health professionals.

Keywords: Teenagers; Health Education; Primary Health Care

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o IBGE, a cidade de Araguari-MG tem uma população aproximada de 117.267 habitantes e tem se sobressaído em relação à saúde, tendo cerca de 66,55% da sua população coberta pelos serviços de toda a rede de atenção à saúde, comportando 69 estabelecimentos de saúde pública e privada. (IBGE, 2020)

Conforme o CONASS, a atenção primária do setor público de Araguari cobre 19,4% da população por meio de 23 unidades básicas de saúde da família (UBSF), 5 unidades básicas de saúde (UBS) que realizam atendimentos odontológicos, médicos, distribuem medicação, realizam encaminhamentos e acompanham as necessidades de cada região. O objeto de estudo deste trabalho será a Unidade Básica de Saúde da Família São Sebastião é composta pela equipe 1 e equipe 2 e abrange as áreas dos bairros São Sebastião, Alan Kardec e Vila Olímpia, em uma região com aproximadamente 3000 pacientes cadastrados. (CONASS,2016)

Observando a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, seu artigo terceiro diz: “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que se trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.” (Brasília, 1990)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, entendem por adolescência, o período dos 10 aos 19 anos vividos com importantes e significativas mudanças físicas, mentais, sociais e emocionais que acabam por formar a identidade de cada indivíduo. É também, neste período que ocorre a maturidade física e reprodutiva e, portanto, percebe-se a necessidade de orientação devido à falta de adesão dos adolescentes ao serviço e cuidados de saúde com necessidade de desenvolver um conjunto de ações práticas. (Ministério da Saúde, 2017)

Conforme publicado no Diário Oficial da União, a portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, a atenção básica ofertada na UBSF deve desenvolver um conjunto de ações práticas com grande pluralidade de habilidades, conhecimentos e ações técnico-científicas a fim de ofertar atenção aos seus usuários de forma integrada. Sendo assim, o projeto visa elaborar um plano de ações educativas de identificar as causas do desinteresse dos adolescentes em relação à saúde, elencando os atores sociais que poderão servir de rede de apoio, ao mesmo tempo, motivar as equipes de saúde para intervirem na prevenção e promoção de saúde dos adolescentes, bem como, capacitando-os para lidar com o público em questão, na tentativa de aumentar a adesão dos adolescentes à UBSF São Sebastião (Ministério da Saúde, 2017)

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

O problema levantado para estudo é a baixa adesão dos adolescentes usuários na Unidade Básica de Saúde da Família São Sebastião. Segundo o DATASUS, o município de Araguari apresenta 7.207 adolescentes na faixa etária de 10 - 14 anos de idade e 7.904 adolescentes entre 15 - 19 anos. Destes, 380 adolescentes estão cadastrados na UBSF São Sebastião, dentre estes, 4 gestantes.

Segundo a OMS (2016) (Organização Mundial da Saúde), a estratégia global para a saúde dos adolescentes (2016-2030) é assegurar o direito de alcançar o bem-estar físico, mental e social, para que seja possível evitar que este grupo seja prejudicado por condições como: a intensificação do uso de drogas, gravidez na adolescência, as infecções sexualmente transmissíveis (Ist's), os males psicológicos, os problemas de atraso na imunização, o aumento dos índices de violência, entre outros fatores.

A população brasileira de adolescentes é composta por 16,89%, totalizando um número de 34.157.629, segundo o Ministério da Saúde – 2010. Esse público alvo fez surgir um novo modo de produzir saúde e esse projeto visa eleger pontos de como promover um cuidado em saúde mais efetivo sobre esse grupo que se encontra desassistido, promovendo um maior interesse e, conseqüentemente, uma maior adesão à UBSF, vivificando o princípio da integralidade e promovendo maior efetividade a essa assistência.

Entende-se que essa faixa etária de 10 a 19 anos é o período mais saudável da vida e, portanto, o melhor momento para se investir, de forma longitudinal e de acordo com as necessidades dos usuários através de atendimentos individualizados e em grupos de educação e socialização priorizando o bom desenvolvimento físico, mental, social; o

cumprimento da cobertura vacinal; promover educação sexual, a segurança e a prevenção de problemas sociais como a violência e a gravidez na adolescência.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A adolescência corresponde a uma fase dinâmica do desenvolvimento humano situada entre a infância e a vida adulta que varia, inclusive, com as fontes de referência. Ademais, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência corresponde ao intervalo etário de dez a 19 anos. Por sua vez, o Ministério da Saúde adota esse mesmo parâmetro cronológico, embora o Estatuto da Criança e do Adolescente considera essa fase circunscrita dos 12 aos 18 anos. (FERNANDES, 2020)

A utilização dos adolescentes como público alvo do projeto foi uma escolha baseada na evidente importância de conhecimentos e informações sobre o SUS por esta parcela da população. Uma vez que a educação em saúde possibilita empoderamento, já que, pode servir para reivindicações dos direitos e reflexões acerca dos deveres. Além disso, ações voltadas para a conscientização podem trazer melhorias à saúde dos adolescentes e outros grupos sociais os quais fazem parte do convívio destes, tais como: a família e amigos próximos e também as mídias sociais as quais têm os adolescentes como protagonistas. (DE PAIVA, 2020).

O aspecto que visa a integralidade à saúde do adolescente é algo complexo. De acordo com a lógica de organização das redes de atenção à saúde, a estratégia de saúde da família em conjunto com profissionais capacitados são os atores responsáveis pela produção de uma clínica ampliada e compartilhada. Nesse contexto, o cuidado orientado a partir de territórios específicos e consequente aproximação com a realidade de vida dos adolescentes pode contribuir significativamente em uma melhor adesão dessa faixa etária. (FERNANDES, 2020).

Considerando que a adolescência é uma fase em que há condutas de risco comprometedoras é preciso intervir oportunamente. Embora seja declarado um grupo saudável, é preciso analisar aspectos relevantes, tais como: gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para doenças crônicas. Sendo assim, a atenção à saúde do adolescente exige uma abordagem sistemática de cuidados, especialmente no âmbito dos serviços de atenção primária à saúde (MARTINS, 2019).

Segundo Guimarães (2020, p.2) "O consumo excessivo de álcool tem sido discutido na literatura científica como importante preditor de comportamentos de risco à saúde, como manter relações sexuais desprotegidas, uso de substâncias ilícitas, homicídios e envolvimento em acidentes de trânsito." A adolescência é também a fase em que a saúde sexual e reprodutiva se manifesta com maior evidência. Logo, a negligência do cuidado com questões relacionadas a sexualidade faz com que este grupo seja vulnerável a situações como: gravidez precoce ou infecções de doenças sexualmente transmissíveis, dada a alta tendência de uso não sistemático, incorreto ou a ausência de métodos anticoncepcionais pelos adolescentes (MARTINEZ, 2019)

Uma eventual elevação no número de gestantes pode comprometer ainda a eficácia dos programas de controle e acompanhamento do protocolo pré-natal e puerpério de uma unidade. Esse serviço é delicado e demanda muito empenho dos colaboradores, que visam despertar o interesse da mãe para cuidar de si e do bebê. Sendo assim, faz-se importante controlar os níveis de gravidez na adolescência não só pelos riscos primários para a mãe e a criança, mas também pelos motivos secundários como a possível sobrecarga. (LUZ, 2019)

Na atenção primária, por ser considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, é imprescindível garantir aos usuários maior facilidade de acesso, como menor distância do domicílio aos serviços, maior flexibilidade na marcação de consultas e nos horários de funcionamento, dentre outros. Nesse aspecto o acesso inclui elementos do sistema de saúde, características organizacionais e geográficas de maneira que pode facilitar ou dificultar a entrada dos indivíduos nos serviços de saúde, além de elementos de caráter pessoal, que podem viabilizar a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado (MARTINS, 2020).

Sendo assim, a disposição geográfica, a desinformação sobre os meios de obtenção do cuidado e a ausência de transporte para chegar aos serviços de saúde, somado a fatores de caráter organizacional têm sido algumas das justificativas apontadas em estudos referentes a barreiras de acesso aos serviços de saúde da população adulta e adolescentes. Conforme relatos de adolescentes, outro fator relevante a não adesão aos serviços de saúde diz respeito

a preocupação sobre a confidencialidade, o desconhecimento dos serviços e o desconforto em compartilhar suas preocupações sobre a saúde com os profissionais. (MARTINS, 2020).

Nesse contexto, a possibilidade de um espaço para encontros de trocas intersubjetivas capazes de produzir relações dialógicas e promover redes de cuidado representa fator determinante na construção do vínculo. Neste sentido, é pertinente considerar transformações biológicas e mentais, articuladas a um processo de mudanças. Desse modo, a unidade básica de saúde propicia, o cuidado individualizado ao adolescente e a identificação de necessidades que vão além do clinicamente demandado e definido pela racionalidade, ampliando-as para aspectos que superem a medicalização social. (FERNANDES, 2020).

Para que tal público alvo seja atingido é possível fazer uso de dinâmicas educativas nas escolas empregando atividades por meio de metodologias ativas que facilitem explicar sobre temáticas relevantes como, por exemplo: Mitos e verdades acerca da vacinação, conceitos relativos à estratégia em saúde da família (ESF) bem como o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) (DE PAIVA, 2020).

Assim, a tecnologia também pode ser aliada no processo de aprendizagem, por meio de aplicativos é possível ensinar um pouco sobre os níveis de atenção à saúde, enfatizando quando recorrer a UBS e a unidade de pronto atendimento (UPA). Além disso, podem ser abordadas temáticas cotidianas relacionadas à saúde na adolescência e promover debates para que os adolescentes possam expressar opiniões distintas. Desse modo, é notória a necessidade de projetos que são importantes para a divulgação do SUS e a valorização do seu princípio de participação da comunidade. (DE PAIVA, 2020).

Para Fernandes (2020), os profissionais de saúde possuem uma lacuna no processo de formação quando diz respeito à saúde dos adolescentes, pois, durante a graduação há maior ênfase em tópicos relacionados à infância. Ainda nesse contexto, não há uma grande quantidade de estudos sobre acesso aos serviços de atenção primária à saúde entre adolescentes. Quando existentes a maioria são voltadas para um determinado tipo de cuidado, como gravidez na adolescência, saúde bucal e saúde mental. A necessidade de investigações nesse âmbito, a fim de contribuir com achados que possam agregar ao redirecionamento das práticas assistenciais dos serviços de atenção primária à saúde torna-se indiscutível para que tenha intervenções e políticas voltadas para esse ciclo de vida. (MARTINS, 2020)

Alguns estudos demonstram que os adolescentes mantêm certo distanciamento dos serviços de saúde, especialmente daqueles que prestam cuidados primários. No entanto, as equipes de saúde também apresentam dificuldades para acolhê-los, o que faz com que os jovens busquem na maioria das vezes por alternativas curativas e não de prevenção (MARTINS, 2020).

De acordo com Abreu (apud QUEIROZ MVO, et. al. 2011), é preciso encontrar métodos que atraiam os adolescentes para a atenção básica, assim a educação em saúde poderá ser trabalhada. O que certamente propiciará informações benéficas a esse grupo que está em uma fase de transição, "período esse que compreende uma série de transformações sociais, culturais, emocionais, hormonais, corporais, entre outras, gerando dúvidas e questionamentos". É notória, portanto, a necessidade de investimentos na formação/capacitação dos profissionais como caminho para aperfeiçoar a prática nos serviços da ABS e tornar os serviços ofertados condizentes com os cuidados, às necessidades e aos modos de vida dos adolescentes (FERNANDES, 2020).

4 PROCESSO METODOLÓGICO

O projeto foi idealizado em 2020, a partir de entrevista realizada na UBSF em Araguari, Minas Gerais. A entrevista contou com perguntas para os profissionais de saúde, e a conclusão da entrevista levou o grupo a necessidade de pesquisar sobre a saúde dos adolescentes. A metodologia do projeto é realizada através de oficinas de trabalho do Projeto Aplicativo. Em cada oficina uma parte do projeto é idealizada pelos integrantes do grupo, através de termos de referências do Projeto Aplicativo, do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa.

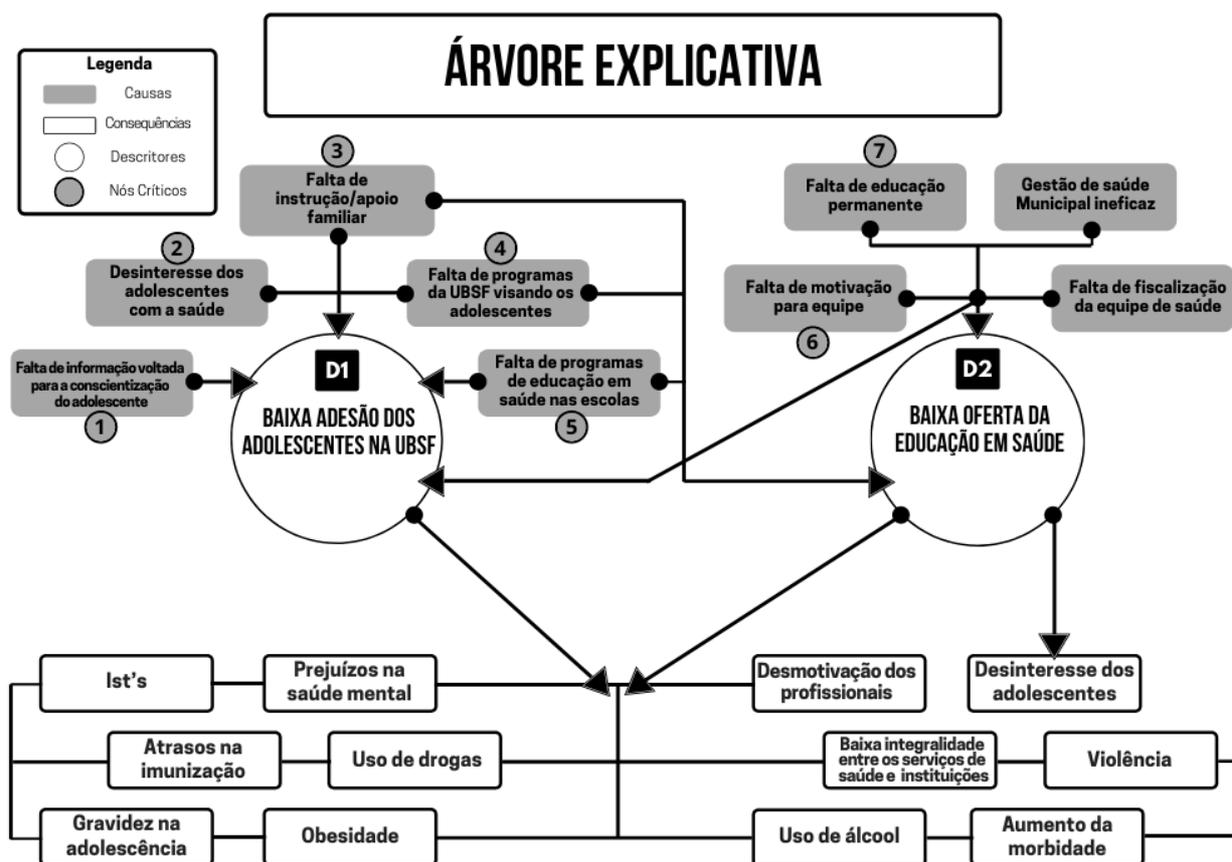
A oficina número 1 identificou os problemas encontrados nas entrevistas realizadas na UBSF de Araguari, e foram agrupados por semelhança, visando encontrar macroproblemas sobre a saúde do adolescente. A identificação de problemas e o objetivo do projeto foram pautados no Arco de Magueréz, que é um processo de problematização,

baseado em 5 etapas: 1) Observação da realidade para reconhecimento do problema; 2) Levantamento dos pontos-chaves relacionados ao problema; 3) Teorização dos pontos-chaves para compreensão do problema; 4) Construção de Hipóteses de solução ao problema e 5) Aplicação à Realidade das hipóteses de solução.

A oficina número 2 e 3 foram realizadas para a confecção da Matriz decisória dos problemas, que foi confeccionada através dos macroproblemas, que leva em consideração magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. Individualmente, fez-se a pontuação para cada um dos macroproblemas, analisando em + (baixo) até ++++ (muito alto).

A Matriz dos atores sociais, também criada nessas oficinas, consiste em elencar alguns atores sociais que podem ser incluídos no projeto, seja como apoiador ou como influenciador direto. Após listar estes atores, foi preciso caracterizar cada um deles em seu nível de valor (baixo, médio ou alto) e interesse (+, neutro ou -), o valor seria a importância de cada ator no macroproblema e o interesse seria o quanto ele estaria interessado em mudar essa realidade.

Na oficina 4 do projeto, foi construída a árvore explicativa do problema, em que foram delineados, em conjunto com todos os membros do grupo e com o apoio da orientadora, os descritores, as causas e as consequências dos macroproblemas. Decidindo também os 7 nós críticos que guiarão o projeto que estão enumerados na Árvore a seguir (imagem 1).



Fonte: Autoria própria

Imagem 1: Árvore explicativa

As oficinas 5, 6, 7 e 8 foram destinadas à elaboração da parte escrita do projeto, com a introdução do tema, os objetivos esperados, a fundamentação teórica em relação à saúde dos adolescentes e também a metodologia.

As oficinas 9, 10, 11, 12 e 13, foram realizadas pelos integrantes com o intuito de criar as ações de intervenção para os problemas levantados, através dos nós críticos. Utilizou-se de planilhas de plano de ação, como a PES, e a 5W3H, que direcionam as ações, o tempo que serão feitas, como serão feitas, quem serão os responsáveis, os parceiros, além de elencar também problemas que podem ocorrer durante todas as atividades.

A oficina 14 foi utilizada para a viabilização do problema, com a matriz de motivação dos atores sociais, onde se atribui o interesse e o valor de cada ator social, nos planos de ações. Além disso, a Matriz de análise de estratégias de viabilidade que tem por objetivo avaliar o ambiente interno e externo a fim de compreender as possibilidades de realização das ações propostas como: recursos necessários, opositores ou conflitos, bem como, permite a elaboração de estratégias que aumentem a viabilidade para a implantação das intervenções sugeridas.

A oficina 15 e 16 incluem a monitorização e a gestão do plano, que analisa o grau de viabilidade, impacto, comando e a ordem das ações. Por fim, as oficinas 17 e 18 incluíram as últimas revisões da parte escrita do Projeto Aplicativo.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Plano Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta utilizada para o enfrentamento dos nós críticos levantados a partir do planejamento de ações, que se norteiam pelo momento atual da unidade de saúde considerando possíveis variações da realidade às quais a instituição pode estar sujeita, e do levantamento de propostas que visualizam alcançar os resultados esperados levando em conta o comportamento dos atores, parceiros e fatores opositores.

Já a Planilha 5W3H tem origem do inglês 5W “What, Who, Why, When, Where” e 3H “How, How much, How measure”. Em formato de perguntas diretas, tem como finalidade direcionar as atividades elencadas nos nós críticos com foco no cumprimento e desenvolvimento das ações. Com relação a essas ferramentas, foram alcançadas as ações necessárias, e o delineamento de cada uma, descritos a seguir. Alguns nós críticos foram agrupados, pois necessitam de um mesmo meio de atuação, com as mesmas ações.

Os nós críticos 1, 2 e 5 tratam da falta de informação voltada para a conscientização dos adolescentes, o desinteresse dos adolescentes com a própria saúde e, a falta de programas em educação em saúde nas escolas, respectivamente. Suas ações serão reuniões de equipe, visita domiciliar, palestras, campanhas e ações em saúde. As atividades propostas vislumbram levar informação de alta qualidade à população com medidas permanentes de conscientização no âmbito escolar. A partir da ferramenta PES definiu-se que fica a cargo do gestor da UBSF/enfermeiro proporcionar meios de realização destas ações por meio da cooperação dos alunos do IMEPAC, dos ACS's, da equipe multiprofissional; do diretor e colaboradores da escola para que se alcance cerca de 50% dos adolescentes, mesmo com a falta de verbas, de profissionais capacitados e da pandemia COVID-19.

Com relação ao obtido na planilha 5W3H, as mesmas ações seriam necessárias para conscientizar os jovens através dos núcleos familiares a fim de evitar problemas e efetivar a adesão dos jovens junto a UBSF. Tais ações serão realizadas nas escolas municipais locais com um médio custo.

O terceiro nó crítico refere-se à intervenção sobre a falta de instrução/apoio familiar, para isso serão realizadas palestras na sala de espera da UBSF, com divulgação da ação na comunidade local e também ações em saúde. De acordo com o preenchimento da PES, as ações são com intuito de conscientizar a família do seu importante papel na vida do adolescente ao dar apoio e instrução, aproximando-o da UBSF a fim de promover um maior autocuidado. Para tanto, fica a cargo do gestor da UBSF/enfermeiro, a promoção de tais ações que se realizarão com o apoio dos ACS's, do psicólogo e dos alunos do IMEPAC. Apesar da falta de adesão do público alvo, da falta de profissionais qualificados, da pandemia e das poucas formas de divulgação, o objetivo é alcançar 45% dos adolescentes e dos seus familiares.

Através da planilha 5W3H, fica notável que com as ações, se obtém maior controle sobre a prevenção de doenças, gravidez e uso de drogas. Com um médio custo, as atividades serão realizadas dentro da UBSF.

Referente aos nós críticos 4,6 e 7 que versam sobre a falta de programas na UBSF visando os adolescentes, desmotivação da equipe e a falta de educação permanente, nota-se a necessidade de elaborar oficinas de capacitação voltadas para a equipe local por meio da educação permanente. As ações propostas, de acordo, com a planilha PES,

pretendem promover um maior acesso e de qualidade aos adolescentes promovidas pelo gestor da UBSF/enfermeiro em parceria com toda a equipe multidisciplinar e alunos do IMEPAC. Almeja alcançar 45% da equipe mesmo com a presença de opositores como: a desmotivação da equipe, dos colaboradores e a pandemia COVID-19.

A partir do elaborado na planilha 5W3H, elegeu-se necessário incentivar as equipes, analisar o contexto social e educacional dos adolescentes e verificar suas necessidades. Essas intervenções ocorrerão na própria UBSF e terão um custo médio para sua efetivação.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

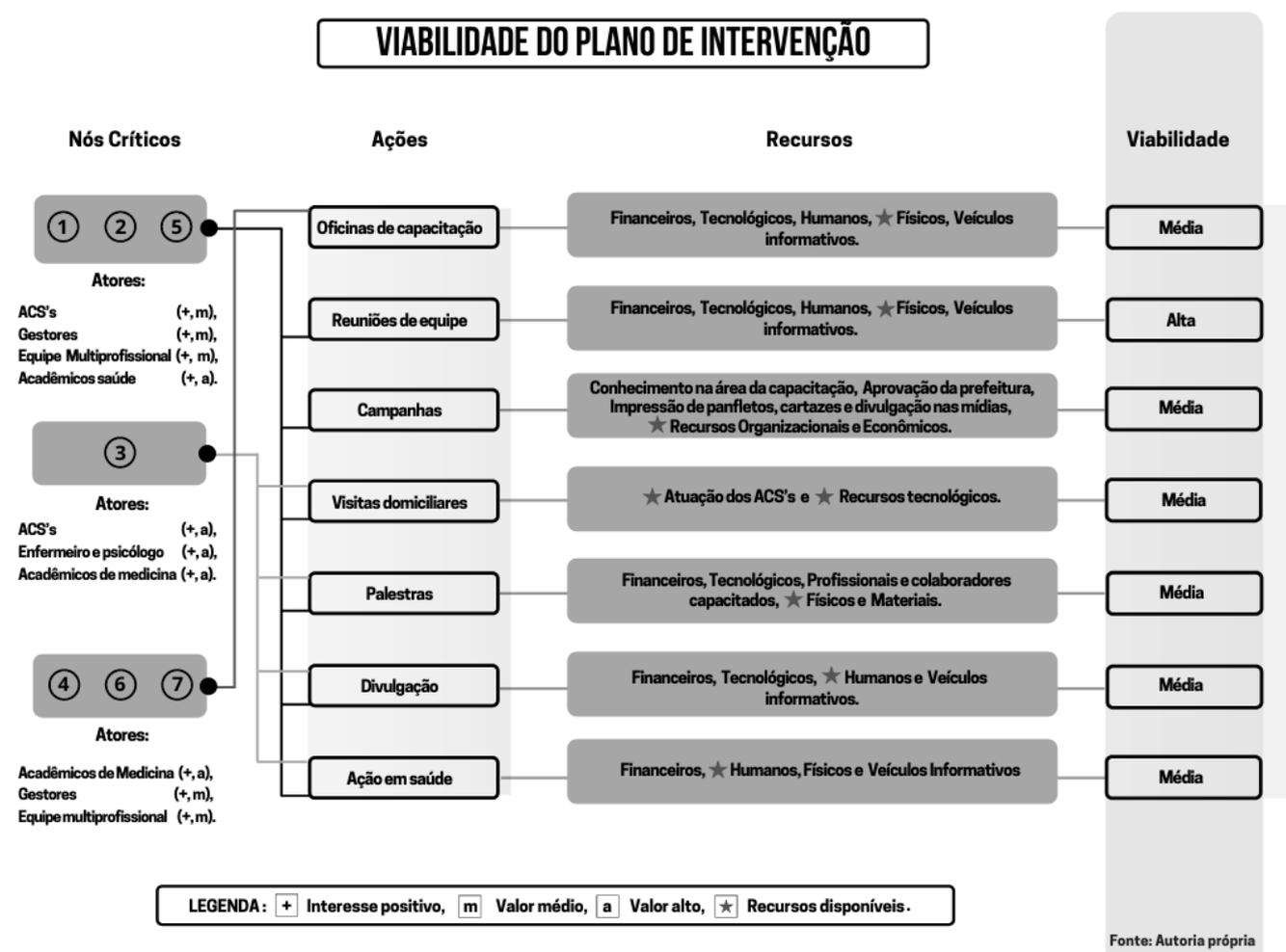


Imagem 2: Esquema de viabilidade do plano de intervenção

Para haver viabilidade do plano de intervenção ao observar os nós críticos 1, 2 e 5, que abordam sobre a falta de informação voltada para a conscientização dos adolescentes, o desinteresse dos adolescentes com a sua saúde e, a falta de programas em educação em saúde nas escolas, respectivamente. Os atores que possibilitarão aumento da adesão dos adolescentes na UBSF e adicionar novas ofertas de educação em saúde na unidade e nas escolas com o intuito de levar informação de alta qualidade para a população serão os agentes comunitários, gestores, a equipe multiprofissional e acadêmicos da saúde. Todos foram considerados favoráveis a esta ação com médio valor atribuído aos três primeiros e um alto valor aos acadêmicos. Sendo assim, as ações que poderão viabilizar a execução do plano são: reuniões de equipe, campanhas, visitas domiciliares, palestras, divulgações e ações em saúde. Para isso, serão necessários recursos financeiros, tecnológicos, veículos informativos, conhecimento na área de capacitação bem como profissionais e colaboradores aptos, aprovação da prefeitura e atuação dos agentes comunitários. Quanto a viabilidade foi considerada alta para as reuniões de equipe e média para as demais ações.

No que diz respeito ao nó crítico 3 que versa sobre a Falta de instrução/apoio familiar, tem como atores sociais: os Agentes Comunitários de Saúde, o enfermeiro e o Psicólogo, que são agrupados pois têm as mesmas ações e motivações, e também os alunos de Medicina do IMEPAC. Foi atribuído um alto valor para todos os atores, além de alta consideração. Para que isso ocorra as ações necessárias serão visitas domiciliares, palestras, divulgações e ação em saúde. Os Agentes Comunitários têm papel importante na ação de divulgação, que é fazer com que o público-alvo se interesse pelas atividades da UBSF, a partir de veículos informativos e principalmente, da visita domiciliar, que é outra intervenção é de responsabilidade dos ACS's., além disso, recursos financeiros, tecnológicos, veículos informativos e materiais são indispensáveis. Sendo todos considerados de média variabilidade.

No que tange os nós críticos 4,6 e 7, que traz como problemas a falta de programas da UBSF voltados para os adolescentes, a falta de motivação da equipe e também a falta de educação permanente, foram elencados alguns atores sociais: acadêmicos de medicina do IMEPAC, gestor da UBSF e equipe multiprofissional. Foi atribuído médio valor aos gestores e equipe multiprofissional e um alto valor aos alunos de medicina, visto que o centro acadêmico disponibiliza vivências nesse espaço da Unidade Básica de Saúde e ferramentas que permitem aos discentes intervir de modo positivo nas ações. Para que isso ocorra de fato serão necessárias oficinas de capacitação, havendo necessidade de recursos financeiros, tecnológicos, humanos, físicos e veículos de informação. A viabilidade desta ação, portanto, foi considerada média.

VIABILIDADE DO PLANO DE INTERVENÇÃO

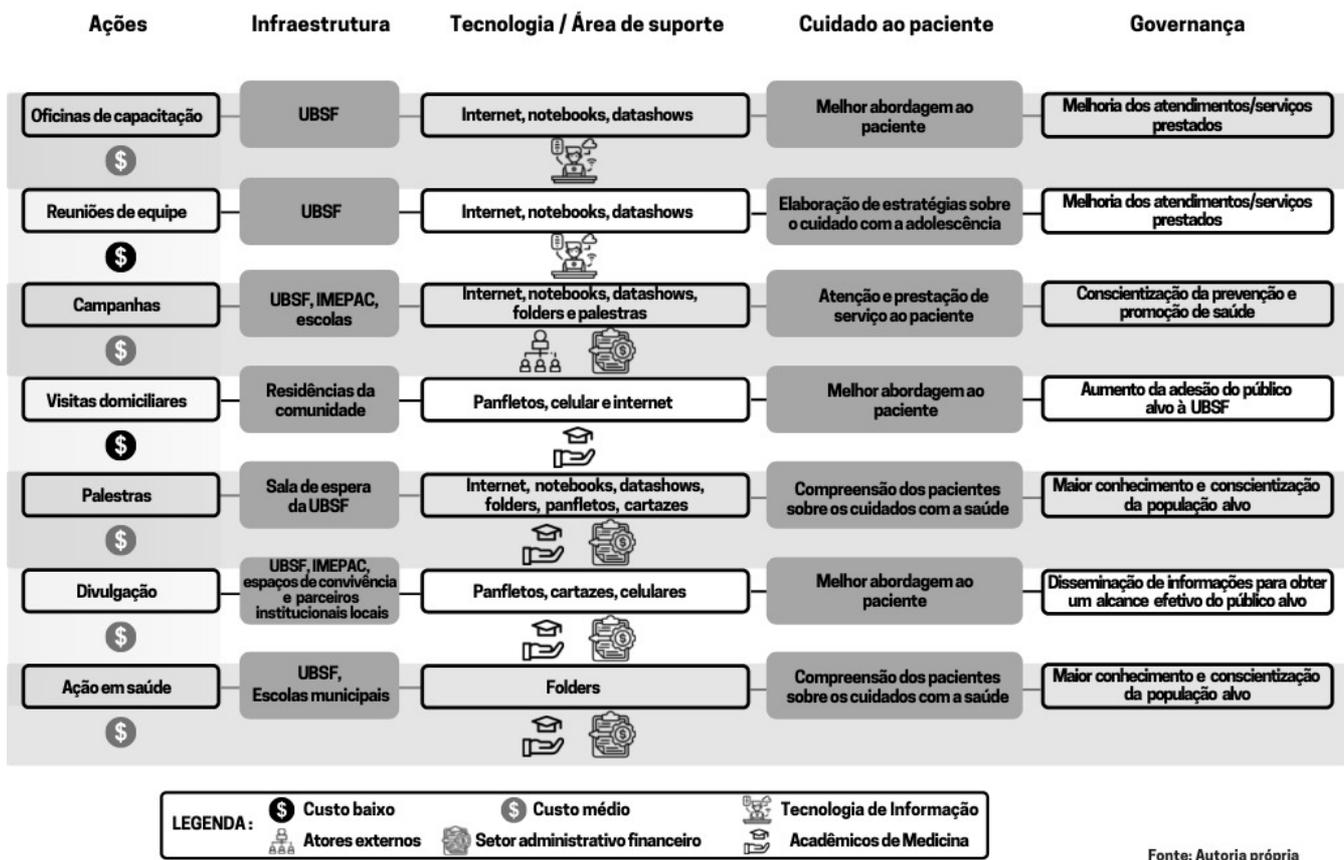


Imagem 3: Esquema secundário de viabilidade do plano de intervenção

As ações propostas para a execução deste projeto consistem na atuação viável para a sua aplicação com o intuito de aproximar a população alvo da UBSF, melhorar e ampliar a qualidade dos serviços prestados, de modo que haja maior conhecimento em relação aos cuidados com a saúde do adolescente, além de disseminar informações, prevenir doenças e seus agravos além de promover saúde.

As práticas que abrangem as oficinas de capacitação demandam um médio custo financeiro para sua realização. As oficinas acontecerão dentro da própria unidade de saúde e terá um investimento na parte tecnológica - notebooks e

datashow - além do uso da internet. Essas ações têm como propósito, melhorar a abordagem em relação ao paciente e dos serviços prestados dentro da própria UBSF, e promover saúde e prevenir doenças.

As reuniões de equipe, que irão ocorrer na própria UBSF, aspiram também, a melhoria dos serviços prestados e a elaboração de estratégias mais assertivas sobre o cuidado com a adolescência. Para tanto, conta com um volume mínimo nos serviços ofertados e de baixo custo por demandar maior laboração de toda a equipe utilizando da internet, do notebook e do datashow para auxiliar.

A promoção de campanhas e ações coordenadas com demais estratégias, apresentam médio custo já que dispõe de recursos financeiros e profissionais para executá-las. Nesse contexto, é necessária uma equipe multidisciplinar apta, com gestor/enfermeiro da UBSF para coordenar a equipe e as ações com o intuito de convocar as escolas e partilhar acerca da realização de campanhas em parceria com os estudantes de medicina do IMEPAC, oferecendo atenção e prestação de serviço ao paciente. Desse modo, recursos tecnológicos como: internet, notebooks, datashow, folders e panfletos também são imprescindíveis para executar essa atividade e promover maior conscientização a respeito de como prevenir e promover saúde.

A ação voltada para visitas domiciliares apresenta um baixo custo, visto que o papel dos responsáveis envolvidos, que são os Agentes Comunitários de Saúde que irão se locomover até a residência dos pacientes, a fim de divulgar informações através de panfletos em busca de prevenção e promoção de saúde, que também pode ser feita por meio de celulares, com o WhatsApp e internet da UBSF. Esses serviços propõem uma melhor abordagem aos pacientes propiciando um aumento da adesão do público alvo à UBSF.

As palestras, demandam um médio custo, tanto pelo gasto com a tecnologia, quanto pelos recursos humanos necessários para realizá-las. Necessitará de tecnologias para apoio nas como: internet, notebook, datashow, folders, panfletos e cartazes que tem como linha de cuidado a compreensão dos pacientes sobre os cuidados com a saúde. Essa ação ocorrerá na sala de espera da UBSF e tem como missão o maior conhecimento e conscientização do público-alvo.

Ademais, a divulgação tem um custo médio, pois usa da tecnologia, como os cartazes, panfletos e os celulares para poder repassar as informações para a população. Essa ação pode ser realizada em vários espaços, como na UBSF, no IMEPAC, nos espaços de convivência e com o auxílio de parceiros institucionais locais. A visão que se espera após a divulgação é a disseminação de informações para obter um alcance efetivo do público-alvo e melhorar a abordagem ao paciente.

Por último, as ações em saúde têm um médio custo, pois tem os recursos humanos que são os alunos de Medicina do IMEPAC e o gestor/enfermeiro da UBSF. A tecnologia necessária para essa ação é a confecção de folders voltados para informar a população alvo. Essas ações em saúde podem ter como estrutura física a própria UBSF, além das escolas municipais, propiciando um maior conhecimento e conscientização da população alvo e melhor compreensão dos pacientes sobre os cuidados com a saúde.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

De acordo com o Termo de Referência 7 do Projeto Aplicativo, do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, o primeiro movimento da Matriz de Gestão do Plano diz respeito à classificação das ações resolutivas dos nós críticos quanto às suas viabilidades, impactos, comando e com estabelecimento de suas precedências.

Os nós críticos 1,2 e 5, possuem as mesmas atividades para resolução das problemáticas, sendo elas, em ordem de acontecimentos: Reuniões de equipe, visita domiciliar, palestras, campanhas e ações em saúde. Primeiramente, as reuniões de equipe possuem um alto impacto, pois as reuniões dessas equipes irão capacitá-las, e viabilidade, pois se tem recursos físicos e tecnológicos. No comando serão necessários atores internos e externos, ou seja, a própria equipe da unidade e profissionais capacitados que não fazem parte da UBSF.

Segundamente, as visitas domiciliares e palestras possuem viabilidade média, já que não possuem custos muito altos, porém existem obstáculos, como a Pandemia COVID-19 e a falta de verbas. O impacto das visitas domiciliares realizadas por atores internos, e das palestras que serão executadas por agentes internos e externos, é médio, pois dependem do interesse do público alvo.

As campanhas possuem uma viabilidade média devido à Pandemia COVID-19 e à demanda de recursos financeiros. Apesar da existência desses fatores, a ação pode ser realizada de forma estruturada e planejada com os cuidados

necessários, além de o valor financeiro requisitado ser obtido por meio de doações, patrocínio e empréstimo de equipamentos. O impacto é alto, pois serão realizadas por profissionais capacitados e com conhecimento amplo dos assuntos abordados. Os atores presentes no comando são os internos e externos, sendo a equipe capacitada da UBSF, acadêmicos da medicina e profissionais qualificados de outros locais.

As ações em saúde possuem uma viabilidade média, com a mesma justificativa das campanhas, entretanto não serão necessários empréstimos de equipamentos, em virtude de serem realizadas nas escolas e necessitarem apenas de folders e dinâmicas atrativas. O impacto é alto, pois os adolescentes obterão um maior contato com a promoção em saúde realizada com os profissionais nas escolas. Por fim, terão atores internos e externos no comando.

Com relação ao nó crítico 3, as atividades a serem realizadas são: ações em saúde, visitas domiciliares, palestras, com mesmas explicações de viabilidade, impacto e comando. A divulgação, ação exclusiva desse nó crítico, necessita de atores internos e externos no comando, uma vez que tanto a equipe multiprofissional, quanto os alunos e pessoas de fora podem participar. O impacto é alto, pois há um contato direto com os adolescentes nos lugares que eles mais frequentam, as escolas. Todavia, sua viabilidade é média, uma vez que há agentes conflitantes como a pandemia e o baixo engajamento dos profissionais envolvidos para sua realização.

Considerando que os nós críticos 4,6 e 7 são problemas distintos, podem atuar de modo efetivo com as mesmas ações. Nesse contexto, as ações propostas foram a promoção de oficinas de capacitação e conseqüentemente, um melhor preparo para que constatem a necessidade de melhorias no cotidiano de trabalho. Além disso, a troca de experiências contribui de modo significativo para a motivação, parceria e melhor qualificação dos serviços.

A viabilidade foi considerada média, uma vez que é necessário considerar os atores sociais envolvidos e a necessidade de pessoas aptas para ministrar e prosseguir com tais ações e há disponibilidade do espaço físico o que torna a ação factível. Tal atividade será realizada por agentes internos e poderá envolver também agentes externos, como é o caso de um preceptor de fora da unidade.

Por conseguinte, a falta de programas de educação em saúde visando os adolescentes é um possível tema a ser trabalhado nas reuniões que poderão promover de fato a capacitação profissional. Desse modo, o impacto é considerado alto, já que esta ação poderá modificar a realidade atual da UBSF.

As etapas chaves fundamentais para um monitoramento são a coordenação, comunicação entre os integrantes, integração entre os grupos e atores envolvidos, acompanhamento abordando o cronograma (fevereiro de 2021 a agosto de 2022), sendo o gasto final totalizado em R\$580,00.

A previsão do tempo necessário para a realização das propostas de intervenção é de um ano e meio. Quase todas as ações a serem realizadas dos nós críticos, podem ser executadas simultaneamente. Enquanto que, apenas o nó crítico 3, demandará um prazo maior para sua realização, uma vez que se trata da instrução e do apoio familiar sobre os cuidados com os adolescentes e que por si só, exige um período mais prolongado para que se efetive a proposta, que requer acompanhamento contínuo.

8 CONSIDERAÇÕES

Para a elaboração do projeto a aquisição do presente estudo foi a Unidade Básica de saúde da Família São Sebastião, composta por duas equipes e com área de abrangência aos bairros São Sebastião, Alan Kardec e Vila Olímpia, localizados em Araguari-MG. Nesse contexto, a pesquisa foi desenvolvida para questões referentes à falta de adesão dos adolescentes na UBSF. Projetos desta magnitude trazem aprendizados relevantes na visão acadêmica e como futuros profissionais, pois além da contribuição social, foram agregadas maior visibilidade na área de gestão, ampliando o olhar para outras áreas de atuação.

Ao considerar problemas dessa faixa correspondente a adolescência que de acordo com a organização mundial da saúde e o ministério da saúde corresponde ao período entre 10 a 19 anos. O projeto visa propor intervenções que possam englobar a população da faixa etária mencionada anteriormente com o objetivo de promover o interesse da

população jovem e maior adesão na UBSF por meio de atendimentos individualizados e também em grupos de educação e socialização que priorizem a saúde mental, social, cobertura vacinal e educação sexual evitando, dessa forma: gravidez na adolescência, ISTS, males psicológicos, intensificação do uso de drogas, aumento dos índices de violência e atrasos na imunização.

Destarte, a pesquisa realizada foi capaz de esclarecer e confirmar as hipóteses, além de ir ao encontro do objetivo geral que diz respeito a elaboração de um plano com ações educativas, visando maior adesão dos adolescentes na UBSF São Sebastião. Bem como atender aos objetivos específicos de identificar as possíveis causas do desinteresse, elencar os atores sociais que podem contribuir para o aumento da adesão dos adolescentes à UBSF e promover educação permanente para que os profissionais sejam capacitados e motivados para lidar com o grupo social em estudo.

9 REFERÊNCIAS

ABREU, Flávia Regina da Costa *et al.* Percepção das adolescentes sobre a consulta de enfermagem na atenção básica de saúde. **Revista eletrônica acervo saúde**, [S. l.], p. 1-7, 2020. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2988/1647>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ARRUDA, Marina Patrício et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 518-524, Dec. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Out. 2020.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 15 jul. 2020.

CONASS. **Plano Estadual de Saúde**. [S. l.], 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MG_Plano-Estadual-de-Sade-2016-2019-Final-aprovado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

DATASUS (Araguari). **População Residente** – Estudo de Estimativas Populacionais por município, idade e sexo 2000 – 2019. – BRASIL. Minas Gerais, 7 ago. 2020. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 7 ago. 2020.

DE PAIVA GONÇALVES FILHO, Danilo Alvin et al. Projeto de extensão saber sus: a educação como objeto transformador/Extension project to know sus: education as a transforming object. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 19689-19695, 2020. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8814/7545>. Acesso em: 03/07/2020

FERNANDES, Emanuela Soares França; SANTOS, Adriano Maia dos. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidados aos adolescentes na atenção básica. **Interface Botucatu**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/icse/2020.v24/e190049>. Acesso em: 16/07/2020

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 387-400, 2008.

GUIMARÃES, Maísa Mônica Flores, *et al.* O consumo excessivo de álcool e a insatisfação com a imagem corporal por adolescentes e jovens de um município baiano, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 1-15, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00044919.pdf>. Acesso em: 16/07/2020.

IBGE. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, [s. l.], 2020. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

KURUVILLA, Shyama et al. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 5, p. 398, 2016.

LUZ, Cintia Aparecida Souza et al. Núcleo de apoio à saúde da família para gestante num grupo educativo: relato de experiência. **CuidArte, Enferm**, p. 199-203, 2019. Disponível em:

<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/199.pdf>. Acesso em: 20/07/2020

MARCHETTI, Júlia Rossetto; DOS SANTOS, Lidemar Mendes; REIS, Luana Agnoletto. SAÚDE NA ESCOLA: UMA FERRAMENTA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, p. e24176-e24176, 2020.

MARTINEZ, Alvaro Dario Dorado; YELA, Luz Helena Cabrera; ENRIQUEZ, Yohana Sthefany Rosero. Prevenção da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe: revisão sistemática baseada em literatura científica.

Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 94-102, 16 jul. 2020. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v16n1a11.pdf> Acesso em: 16/07/2020.

MARTINS, Maísa Mônica Flores; AQUINO, *et al*. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v.36, n.1, p.1-15, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00044919.pdf>. Acesso em: 16/07/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? **Ministério da saúde**. Brasília, DF, ano 2018, ed. 1, p. 1-78, 2018. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Politica-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em 15 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. **PORTARIA Nº 1.082**, DE 23 DE MAIO DE 2014. [S. l.],. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html#:~:text=Redefine%20as%20diretrizes%20da%20Pol%C3%ADtica,fluxos%20para%20ades%C3%A3o%20e%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 23 nov. 2020.

Projeto aplicativo: termos de referência / Gilson Coleman ... [et al.]. 1. ed., 1 reimpr. -- São Paulo: **Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**; Ministério da Saúde, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS).

INFORMAÇÃO NA GRAVIDEZ

PREGNANCY INFORMATION

Melissa Mariane dos Reis

Aline Costa Palhares

Camila Miriam Moreira

Diogo Furlanetto de Azevedo;

Grégory Lôhanckson Duarte da Silva

Resumo	
<p>Abordar a informação na gravidez se faz necessário tanto com os profissionais de saúde quanto com a comunidade. De modo a reduzir os riscos para a gestante e neonato bem como oferecer um cuidado integral. Sendo assim, o objetivo geral desse projeto é proporcionar um plano de intervenção para os gestores de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família tangenciado temas relevantes a gravidez. O processo metodológico foi baseado no arco de Magueréz e em etapas que norteiam a construção de um projeto aplicativo. Por meio do macroproblema identificado elencou-se nós críticos para serem alvos de intervenção mediante a um planejamento estratégico situacional. O projeto aplicativo busca modificar a realidade observada utilizando ações efetivas que envolvam os profissionais de saúde, estudantes, gestores e comunidade. A construção desse projeto tende a promover uma construção efetiva de saberes na comunidade de gestantes e seus familiares. Como também impulsionar ações na unidade de saúde que oportunizem uma qualidade de vida às gestantes e dificulte que estas sofram com comorbidades e vulnerabilidades ocasionadas por uma gravidez repleta de desproteção.</p>	
Palavras-chave:	Gravidez; Informação; Projeto aplicativo; Intervenção
Abstract	
<p>Addressing information in pregnancy is necessary both to health professionals and to the community. In order to reduce the risks for pregnant women and newborns as well as offering integral care. Therefore, the general objective of this project is to provide an intervention plan for the Family Health Program Unity's managers with relevant themes related to pregnancy. The methodological process was based on the Magueréz' Arch and the stages that guide the construction of an application project. Through the identified macro problem, critical nodes were listed to become direct targets of interventions through strategic situational planning. The application project seeks to modify the observed reality using effective actions involving health professionals, students, managers and the community. The construction of this project tends to promote an effective construction of knowledge in the community of pregnant women and their relatives, as well as promoting actions in the Health Unit that provides quality of life for pregnant women and make it difficult for them to suffer from comorbidities and vulnerabilities caused by a pregnancy full of vulnerability.</p>	
Keywords:	Pregnancy; Information; Application projet; Intervention

1 INTRODUÇÃO

O município de Araguari - MG, possui cerca de 117.825 habitantes. Tal município conta com a extensão de 2.729,508 km² de área territorial. A cobertura da saúde conta com 69 estabelecimentos, sendo 44 no setor privado e 25 no setor público. Dentre os setores públicos,

há 23 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 22 na área urbana e uma na área rural. Além de 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 na área urbana (Amorim, Goiás, Santa Helena e Central) e 2 na área rural (Contenda e Piracaíba, também denominada Santa Luzia); uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma equipe de Programa Humanizado de Atenção Domiciliar (PHAD).

O município conta com 15 Estratégia Saúde da Família (ESF's), sendo compostas por 22 equipes, entretanto nem todas as equipes estão completas, devido a não contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais pelo setor responsável, em razão da falta de recurso financeiro. No geral, há 4 equipes não completas.

O município conta com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual é constituída por ambulatorios de especialidades, oferecidos pelo Ambulatório IMEPAC (composto por 42 consultórios), Centro de Apoio à Atenção Materno-Infantil (CEAME), Policlínica, Centro de Apoio Especializado (CAE); instituição que oferece apoio à saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a qual divide-se em CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPS I (Infantil); departamento de endemias, como o Departamento de Vigilância em Saúde/Epidemiologia e Vigilância Sanitária. Também é constituída por serviço de urgência e emergência, como SAMU e UPA; hospitais, como a Santa Casa de Misericórdia e Hospital Santo Antônio; assistência farmacêutica; serviço de saúde bucal em algumas UBS e UBSF; serviços de apoio nos laboratórios de análises clínicas e serviços de imagem; sistemas de informação, compostos por: SISMAMA; SIM; SINAN; SIA SUS; SIHSUS; SISVAN; SISPRENATAL; SINASC; SISCOLO; BPA; HIPERDIA; SIPNI, PMAQ-AB e Sistema de Plataforma e-SUS.

Dentre as 23 UBSF disponíveis na cidade de Araguari, a UBSF em análise, que será o local do objeto de estudo, tem como horário de funcionamento de 7h às 17h de segunda a sexta. as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, oito agentes comunitários, duas dentistas, com duas secretárias, um auxiliar de serviços gerais um auxiliar administrativo. A unidade possui todas as salas básicas necessárias, no entanto não são adequadas segundo a vigilância sanitária.

Na Unidade objeto de estudo são atendidas, atualmente, 24 gestantes, dentre essas nenhuma apresentam diabetes, duas apresentam hipertensão, três apresentam obesidade, uma gestante e duas puérperas apresentam depressão e 1 gestante apresenta retardo mental, dentre essas, sete grávidas foram encaminhadas para a atenção secundária.

Como preceitua o Ministério da Saúde, o acompanhamento ao pré natal é essencial na promoção de uma saúde integral para a mãe e o neonato:

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL,2013, p.40).

O objetivo geral desse projeto é proporcionar um plano de intervenção para os gestores de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família em estudo referente a necessidade de manter gestantes informadas sobre a importância de diversos assuntos que podem refletir na qualidade de gravidez, como o acompanhamento assíduo com a equipe de saúde antes, durante e depois da gravidez.

Portanto, faz-se necessário abordar o tema tanto com os profissionais de saúde quanto com a comunidade. De modo a reduzir os riscos para a gestante e neonato, bem como oferecer um cuidado integral.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

Este trabalho busca aplicar estratégias que possam ser utilizadas para reduzir fatores que, por meio da falta de informação, contribua no acometimento e agravamento de doenças relacionadas com a gestação. Confrontar questões que tenham relevância no bem estar da gestante buscando reduzir comorbidades que possam ser desencadeadas no período gestacional e posterior a ele, como a depressão pós parto.

Contribuir com o gestor no tocante a identificação de elementos que dificultem a adesão dos exames pré-natais, trazendo a vista um panorama mais amplo da situação da unidade e da importância deste olhar diferenciado para a gestante, desta forma, ter um foco maior na prevenção, reduzindo custos e melhorando o papel da unidade na comunidade por ela assistida. Agregar ao profissional de saúde competências que possam auxiliar a melhor identificação de problemas durante a gestação, utilizando da educação continuada para capacitar e melhorar o feeling destes profissionais na percepção de nuances que possam contribuir para um diagnóstico mais assertivo.

Ao discente, promover experiência de observação, teorização e tentativa de mudança da realidade encontrada, bem como um vislumbre da atual conjuntura do sistema de saúde na atenção primária.

Ademais, compilar e fornecer dados relevantes para novas propostas de intervenção de saúde, e novas pesquisas que busquem maior eficiência dos sistemas existentes. Construindo um legado de boas práticas na gestão e integração de ações da atenção primária, sendo um exemplo a ser seguido, ampliado e melhorado para outros ambientes da saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco gestacional (imagem 1) podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2012).

Imagem 1 – Fatores de risco gestacional

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
2. Doença obstétrica na gravidez atual:
 - Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
 - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
 - Ganho ponderal inadequado;
 - Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
 - Diabetes gestacional;
 - Amniorrexe prematura;
 - Hemorragias da gestação;
 - Insuficiência istmo-cervical;
 - Aloimunização;
 - Óbito fetal.
3. Intercorrências clínicas:
 - Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
 - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: BRASIL, 2012.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2013).

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2013).

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual (BRASIL, 2013).

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré Natal) quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado (BRASIL, 2013).

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto (BRASIL, 2013).

O compromisso das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde a atenção à mulher que deseja engravidar, o cuidado no pré-natal, o cuidado após o parto, ao recém-nascido, à mãe, ao pai ou companheiro e à família (incluindo aqui filhos mais velhos que precisam de atenção, devendo ser preparados para a chegada do bebê,

além do apoio dos avós, da família extensa etc.). O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes (BRASIL, 2012).

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério (BRASIL, 2013).

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Esta possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2013).

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (BRASIL, 2013).

As intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes são: hiperêmese gravídica; síndromes hemorrágicas; abortamento; gravidez ectópica; doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme); patologias do trato genital inferior; descolamento cório-amniótico; descolamento prematuro de placenta (DPP); placenta prévia (inserção baixa de placenta); oligodrâmnio; polidrâmnio; rotura prematura das membranas ovulares (amniorrexe prematura); trabalho de parto prematuro (TPP); gestação prolongada; crescimento intrauterino restrito (Ciur); varizes e tromboembolismo; anemia; doença falciforme; diabetes gestacional; síndromes hipertensivas na gestação; doença hemolítica perinatal; doenças respiratórias; alterações fisiológicas pulmonares na gravidez; asma brônquica; infecção do trato urinário na gestação; bacteriúria assintomática; cistite aguda; pielonefrite; estreptococo do grupo B; hepatite B; HIV; sífilis; toxoplasmose; tuberculose na gravidez; hanseníase na gravidez; malária na gravidez; parasitoses intestinais; epilepsia; uso de álcool e outras drogas na gestação; violência contra a mulher durante a gestação (BRASIL, 2013).

O diabetes melito constitui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina (ADA, 2016a).

A maioria dos casos de diabetes corresponde a duas grandes categorias – diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 (ADA, 2016a). No diabetes tipo 1, a causa é a absoluta deficiência de secreção de insulina, decorrente de processo patológico autoimune ocorrido nas ilhotas pancreáticas. Na outra categoria, muito mais frequente, o diabetes tipo 2, a causa é a combinação da resistência aumentada à ação da insulina e a inadequada resposta compensatória na secreção de insulina (MONTENEGRO, 2018).

O Diabetes Melito Gestacional (DMG) é definido como aquele que é diagnosticado no 2º/3º trimestre da gravidez, afastado o diabetes declarado (ADA, 2016a). Mulheres com diabetes no 1º trimestre devem ser diagnosticadas como diabetes tipo 2.

As modificações no metabolismo materno são necessárias para alcançar as demandas determinadas pelo rápido crescimento e desenvolvimento do feto. Essas alterações incluem hipoglicemia de jejum, catabolismo exagerado dos lipídios com formação de corpos cetônicos e progressiva resistência à insulina, tudo comandado pelos hormônios placentários (MONTENEGRO, 2018).

O desenvolvimento da resistência à insulina a partir do 2º trimestre da gestação é uma adaptação fisiológica que visa transferir o metabolismo de energia materna da oxidação dos carboidratos para o de lipídios, preservando a glicose a ser fornecida ao feto em acelerado crescimento. Cerca de 80% do gasto energético fetal é feito pelo metabolismo da glicose (MONTENEGRO, 2018).

Na gravidez, em resposta ao aumento da resistência periférica à insulina (diminuição da sensibilidade), a grávida, a partir do 2º trimestre, eleva gradativamente a secreção de insulina de 200 a 250% para compensar a redução de ≈50% na sensibilidade. Os hormônios placentários contra insulínicos – lactogênio placentário humano (hPL) e hormônio do crescimento placentário humano (hPGH) – são os fatores que contribuem para a resistência à insulina aumentada vista na gravidez. Fala-se, também, na ação de adipocinas – elevação do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e diminuição da adiponectina – ambos concorrentes para explicar o aumento na resistência à insulina (BARBOUR *et al.*, 2007).

Na mulher com DMG, não é a resistência à insulina que está elevada, quando comparada à da gravidez normal, e sim o mau funcionamento das células β pancreáticas que secretam insulina insuficiente para vencer esse aumento da resistência (MONTENEGRO, 2018).

É clássica a separação do diabetes na gravidez em classes (A-H) (classificação de Priscilla White, 1949), tornando possível estabelecer o prognóstico materno e o fetal, e instituir as medidas terapêuticas pertinentes. Na gravidez, cerca de 90% das diabéticas são classe A, e as 10% restantes, classes B-H.

Pacientes com DMG têm risco elevado de hipertensão, pré-eclâmpsia e parto cesáreo e suas consequentes morbidades (ACOG, 2013a). O feto da mãe com DMG apresenta risco aumentado de macrossomia, distocia de ombros, toco-traumatismo, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatais (MONTENEGRO, 2018).

Cerca de 70 a 85% das mulheres são tratadas apenas com a mudança de estilo de vida (ADA, 2016b): dieta (com baixo índice glicêmico – IG) e exercícios. Uma vez que o ciclo das hemácias na gravidez está alterado, diminuindo o nível da HbA1c, o objetivo é atingir uma HbA1c entre 6 e 6,5%, mas o alvo pode ser relaxado para 7% para prevenir a hipoglicemia. O exercício será de no mínimo 150 min por semana, aeróbio

de intensidade moderada (50 a 70% da frequência cardíaca máxima), dividido em 3 dias na semana, com não mais de 2 dias consecutivos sem atividade física (MONTENEGRO, 2018).

A gravidez está associada à exacerbação de muitas complicações relacionadas com o diabetes: nefropatia, retinopatia, doença coronária, hipertensão crônica, cetoacidose e cetose de jejum (MONTENEGRO, 2018).

A hipertensão crônica é aquela que está presente antes de 20 semanas da gravidez, e pode persistir até 12 semanas do pós-parto (ACOG, 2012). Hipertensão é definida como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg.

Para estabelecer o diagnóstico de hipertensão, os níveis de pressão sanguínea que atingem o critério devem ser documentados em mais de uma ocasião, no mínimo com 4 a 6 h de intervalo. A paciente deve estar sentada, após 10 min de repouso, e o manguito ao nível do coração. Para a pressão diastólica é considerado o desaparecimento do som (fase 5 de Korotkoff) (MONTENEGRO, 2018).

Do ponto de vista etiológico, a hipertensão crônica pode ser dividida em primária (essencial) e secundária. A hipertensão primária é, sem dúvida, a mais frequente na gravidez (90%). Em menor número de casos (10%) a hipertensão crônica é secundária a outros distúrbios, como doença renal (glomerulonefrite, estenose da artéria renal), doenças vasculares do colágeno (lúpus, esclerodermia), doenças endócrinas (diabetes melito, feocromocitoma, tireotoxicose, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário) e coarctação da aorta (Sibai, 2002).

A hipertensão crônica durante a gravidez é atualmente classificada em leve (pressão sistólica de 140 a 159 mmHg ou pressão diastólica de 90 a 109 mmHg) e grave (pressão sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão diastólica ≥ 110 mmHg) (MAGEE et al., 2014; ACOG, 2012).

Por outro lado, na gravidez, a hipertensão crônica também pode ser classificada em de baixo-risco e de alto-risco (Sibai, 2002). São de baixo-risco as hipertensas leves, sem lesão em órgãos-alvo ou perdas fetais anteriores. São de alto-risco aquelas com hipertensão secundária, grave (níveis tensionais $\geq 160/110$ mmHg), lesão em órgãos-alvo (disfunção ventricular esquerda, retinopatia, dislipidemia, acidente vascular cerebral) e história de perdas fetais.

Notadamente, a hipertensão crônica na gravidez eleva os riscos de pré-eclâmpsia e de descolamento prematuro da placenta (DPP). Mulheres com hipertensão crônica leve têm risco de pré-eclâmpsia de 20%, mas naquelas com a forma grave o risco se eleva para 50%; em mulheres com hipertensão grave e lesão de órgãos-alvo ou hipertensão secundária, o risco pode ser tão elevado quanto 75% (ACOG, 2012). A taxa de DPP é, aproximadamente, 1% na forma leve e 8% na forma grave.

Acresce a isso o fato de que mulheres com hipertensão crônica de alto-risco apresentam taxas aumentadas de complicações que ameaçam a sua vida (mortalidade materna 5 vezes maior): edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva, hemorragia cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal terminal (MONTENEGRO, 2018).

Idealmente, a mulher com hipertensão crônica deveria ser avaliada antes da gravidez para diagnosticar possível envolvimento de órgãos-alvo (ACOG, 2012). O objetivo primordial no tratamento da gravidez com hipertensão crônica é reduzir os riscos maternos e alcançar a sobrevida fetal com qualidade. O tratamento a ser seguido depende da classificação da paciente em baixo e alto-risco (Sibai, 2002).

De acordo com critério definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), obesidade é definida como índice de massa corpórea (IMC) de 30 kg/m² ou mais, enquanto sobrepeso é definido como IMC de 25 a 29,9 kg/m². A obesidade pode ser subclassificada em classe I (IMC de 30 a 34,9 kg/m²), classe II (IMC de 35 a 39,9 kg/m²) e classe III (IMC ≥ 40 kg/m²). Recentemente foi incluída a categoria da superobesidade (IMC ≥ 50 kg/m²).

A obesidade na gestação é atualmente um importante desafio no cuidado obstétrico e sua prevalência vem aumentando dramaticamente na maioria dos países desenvolvidos. O impacto adverso da obesidade na gestação começa antes da concepção, uma vez que sabidamente está associada a uma redução da fertilidade resultante de oligo-ovulação ou anovulação. O aconselhamento pré-concepcional é altamente recomendado para mulheres obesas, visando informá-las sobre o risco da doença em determinar complicações maternas e fetais, assim como encorajá-las a adotar programas de redução de peso (MONTENEGRO, 2018).

Em mulheres obesas há risco aumentado de abortamento espontâneo (OR, 1,2) e de repetição (OR, 3,5) (ACOG, 2015). As mulheres obesas também têm risco elevado de gestações complicadas por defeitos do tubo neural (DTN), hidrocefalia e anomalia cardiovascular, orofacial e de redução de membros. O risco de DTN entre as grávidas obesas é o dobro daquele de mulheres de peso normal (ACOG, 2013b).

As mulheres obesas têm risco aumentado de doença cardíaca, doença hepática gordurosa não alcoólica, diabetes melito gestacional (DMG) e pré-eclâmpsia (ACOG, 2015). A incidência da natimortalidade está aumentada em 40% na grávida obesa.

Há relatos de que aproximadamente 46% das grávidas obesas têm aumento de peso na gravidez acima das metas estabelecidas pelo IOM. O ganho de peso excessivo na gravidez é fator de risco para a retenção ponderal no pós-parto (ACOG, 2015). Isto aumenta o risco de disfunção metabólica e obesidade pré-gestacional em futuras gestações. A obesidade na gravidez está associada com o término precoce do aleitamento, a anemia pós-parto e a depressão.

A estratégia principal do controle de peso é a mudança do estilo de vida, com dieta e exercício. A recomendação do controle do ganho de peso na gravidez visa otimizar o prognóstico das mulheres grávidas e de seus infantes (ACOG, 2015).

Numerosas investigações relatam aumento no risco de parto cesáreo entre as grávidas com sobrepeso e obesas (ACOG, 2015). Mulheres obesas têm risco aumentado de gravidez prolongada e maior taxa de indução do parto (MONTENEGRO, 2018).

A gestação e o puerpério são períodos delicados para as mulheres devido às mudanças fisiológicas, de vida e de responsabilidades, sendo comum que a mulher se sinta insegura e apresente ansiedade e oscilações de humor. No caso de mulheres com transtorno psiquiátrico, essa fase é ainda mais delicada e exige cuidados específicos. Além disso, a gestação e o puerpério também podem ser um fator desencadeador para um transtorno psiquiátrico (MONTENEGRO, 2018).

Deve-se estar atento para sintomas depressivos e ansiosos nas gestantes. Entretanto, durante a gestação alguns sintomas depressivos também são comuns, como cansaço e alteração do sono e do apetite. Transtornos de humor na gestação e puerpério atingem duas a cada três mulheres com história prévia desse tipo de transtorno e acarretam consequências graves para a mulher, o bebê e sua família (MONTENEGRO, 2018).

O diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM) durante a gestação é difícil, pois em outros tipos de transtorno ocorrem sintomas semelhantes como dificuldade de concentração, perda de energia ou libido e alteração de apetite, peso e sono. Além disso, há fatores clínicos que também podem causar esses sintomas, como anemia, hipotireoidismo e diabetes melito gestacional. Dessa maneira, os sintomas que mais sugerem um episódio depressivo na gestação são: perda de interesse ou prazer em suas atividades, falta de esperança, culpa e ideação suicida (MONTENEGRO, 2018).

A prevalência de depressão na gestação é de 10 a 16%, proporção igual ou superior à da população geral, e sua ocorrência é mais comum em mulheres desempregadas, sem suporte familiar, com baixo nível socioeducacional e em mães solteiras e mais jovens, bem como naquelas com gravidez indesejada ou vivenciando conflitos conjugais (MONTENEGRO, 2018).

Deve-se estar atento para diagnosticar uma gestante com depressão, avaliar a intensidade de seu quadro e definir a conduta terapêutica em conjunto com a paciente e a família, que é individualizada. O tratamento envolve orientações para reduzir estressores psicossociais e devem-se avaliar as opções de psicoterapia e tratamento psicofarmacológico. Antes da decisão sobre o tratamento psicofarmacológico, devem-se expor os riscos e benefícios deste. Também é necessário considerar que a depressão não tratada aumenta o risco de complicações gestacionais (MONTENEGRO, 2018).

O risco de transtornos de humor no puerpério é maior no 1º mês do pós-parto, mas continua mais alto até 1 ano. A maioria das mulheres apresenta alteração transitória e leve do humor conhecida como blues, considerada uma experiência normal. O blues começa no 4º ou 5º dia pós-parto e dura de horas a, no máximo, 2 semanas (MONTENEGRO, 2018).

O blues é um quadro de duração curta e resolução espontânea que não compromete a habilidade da mãe de cuidar do recém-nascido nem de si. Geralmente, a mãe necessita apenas de intervenções psicossociais, maior suporte e reforço de sua capacidade (MONTENEGRO, 2018).

Entretanto, se os sintomas persistirem e causarem prejuízos à mãe e ao cuidado com o recém-nascido, deve-se avaliar a existência de um quadro depressivo. O início da depressão pós-parto costuma ser insidioso, mas também pode ser abrupto, e a mãe questiona sua capacidade de cuidar do filho. Antes de diagnosticar uma mulher com depressão pós-parto, é necessário excluir causas orgânicas como hipotireoidismo e anemia (MONTENEGRO, 2018).

O diagnóstico da depressão pós-parto baseia-se nos mesmos critérios do TDM não relacionado com o ciclo reprodutivo. Entretanto, a experiência da maternidade pode causar sintomas que são comuns ao TDM. É comum a puérpera experimentar sentimentos de ansiedade, raiva e ter a sensação de estar no limite. Assim como também são frequentes os sintomas de comprometimento cognitivo, em decorrência de alteração do sono secundária à amamentação ou por inversão do ciclo sono-vigília do recém-nascido. Outro fator que pode impactar o humor da puérpera é vivenciar uma realidade não condizente com suas expectativas (MONTENEGRO, 2018).

Pode haver em comorbidade com o TDM, ansiedade, hipocondria, transtorno do pânico e, raramente, transtorno obsessivo-compulsivo. Neste último, a mãe tem pensamentos obsessivos de agredir o bebê, deixá-lo cair ou jogá-lo pela janela, mas esses pensamentos angustiam a mãe, que se mantém protetora (MONTENEGRO, 2018).

Em quadros leves a moderados de depressão puerperal, tratamentos não farmacológicos como psicoterapia podem ser suficientes. Caso seja necessária a terapia farmacológica, o manejo é o mesmo do TDM, optando-se apenas por medicamentos mais seguros para a amamentação (MONTENEGRO, 2018).

4 PROCESSO METODOLÓGICO

O processo de construção do projeto aplicativo teve seu início em uma discussão em grupo cujo objetivo era levantar uma pergunta norteadora para a pesquisa.

Diante disso, foi sendo trabalhado em oficinas, revisões bibliográficas, coletas de dados e visitas técnicas a construção de respostas para a pergunta primordial.

As etapas se basearam em termos de referências e orientação da professora Orientadora.

No dia 21 de fevereiro de 2020, aplicou-se um questionário com a responsável pela gestão da unidade básica de saúde da família em estudo. A abordagem foi harmoniosa e fluída. A maioria das perguntas foram respondida com maestria. Se obteve o resultado esperado para a confirmação da tese levantada anteriormente para

a aplicação do arco de Magueréz.

Algumas questões necessitavam de dados estatísticos que até o presente momento não haviam sido levantados. Foi solicitado a gestora o repasse dos dados o mais breve para a complementação do estudo.

A aula do dia 2 de março de 2020, foi dedicada ao feedback da entrevista com a gestora da UBSF, apresentando a professora a viabilidade do tema que havia sido previamente escolhido em encontro anterior. Observou-se após a entrevista que seria possível trabalhar o tema por dois viés diferentes, seja pelo lado da prevenção dos fatores de risco da obesidade na gestação, tema já trabalhado em várias ações promotoras da saúde, ou pelo lado dos fatores estressantes que favorecem esse quadro, sendo este último definido como o foco do projeto.

Margeou-se também algumas estratégias para captação dos dados relacionados com o tema, verificando que o método mais adequado seria a aplicação de um questionário voltada a identificação dos fatores estressante do grupo a ser estudo e outros parâmetros para posteriormente dar aplicabilidade ao projeto.

Na aula do dia 9 de março de 2020, foi apresentado um vídeo produzido para a motivação da atividade que iria ser realizada, uma oficina de levantamento dos problemas e inquietudes em relação a temática escolhida pelo grupo.

No primeiro momento da atividade o grupo elencou três possíveis problemas encontrados na UBSF em análise, sendo discutido a relevância deles na problemática, em um segundo momento identificou-se a partir dos problemas levantados o macroproblema, este engloba de forma genérica todas as deficiências apresentadas. Já o terceiro momento, destinou-se para expressão do desejo de mudança que o grupo objetiva de acordo com a realidade encontrada.

A construção da matriz decisória (tabela 1) dos problemas foi realizada no dia 18 de março de 2020, por meio da plataforma virtual WhatsApp, uma vez que nos encontramos em uma situação atípica de saúde mundial. Utilizando o termo de referência, enviado pela professora anteriormente, cada membro do grupo pontuou os problemas elencadas na última aula seguindo os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. Após a construção individual, foi feito a junção dos pontos e a classificação dos problemas. Dessa forma, foi possível chegar ao problema principal (falta de informação na gravidez).

No dia 25 de maio de 2020, também por meio de uma plataforma virtual, a matriz decisória de problemas foi apresentada a professora. Foi discutido a pontuação dada por cada membro do grupo aos problemas e realizado o feedback pela professora.

Tabela 1 - Matriz Decisória dos Problemas

	MACROPROBLEMA	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	FACTIBILIDADE	ORDEM DE PRIORIZAÇÃO
1	Falta de informações na gravidez	+++++++ +++++	+++++++ +++++	+++++++	+++++++ +++	1º - soma = 59
2	Acompanhamento pré-natal inadequado	+++++++ +++++	+++++++ +++++	+++++++	+++++++ ++	2º - Soma = 58
3	Falta de estrutura física conforme regulamentos técnicos	+++++++ +++++	+++++++ +	+++++	+++++	3º - soma = 46

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores

Também no dia 25, foi realizado uma discussão no grupo e em seguida foi elencado alguns atores sociais importantes para o problema principal. Depois disso, cada membro avaliou o valor e o interesse de cada ator social. Com base na média das avaliações individuais, construiu-se uma matriz final dos atores sociais.

A aula do dia 1 de junho de 2020 foi dedicada a esclarecimento sobre os elementos pré e pós textuais necessários no projeto aplicativo, assim como a diferença entre ele e um projeto científico, por meio de uma apresentação expositiva da orientadora.

Após a explicação, dividimos entre os membros do grupo qual elemento seria construído por cada um, ressaltando que todos deveriam colaborar com tudo.

Também foi iniciado a discussão da confecção da árvore explicativa (imagem 2) e foi elencado os descritores do problema. Após o grupo levantar os descritores, as causas e as consequências, os mesmos foram apresentados a orientadora para a realização de um feedback sobre a compressão do grupo a respeito dessa

construção.

A aula do dia 8 de junho de 2020 deu continuação ao que estava sendo construído anteriormente. Foi discutido, modificado e reafirmado alguns pontos. Uma vez que foram esclarecidos pela orientadora algumas dúvidas. Também foi levantado pelo grupo os nós críticos dos descritores. Dessa forma, foi possível realizar a finalização da construção da árvore explicativa desse projeto.

Na aula do dia 15 de junho 2020, foi iniciado a escrita de elementos do projeto aplicativo, com as orientações da professora.

No dia 29 de junho de 2020, foi revisado o material escrito do projeto com o auxílio da orientadora. Também foi um momento para sanar dúvidas e esclarecer os próximos passos a serem dados para a finalização deste tópico.

No encontro virtual do dia 13 de julho de 2020, foi apresentado a construção final da parte escrita do projeto e a professora orientou a respeito de modificações para o enquadramento nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

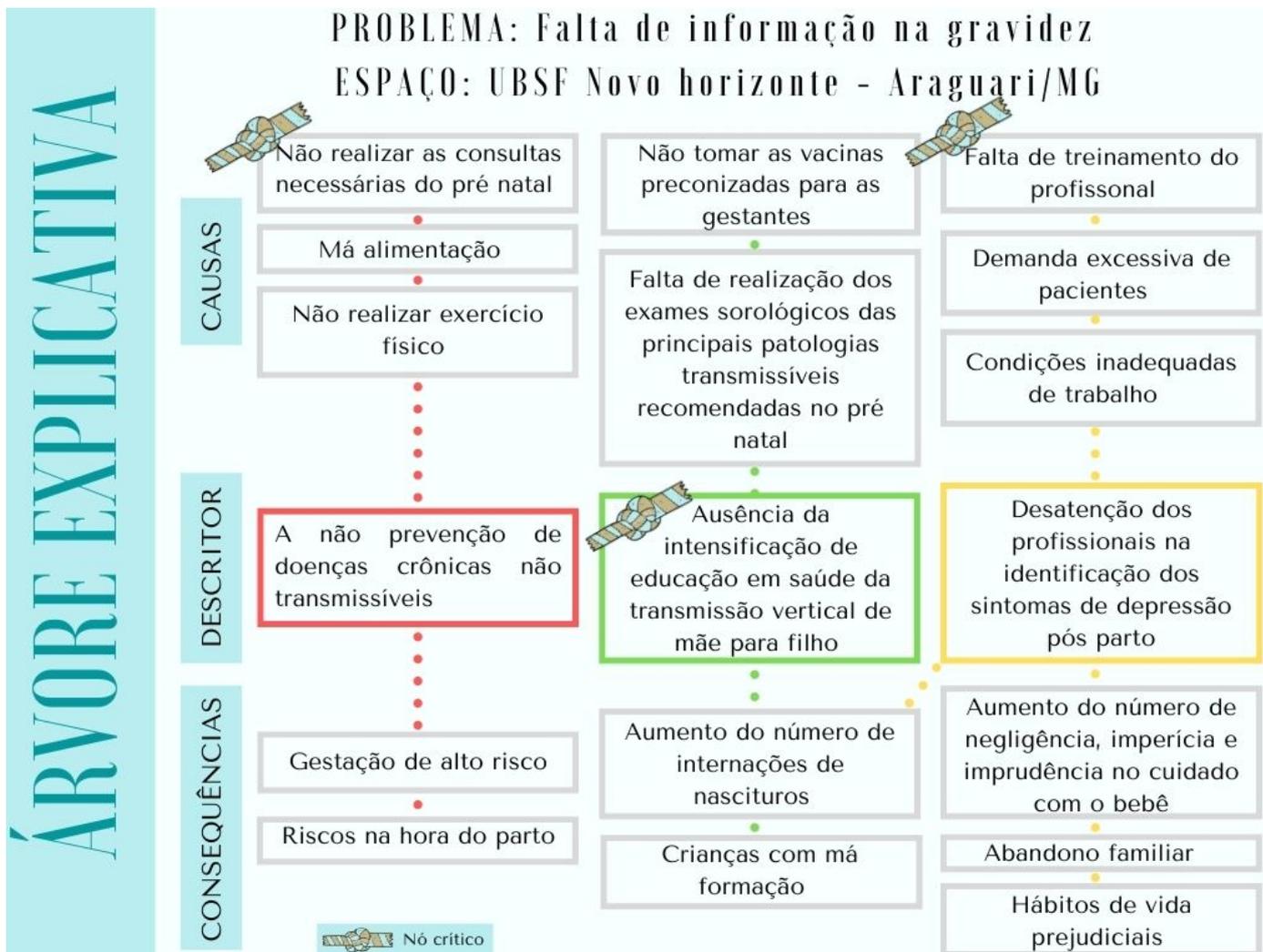
No encontro síncrono do dia 23 de setembro, iniciou-se a construção da planilha de ação – PES. Além disso, deu-se início a organização da parte escrita do plano de intervenção deste projeto.

A construção da planilha 5W3H foi iniciada após a orientação enviada pela professora por meio de gravação de vídeo, no dia 30 de setembro de 2020. Em um encontro síncrono, no dia 07 de outubro de 2020, foi realizado a revisão e apresentação da planilha para a professora, que após a apresentação realizou o feedback do que foi construído.

No dia 07 de outubro de 2020, foi elaborado as planilhas de matriz de análise de motivação dos atores sociais, de matriz de análise de estratégias de viabilidade e de resultados esperados. E no encontro síncrono do dia 14 de outubro de 2020, a professora realizou a conferência do material construído, bem como a orientação de modificações quando necessárias.

Na aula síncrona do dia 21 de outubro de 2020, foi desenvolvido as planilhas de matriz de gestão do plano, de cronograma e de orçamento. Após a finalização da confecção a professora realizou a revisão do material e proferiu o seu feedback.

Imagem 2 - Árvore Explicativa



Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Retrata-se a seguir a enumeração de nós críticos dentro do macroproblema. O Nó crítico é a uma causa de destaque no projeto aplicativo, podendo ser considerado um marco principal, ou seja, aquela que, se atacada, resolve o problema ou tende a diminuí-lo.

Para chegar ao nó crítico, olha-se as causas e delimita-se aquelas que estavam em nossa governabilidade, ou seja, sob as quais podia-se atuar. Deve-se analisar juntamente com os nós críticos os atores e todos os envolvidos em determinado problema, afim de enumerar aquelas que estão na nossa governabilidade.

Foi elencado os nós críticos: Não realizar as consultas necessárias do pré natal, ausência da intensificação de educação em saúde da transmissão vertical de mãe para filho e falta de treinamento do profissional.

Nó crítico 1: Não realizar as consultas necessárias do pré natal

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída a uma baixa adesão do público-alvo de pré natal na população abrangida pela UBSF estudada acerca do acompanhamento no período de gestação, o que é resultado da falta de informação e dedicação à saúde, devido a dificuldades de locomoção e da conscientização da importância das consultas, principalmente no contexto atual de pandemia.

Resultado esperado: Conscientizar 80% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF em análise

Ações e atividades propostas:

1. Educação em Saúde: Inicialmente, será realizado a captação das principais dúvidas das gestantes e puérperas da unidade de saúde por meio da disponibilização de uma urna de dúvidas, garantindo o sigilo. Após a análise das principais dúvidas será elaborado cartazes e banners que abordem os temas. Além disso, será confeccionado uma cartilha a respeito da importância das consultas de pré natal, da realização da imunização e dos testes sorológicos e as principais patologias presentes na gestação e no puerpério. Esse material ficará disponível na recepção e sala de espera da unidade de modo que toda população tenha acesso.

Nó crítico 2: Ausência da intensificação de educação em saúde da transmissão vertical de mãe para filho

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída a uma ausência de informação em relação a transmissão vertical no período de pré natal para a população abrangida pela UBSF estudada. Além de déficit no acompanhamento no período de gestação, as gestantes ficam à mercê em relação a falta de informação em relação a saúde sua e de seu filho, principalmente no contexto atual de maleabilidade das informações e fake news.

Resultado esperado: Conscientizar 50% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF analisada a respeito de transmissão vertical de mãe para filho

Ações e atividades propostas:

1. Ação comunitária: Propõe-se reunião com gestor(a) da UBSF estudada a fim de estabelecer maneiras viáveis e de ampla adesão à execução da campanha de testes sorológicos e imunização para gestantes cadastradas na unidade. Após as definições de data e horário e reserva de insumos biológicos e humanos junto com o gestor, iniciara-se a divulgação a comunidade por meio de panfletos. A ação será dividida em dois momentos sendo eles:

- A realização de uma palestra educacional com profissional de saúde sobre a transmissão vertical e a importância da imunização, com o objetivo de gerar maior conscientização da população adstrita acerca do tema;
- E a oportunidade da realização dos testes sorológicos e da imunização prevista as gestantes pela Organização Mundial de Saúde.

Nó crítico 3: Falta de treinamento do profissional

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída a uma baixa adesão do público-alvo de pré natal na população abrangida pela UBSF estudada acerca do acompanhamento no período de gestação, o que é resultado da falta de informação e dedicação à saúde, devido a dificuldades de locomoção e da conscientização da importância das consultas, principalmente no contexto atual de pandemia.

Resultado esperado: Capacitar 80% da equipe de saúde da UBSF analisada.

Ações e atividades propostas:

1. Educação Permanente: Será realizado oficinas de capacitação trimestrais com os profissionais de saúde da unidade, de forma a atualizar a equipe de saúde ao manejo a gravidez e ao puerpério. As principais patologias presentes na gravidez e no puerpério, e como identificá-las terá um enfoque durante as oficinas, bem como as principais dúvidas sobre o tema que a equipe tiver.

De modo a auxiliar a organização das intervenções descritas anteriormente utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (quadro 1). Essa ferramenta pressupõe que o ator que planeja, elabora a proposta de enfrentamento para cada nó crítico, a partir da imagem objetivo (resultados esperados). Assim, a situação objetivo é formulada como uma totalidade situacional imaginada, ao fim de um horizonte de tempo determinado, como resultado da mudança produzida pela execução do plano, como uma referência móvel, e não como um ponto de chegada estático. O produto final consiste no preenchimento de uma planilha para cada problema e macroproblema priorizado e encontra-se no anexo 9.

Buscando facilitar a comunicação em torno das ações planejadas, além de permitir o acompanhamento da realização das mesmas foi empregado o método 5W3H (Anexo 10), que corresponde a uma lista de ações/atividades definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos.

Quadro 1 – Planejamento Estratégico Situacional

Macroproblema	Falta de informação na gravidez						
NÓ CRÍTICO 1	Não realizar as consultas necessárias do pré natal						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Compreensão e acolhimento da importância de se realizar no mínimo 6 consultas, como orienta a OMS, pelas gestantes.	Orientações visuais por meio de cartazes e cartilhas	Acadêmicos de medicina; Equipe de Saúde da Família	Profissionais de saúde da unidade e docentes do IMEPAC.	Comunidade; Família	80% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF	<u>Técnico:</u> acadêmicos de medicina. <u>Político:</u> apoio dos gestores. <u>Econômico:</u> impressões. <u>Organizacional:</u> espaço na unidade de saúde	9 meses
NÓ CRÍTICO 2	Ausência da intensificação de educação em saúde da transmissão vertical de mãe para filho						

Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Entendimento sobre a transmissão vertical de mãe para filho; Realização dos testes sorológicos e vacinação das gestantes.	Palestras educacionais e campanhas de testes sorológicos e imunização.	Profissionais de saúde da unidade	Acadêmicos de medicina	Comunidade	50% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF	<u>Técnico</u> : profissionais capacitados para a realização dos testes e imunização. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : coffee break, impressões, testes sorológicos e imunobiológicos. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	6 meses
NÓ CRÍTICO 3	Falta de treinamento do profissional						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Profissionais capacitados para acolher as demandas das gestantes e puérperas de forma efetiva.	Oficinas de capacitação.	Gestor local	Acadêmicos de medicina e docentes do IMEPAC		80% da presença dos profissionais de saúde	<u>Técnico</u> : profissionais aptos a realizar a capacitação. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : coffee break. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	6 meses

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A gestão de um plano estratégico é um dos principais momentos do planejamento. Trata-se do momento tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita. Sendo assim é imprescindível que aliado a um plano de ação bem formulado e com todos os recursos necessários se tenha um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução das ações; promova a comunicação e integração dos envolvidos; faça as correções de rumo necessárias e garanta que ele seja efetivamente implementado.

A intencionalidade do desenvolvimento da gestão do plano e viabilidade é contribuir para a ampliação da capacidade de acompanhar a execução de planos elaborados, bem como favorecer o desenvolvimento do pensamento estratégico por meio da busca de recursos e da construção de alternativas que tornem as intervenções possíveis.

A primeira matriz analisa a posição/motivação dos atores diante das diferentes ações elaboradas. Sendo atribuídos a eles interesse e valor. Por exemplo, no nó crítico 1 o gestor da unidade tem como ações coordenar e divulgar as orientações de saúde por meio de cartazes e cartilhas e lhe foi atribuído interesse positivo, uma vez que dentre as suas funções rotineiras está incluso as ações propostas e valor médio, pois a sua oposição não reduz a viabilidade da ação proposta. Já os profissionais da recepção e os acadêmicos de medicina tem como ação a divulgação, interesse positivo e valor alto, porque esses atores tem uma estreita relação com os recursos que controlam e podem interferir nas ações do plano.

Em segundo, a matriz de análise de estratégias de viabilidade (quadro 2) por meio da disponibilidade dos recursos classifica a viabilidade de cada ação do plano em alta, média ou baixa. A observação dos recursos necessários, dos recursos que possui e dos que falta, da viabilidade e dos possíveis conflitos permite que seja articulado estratégias que elevem a efetividade da ação. Como no nó crítico 2 em que a viabilidade foi classificada como média e os possíveis conflitos são: não adesão da comunidade; não adesão do gestor e a falta de insumos humanos e biológicos. Para reduzir o impacto desses conflitos e aumentar a viabilidade foi arquitetado as seguintes estratégias: divulgação

por meio de panfletos da ação proposta; reunião com o gestor para conferir a disponibilidade de insumos humanos e biológicos na data da campanha. Sendo assim, por meio dessa matriz é possível a previsão e articulação de meios para efetivar o plano de ação.

A terceira matriz aborda os resultados esperados e a análise de impacto no volume de serviços prestados, na modalidade de serviços prestados, nos processos das áreas de suporte, nos processos de cuidado ao paciente, na infraestrutura e tecnologia e na governança. Consequentemente, se obtém um produto que auxilia a execução e o direcionamento das necessidades requeridas pelo plano de ação.

Destarte, o conjunto das matrizes de viabilidade permite verificar se os meios táticos e estratégicos estipulados corroboram com as ações propostas. Dessa forma, essas matrizes são pilares para que as intervenções tenham o impacto desejado na sociedade.

Quadro 2 – Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Orientações visuais por meio de cartazes e cartilhas	<u>Técnico</u> : acadêmicos de medicina. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : impressões. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos e econômicos	Não adesão da comunidade	Alta	Questionário a respeito das principais dúvidas a respeito do tema
Palestras educacionais e campanhas de testes sorológicos e imunização.	<u>Técnico</u> : profissionais capacitados para a realização dos testes e imunização. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : coffee break, impressões, testes sorológicos e imunobiológicos. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	Recursos organizacionais	Recursos técnicos, políticos e econômicos	Não adesão da comunidade; não adesão do gestor; falta de insumos humanos e biológicos	Média	Divulgação por meio de panfletos; Reunião com o gestor para conferir a disponibilidade de insumos humanos e biológicos na data da campanha
Oficinas de capacitação.	<u>Técnico</u> : profissionais aptos a realizar a capacitação. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : coffee break. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	Recursos organizacionais	Recursos técnicos, políticos e econômicos	Horário e dia de disponibilidade dos profissionais; problemas de conciliação com as atividades da UBSF	Alta	Consultar previamente os horários e disponibilidades dos funcionários da UBSF

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Durante a realização de um projeto, é fundamental que se execute o monitoramento do plano de ação. Assim, é possível acompanhar as atividades planejadas e avaliar se é necessária alguma intervenção no macroproblema anteferido: “Ausência de instrução adequada à gestante”, com o objetivo de garantir que as ações se desenvolvam conforme fora programado e que se alcance resultados melhores. Para que isso ocorra, acompanhar cronogramas e resultados, comunicar riscos e evolução, integrar os atores envolvidos e corrigir o que é necessário são passos indispensáveis, bem como classificar as ações quanto à viabilidade, ao impacto e ao comando e, por último, a ordem das atividades.

Nessa perspectiva, a partir da identificação do macroproblema já mencionado, foram levantados três nós críticos, ou seja, três causas do problema maior sobre as quais é possível atuar. Em relação ao primeiro, referente à não realização das consultas necessárias do pré natal, espera-se como resultado a compreensão e acolhimento da importância de se realizar no mínimo 6 consultas, como orienta a OMS, pelas gestantes, para evitar o seu abandono.

Para isso, o grupo pretende promover orientações visuais por meio de cartazes e cartilhas, de janeiro de 2021 a setembro de 2021, tendo como responsáveis por essas ações e atividades os acadêmicos de medicina e a Equipe de Saúde da Família. Ademais, os agentes contam com os profissionais de saúde da unidade e com os docentes do IMEPAC como parceiros nessa ação, a fim de que a adesão das gestantes seja satisfatória. Portanto, essa ação apresenta alta viabilidade e alto impacto e a despesa prevista é de duzentos reais.

Sobre o nó crítico 2, “Ausência da intensificação de educação em saúde sobre a transmissão vertical de mãe para filho”, foi proposto que os profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde da Família, em parceria com os acadêmicos de medicina da IMEPAC, realizem ações e atividades voltadas a palestras educacionais e campanhas de testes sorológicos e imunização, de Janeiro de 2021 a Junho de 2021.

Tem-se o intuito de que, através da primeira ação, as gestantes entendam sobre a transmissão vertical de mãe para filho e, por meio da segunda, realizem os testes sorológicos e a vacinação. Contudo, devido à possível não adesão das gestantes e a falta de insumos humanos e biológicos, essa ação é classificada como sendo de média viabilidade, mas de alto impacto, haja vista que espera-se atingir pelo menos 50% das gestantes que realizam o pré-natal na Unidade em questão, o que já é uma mudança significativa. Além disso, após a elaboração do plano orçamentário desta atividade, foi previsto um gasto de trezentos reais, devido às impressões e *coffee break*.

Por fim, o nó crítico 3, a falta de treinamento do profissional foi o grande problema abordado. Nesse sentido, o grupo sugeriu a realização de oficinas de capacitação, tendo como responsáveis por essa ação o gestor local, e como parceiros os acadêmicos de medicina e docentes do IMEPAC. Espera-se que cerca de 80% dos profissionais de saúde da unidade participem dessa atividade, que visa capacitá-los para atender às demandas das gestantes e puérperas de forma efetiva, esclarecendo-os sobre as possíveis patologias presentes na gestação e puerpério e como identifica-las.

Para isso, o grupo acredita ser necessário consultar previamente os horários e disponibilidades dos funcionários da UBSF. Assim, esta ação apresenta alta viabilidade e alto impacto, ao considerar que ela é fundamental para produzir mudanças relevantes. Sua execução está prevista para janeiro de 2021 a junho de 2021, e é esperado um gasto de cem reais.

Dessa forma, a elaboração do monitoramento do plano de ação permite o acesso e o domínio de importantes dispositivos e ferramentas que apoiam o desenvolvimento do pensamento estratégico, com a finalidade de viabilizar a intervenção na realidade.

8 CONSIDERAÇÕES

O intuito primordial do projeto aplicativo é transformar a realidade observada, através de ações efetivas que consigam integrar os profissionais de saúde, estudantes, gestores e a comunidade, dentre outros. Nesse sentido, através do auxílio da gestora da Unidade Básica de Saúde (UBSF) - Araguari-MG, e das visitas feitas a unidade, foi possível através de uma observação contumaz da realidade perceber a importância de orientar adequadamente as gestantes atendidas e amparadas pela UBSF. Dessa forma, utilizando a metodologia do Arco de Maguerez foi possível, observar a realidade, elencar seus pontos-chaves, teorizar e problematizar sobre a ausência de instrução adequada na gestação e posteriormente perceber o quanto essencial se fazia uma proposta de intervenção para as gestantes inseridas naquele contexto repleto de vulnerabilidades.

Assim, através da observação dos determinantes sociais na situação de saúde local, foi possível evidenciar que a desinformação das gestantes está diretamente vinculada a um elevado índice de gravidez na adolescência, como também a ausência de apoio familiar e social as necessidades das gestantes. Essa constatação possibilitou um estudo direcionado a entender a desinformação em seus vários aspectos, sem uma restrição de cunho biomédico, mas sim com uma percepção ampliada e integral da comunidade observada. Dessa forma, podemos perceber a importância do princípio da territorialização para que a ação de intervenção elaborada tivesse um impacto imediato e a longo prazo, já que a informação sólida pode ser passada de forma mais assertiva, como também o processo de imunização produz efeito individual e coletivo.

Ademais, vale ressaltar que o processo de construção deste projeto aplicativo teve como respaldo as orientações dos professores do Centro Universitário IMEPAC, o que possibilitou uma maior compreensão dos impactos positivos de tal instrumento, uma vez que todo o processo de construção foi amparado por instrumentos validados e reconhecidos cientificamente.

Em razão disso, a elaboração deste documento tende a promover uma construção efetiva de saberes na comunidade de gestantes e seus familiares. Como também promover uma atuação da UBSF, que melhore consideravelmente a qualidade de vida das gestantes. Nesse sentido, a promoção e prevenção à saúde iniciada na atenção primária possibilitará cada vez mais que a população compreenda a resolutividade e a importância da Atenção Primária à Saúde. Como também, o qual essencial é a aderência ao pré natal, a imunização e a conscientização sobre patologias e fragilidades que podem advir em decorrência da gravidez. E assim, impedir que futuramente essas gestantes sofram com comorbidades e fragilidades emocionais advindas de uma gravidez repleta de desamparos.

9 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Chronic hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin. **Obstetrics Gynecology**, v.119, n.125, p.396-407, 2012.

_____. Gestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin. **Obstetrics Gynecology**, v.122, n.137, p.406-416, 2013a.

_____. Obesity in pregnancy. ACOG Committee Opinion. **Obstetrics Gynecology**, v.121, n.549, p.213-217, 2013b.

_____. Obesity in pregnancy. ACOG Practice Bulletin Nº 156. **Obstetrics Gynecology**, v.126, n.156, p.112-126, 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Classification and diagnosis of diabetes. **Diabetes Care**, v.41, n.1, p.13-27, 2016a.

_____. Management of diabetes in pregnancy. **Diabetes Care**, v.39, n.1, p.94-98, 2016b.

BARBOUR LA, MCCURDY CE, HERNANDEZ TL, KIRWAN JP, CATALANO PM, FRIEDMAN JE. Cellular mechanisms for insulin resistance in normal pregnancy and gestational diabetes. **Diabetes Care**, v.30, n.2, p.112-119, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. Brasília, DF; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base del feto**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973.

CALEMAN, G., et al. **Projeto aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2016.

MAGEE, Laura A.; HELEWA, Michael; REY, Evelyne. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v.36, n.307, p. 416-438, 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SIBAI B. Chronic hypertension in pregnancy. **Obstetrics Gynecology**, v.100, n.2, p. 369-377, 2002.

EFICIÊNCIA PARA O PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA TEREZINHA III EM ARAGUARI-MG

EFFICIENCY FOR THE MENTAL HEALTH PROGRAM OF THE BASIC HEALTH UNIT OF THE FAMILY SANTA TEREZINHA III IN ARAGUARI-MG

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

Andressa de Paula Silva

Bruna de Souza Costa

Paula Andressa Menezes Santos

Rayanne Carolina Almeida de Resende

Mariah Cristina Moreira Queiroz

(269)

Resumo

Introdução: Políticas em Saúde Mental são essenciais na consolidação da atenção integrada, pois a temática por vezes é tratada com base na intolerância. **Objetivos:** Organizar espaço para educação em saúde da família, comunidade e profissionais da UBSF. **Metodologia:** Oficinas de Trabalho Projeto Aplicativo, as quais foram identificação de problemas, elaboração da matriz decisória dos problemas e dos atores sociais, construção da árvore explicativa do problema, elaboração da parte escrita, elaboração do Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvimento dos nós críticos e elaboração da planilha 5W3H, organização da gestão do plano de ação, criação das matrizes de viabilidade e resultados esperados, organização da gestão do plano de ação, reajuste da parte escrita e organização da apresentação formal, desenvolvimento do cronograma e planilha orçamentária. **Resultados:** As ações propostas, Webinar, questionários, oficinas de educação em saúde, rodas de conversa e exposição de banner, têm interesse favorável pelo público alvo, custo financeiro viável e alta viabilidade, além de alto impacto, pois os desafios na aplicação são de resolução eficaz. Apresentaram interesse favorável pela população e profissionais e alto valor atribuído. Espera-se o apoio de recursos governamentais, atores sociais e espaço. Serão atividades, em sua maioria, organizadas pelos discentes e localizadas nas dependências da universidade ou unidade de saúde. **Conclusão:** É necessária uma nova abordagem em saúde mental foram os principais focos deste projeto, que visa contribuir de forma positiva para o desenvolvimento social e educação em saúde.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família; Saúde mental; Administração em saúde pública.

Abstract

Introduction: Mental Health policies are essential in the consolidation of integrated care, because the theme is sometimes treated based on intolerance. **Objectives:** To organize space for education in family health, community and Basic Family Health Unit (UBSF)

professionals. **Methodology:** Workshops of Work Application Project, which were identification of problems, elaboration of the decision-making matrix of problems and social actors, construction of the tree explaining the problem, elaboration of the written part, elaboration of the Strategic Situational Planning, development of critical nodes and preparation of the spreadsheet 5W3H, organization of the management of the plan, action, creation of feasibility matrices and expected results, organization of the management of the action plan, adjustment of the written part and organization of the formal presentation, development of the schedule and budget spreadsheet. **Results:** The proposed actions, Webnar, questionnaires, health education workshops, conversation wheels and banner display, have favorable interest by the target public, viable financial cost and high viability, besides high impact, because the challenges in the application are effective resolution. They presented favorable interest by the population and professionals and high attributed value. The support of government resources, social actors and space is expected. They will be activities, mostly organized by the students and located in the premises of the university or health unit. **Conclusion:** A new approach to mental health was needed were the main focuses of this project, which aims to contribute positively to social development and health education.

Keywords: Family health strategy; Mental health; Public health administration.

1. INTRODUÇÃO

Desde o advento da humanidade, as dificuldades em lidar com as diferenças e com as dissonâncias do senso e convivência comum afluíram-se. No âmbito psiquiátrico, por muitas vezes a doença mental foi ou é tratada com fundamentação na intolerância, marginalizando os doentes mentais. (CENTRO CULTURAL DA SAÚDE, 2012)

Historicamente os hospitais psiquiátricos eram marcados por isolamentos e terapêuticas repressoras e desumanas. Com Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a humanização da assistência, a gradativa desativação dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, junto com os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria GM n.º 106, de 11/2/2000), são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, essenciais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária. Esse movimento de desconstrução e construção e uma nova abordagem da saúde mental são os principais focos desta nossa conversa. (CENTRO CULTURAL DA SAÚDE, 2012)

Destarte, o paciente, sua família e os profissionais dos serviços comunitários, ou seja, a rede de apoio do enfermo torna-se gradativamente, os principais provedores de cuidados em saúde mental. Exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção (CARDOSO, 2011).

Todavia, o Brasil ainda enfrenta a carência de recursos na rede de saúde, tais como: escassez de recursos nos programas direcionados a estes público, fragmentação da equipe, ausência de educação permanente da equipe da saúde da família no manejo doente mental, falta de conscientização da comunidade em relação às doenças mentais, entre outros (JORGE, 2007).

Nesse segmento, elaboramos esse projeto, sob a ótica da UBSF Santa Terezinha III, que destaca a importância dos Programas de Saúde Mental, as atribuições e os entraves que nos levam a ter um precário amparo nesses programas, e a pouca quantidade e supressão qualidade desses programas e suas consequências.

2. RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

Os portadores de transtornos mentais foram considerados indivíduos perigosos para a sociedade por um longo período, com isso, eles eram internados em manicômios, onde ficavam isolados da sociedade. A fim de alterar essa perspectiva, em 1989, ocorreu a Reforma Psiquiátrica que possibilitou uma alteração na forma de cuidar das doenças mentais, instituindo uma atenção extra-hospitalar integrada, aberta, de base comunitária e dinâmica, na qual a internação ocorre somente em momentos de crise e por um curto período. (CORREIA et al, 2011)

Assim, no Brasil, em 2013, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial, que após inúmeras alterações, garante o tratamento de casos de leve complexidade nas Unidades Básicas de Saúde e de média e alta

complexidade em locais especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, esse modelo de cuidado apresenta algumas falhas, sendo necessárias algumas adaptações. (BRASIL, 2011)

Nesse contexto, de acordo com a enfermeira Juliana da Unidade Básica de Saúde da Família Santa Terezinha III em Araguari, após o fechamento do Núcleo de Atenção à Saúde Mental (NASM), houve o remanejamento dos pacientes com transtornos mentais para a unidade gerando inúmeros desafios aos profissionais, entre eles a sobrecarga de paciente, uma vez que cerca de dez por cento dos indivíduos cadastrados na unidade são portadores de doenças mentais, as dificuldades em identificar e cuidar destes casos devido à falta de experiência e preparo em saúde mental, as dificuldades no referenciamento desses aos locais especializados como o CAPS, o mal funcionamento da rede de cuidado (constituído por todos que possam auxiliar no tratamento, como a família, amigos e vizinhos) e a falta de profissionais especializados no tratamento desses na unidade.

Ademais, a falta de conhecimento das pessoas acerca da saúde mental, faz com que muitas vezes haja uma má interpretação da situação do indivíduo, por exemplo, muitas vezes a depressão é considerada fraqueza e falta de vontade, alimentando o preconceito contra portadores de psicopatologias. E este prejulgamento, faz com que muitos não busquem ou desconsiderem os tratamentos ofertados por psicólogos e psiquiatras, agravando problemáticas na sociedade. (SILVA; MARCOLAN, 2018)

Esse quadro justifica a necessidade de construir um projeto aplicativo, com intuito de encontrar possíveis intervenções que possam auxiliar a Unidade Santa Terezinha III no cuidado dos portadores de doenças mentais, para propiciar uma melhor capacitação dos profissionais, realizar a conscientização da população sobre saúde mental e a importância da rede de cuidado.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O QUE É SAÚDE MENTAL?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de completo bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. (GAINO, 2018)

No entanto, essa definição vem sendo criticada ao longo de sua existência, pois a condição de “completo bem-estar”, diante das limitações humanas e circunstâncias ambientais a que os indivíduos são expostos, é impossível de ser atingida. Dessa forma, surgiram discussões sobre uma nova visão de saúde mental, a qual passa a ser vista como produção social, combinando abordagens da medicina preventiva e de saúde integrativa. (GAINO, 2018)

3.2 CONTEXTO HISTÓRICO

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. No entanto, apesar de ser contemporâneo ao movimento sanitário, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, o qual foi fundado na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e, tornou-se maior que a sanção de novas leis e maior que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

No ano de 2001, a Lei Federal 10.216, Lei Paulo Delgado, é sancionada no país, a qual redireciona a assistência em saúde mental. A ação teve o objetivo de oferecer tratamento em serviços de base comunitária, proteção e exposição dos direitos das pessoas com transtornos mentais, sem instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Apesar disso, a promulgação da lei estabeleceu um novo impulso e um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo a partir da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A partir disso, o Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos. Assim, a rede de atenção primária à saúde mental conquistou uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, locais onde a assistência comunitária em saúde mental não existia. No mesmo período, ocorreu, também, o estímulo ao processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, a partir da implementação do Programa “De Volta para Casa”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Nessa perspectiva, em 2004 foi realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, que reuniu dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Essas ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, buscaram efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. Ao fim do ano de 2005 a reforma psiquiátrica é caracterizada por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e a redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. É neste período, também, que a Reforma Psiquiátrica é consolidada como política oficial do governo federal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Além disso, é importante considerar que a III Conferência Nacional de Saúde Mental compactua com democraticamente com as diretrizes, princípios e estratégias para a alteração do modelo de assistência, fomenta a construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, além de

estabelecer o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Constata-se, com isso, que essa conferência, devido à ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e suas famílias, garante os substratos políticos e teóricos para a Política de Saúde Mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência ratifica a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

3.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS. Dessa forma, com a posição estratégica no Sistema Único de Saúde (SUS) de garantir a universalidade ao acesso e a cobertura universal, cabe à Atenção Básica a efetivação de integralidade: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. Ademais, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica, a qual seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania. (TANAKA; RIBEIRO, 2009)

Aliado ao processo de reforma sanitária, o desenvolvimento da reforma psiquiátrica trouxe alterações em relação aos conceitos e as práticas na atenção aos transtornos mentais no país. O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta principal a redução do número de leitos nos manicômios e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos. No entanto, o direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes no país. (TANAKA; RIBEIRO, 2009)

Com o objetivo de reduzir essa defasagem na assistência, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolveu uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. Com isso, foram estabelecidas as principais diretrizes para esta articulação, como apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF, aumento da capacidade resolutiva das equipes, priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica e ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica. Além disso, uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação

em serviço, o qual será realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A direcionalidade das políticas públicas de saúde mental que objetivam à ampliação das ações na atenção básica é impulsionada por diretrizes originadas de organismos internacionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, publicou o documento *"La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria"*, dentro do qual traz a necessidade da abordagem do aspecto emocional na atenção à saúde: "É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais" e reforça que "as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária; pelo contrário, aumentam a efetividade desta". Assim, em 2001, a OMS reforça esta orientação quando publica dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo a primeira delas proporcionar tratamento na atenção primária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

No contexto da atenção básica, tem-se o potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados. (TANAKA; RIBEIRO, 2009)

Apesar dos esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco frequente. No documento "Política Nacional da Atenção Básica-2006", não há nenhuma referência às ações de saúde mental e não há indicadores relativos às ações de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda que propostas já tenham sido elaboradas. (TANAKA; RIBEIRO, 2009)

No ano de 2007, foi aprovada a inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Vida (Portaria MS nº399/GM de 22/02/2006). Foram então elencados dois indicadores (Portaria MS nº 325/GM de 13/03/2008): taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes (principal) e taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa (complementar). Cabe destacar que, mesmo com estas importantes conquistas, ainda não há referência às ações e indicadores que contemplem a saúde mental na atenção básica. (TANAKA; RIBEIRO, 2009)

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A Política Nacional da Saúde Mental dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

O objetivo é consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Em consonância com a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), foi impulsionada a construção de um modelo humanizado, alterando o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento às pessoas

com transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do abuso de substâncias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Dessa forma, coordenada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental é uma estratégia do Governo Federal, que abrange as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para estabelecer a assistência às pessoas que necessitam de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Essa Política garante a atenção a pessoas acometidas por transtornos mentais, como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo. Ademais, atende pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma medida de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, de acordo com cada caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A estrutura de atendimento é organizada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é composta por: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Urgência e Emergência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento, Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, Comunidades Terapêuticas, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital Dia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), configuram-se como unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os CAPS oferecem atendimento próximo da família, assistência médica e cuidado terapêutico conforme o seu quadro de saúde, com possibilidade de internação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

4. PROCESSO METODOLÓGICO

4.1 OFICINAS DE TRABALHO PROJETO APLICATIVO: 1º e 2º SEMESTRE DE 2020

4.1.1 OTPA 1: Identificação de problemas

Para a elaboração do projeto aplicativo utilizamos a metodologia do Arco de Maguerez, que consiste na observação da realidade, identificação dos pontos-chave, embasamento teórico, elaboração de hipóteses de solução e aplicação à realidade prática.

Nessa perspectiva, no dia 20/02/2022, analisamos os problemas identificados na entrevista realizada com a enfermeira chefe na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Santa Terezinha, durante uma visita técnica à instituição. As adversidades encontradas envolvem questões como a sobrecarga de pacientes relacionados à saúde mental, a baixa adesão desses pacientes, a pouca disponibilidade do psiquiatra na unidade, o rápido esgotamento de determinados medicamentos, a falta de equipamentos e tecnologia, a equipe profissional incompleta, além de problemas na estrutura física. Após identificar os problemas, elaboramos possíveis intervenções que solucionassem ou amenizassem tais mazelas encontradas.

4.1.2 OPA 2: Elaboração da matriz decisória dos problemas e da matriz dos atores sociais

Nesse processo, selecionamos os problemas passíveis de atuação, que foram: insuficiência do programa de saúde mental, baixa resolutividade da gestão, escassez de programas de educação em saúde, além de estrutura física inadequada. Em seguida, os quatro problemas foram classificados quanto à magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. Pela análise dos critérios, a insuficiência do programa de saúde mental foi o problema identifica com maior relevância.

Com a problemática delimitada, realiza-se a matriz decisória dos atores sociais Assim, em relação à temática “insuficiência do programa de saúde mental”, os atores elencados foram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipe Saúde da Família, família do paciente portador de saúde mental, Coordenação da Saúde da Família, Secretário da Saúde, Presidente Municipal do Conselho de Saúde, Presidente de bairro, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Acadêmico de Medicina IMEPAC.

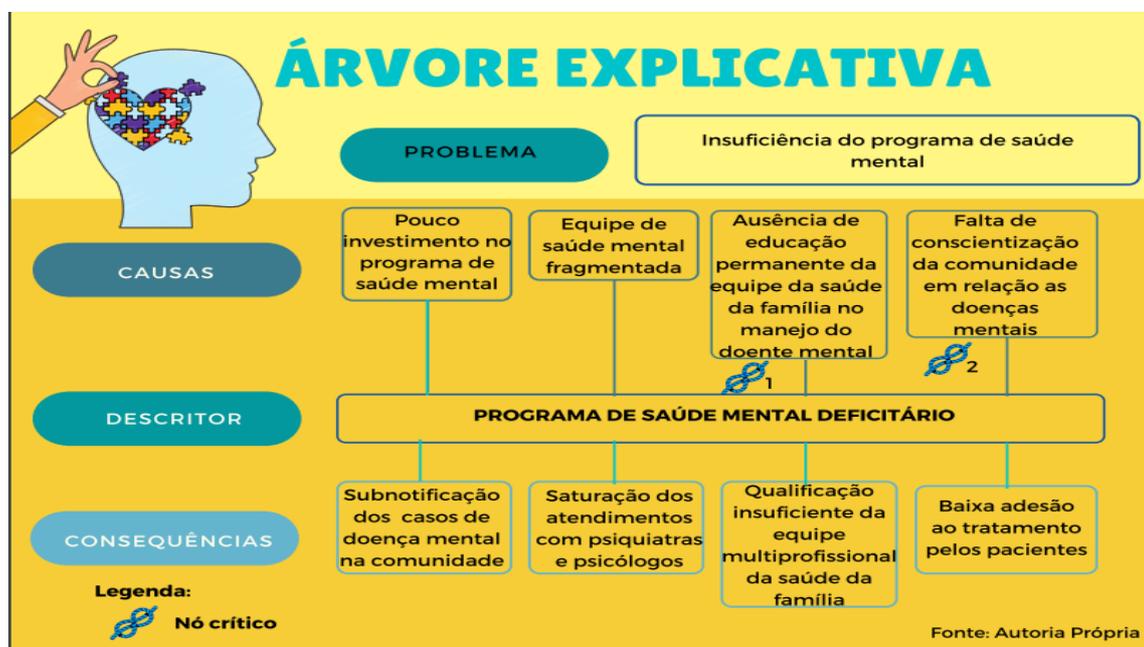
Dessa maneira, com os atores sociais definidos são atribuídos a eles valores, além de classificá-los conforme o interesse diante da situação problema. O valor é a importância que o ator confere a cada problema, levando em consideração o contexto, as implicações e as consequências para as pessoas por ele afetadas. Já o interesse é o posicionamento por meio do qual o ator situa-se diante da realidade, e que pode ser vista como uma situação a ser superada ou evitada, ou mesmo como oportunidade para ser aproveitada ou fomentada.

Assim, em relação ao CAPS, à Equipe Saúde da Família, à família do paciente portador de doenças mentais, ao CRAS e ao acadêmico de medicina, foram atribuídos valor alto e interesse positivo. Em se tratando da Coordenação da Saúde da Família, ao Secretário da Saúde e ao Presidente Municipal do Conselho de Saúde, receberam valor alto e interesse negativo. Por fim, o presidente do bairro recebeu do grupo valor alto e interesse neutro.

4.1.3 OPA 3: Construção da árvore explicativa do problema

A partir do problema priorizado, houve a construção da árvore explicativa do problema é composta por cinco movimentos: definição dos descritores, identificação das causas que determinam o problema, consequências destes, relação dos descritores e identificação do nó crítico, o qual se caracteriza pelas causas que apresentam maior número de relações com outras e que ao sofrerem intervenções podem provocar mudanças positivas nos descritores aos quais estão relacionados. Assim, destaca-se que o nó crítico I corresponde à ausência de educação permanente da equipe em relação ao manejo do portador de transtorno mental e o nó crítico II refere-se à falta de conscientização da comunidade acerca do tema proposto

Figura 1- Árvore Explicativa do Problema.



Fonte: Os autores.

4.1.4 OTPA 4: Elaboração da parte escrita do projeto aplicativo

No dia 18/06/2020 houve o início do processo de construção da parte escrita do PA foi marcado pela discussão em grupo sobre a responsabilidade de cada integrante na elaboração dos tópicos que compõem a estrutura deste trabalho.

4.1.5 OTPA 5: Elaboração do Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Em 18/09/2021, foi construída a tabela de “Planejamento Estratégico Situacional (PES)”, com o intuito de apresentar as propostas de enfrentamento para cada nó crítico.

4.1.6 OTPA 6: Desenvolvimento dos nós críticos e elaboração da planilha 5W3H

Ao longo da realização da oficina de 25/09/2021, foi elaborada a planilha 5W3H, a qual possui como finalidade apresentar os registros de ações e atividades, a fim de solucionar os nós críticos apontados.

4.1.7 OTPA 7: Criação das Matrizes de Viabilidade e Resultados Esperados-Produção de impacto

Nas oficinas de 06 a 23/10/2020 foram elaboradas a “Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo o plano de ação”, a “Matriz de análise de estratégias de viabilidade” e “Resultados esperados-Produção de impacto”.

4.1.18 OTPA 8: Organização da gestão do plano de ação

A organização de gestão do plano teve como objetivo apontar as ações a serem realizadas, com base nos nós críticos identificados anteriormente, a viabilidade dessas, seu nível de impacto, quem irá comandar as ações e a ordem de realização dessas.

4.1.9 OTPA 9: Desenvolvimento do Cronograma e Elaboração da Gestão Orçamentária

As ações foram previstas para o ano de 2021, devido a pandemia enfrentada no ano de 2020, sem data para fim até o presente momento da elaboração desse cronograma, no qual está sendo evitado o encontro de forma física com outros indivíduos, devido ao alto de risco de proliferação do vírus do Covid-19, impossibilitando certas ações propostas. Em relação à gestão orçamentária, não foram totalizados custos para as ações do nó crítico I, e para o nó crítico II, o custo de 500,00 reais (para realização de

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para avaliar a proposta de intervenção, realizou-se a análise de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES tem como objetivo identificar os nós críticos, visto que o macroproblema é a insuficiência do programa de saúde mental. A priori, identificou-se o nó crítico I, a partir do qual tem-se o objetivo de possibilitar maior preparo da equipe de saúde da família no manejo do paciente portador de transtorno mental. Para tanto, foi proposto ações e atividades, como realização de webnares e a criação de questionários relacionados ao tema, para a identificação dos desafios a serem abordados e a evolução do processo de aprendizagem. A efetividade das ações é de responsabilidade dos organizadores (UBSF e colaboradores), com a parceria do IMEPAC, de profissionais de saúde e de docentes. Entretanto, nota-se opositores, como falta do acesso à internet, ou a precariedade de sinal, falta de telefone ou computador e falta de interesse, devido ao pouco estímulo em relação ao assunto. Com isso, estima-se 50% de adesão da equipe de saúde da família e espera-se o apoio de recursos governamentais, atores sociais e espaço. Por fim, presume-se o prazo de 6 meses ou 12 meses pós pandemia.

Por sua vez, em relação ao nó crítico II, sob a análise do mesmo o macroproblema citado acima, distinguiu-se o resultado esperado é fornecer informações para que a população possua maior conhecimento sobre a importância da saúde mental e possibilitar que, a partir do conhecimento disponibilizado, a família saiba

lidar melhor com os pacientes portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, foram propostas oficinas de educação em saúde mental voltadas para a comunidade, como atividades que envolvam palestras e filmes interativos e rodas de conversa para a identificação dos desafios a serem abordados e possíveis dúvidas.

Além disso, planeja-se a divulgação de banners na UBSF com temas relacionados à saúde mental. Essas ações serão de responsabilidade dos organizadores, UBSF e colaboradores, com o apoio institucional do IMEPAC, profissionais da saúde e docentes. Em contrapartida, tem-se como opositores a pandemia e a falta de adesão da comunidade à iniciativa, estimando-se uma adesão de 35% dos munícipes. Tendo em vista os recursos necessários, sobre os quais a ação detém graus governamentais, cognitivos, políticos, atores sociais e espaço para a realização das atividades. Assim, calcula-se o prazo de 6 meses sem a pandemia e de 12 com a pandemia para a realização.

6. VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para análise da gestão e viabilidade, utilizamos a análise de motivação dos atores sociais, segundo o plano de ação buscamos identificar a viabilidade das ações propostas com base nos nós críticos apontados. Com isso, foi definido o nível de interesse dos representantes sociais e o valor atribuído a atividade proposta a eles. Sendo considerada uma ação viável aquela que todos os atores sociais se encontram favoráveis ou os que apoiam e conseguem superar os opositores. Com isso, foi analisado e apresentado, as colocações de parte da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família Santa Terezinha III, representada pelos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e agentes comunitários, acerca das atividades propostas, com base no nó crítico I, os quais apresentaram interesse favorável e atribuírem um alto valor ao que foi sugerido. Sendo as ações sugeridas: a realização de um webinar e aplicação de questionários, a fim de aumentar o conhecimento desses acerca de saúde mental, identificar os problemas que esses enfrentam no cuidado com os portadores de transtornos mentais e a avaliação sobre o conhecimento adquirido durante a atividade.

Para o segundo nó crítico II, as ações propostas foram: a realização de oficina, de roda de conversa e a divulgação de banner na unidade acerca do cuidado com os indivíduos acometidos com transtornos mentais, com a finalidade de possibilitar maior conhecimento sobre a importância da saúde mental e do apoio familiar ao portador de psicopatologia. Sendo essas, atividades que apresentaram interesse favorável pela população (ator social) e um alto valor atribuído por ela.

Para avaliação dos resultados esperados e produção de impacto houve a organização das ações em recursos financeiros, recursos humanos, responsáveis envolvidos, tecnologia, volume de serviços, modalidade de serviços, áreas de suporte, cuidado ao paciente, infraestrutura e governança. Em relação ao webinar foi classificado como médio custo e será realizada com o auxílio dos discentes responsáveis pelo projeto, apoio institucional e do palestrante. Além disso, será necessário o uso de recursos tecnológicos e plataformas digitais, devido ao momento pandêmico que estamos vivenciando, com volume de serviços e modalidade, caracterizada como de alta intensidade. O objetivo dessa ação é melhorar a qualidade do serviço e assistência prestados aos usuários, além de ampliar o conhecimento e preparo da equipe multiprofissional. A realização

dos questionários foi classificada como baixo custo e será organizada pelos discentes desse projeto e auxiliada pela instituição. Será preciso utilizar recursos tecnológicos para sua aplicação, com volume de serviços aos alunos envolvidos e média intensidade nessa modalidade de serviço. Dessa forma, tal ação visa melhorar a qualidade de assistência ao usuário, por meio da ampliação do conhecimento da equipe de saúde na identificação dos desafios a serem abordados dentro da temática da saúde mental.

No que tange a aplicabilidade das oficinas de educação em saúde será realizada nas dependências da unidade trabalhada ou, em casos de impossibilidade, poderá ser feita na instituição de ensino IMEPAC. Terá um médio custo e com volume de serviços aos discentes, os quais serão responsáveis pela organização dessa prática, juntamente com o palestrante. Visa aprimorar a capacitação profissional para promover um manejo clínico eficiente e melhorar a qualidade da atenção ao usuário, por meio de recursos como panfletos, folders, Datashow e internet. A ação que se refere à roda de conversa será realizada na unidade de saúde trabalhada ou na instituição, sendo de responsabilidade dos alunos envolvidos no projeto com apoio do palestrante. Terá um médio custo, com volume de serviços para os discentes e com alta intensidade. Poderá ser realizada na unidade trabalhada ou na instituição de ensino IMEPAC, além disso, serão utilizados recursos como panfletos, Datashow, internet e materiais impressos. Tal ação tem por objetivo esclarecer dúvidas acerca da saúde mental, a fim de melhorar a qualidade do serviço e assistência ao usuário, para que se promovam avanços na qualidade do atendimento fornecido. Por fim, a ação realizada por meio de banners terá um médio custo e será de responsabilidade dos alunos envolvidos no projeto aplicativo, sendo necessário o uso de recursos como materiais impressos para divulgação a ser realizada na unidade de saúde. Apresenta volume de serviços aos discentes com média intensidade, visando difundir informações acerca da saúde mental.

Por fim, avaliamos a viabilidade de cada ação do plano em alta, média ou baixa, por meio da observação dos recursos necessários, dos recursos que possuem e que faltam, da viabilidade e dos possíveis conflitos, que permitem a articulação de estratégias para aumentar a efetividade de cada ação. Em relação ao nó crítico 1, a viabilidade das ações (webinar e questionários) foi classificada como alta e os possíveis conflitos para a aplicabilidade delas são: a não adesão da equipe de saúde da família, a não adesão dos gestores, a falta de acesso à internet ou precariedade do sinal e a falta de telefone ou computador para o acesso. Para reduzir o impacto desses entraves, pode-se realizar uma reunião com os gestores e a equipe de saúde da família para a apresentação dos problemas relacionados à saúde mental no contexto da UBSF. Por sua vez, em relação ao nó crítico 2, as ações (oficinas de educação em saúde, roda de conversa e banners) foram classificadas com alta viabilidade. Para as oficinas de educação em saúde e a roda de conversa os possíveis conflitos envolvem a não adesão da população, a disponibilidade de dia e horário dos profissionais e estudantes que realizaram o projeto, além de problemas de conciliação com as atividades da UBSF. Dentre as estratégias para amenizar os entraves, tem-se a distribuição de panfletos de convite para a participação nessas ações, informar sobre a oficina ou sobre a roda de conversa nas visitas do ACS e avisar sobre o sorteio de brindes para quem participar. Por fim, a exposição de banners também teve classificação de alta viabilidade. Entretanto, um possível conflito seria a não aceitação dos gestores da UBSF, o que requer estratégia para aumentar a viabilidade, que consiste

na reunião com os gestores da UBSF para mostrar a importância de conscientizar a população sobre o tema da saúde mental.

7. MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Em relação à cronologia de aplicação das ações, referentes ao nó crítico 1, foram programadas as seguintes atividades a serem realizadas em sequência: a primeira parte do questionário será aplicada antes do webinar, em seguida tem-se a realização deste, e logo após a segunda parte do questionário. Por se tratar de uma ação a ser produzida em plataformas online, devido ao momento pandêmico vivenciado é oportuno que a ação webinar ocorra primeiro que as demais ações do nó crítico 2, como a oficina e roda de conversa, as quais demandam que sejam feitas de forma presencial. Desse modo, ao abordar a cronologia de ações do nó crítico 2, temos a seguinte ordem: oficina de educação em saúde, roda de conversa e, por fim, banner. Assim, todas essas ações, referentes aos nós críticos 1 e 2, serão realizadas com a participação de atores internos articulados com atores externos. Dessa maneira, todas as ações/atividades foram classificadas com alta viabilidade e alto impacto, exceto a ação banner, a qual foi classificada com médio impacto, pois, por ser um impresso exposto na unidade de saúde há a possibilidade de passar despercebido pela população.

No que tange a solução das principais causas da deficiência do programa de saúde mental, temos que na perspectiva do nó crítico 1 elencamos a realização de webinars e questionários, e, em relação ao nó crítico 2 propomos a realização de oficinas de educação em saúde, roda de conversa e banner na unidade trabalhada. As ações referentes ao primeiro nó crítico foram agendadas para março a novembro de 2021, pois serão feitas por meio de plataformas online, além de ser um prazo ideal para convidar um palestrante sem que ocorra problemas no agendamento. Em se tratando do nó crítico 2, agendamos todas as ações para junho a novembro de 2021, pois são ações que a princípio serão realizadas presencialmente, e, em decorrência do momento pandêmico vivenciado, não terão como ser feitas no início de 2021.

Em análise orçamentária, para o nó crítico, tem-se a realização de webinar e questionários, os quais foram elencados com nenhum custo, e caso haja imprevistos a origem da verba será própria. Sobre o segundo nó crítico, temos a ação oficina de educação em saúde com custo de R\$250,00 referentes à brindes, panfletos e impressão de material. A origem de tal verba advém de patrocínios, doações ou mesmo origem própria. A ação roda de conversa terá um gasto de R\$100,00 com panfletos e sua origem parte de doações, patrocínios ou origem própria. Por fim, em relação à ação banner, terá um custo de R\$150,00 para a confecção do impresso e origem da verba por meio de patrocínios, doações ou origem própria.

8. CONSIDERAÇÕES

A saúde mental é um assunto de fundamental importância e que não recebe o devido valor e devida capacitação de profissionais para atuação no âmbito do SUS. Historicamente, o tema vem ganhando sua representatividade a partir de implementações governamentais, como a Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 6/4/2001 que promoveu a implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária. Esse movimento de desconstrução e construção, no qual propõe uma nova abordagem da saúde mental e de promover sua aplicabilidade dentro de uma UBSF foram os principais focos deste projeto, o qual ocorreu sob a ótica da UBSF Santa Terezinha III, destacando a importância dos Programas de Saúde Mental, as

atribulações e os entraves que nos levam a ter um precário amparo nesses programas, a pouca quantidade e supressão da qualidade desses programas e suas consequências.

Nesse viés, o projeto foi criado e baseado a partir da modificação da definição do processo de saúde-doença, dando um foco maior na qualidade de vida da população e na produção social de saúde no âmbito indivíduo-comunidade. Além disso, fundamentou-se as realizações na necessidade de alinhamento entre a saúde física e a mental e a ampliação das ações na atenção básica que impulsionam essa conjuntura, fato que coaduna com o documento publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, o qual relata a impossibilidade de alcançar a saúde sem cuidar das necessidades emocionais dos indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Outrossim, foi a busca pela consonância da Política Nacional da Saúde Mental que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental com os objetivos e metas traçados no decorrer da produção do projeto.

Dessa forma, aliado a Política Nacional de Saúde Mental que tem por objetivo consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, as ações desenvolvidas e projetadas no referido trabalho tem o objetivo maior de propor intervenções para organizar um espaço educativo, com propostas práticas e viáveis, para educação em saúde tanto da família do doente mental e comunidade da área adscrita, quanto dos profissionais da UBSF em estudo.

Portanto, sendo a atenção básica determinada como a porta de entrada preferencial do SUS e a necessidade de consonância dessa estrutura com a Política Nacional de Saúde Mental, estratégia do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, esse projeto estrutura-se com o intuito de contribuir de forma positiva com o desenvolvimento social, a educação em saúde e a educação permanente dentro do tema saúde mental, trazendo como base de estudos e aplicação a UBSF Santa Terezinha III, pois percebe-se nesse ambiente a real defasagem de uma estrutura que traga acolhimento e cuidado integral ao familiar e ao paciente portador de transtornos mentais.

9. REFERÊNCIAS

BEZERRA, Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000200002. Acesso em: 17 de julho de 2020.

BERTOLETE, Jose Manuel, FLEISCHMANN, Alexandra. **Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**. World Psychiatry, Geneva, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/pdf/wpa010181.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2020.

BOTEGA, Neury José *et al.* **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25531805.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2020.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>. Acesso em: 28 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental – um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária**. Blog da Saúde. [Internet], 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35528-politica-nacional-de-saude-mental-um-modelo-de-atencao-a-saude-mental-aberto-e-de-base-comunitaria>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 17 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Caderno HumanizaSUS, Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. **Memória da Loucura**. [Internet], 2012. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/apresenta.html>. Acesso: 20 de julho de 2020.

CORREIA, Valmir *et al.* **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Internet], 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2020.

ELOIA, Sara Cordeiro. **Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa**. Saúde em Debate. [Internet]. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000400996&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de julho de 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde mental**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>. Acesso em: 15 de julho 2020.

GAINO, Loraine Vivian *et al.* **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. Revista Eletrônica Saúde Mental, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007#:~:text=A%20OMS%20define%20sa%C3%BAde%20mental,%22\(10%2D11\)](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007#:~:text=A%20OMS%20define%20sa%C3%BAde%20mental,%22(10%2D11)). Acesso em: 17 de julho de 2020.

GOULART, Maria Stella. **A reforma e os hospitais psiquiátricos: história da desinstitucionalização**. Psicologia e Sociedade. [Internet], 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822010000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 de julho de 2020.

LUIS, Margarita. **O contexto histórico social e os cenários do cuidado em saúde mental na atualidade.** Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas. [Internet], 2010. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6nspe/01.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2020.

REIS, Vilma. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Associação Brasileira de Saúde Coletiva. [Internet], 2019. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

SILVA, T; MARCOLAN, J. **Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento.** Revista de enfermagem UFPE online, n.12, v.8, p.2089-2098, ago, 2018.

TANAKA, Oswaldo *et al.* **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016. Acesso em: 17 de julho de 2020.

INFORMAÇÃO NA GRAVIDEZ

PREGNANCY INFORMATION

Melissa Mariane dos Reis

Aline Costa Palhares

Camila Miriam Moreira

Diogo Furlanetto de Azevedo;

Grégory Lôhancson Duarte da Silva

Larissa da Silva Casarotti

Paula Ariane Toneli Reis

(270)

Resumo	
<p>Abordar a informação na gravidez se faz necessário tanto com os profissionais de saúde quanto com a comunidade. De modo a reduzir os riscos para a gestante e neonato bem como oferecer um cuidado integral. Sendo assim, o objetivo geral desse projeto é proporcionar um plano de intervenção para os gestores de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família tangenciado temas relevantes a gravidez. O processo metodológico foi baseado no arco de Magueréz e em etapas que norteiam a construção de um projeto aplicativo. Por meio do macroproblema identificado elencou-se nós críticos para serem alvos de intervenção mediante a um planejamento estratégico situacional. O projeto aplicativo busca modificar a realidade observada utilizando ações efetivas que envolvam os profissionais de saúde, estudantes, gestores e comunidade. A construção desse projeto tende a promover uma construção efetiva de saberes na comunidade de gestantes e seus familiares. Como também impulsionar ações na unidade de saúde que oportunizem uma qualidade de vida às gestantes e dificulte que estas sofram com comorbidades e vulnerabilidades ocasionadas por uma gravidez repleta de desproteção.</p>	
Palavras-chave:	Gravidez; Informação; Projeto aplicativo; Intervenção
Abstract	
<p>Addressing information in pregnancy is necessary both to health professionals and to the community. In order to reduce the risks for pregnant women and newborns as well as offering integral care. Therefore, the general objective of this project is to provide an intervention plan for the Family Health Program Unity's managers with relevant themes related to pregnancy. The methodological process was based on the Magueréz' Arch and the stages that guide the construction of an application project. Through the identified macro problem, critical nodes were listed to become direct targets of interventions through strategic situational planning. The application project seeks to modify the observed reality using effective actions involving health professionals, students, managers and the community. The construction of this project tends to promote an effective construction of knowledge in the community of pregnant women and their relatives, as well as promoting actions in the Health Unit that provides quality of life for pregnant women and make it difficult for them to suffer from comorbidities and vulnerabilities caused by a pregnancy full of vulnerability.</p>	
Keywords:	Pregnancy; Information; Application projet; Intervention

10 INTRODUÇÃO

O município de Araguari - MG, possui cerca de 117.825 habitantes. Tal município conta com a extensão de 2.729,508 km² de área territorial. A cobertura da saúde conta com 69 estabelecimentos, sendo 44 no setor privado e 25 no setor público. Dentre os setores públicos, há 23 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 22 na área urbana e uma na área rural. Além de 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 na área urbana (Amorim, Goiás, Santa Helena e Central) e 2 na área rural (Contenda e Piracaíba, também denominada Santa Luzia); uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma equipe de Programa Humanizado de Atenção Domiciliar (PHAD).

O município conta com 15 Estratégias Saúde da Família (ESF's), sendo compostas por 22 equipes, entretanto nem todas as equipes estão completas, devido a não contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais pelo setor responsável, em razão da falta de recurso financeiro. No geral, há 4 equipes não completas.

O município conta com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual é constituída por ambulatórios de especialidades, oferecidos pelo Ambulatório IMEPAC (composto por 42 consultórios), Centro de Apoio à Atenção Materno-Infantil (CEAME), Policlínica, Centro de Apoio Especializado (CAE); instituição que oferece apoio à saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a qual divide-se em CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPS I (Infantil); departamento de endemias, como o Departamento de Vigilância em Saúde/Epidemiologia e Vigilância Sanitária. Também é constituída por serviço de urgência e emergência, como SAMU e UPA; hospitais, como a Santa Casa de Misericórdia e Hospital Santo Antônio; assistência farmacêutica; serviço de saúde bucal em algumas UBS e UBSF; serviços de apoio nos laboratórios de análises clínicas e serviços de imagem; sistemas de informação, compostos por: SISMAMA; SIM; SINAN; SIA SUS; SIHSUS; SISVAN; SISPRENATAL; SINASC; SISCOLO; BPA; HIPERDIA; SIPNI, PMAQ-AB e Sistema de Plataforma e-SUS.

Dentre as 23 UBSF disponíveis na cidade de Araguari, a UBSF em análise, que será o local do objeto de estudo, tem como horário de funcionamento de 7h às 17h de segunda a sexta. as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, oito agentes comunitários, duas dentistas, com duas secretárias, um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar administrativo. A unidade possui todas as salas básicas necessárias, no entanto não são adequadas segundo a vigilância sanitária.

Na Unidade objeto de estudo são atendidas, atualmente, 24 gestantes, dentre essas nenhuma apresentam diabetes, duas apresentam hipertensão, três apresentam obesidade, uma gestante e duas puérperas apresentam depressão e 1 gestante apresenta retardo mental, dentre essas, sete grávidas foram encaminhadas para a atenção secundária.

Como preceitua o Ministério da Saúde, o acompanhamento ao pré natal é essencial na promoção de uma saúde integral para a mãe e o neonato:

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2013, p.40).

O objetivo geral desse projeto é proporcionar um plano de intervenção para os gestores de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família em estudo referente a necessidade de manter gestantes informadas sobre a importância de diversos assuntos que podem refletir na qualidade de gravidez, como o acompanhamento assíduo com a equipe de saúde antes, durante e depois da gravidez.

Portanto, faz-se necessário abordar o tema tanto com os profissionais de saúde quanto com a comunidade. De modo a reduzir os riscos para a gestante e neonato, bem como oferecer um cuidado integral.

11 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

Este trabalho busca aplicar estratégias que possam ser utilizadas para reduzir fatores que, por meio da falta de informação, contribua no acometimento e agravamento de doenças relacionadas com a gestação. Confrontar questões que tenham relevância no bem estar da gestante buscando reduzir comorbidades que possam ser desencadeadas no período gestacional e posterior a ele, como a depressão pós parto.

Contribuir com o gestor no tocante a identificação de elementos que dificultem a adesão dos exames pré-natais, trazendo a vista um panorama mais amplo da situação da unidade e da importância deste olhar diferenciado para a gestante, desta forma, ter um foco maior na prevenção, reduzindo custos e melhorando o papel da unidade na comunidade por ela assistida. Agregar ao profissional de saúde competências que possam auxiliar a melhor identificação de problemas durante a gestação, utilizando da educação continuada para capacitar e melhorar o feeling destes profissionais na percepção de nuances que possam contribuir para um diagnóstico mais assertivo.

Ao discente, promover experiência de observação, teorização e tentativa de mudança da realidade encontrada, bem como um vislumbre da atual conjuntura do sistema de saúde na atenção primária.

Ademais, compilar e fornecer dados relevantes para novas propostas de intervenção de saúde, e novas pesquisas que busquem maior eficiência dos sistemas existentes. Construindo um legado de boas práticas na gestão e integração de ações da atenção primária, sendo um exemplo a ser seguido, ampliado e melhorado para outros ambientes da saúde.

12 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode

implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco gestacional (imagem 1) podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2012).

Imagem 1 – Fatores de risco gestacional

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
2. Doença obstétrica na gravidez atual:
 - Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
 - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
 - Ganho ponderal inadequado;
 - Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
 - Diabetes gestacional;
 - Amniorrexe prematura;
 - Hemorragias da gestação;
 - Insuficiência istmo-cervical;
 - Aloimunização;
 - Óbito fetal.
3. Intercorrências clínicas:
 - Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
 - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: BRASIL, 2012.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2013).

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2013).

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual (BRASIL, 2013).

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré Natal) quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado (BRASIL, 2013).

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto (BRASIL, 2013).

O compromisso das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde a atenção à mulher que deseja engravidar, o cuidado no pré-natal, o cuidado após o parto, ao recém-nascido, à mãe, ao pai ou companheiro e à família (incluindo aqui filhos mais velhos que precisam de atenção, devendo ser preparados para a chegada do bebê, além do apoio dos avós, da família extensa etc.). O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes (BRASIL, 2012).

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério (BRASIL, 2013).

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Esta possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2013).

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (BRASIL, 2013).

As intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes são: hiperêmese gravídica; síndromes hemorrágicas; abortamento; gravidez ectópica; doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme); patologias do trato genital inferior; descolamento cório-amniótico; descolamento prematuro de placenta (DPP); placenta prévia (inserção baixa de placenta); oligodrâmnio; polidrâmnio; rotura prematura das membranas ovulares (amniorrexe prematura); trabalho de parto prematuro (TPP); gestação prolongada; crescimento intrauterino restrito (Ciur); varizes e tromboembolismo; anemia; doença falciforme; diabetes gestacional; síndromes hipertensivas na gestação; doença hemolítica perinatal; doenças respiratórias; alterações fisiológicas pulmonares na gravidez; asma brônquica; infecção do trato urinário na gestação; bacteriúria assintomática; cistite aguda; pielonefrite; estreptococo do grupo B; hepatite B; HIV; sífilis; toxoplasmose; tuberculose na gravidez; hanseníase na gravidez; malária na gravidez; parasitoses intestinais; epilepsia; uso de álcool e outras drogas na gestação; violência contra a mulher durante a gestação (BRASIL, 2013).

O diabetes melito constitui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina (ADA, 2016a).

A maioria dos casos de diabetes corresponde a duas grandes categorias – diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 (ADA, 2016a). No diabetes tipo 1, a causa é a absoluta deficiência de secreção de insulina, decorrente de processo patológico autoimune ocorrido nas ilhotas pancreáticas. Na outra categoria, muito mais frequente, o diabetes tipo 2, a causa é a combinação da resistência aumentada à ação da insulina e a inadequada resposta compensatória na secreção de insulina (MONTENEGRO, 2018).

O Diabetes Melito Gestacional (DMG) é definido como aquele que é diagnosticado no 2º/3º trimestre da gravidez, afastado o diabetes declarado (ADA, 2016a). Mulheres com diabetes no 1º trimestre devem ser diagnosticadas como diabetes tipo 2.

As modificações no metabolismo materno são necessárias para alcançar as demandas determinadas pelo rápido crescimento e desenvolvimento do feto. Essas alterações incluem hipoglicemia de jejum, catabolismo exagerado dos lipídios com formação de corpos cetônicos e progressiva resistência à insulina, tudo comandado pelos hormônios placentários (MONTENEGRO, 2018).

O desenvolvimento da resistência à insulina a partir do 2º trimestre da gestação é uma adaptação fisiológica que visa transferir o metabolismo de energia materna da oxidação dos carboidratos para o de lipídios, preservando a glicose a ser fornecida ao feto em acelerado crescimento. Cerca de 80% do gasto energético fetal é feito pelo metabolismo da glicose (MONTENEGRO, 2018).

Na gravidez, em resposta ao aumento da resistência periférica à insulina (diminuição da sensibilidade), a grávida, a partir do 2º trimestre, eleva gradativamente a secreção de insulina de 200 a 250% para compensar a redução de ≈50% na sensibilidade. Os hormônios placentários contra insulínicos – lactogênio placentário humano (hPL) e hormônio do crescimento placentário humano (hPGH) – são os fatores que contribuem para a resistência à insulina aumentada vista na gravidez. Fala-se, também, na ação de adipocinas – elevação do fator de necrose tumoral alfa (TNF-α) e diminuição da adiponectina – ambos concorrentes para explicar o aumento na resistência à insulina (BARBOUR *et al.*, 2007).

Na mulher com DMG, não é a resistência à insulina que está elevada, quando comparada à da gravidez normal, e sim o mau funcionamento das células β pancreáticas que secretam insulina insuficiente para vencer esse aumento da resistência (MONTENEGRO, 2018).

É clássica a separação do diabetes na gravidez em classes (A-H) (classificação de Priscilla White, 1949), tornando possível estabelecer o prognóstico materno e o fetal, e instituir as medidas terapêuticas pertinentes. Na gravidez, cerca de 90% das diabéticas são classe A, e as 10% restantes, classes B-H.

Pacientes com DMG têm risco elevado de hipertensão, pré-eclâmpsia e parto cesáreo e suas consequentes morbidades (ACOG, 2013a). O feto da mãe com DMG apresenta risco aumentado de macrossomia, distocia de ombros, toco-traumatismo, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatais (MONTENEGRO, 2018).

Cerca de 70 a 85% das mulheres são tratadas apenas com a mudança de estilo de vida (ADA, 2016b): dieta (com baixo índice glicêmico – IG) e exercícios. Uma vez que o ciclo das hemácias na gravidez está alterado, diminuindo o nível da HbA1c, o objetivo é atingir uma HbA1c entre 6 e 6,5%, mas o alvo pode ser relaxado para 7% para prevenir a hipoglicemia. O exercício será de no mínimo 150 min por semana, aeróbio de intensidade moderada (50 a 70% da frequência cardíaca máxima), dividido em 3 dias na semana, com não mais de 2 dias consecutivos sem atividade física (MONTENEGRO, 2018).

A gravidez está associada à exacerbação de muitas complicações relacionadas com o diabetes: nefropatia, retinopatia, doença coronária, hipertensão crônica, cetoacidose e cetose de jejum (MONTENEGRO, 2018).

A hipertensão crônica é aquela que está presente antes de 20 semanas da gravidez, e pode persistir até 12 semanas do pós-parto (ACOG, 2012). Hipertensão é definida como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg.

Para estabelecer o diagnóstico de hipertensão, os níveis de pressão sanguínea que atingem o critério devem ser documentados em mais de uma ocasião, no mínimo com 4 a 6 h de intervalo. A paciente deve estar sentada, após 10 min de repouso, e o manguito ao nível do coração. Para a pressão diastólica é considerado o desaparecimento do som (fase 5 de Korotkoff) (MONTENEGRO, 2018).

Do ponto de vista etiológico, a hipertensão crônica pode ser dividida em primária (essencial) e secundária. A hipertensão primária é, sem dúvida, a mais frequente na gravidez (90%). Em menor número de casos (10%) a hipertensão crônica é secundária a outros distúrbios, como doença renal (glomerulonefrite, estenose da artéria renal), doenças vasculares do colágeno (lúpus, esclerodermia), doenças endócrinas (diabetes melito, feocromocitoma, tireotoxicose, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário) e coarctação da aorta (Sibai, 2002).

A hipertensão crônica durante a gravidez é atualmente classificada em leve (pressão sistólica de 140 a 159 mmHg ou pressão diastólica de 90 a 109 mmHg) e grave (pressão sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão diastólica ≥ 110 mmHg) (MAGEE et al., 2014; ACOG, 2012).

Por outro lado, na gravidez, a hipertensão crônica também pode ser classificada em de baixo-risco e de alto-risco (Sibai, 2002). São de baixo-risco as hipertensas leves, sem lesão em órgãos-alvo ou perdas fetais anteriores. São de alto-risco aquelas com hipertensão secundária, grave (níveis tensionais $\geq 160/110$ mmHg), lesão em órgãos-alvo (disfunção ventricular esquerda, retinopatia, dislipidemia, acidente vascular cerebral) e história de perdas fetais.

Notadamente, a hipertensão crônica na gravidez eleva os riscos de pré-eclâmpsia e de descolamento prematuro da placenta (DPP). Mulheres com hipertensão crônica leve têm risco de pré-eclâmpsia de 20%, mas naquelas com a forma grave o risco se eleva para 50%; em mulheres com hipertensão grave e lesão de órgãos-alvo ou hipertensão secundária, o risco pode ser tão elevado quanto 75% (ACOG, 2012). A taxa de DPP é, aproximadamente, 1% na forma leve e 8% na forma grave.

Acresce a isso o fato de que mulheres com hipertensão crônica de alto-risco apresentam taxas aumentadas de complicações que ameaçam a sua vida (mortalidade materna 5 vezes maior): edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva, hemorragia cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal terminal (MONTENEGRO, 2018).

Idealmente, a mulher com hipertensão crônica deveria ser avaliada antes da gravidez para diagnosticar possível envolvimento de órgãos-alvo (ACOG, 2012). O objetivo primordial no tratamento da gravidez com hipertensão crônica é reduzir os riscos maternos e alcançar a sobrevida fetal com qualidade. O tratamento a ser seguido depende da classificação da paciente em baixo e alto-risco (Sibai, 2002).

De acordo com critério definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), obesidade é definida como índice de massa corpórea (IMC) de 30 kg/m² ou mais, enquanto sobrepeso é definido como IMC de 25 a 29,9 kg/m². A obesidade pode ser subclassificada em classe I (IMC de 30 a 34,9 kg/m²), classe II (IMC de 35 a 39,9 kg/m²) e classe III (IMC ≥ 40 kg/m²). Recentemente foi incluída a categoria da superobesidade (IMC ≥ 50 kg/m²).

A obesidade na gestação é atualmente um importante desafio no cuidado obstétrico e sua prevalência vem aumentando dramaticamente na maioria dos países desenvolvidos. O impacto adverso da obesidade na gestação começa antes da concepção, uma vez que sabidamente está associada a uma redução da fertilidade resultante de oligo-ovulação ou anovulação. O aconselhamento pré-concepcional é altamente recomendado para mulheres obesas, visando informá-las sobre o risco da doença em determinar complicações maternas e fetais, assim como encorajá-las a adotar programas de redução de peso (MONTENEGRO, 2018).

Em mulheres obesas há risco aumentado de abortamento espontâneo (OR, 1,2) e de repetição (OR, 3,5) (ACOG, 2015). As mulheres obesas também têm risco elevado de gestações complicadas por defeitos do tubo neural (DTN), hidrocefalia e anomalia cardiovascular, orofacial e de redução de membros. O risco de DTN entre as grávidas obesas é o dobro daquele de mulheres de peso normal (ACOG, 2013b).

As mulheres obesas têm risco aumentado de doença cardíaca, doença hepática gordurosa não alcoólica, diabetes melito gestacional (DMG) e pré-eclâmpsia (ACOG, 2015). A incidência da natimortalidade está aumentada em 40% na grávida obesa.

Há relatos de que aproximadamente 46% das grávidas obesas têm aumento de peso na gravidez acima das metas estabelecidas pelo IOM. O ganho de peso excessivo na gravidez é fator de risco para a retenção ponderal no pós-parto (ACOG, 2015). Isto aumenta o risco de disfunção metabólica e obesidade pré-gestacional em futuras gestações. A obesidade na gravidez está associada com o término precoce do aleitamento, a anemia pós-parto e a depressão.

A estratégia principal do controle de peso é a mudança do estilo de vida, com dieta e exercício. A recomendação do controle do ganho de peso na gravidez visa otimizar o prognóstico das mulheres grávidas e de seus infantes (ACOG, 2015).

Numerosas investigações relatam aumento no risco de parto cesáreo entre as grávidas com sobrepeso e obesas (ACOG, 2015). Mulheres obesas têm risco aumentado de gravidez prolongada e maior taxa de indução do parto (MONTENEGRO, 2018).

A gestação e o puerpério são períodos delicados para as mulheres devido às mudanças fisiológicas, de vida e de responsabilidades, sendo comum que a mulher se sinta insegura e apresente ansiedade e oscilações de humor. No caso de mulheres com transtorno psiquiátrico, essa fase é ainda mais delicada e exige cuidados específicos. Além disso, a gestação e o puerpério também podem ser um fator desencadeador para um transtorno psiquiátrico (MONTENEGRO, 2018).

Deve-se estar atento para sintomas depressivos e ansiosos nas gestantes. Entretanto, durante a gestação alguns sintomas depressivos também são comuns, como cansaço e alteração do sono e do apetite. Transtornos de humor na gestação e puerpério atingem duas a cada três mulheres com história prévia desse tipo de transtorno e acarretam consequências graves para a mulher, o bebê e sua família (MONTENEGRO, 2018).

O diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM) durante a gestação é difícil, pois em outros tipos de transtorno ocorrem sintomas semelhantes como dificuldade de concentração, perda de energia ou libido e alteração de apetite, peso e sono. Além disso, há fatores clínicos que também podem causar esses sintomas, como anemia, hipotireoidismo e diabetes melito gestacional. Dessa maneira, os sintomas que mais sugerem um episódio depressivo na gestação são: perda de interesse ou prazer em suas atividades, falta de esperança, culpa e ideação suicida (MONTENEGRO, 2018).

A prevalência de depressão na gestação é de 10 a 16%, proporção igual ou superior à da população geral, e sua ocorrência é mais comum em mulheres desempregadas, sem suporte familiar, com baixo nível socioeducacional e em mães solteiras e mais jovens, bem como naquelas com gravidez indesejada ou vivenciando conflitos conjugais (MONTENEGRO, 2018).

Deve-se estar atento para diagnosticar uma gestante com depressão, avaliar a intensidade de seu quadro e definir a conduta terapêutica em conjunto com a paciente e a família, que é individualizada. O tratamento envolve orientações para reduzir estressores psicossociais e devem-se avaliar as opções de psicoterapia e tratamento psicofarmacológico. Antes da decisão sobre o tratamento psicofarmacológico, devem-se expor os riscos e benefícios deste. Também é necessário considerar que a depressão não tratada aumenta o risco de complicações gestacionais (MONTENEGRO, 2018).

O risco de transtornos de humor no puerpério é maior no 1º mês do pós-parto, mas continua mais alto até 1 ano. A maioria das mulheres apresenta alteração transitória e leve do humor conhecida como blues, considerada uma experiência normal. O blues começa no 4º ou 5º dia pós-parto e dura de horas a, no máximo, 2 semanas (MONTENEGRO, 2018).

O blues é um quadro de duração curta e resolução espontânea que não compromete a habilidade da mãe de cuidar do recém-nascido nem de si. Geralmente, a mãe necessita apenas de intervenções psicossociais, maior suporte e reforço de sua capacidade (MONTENEGRO, 2018).

Entretanto, se os sintomas persistirem e causarem prejuízos à mãe e ao cuidado com o recém-nascido, deve-se avaliar a existência de um quadro depressivo. O início da depressão pós-parto costuma ser insidioso, mas também pode ser abrupto, e a mãe questiona sua capacidade de cuidar do filho. Antes de diagnosticar uma mulher com depressão pós-parto, é necessário excluir causas orgânicas como hipotireoidismo e anemia (MONTENEGRO, 2018).

O diagnóstico da depressão pós-parto baseia-se nos mesmos critérios do TDM não relacionado com o ciclo reprodutivo. Entretanto, a experiência da maternidade pode causar sintomas que são comuns ao TDM. É comum a puérpera experimentar sentimentos de ansiedade, raiva e ter a sensação de estar no limite. Assim como também são frequentes os sintomas de comprometimento cognitivo, em decorrência de alteração do sono secundária à amamentação ou por inversão do ciclo sono-vigília do recém-nascido. Outro fator que pode impactar o humor da puérpera é vivenciar uma realidade não condizente com suas expectativas (MONTENEGRO, 2018).

Pode haver em comorbidade com o TDM, ansiedade, hipocondria, transtorno do pânico e, raramente, transtorno obsessivo-compulsivo. Neste último, a mãe tem pensamentos obsessivos de agredir o bebê, deixá-lo cair ou jogá-lo pela janela, mas esses pensamentos angustiam a mãe, que se mantém protetora (MONTENEGRO, 2018).

Em quadros leves a moderados de depressão puerperal, tratamentos não farmacológicos como psicoterapia podem ser suficientes. Caso seja necessária a terapia farmacológica, o manejo é o mesmo do TDM, optando-se apenas por medicamentos mais seguros para a amamentação (MONTENEGRO, 2018).

13 PROCESSO METODOLÓGICO

O processo de construção do projeto aplicativo teve seu início em uma discussão em grupo cujo objetivo era levantar uma pergunta norteadora para a pesquisa.

Diante disso, foi sendo trabalhado em oficinas, revisões bibliográficas, coletas de dados e visitas técnicas a construção de respostas para a pergunta primordial.

As etapas se basearam em termos de referências e orientação da professora Orientadora.

No dia 21 de fevereiro de 2020, aplicou-se um questionário com a responsável pela gestão da unidade básica de saúde da família em estudo. A abordagem foi harmoniosa e fluída. A maioria das perguntas foram respondida com maestria. Se obteve o resultado esperado para a confirmação da tese levantada anteriormente para a aplicação do arco de Magueréz.

Algumas questões necessitavam de dados estatísticos que até o presente momento não haviam sido levantados. Foi solicitado a gestora o repasse dos dados o mais breve para a complementação do estudo.

A aula do dia 2 de março de 2020, foi dedicada ao feedback da entrevista com a gestora da UBSF, apresentando a professora a viabilidade do tema que havia sido previamente escolhido em encontro anterior. Observou-se após a entrevista que seria possível trabalhar o tema por dois viés diferentes, seja pelo lado da prevenção dos fatores de risco da obesidade na gestação, tema já trabalhado em várias ações promotoras da saúde, ou pelo lado dos fatores estressantes que favorecem esse quadro, sendo este último definido como o foco do projeto.

Margeou-se também algumas estratégias para captação dos dados relacionados com o tema, verificando que o método mais adequado seria a aplicação de um questionário voltada a identificação dos fatores estressante do grupo a ser estudo e outros parâmetros para posteriormente dar aplicabilidade ao projeto.

Na aula do dia 9 de março de 2020, foi apresentado um vídeo produzido para a motivação da atividade que iria ser realizada, uma oficina de levantamento dos problemas e inquietudes em relação a temática escolhida pelo grupo.

No primeiro momento da atividade o grupo elencou três possíveis problemas encontrados na UBSF em análise, sendo discutido a relevância deles na problemática, em um segundo momento identificou-se a partir dos problemas levantados o macroproblema, este engloba de forma genérica todas as deficiências apresentadas. Já o terceiro momento, destinou-se para expressão do desejo de mudança que o grupo objetiva de acordo com a realidade encontrada.

A construção da matriz decisória (tabela 1) dos problemas foi realizada no dia 18 de março de 2020, por meio da plataforma virtual WhatsApp, uma vez que nos encontramos em uma situação atípica de saúde mundial. Utilizando o termo de referência, enviado pela professora anteriormente, cada membro do grupo pontuou os problemas elencadas na última aula seguindo os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. Após a construção individual, foi feito a junção dos pontos e a classificação dos problemas. Dessa forma, foi possível chegar ao problema principal (falta de informação na gravidez).

No dia 25 de maio de 2020, também por meio de uma plataforma virtual, a matriz decisória de problemas foi apresentada a professora. Foi discutido a pontuação dada por cada membro do grupo aos problemas e realizado o feedback pela professora.

Tabela 1 - Matriz Decisória dos Problemas

	MACROPROBLEMA	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	FACTIBILIDADE	ORDEM DE PRIORIZAÇÃO
1	Falta de informações na gravidez	+++++++ +++++	+++++++ ++++	+++++++	+++++++ +++	1º - soma = 59
2	Acompanhamento pré-natal inadequado	+++++++ +++++	+++++++ ++++	+++++++	+++++++ ++	2º - Soma = 58
3	Falta de estrutura física conforme regulamentos técnicos	+++++++ +++++	+++++++ +	+++++	+++++	3º - soma = 46

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores

Também no dia 25, foi realizado uma discussão no grupo e em seguida foi elencado alguns atores sociais importantes para o problema principal. Depois disso, cada membro avaliou o valor e o interesse de cada ator social. Com base na média das avaliações individuais, construiu-se uma matriz final dos atores sociais.

A aula do dia 1 de junho de 2020 foi dedicada a esclarecimento sobre os elementos pré e pós textuais necessários no projeto aplicativo, assim como a diferença entre ele e um projeto científico, por meio de uma apresentação expositiva da orientadora.

Após a explicação, dividimos entre os membros do grupo qual elemento seria construído por cada um, ressaltando que todos deveriam colaborar com tudo.

Também foi iniciado a discussão da confecção da árvore explicativa (imagem 2) e foi elencado os descritores do problema. Após o grupo levantar os descritores, as causas e as consequências, os mesmos foram apresentados a orientadora para a realização de um feedback sobre a compressão do grupo a respeito dessa construção.

A aula do dia 8 de junho de 2020 deu continuação ao que estava sendo construído anteriormente. Foi discutido, modificado e reafirmado alguns pontos. Uma vez que foram esclarecidos pela orientadora algumas dúvidas. Também foi levantado pelo grupo os nós críticos dos descritores. Dessa forma, foi possível realizar a finalização da construção da árvore explicativa desse projeto.

Na aula do dia 15 de junho 2020, foi iniciado a escrita de elementos do projeto aplicativo, com as orientações da professora.

No dia 29 de junho de 2020, foi revisado o material escrito do projeto com o auxílio da orientadora. Também foi um momento para sanar dúvidas e esclarecer os próximos passos a serem dados para a finalização deste tópico.

No encontro virtual do dia 13 de julho de 2020, foi apresentado a construção final da parte escrita do projeto e a professora orientou a respeito de modificações para o enquadramento nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

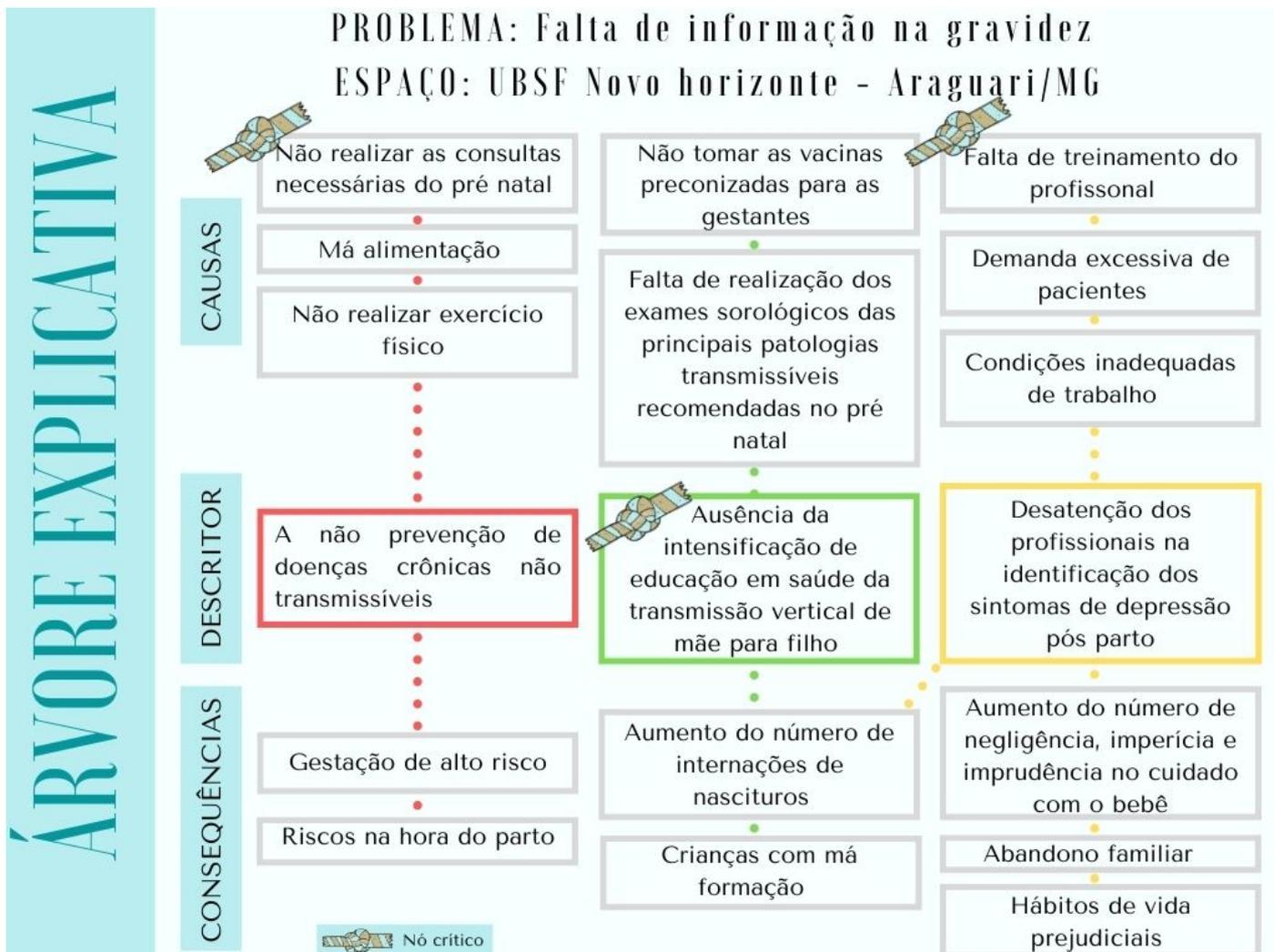
No encontro síncrono do dia 23 de setembro, iniciou-se a construção da planilha de ação – PES. Além disso, deu-se início a organização da parte escrita do plano de intervenção deste projeto.

A construção da planilha 5W3H foi iniciada após a orientação enviada pela professora por meio de gravação de vídeo, no dia 30 de setembro de 2020. Em um encontro síncrono, no dia 07 de outubro de 2020, foi realizado a revisão e apresentação da planilha para a professora, que após a apresentação realizou o feedback do que foi construído.

No dia 07 de outubro de 2020, foi elaborado as planilhas de matriz de análise de motivação dos atores sociais, de matriz de análise de estratégias de viabilidade e de resultados esperados. E no encontro síncrono do dia 14 de outubro de 2020, a professora realizou a conferência do material construído, bem como a orientação de modificações quando necessárias.

Na aula síncrona do dia 21 de outubro de 2020, foi desenvolvido as planilhas de matriz de gestão do plano, de cronograma e de orçamento. Após a finalização da confecção a professora realizou a revisão do material e proferiu o seu feedback.

Imagem 2 - Árvore Explicativa



Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

14 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Retrata-se a seguir a enumeração de nós críticos dentro do macroproblema. O Nó crítico é a uma causa de destaque no projeto aplicativo, podendo ser considerado um marco principal, ou seja, aquela que, se atacada, resolve o problema ou tende a diminuí-lo.

Para chegar ao nó crítico, olha-se as causas e delimita-se aquelas que estavam em nossa governabilidade, ou seja, sob as quais podia-se atuar. Deve-se analisar juntamente com os nós críticos os atores e todos os envolvidos em determinado problema, afim de enumerar aquelas que estão na nossa governabilidade.

Foi elencado os nós críticos: Não realizar as consultas necessárias do pré natal, ausência da intensificação de educação em saúde da transmissão vertical de mãe para filho e falta de treinamento do profissional.

Nó crítico 1: Não realizar as consultas necessárias do pré natal

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída a uma baixa adesão do público-alvo de pré natal na população abrangida pela UBSF estudada acerca do acompanhamento no período de gestação, o que é resultado da falta de informação e dedicação à saúde, devido a dificuldades de locomoção e da conscientização da importância das consultas, principalmente no contexto atual de pandemia.

Resultado esperado: Conscientizar 80% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF em análise

Ações e atividades propostas:

1. Educação em Saúde: Inicialmente, será realizado a captação das principais dúvidas das gestantes e puérperas da unidade de saúde por meio da disponibilização de uma urna de dúvidas, garantindo o sigilo. Após a análise das principais dúvidas será elaborado cartazes e banners que abordem os temas. Além disso, será confeccionado uma cartilha a respeito da importância das consultas de pré natal, da realização da imunização e dos testes sorológicos e as principais patologias presentes na gestação e no puerpério. Esse material ficará disponível na recepção e sala de espera da unidade de modo que toda população tenha acesso.

Nó crítico 2: Ausência da intensificação de educação em saúde da transmissão vertical de mãe para filho

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída a uma ausência de informação em relação a transmissão vertical no período de pré natal para a população abrangida pela UBSF estudada. Além de déficit no acompanhamento no período de gestação, as gestantes ficam à mercê em relação a falta de informação em relação a saúde sua e de seu filho, principalmente no contexto atual de maleabilidade das informações e fake news.

Resultado esperado: Conscientizar 50% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF analisada a respeito de transmissão vertical de mãe para filho

Ações e atividades propostas:

1. Ação comunitária: Propõe-se reunião com gestor(a) da UBSF estudada a fim de estabelecer maneiras viáveis e de ampla adesão à execução da campanha de testes sorológicos e imunização para gestantes cadastradas na unidade. Após as definições de data e horário e reserva de insumos biológicos e humanos junto com o gestor, iniciara-se a divulgação a comunidade por meio de panfletos. A ação será dividida em dois momentos sendo eles:

- A realização de uma palestra educacional com profissional de saúde sobre a transmissão vertical e a importância da imunização, com o objetivo de gerar maior conscientização da população adstrita acerca do tema;
- E a oportunidade da realização dos testes sorológicos e da imunização prevista as gestantes pela Organização Mundial de Saúde.

Nó crítico 3: Falta de treinamento do profissional

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída a uma baixa adesão do público-alvo de pré natal na população abrangida pela UBSF estudada acerca do acompanhamento no período de gestação, o que é resultado da falta de informação e dedicação à saúde, devido a dificuldades de locomoção e da conscientização da importância das consultas, principalmente no contexto atual de pandemia.

Resultado esperado: Capacitar 80% da equipe de saúde da UBSF analisada.

Ações e atividades propostas:

1. Educação Permanente: Será realizado oficinas de capacitação trimestrais com os profissionais de saúde da unidade, de forma a atualizar a equipe de saúde ao manejo a gravidez e ao puerpério. As principais patologias presentes na gravidez e no puerpério, e como identificá-las terá um enfoque durante as oficinas, bem como as principais dúvidas sobre o tema que a equipe tiver.

De modo a auxiliar a organização das intervenções descritas anteriormente utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (quadro 1). Essa ferramenta pressupõe que o ator que planeja, elabora a proposta de enfrentamento para cada nó crítico, a partir da imagem objetivo (resultados esperados). Assim, a situação objetivo é formulada como uma totalidade situacional imaginada, ao fim de um horizonte de tempo determinado, como resultado da mudança produzida pela execução do plano, como uma referência móvel, e não como um ponto de chegada estático. O produto final consiste no preenchimento de uma planilha para cada problema e macroproblema priorizado e encontra-se no anexo 9.

Buscando facilitar a comunicação em torno das ações planejadas, além de permitir o acompanhamento da realização das mesmas foi empregado o método 5W3H (Anexo 10), que corresponde a uma lista de ações/atividades definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos.

Quadro 1 – Planejamento Estratégico Situacional

Macroproblema	Falta de informação na gravidez						
NÓ CRÍTICO 1	Não realizar as consultas necessárias do pré natal						
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos

Compreensão e acolhimento da importância de se realizar no mínimo 6 consultas, como orienta a OMS, pelas gestantes.	Orientações visuais por meio de cartazes e cartilhas	Acadêmicos de medicina; Equipe de Saúde da Família	Profissionais de saúde da unidade e docentes do IMEPAC.	Comunidade; Família	80% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF	<u>Técnico:</u> acadêmicos de medicina. <u>Político:</u> apoio dos gestores. <u>Econômico:</u> impressões. <u>Organizacional:</u> espaço na unidade de saúde	9 meses
NÓ CRÍTICO 2		Ausência da intensificação de educação em saúde da transmissão vertical de mãe para filho					
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Entendimento sobre a transmissão vertical de mãe para filho; Realização dos testes sorológicos e vacinação das gestantes.	Palestras educacionais e campanhas de testes sorológicos e imunização.	Profissionais de saúde da unidade	Acadêmicos de medicina	Comunidade	50% das gestantes cadastradas que realizam pré-natal na UBSF	<u>Técnico:</u> profissionais capacitados para a realização dos testes e imunização. <u>Político:</u> apoio dos gestores. <u>Econômico:</u> coffee break, impressões, testes sorológicos e imunobiológicos. <u>Organizacional:</u> espaço na unidade de saúde	6 meses
NÓ CRÍTICO 3		Falta de treinamento do profissional					
Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros	Opositores	Indicadores	Recursos esperados	Prazos
Profissionais capacitados para acolher as demandas das gestantes e puérperas de forma efetiva.	Oficinas de capacitação.	Gestor local	Acadêmicos de medicina e docentes do IMEPAC		80% da presença dos profissionais de saúde	<u>Técnico:</u> profissionais aptos a realizar a capacitação. <u>Político:</u> apoio dos gestores. <u>Econômico:</u> coffee break. <u>Organizacional:</u> espaço na unidade de saúde	6 meses

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

15 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A gestão de um plano estratégico é um dos principais momentos do planejamento. Trata-se do momento tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita. Sendo assim é imprescindível que aliado a um plano de ação bem formulado e com todos os recursos

necessários se tenha um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução das ações; promova a comunicação e integração dos envolvidos; faça as correções de rumo necessárias e garanta que ele seja efetivamente implementado.

A intencionalidade do desenvolvimento da gestão do plano e viabilidade é contribuir para a ampliação da capacidade de acompanhar a execução de planos elaborados, bem como favorecer o desenvolvimento do pensamento estratégico por meio da busca de recursos e da construção de alternativas que tornem as intervenções possíveis.

A primeira matriz analisa a posição/motivação dos atores diante das diferentes ações elaboradas. Sendo atribuídos a eles interesse e valor. Por exemplo, no nó crítico 1 o gestor da unidade tem como ações coordenar e divulgar as orientações de saúde por meio de cartazes e cartilhas e lhe foi atribuído interesse positivo, uma vez que dentre as suas funções rotineiras está incluso as ações propostas e valor médio, pois a sua oposição não reduz a viabilidade da ação proposta. Já os profissionais da recepção e os acadêmicos de medicina tem como ação a divulgação, interesse positivo e valor alto, porque esses atores tem uma estreita relação com os recursos que controlam e podem interferir nas ações do plano.

Em segundo, a matriz de análise de estratégias de viabilidade (quadro 2) por meio da disponibilidade dos recursos classifica a viabilidade de cada ação do plano em alta, média ou baixa. A observação dos recursos necessários, dos recursos que possui e dos que falta, da viabilidade e dos possíveis conflitos permite que seja articulado estratégias que elevem a efetividade da ação. Como no nó crítico 2 em que a viabilidade foi classificada como média e os possíveis conflitos são: não adesão da comunidade; não adesão do gestor e a falta de insumos humanos e biológicos. Para reduzir o impacto desses conflitos e aumentar a viabilidade foi arquitetado as seguintes estratégias: divulgação por meio de panfletos da ação proposta; reunião com o gestor para conferir a disponibilidade de insumos humanos e biológicos na data da campanha. Sendo assim, por meio dessa matriz é possível a previsão e articulação de meios para efetivar o plano de ação.

A terceira matriz aborda os resultados esperados e a análise de impacto no volume de serviços prestados, na modalidade de serviços prestados, nos processos das áreas de suporte, nos processos de cuidado ao paciente, na infraestrutura e tecnologia e na governança. Consequentemente, se obtém um produto que auxilia a execução e o direcionamento das necessidades requeridas pelo plano de ação.

Destarte, o conjunto das matrizes de viabilidade permite verificar se os meios táticos e estratégicos estipulados corroboram com as ações propostas. Dessa forma, essas matrizes são pilares para que as intervenções tenham o impacto desejado na sociedade.

Quadro 2 – Matriz de análise de estratégias de viabilidade

Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam	Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Orientações visuais por meio de cartazes e cartilhas	<u>Técnico</u> : acadêmicos de medicina. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : impressões. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos e econômicos	Não adesão da comunidade	Alta	Questionário a respeito das principais dúvidas a respeito do tema
Palestras educacionais e campanhas de testes sorológicos e imunização.	<u>Técnico</u> : profissionais capacitados para a realização dos testes e imunização. <u>Político</u> : apoio dos gestores. <u>Econômico</u> : coffee break, impressões, testes sorológicos e imunobiológicos. <u>Organizacional</u> : espaço na unidade de saúde	Recursos organizacionais	Recursos técnicos, políticos e econômicos	Não adesão da comunidade; não adesão do gestor; falta de insumos humanos e biológicos	Média	Divulgação por meio de panfletos; Reunião com o gestor para conferir a disponibilidade de insumos humanos e biológicos na data da campanha

Oficinas de capacitação.	<p><u>Técnico</u>: profissionais aptos a realizar a capacitação.</p> <p><u>Político</u>: apoio dos gestores.</p> <p><u>Econômico</u>: coffee break.</p> <p><u>Organizacional</u>: espaço na unidade de saúde</p>	Recursos organizacionais	Recursos técnicos, políticos e econômicos	Horário e dia de disponibilidade dos profissionais; problemas de conciliação com as atividades da UBSF	Alta	Consultar previamente os horários e disponibilidades dos funcionários da UBSF
--------------------------	--	--------------------------	---	--	------	---

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

16 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Durante a realização de um projeto, é fundamental que se execute o monitoramento do plano de ação. Assim, é possível acompanhar as atividades planejadas e avaliar se é necessária alguma intervenção no macroproblema anteferido: “Ausência de instrução adequada à gestante”, com o objetivo de garantir que as ações se desenvolvam conforme fora programado e que se alcance resultados melhores. Para que isso ocorra, acompanhar cronogramas e resultados, comunicar riscos e evolução, integrar os atores envolvidos e corrigir o que é necessário são passos indispensáveis, bem como classificar as ações quanto à viabilidade, ao impacto e ao comando e, por último, a ordem das atividades.

Nessa perspectiva, a partir da identificação do macroproblema já mencionado, foram levantados três nós críticos, ou seja, três causas do problema maior sobre as quais é possível atuar. Em relação ao primeiro, referente à não realização das consultas necessárias do pré natal, espera-se como resultado a compreensão e acolhimento da importância de se realizar no mínimo 6 consultas, como orienta a OMS, pelas gestantes, para evitar o seu abandono.

Para isso, o grupo pretende promover orientações visuais por meio de cartazes e cartilhas, de janeiro de 2021 a setembro de 2021, tendo como responsáveis por essas ações e atividades os acadêmicos de medicina e a Equipe de Saúde da Família. Ademais, os agentes contam com os profissionais de saúde da unidade e com os docentes do IMEPAC como parceiros nessa ação, a fim de que a adesão das gestantes seja satisfatória. Portanto, essa ação apresenta alta viabilidade e alto impacto e a despesa prevista é de duzentos reais.

Sobre o nó crítico 2, “Ausência da intensificação de educação em saúde sobre a transmissão vertical de mãe para filho”, foi proposto que os profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde da Família, em parceria com os acadêmicos de medicina da IMEPAC, realizem ações e atividades voltadas a palestras educacionais e campanhas de testes sorológicos e imunização, de Janeiro de 2021 a Junho de 2021.

Tem-se o intuito de que, através da primeira ação, as gestantes entendam sobre a transmissão vertical de mãe para filho e, por meio da segunda, realizem os testes sorológicos e a vacinação. Contudo, devido à possível não adesão das gestantes e a falta de insumos humanos e biológicos, essa ação é classificada como sendo de média viabilidade, mas de alto impacto, haja vista que espera-se atingir pelo menos 50% das gestantes que realizam o pré-natal na Unidade em questão, o que já é uma mudança significativa. Além disso, após a elaboração do plano orçamentário desta atividade, foi previsto um gasto de trezentos reais, devido às impressões e *coffee break*.

Por fim, o nó crítico 3, a falta de treinamento do profissional foi o grande problema abordado. Nesse sentido, o grupo sugeriu a realização de oficinas de capacitação, tendo como responsáveis por essa ação o gestor local, e como parceiros os acadêmicos de medicina e docentes do IMEPAC. Espera-se que cerca de 80% dos profissionais de saúde da unidade participem dessa atividade, que visa capacitá-los para atender às demandas das gestantes e puérperas de forma efetiva, esclarecendo-os sobre as possíveis patologias presentes na gestação e puerpério e como identificá-las.

Para isso, o grupo acredita ser necessário consultar previamente os horários e disponibilidades dos funcionários da UBSF. Assim, esta ação apresenta alta viabilidade e alto impacto, ao considerar que ela é fundamental para produzir mudanças relevantes. Sua execução está prevista para janeiro de 2021 a junho de 2021, e é esperado um gasto de cem reais.

Dessa forma, a elaboração do monitoramento do plano de ação permite o acesso e o domínio de importantes dispositivos e ferramentas que apoiam o desenvolvimento do pensamento estratégico, com a finalidade de viabilizar a intervenção na realidade.

17 CONSIDERAÇÕES

O intuito primordial do projeto aplicativo é transformar a realidade observada, através de ações efetivas que consigam integrar os profissionais de saúde, estudantes, gestores e a comunidade, dentre outros. Nesse sentido, através do auxílio da gestora da Unidade Básica de Saúde (UBSF) - Araguari-MG, e das visitas feitas a unidade, foi possível através de uma observação contumaz da realidade perceber a importância de orientar adequadamente as gestante atendidas e amparadas pela UBSF. Dessa forma, utilizando a metodologia do Arco de Maguerz foi possível, observar a realidade, elencar seus pontos-chaves, teorizar e problematizar sobre a ausência de instrução adequada na gestação e posteriormente perceber o quão essencial se fazia uma proposta de intervenção para as gestantes inseridas naquele contexto repleto de vulnerabilidades.

Assim, através da observação dos determinantes sociais na situação de saúde local, foi possível evidenciar que a desinformação das gestantes está diretamente vinculada a um elevado índice de gravidez na adolescência, como também a ausência de apoio familiar e social as necessidades das gestantes. Essa constatação possibilitou um estudo direcionado a entender a desinformação em seus vários aspectos, sem uma restrição de cunho biomédico, mas sim com uma percepção ampliada e integral da comunidade observada. Dessa forma, podemos perceber a importância do princípio da territorialização para que a ação de intervenção elaborada tivesse um impacto imediato e a longo prazo, já que a informação sólida pode ser passada de forma mais assertiva, como também o processo de imunização produz efeito individual e coletivo.

Ademais, vale ressaltar que o processo de construção deste projeto aplicativo teve como respaldo as orientações dos professores do Centro Universitário IMEPAC, o que possibilitou uma maior compreensão dos impactos positivos de tal instrumento, uma vez que todo o processo de construção foi amparado por instrumentos validados e reconhecidos cientificamente.

Em razão disso, a elaboração deste documento tende a promover uma construção efetiva de saberes na comunidade de gestantes e seus familiares. Como também promover uma atuação da UBSF, que melhore consideravelmente a qualidade de vida das gestantes. Nesse sentido, a promoção e prevenção a saúde iniciada na atenção primária possibilitará cada vez mais que a população compreenda a resolutividade e a importância da Atenção Primária à Saúde. Como também, o qual essencial é a aderência ao pré natal, a imunização e a conscientização sobre patologias e fragilidades que podem advir em decorrência da gravidez. E assim, impedir que futuramente essas gestantes sofram com comorbidades e fragilidades emocionais advindas de uma gravidez repleta de desamparos.

18 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Chronic hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin. **Obstetrics Gynecology**, v.119, n.125, p.396-407, 2012.

_____. Gestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin. **Obstetrics Gynecology**, v.122, n.137, p.406-416, 2013a.

_____. Obesity in pregnancy. ACOG Committee Opinion. **Obstetrics Gynecology**, v.121, n.549, p.213-217, 2013b.

_____. Obesity in pregnancy. ACOG Practice Bulletin Nº 156. **Obstetrics Gynecology**, v.126, n.156, p.112-126, 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Classification and diagnosis of diabetes. **Diabetes Care**, v.41, n.1, p.13-27, 2016a.

_____. Management of diabetes in pregnancy. **Diabetes Care**, v.39, n.1, p.94-98, 2016b.

BARBOUR LA, MCCURDY CE, HERNANDEZ TL, KIRWAN JP, CATALANO PM, FRIEDMAN JE. Cellular mechanisms for insulin resistance in normal pregnancy and gestational diabetes. **Diabetes Care**, v.30, n.2, p.112-119, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. Brasília, DF; 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base del feto**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973.

CALEMAN, G., et al. **Projeto aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2016.

MAGEE, Laura A.; HELEWA, Michael; REY, Evelyne. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v.36, n.307, p. 416-438, 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SIBAI B. Chronic hypertension in pregnancy. **Obstetrics Gynecology**, v.100, n.2, p. 369-377, 2002.

A INFLUÊNCIA, EFICIÊNCIA E NECESSIDADE DE GRUPOS PARA TABAGISTAS NA LUTA CONTRA O VÍCIO NA UBSF - SÃO SEBASTIÃO - ARAGUARI/MG

*THE INFLUENCE, EFFICIENCY AND NEED OF GROUPS FOR SMOKERS IN THE FIGHT
AGAINST ADDICTION AT UBSF – SÃO SEBASTIÃO – ARAGUARI/MG*

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

Thiago Silva

Beatriz Alcântara

Bruno Goulart

Ana Clara Peixoto

Bárbara Valinhas

(271)

Resumo

Este foi um trabalho realizado com o objetivo geral de analisar as causas e consequências da insuficiência de grupos tabagistas na Unidade Básica de Saúde São Sebastião do município de Araguari, a fim de identificar como a instauração de grupos pode se tornar o diferencial no atendimento integral ao usuário de saúde tabagista, de averiguar as formas que a gestão e a equipe de saúde podem usar para desenvolver grupos para tabagistas e atrair a população-alvo, e de desenvolver a autocrítica dos profissionais de saúde na prática do UBSF, visando a conscientização sobre a importância da implantação de grupos. Para a realização da metodologia, aplicou-se como base o Arco de Magueres, do qual implantou-se as oficinas de trabalho de projeto aplicativo, divididas em seis etapas. Os resultados esperados são a implementação dos grupos para tabagistas na UBSF em questão, a fim de atender a demanda e promover a cessação do tabagismo.

Palavras-chave: tabagismo; cessação; tratamento; grupos para tabagistas; eficiência

Abstract

This is a project which overall objectives are to analyze the causes and consequences of insufficient smoking groups in the São Sebastião Basic Health Unit in the municipality of Araguari, in order to identify how the establishment of groups can become the differential in the comprehensive care of the smoker health user, to investigate the ways that management and health staff can use to develop groups for smokers and attract the target population, and to develop self-criticism of health professionals in the practice of UBSF, aiming to raise awareness about the importance of the implementation of groups. To perform the methodology, the Arc of Magueres was applied as a basis, from which the application project workshops were implemented, divided into six stages. The expected results are the implementation of groups for smokers in the UBSF in question, in order to supply the demand and promote smoking cessation.

Keywords: smoking; cessation; treatment; groups for smokers; efficiency

1 INTRODUÇÃO

Araguari é uma cidade situada no Triângulo Mineiro, seu município possui uma área de 2.729 Km², sendo 97 km de área urbana e 2.632 km de área rural, ocupa a 18^ª maior economia do Estado de Minas Gerais, com população de 116.871 mil habitantes e é interligada a todo o território nacional por meio de rodovias duplicadas e ferrovias. Em relação à saúde, no âmbito da Atenção Básica (AB), o território conta com treze Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) (IBGE, 2019).

A Atenção Básica (AB), ocupa posição relevante para formulação de estratégias de controle do tabaco e de outros problemas dentro do município, visto os atributos no Sistema Único de Saúde - SUS: primeiro acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (MATTA, 2007).

O uso do tabaco tem ganhado prevalência no último século, especialmente a partir da industrialização do cigarro e das ações intensivas de marketing, o que contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos que geram custos sociais e econômicos enormes (Cadernos Atenção Básica, n.40).

Nos últimos anos, o Brasil aprovou diversas regulamentações para o uso do tabaco, entretanto, dados recentes mostram que entre os tabagistas que tentam parar de fumar, apenas uma minoria recebe aconselhamento profissional de como parar e uma menor ainda recebe acompanhamento adequado para esse fim. Além disso, para cessar o uso do tabaco, o tratamento apresenta elevado custo-efetividade e aumenta as chances de alcançar abstinência definitiva. Logo, as estratégias devem ser com um plano conciso e contar com todos os profissionais de saúde, que devem estar preparados para estimular e apoiar o paciente a parar de fumar (Cadernos Atenção Básica, n.40).

Este projeto possui como objetivo geral analisar causas e consequências da insuficiência de grupos tabagistas na Unidade Básica de Saúde São Sebastião do município de Araguari, bem como objetivos específicos: identificar como a instauração de grupos pode se tornar o diferencial no atendimento integral ao usuário de saúde que é tabagista; averiguar as formas que a gestão e a equipe de saúde podem usar para desenvolver grupos para tabagistas e atrair a população alvo; Desenvolver a autocrítica dos profissionais de saúde na prática do UBSF, visando conscientizá-los sobre a importância da implantação de grupos.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

Os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), integralidade, equidade e universalidade, visam garantir ao cidadão as mínimas e adequadas condições humanas para um atendimento em saúde qualificado e individualizado. Além disso, suas diretrizes reforçam a importância da autonomia, da igualdade, da participação da comunidade, do direito e da divulgação das informações e da organização dos serviços públicos, cujos impactos refletem sobre o território quanto a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a conjugação dos recursos financeiros e a epidemiologia em relação aos usuários, a fim de alcançar a resolutividade e eficiência das assistências (MATTA, 2007).

Diante disso, o projeto aplicativo pretende, após estudar o local, extrair seus principais problemas e priorizar o que pode ser colocado em prática para resolução, cumprindo as propostas do SUS. Desse modo, encontramos na insuficiência de grupos tabagistas na Unidade Básica São Sebastião no município de Araguari o nosso campo de atuação. O projeto, então, apresenta grande relevância, visto que os estudantes buscam implementar novos grupos locais de atendimento àqueles indivíduos que procuram auxílio para cessar o tabagismo e, assim, diminuir as consequências negativas do seu uso para os pacientes e para a gestão.

Em relação à montagem do trabalho escrito, não foram encontradas todas as informações necessárias, seja por indisponibilidade dos funcionários da unidade, seja por falta de dados nos campos oficiais (UBS, prefeitura, DATASUS).

Nesse contexto, o trabalho mostrará como o estudo do tema na Unidade Básica São Sebastião pode ser aplicado a estratégias que colaboram para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, bem como é de grande eficácia para resolubilidade de problemas locais, como diminuição do impacto do tabagismo nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

De acordo com o IBGE, 2009, no Brasil, 21,6% dos homens, 13,1% das mulheres e 17,2% do total de pessoas de 15 anos ou mais de idade eram fumantes correntes de tabaco. Nesse estudo, foi constatado, também, que das pessoas que trabalhavam fora de casa, em ambientes fechados e abertos, 24,4% foram expostas à fumaça do tabaco no local de trabalho.

Além disso, 5 em 10 fumantes planejavam ou pensavam em parar de fumar. Nesse mesmo estudo, 3 em cada 10 pessoas observaram publicidade relacionada ao cigarro onde os cigarros são vendidos. também, 2 em cada 10 pessoas observaram publicidade relacionada ao cigarro em outros locais que não fossem de venda de cigarro ou eventos esportivos e, dessas pessoas, 67% observaram informações contra o cigarro em televisão ou rádio. Ademais, 96,1% das pessoas acreditavam que fumar poderia causar agravos.

De acordo com os dados apresentados acima, nota-se a partir dos 15 anos de idade, com maior ênfase, a fase de transição da vida do jovem, na qual ele se sente curioso e instigado a experimentar novos hábitos e a viver novas experiências, além de ampliar parte de seu convívio social. Com isso, ele é influenciado, tanto por que gostou, quanto para ser aceito, o que explica o alto índice de tabagismo precoce.

Além dos efeitos prejudiciais aos tabagistas, o cigarro atinge também os não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados, chamados fumantes passivos, o que pode acarretar desde reações alérgicas em curto período, até infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e doença obstrutiva crônica à exposição por longos períodos.

Nesse ínterim, a publicidade, cumprindo com seu papel de divulgação de produtos, têm grande relevância, pois está presente em diversos locais, sendo um potencializador do viés cognitivo. Partindo desse ponto, o viés cognitivo pode ser notado pelo alto número de pessoas que consideram o cigarro prejudicial à saúde, uma vez que, embora exista vontade de parar de fumar e conhecimento dos seus malefícios, as pessoas continuam comprando e usando, o que pode ser explicado pela influência exercida pelas pessoas mais próximas do seu convívio e das propagandas intensas sobre o hábito.

Desse modo, o alto número de pessoas que consideram o tabaco nocivo explica, também, o índice de 50% das pessoas que querem ou já pensaram em parar com o seu uso. Nesse caso, vê-se ainda mais a importância de implementação de grupos destinados a essa parcela da população, a fim de reduzir os agravos provocados pelo uso do tabaco que, independentemente da causa inicial, desencadeia diversas conseqüências físicas e psíquicas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DEFINIÇÃO, CONSTITUIÇÃO E EFEITOS DO TABACO

“Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), fumar é um problema de saúde pública, que afeta um terço da população mundial adulta, com um número estimado de 2 bilhões de fumantes. Com associação direta em mais de cinquenta doenças, ela é hoje responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25 % das mortes por derrame cerebral e a principal causa

de morte evitável em todo o mundo, com estimativa de chegar a 10 milhões anuais de mortes associadas em vinte anos.” (KERNKRAUT, et al. 2017, p. 93).

Existem duas definições para o consumo de tabaco: o tabaco fumado e o não fumado. O tabaco fumado é aquele produzido a partir da sua queima e por isso tem fumaça, assim como os cigarros convencional e de palha, narguilé e charuto. Já o tabaco não fumado é aquele consumido sem precisar da queima e não produz fumaça, então pode ser inalado, mastigado ou aplicado sobre a pele. Ambos os tipos são nocivos e conferem riscos à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A nicotina é uma das principais substâncias presentes na fumaça do tabaco que age sobre diferentes órgãos e possui efeitos estimulantes e depressores. Inicialmente, a nicotina tem ação estimulante sobre o sistema nervoso autônomo porque libera vários hormônios, e é seguida de efeitos depressores prolongados, como a sensação de bem-estar e o relaxamento, que aumentam a capacidade da memória e causam forte dependência. Nesse sentido, a dependência pode ser física, que modifica o funcionamento cerebral e corporal e desencadeia a abstinência, ou psicológica, responsável pela necessidade incontrolável de fumar para lidar com os problemas e sentimentos. Ademais, esses fatores levam à adaptação neural e, conseqüentemente, a consolidação do hábito de fumar, referente ao automatismo diário e à frequência, que pode progredir para um vício, relativo ao uso incessante, excessivo e nocivo, tornando o indivíduo dependente do tabaco. É importante reforçar que, além da doença crônica do tabagismo e dos fatores emocionais, a nicotina afeta negativamente coração, rins, pulmões, musculatura, cérebro, intestino etc. e é uma porta de entrada para várias doenças, como os transtornos mentais, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatias, doenças respiratórias e câncer (FRANKEN, Roberto A. et al.; DA SILVA, Moisés Tolentino Bento et al., 2010).

Nesse sentido, percebe-se que a exposição à nicotina confere maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em que as principais são as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, câncer e diabetes mellitus, cujos fatores de risco incluem sedentarismo, má alimentação, excesso de álcool, tabagismo, sendo que todos são preveníveis, além das variáveis associadas à prevalência, como baixa escolaridade e renda, homens, etnia e região rural.

3.1 TRATAMENTO

O modelo Prochaska e Diclemente estabelece 6 fases de motivação no processo de cessação do tabagismo e discorre sobre cada uma delas: 1) Pré-contemplação: o sujeito não reconhece o uso da substância como um problema, seja devido à falta de informação sobre os riscos ou, por mais que esteja ciente, pela falta de interesse em mudar seu comportamento; 2) Contemplação: paciente está consciente dos riscos, começa a se conscientizar do problema e tem oscilações entre mudar ou não; 3) Preparação: paciente já decidiu que quer mudar, mas ainda não tomou nenhuma atitude; 4) Ação: paciente passa a realizar mudanças e segue metas para tentar superar seus problemas e, quando estabelecidas com o auxílio de profissionais da saúde, este processo se torna mais leve e suas chances de sucesso aumentam; 5) Manutenção: a pessoa mantém a mudança dos comportamentos, mas ainda encontra algumas dificuldades fisiológicas ou psicológicas que podem resultar em recaídas; 6) Recaída: o indivíduo retorna a qualquer um dos estágios.

O tratamento inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. Sendo, portanto, uma ação complexa e com integrações de abordagens diversas que culminam na cessação do tabagismo e buscando evitar as recaídas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Como fumar é um ato aprendido, o tratamento objetiva a aprendizagem de um novo hábito através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Além disso, o uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista, sendo utilizado junto à abordagem. Os

medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo na rede do SUS são os seguintes: terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e o cloridrato de bupropiona (BRUSTOLIN, 2017. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Outrossim, existe a possibilidade da recaída, que se caracteriza pelo retorno ao consumo de cigarros após parar de fumar. O tabagista vai ao longo do tempo associando seu uso a eventos cotidianos, assim, quando o evento condicionante ocorre a vontade de fumar aumenta e a recaída pode ocorrer. Ela ocorrendo não pode ser encarada como sinal de fracasso, mas como meio de se atentar e estipular estratégias que vão evitar que o evento desencadeante faça-o voltar a fumar. Existe, também, a possibilidade do aumento de peso, grande vilão na manutenção do tratamento e fator desencadeante de recaídas, é temporário, sendo acometido, na maioria das vezes, nos primeiros meses pós-cessação. Portanto, o paciente deve ser conscientizado sobre essa adaptação gradual do organismo, na qual o paladar melhora e o metabolismo se normaliza. Entretanto, deve-se evitar bebidas alcoólicas e café, pois esses estimulam a vontade de fumar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os benefícios de parar de fumar são inúmeros, apesar das fases difíceis para se alcançar êxito, e vale a pena em qualquer momento da vida, mesmo quando já exista uma doença correlata instaurada, uma vez que aumenta a expectativa de vida, melhora a saúde, a autoestima, a saúde bucal, o convívio social, o desempenho nas atividades diárias, reduz os danos ao meio ambiente, reduz o impacto e a sobrecarga evitáveis nas unidades de saúde. Ademais, quando o indivíduo para de fumar, momentânea ou temporariamente, ocorre redução de estímulos no sistema nervoso central e ele começa a perceber sinais e sintomas referentes à retirada, como inquietação, sono, transpiração, desejo de fumar, ansiedade, irritação, agressividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

3.1 TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS USADAS NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

O tabagismo é, de certa forma, um refúgio para lidar com estresse para o alívio de sentimentos mal resolvidos e adversidades vivenciadas sobre os quais o indivíduo não consegue se conter. Então, conforme se “apoiar” neste conforto mascarado, o fumo fica cada vez mais incontrolável e, com o passar do tempo, torna-se um vício, que é o próprio problema. Nesse sentido, a superação dos contratempos ocorre quando se “corta os males pela raiz”, ou seja, identifica-se, compreende-se e se trata as causas, e não as remedia conforme pioram. Sendo assim, o tratamento do tabagismo começa quando o paciente tem anseio por parar de fumar e, para isso, procura pela ajuda de um profissional da saúde, o qual será uma espécie de apoio e incentivo externos, e o responsável pela elaboração e organização das propostas de abordagens adequadas para aquele indivíduo, a fim de que se obtenha adesão às mudanças comportamentais e sucesso no resultado esperado: cessar o fumo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Dessa forma, o profissional da saúde deve priorizar a prevenção e a promoção de saúde, elaborando métodos eficientes que instiguem o tabagista a ajudar na montagem de estratégias para seu próprio tratamento. Desse modo, inicialmente, identifica-se os fatores que o influenciaram a começar e a continuar com o hábito de fumar, ou seja, o porquê, desde quando o tabagismo se tornou um amparo e quais foram/são os maiores desafios relacionados ao vício.

É importante que o profissional e paciente trabalhem e cooperem juntos no tratamento do tabagismo, de modo que organizem e proponham novas técnicas para buscar novos hábitos, diferentes maneiras de enfrentar os obstáculos impostos pela vida, formas de resistir à vontade de fumar e lidar com estresse, a fim de vencer os gatilhos da abstinência. Com isso, o período das primeiras semanas de tratamento é crucial e difícil, pois o corpo está gradualmente substituindo velhos padrões comportamentais e adaptando-se a um novo funcionamento (BARBOSA, 2017).

3.1 UTILIZAÇÃO DE GRUPOS OPERATIVOS

A criação de grupos como instrumento da atenção coletiva à população é uma modalidade que tem aumentado progressivamente, porque traz benefícios evidentes, como maior otimização do trabalho simultânea à diminuição

das consultas individuais, participação ativa do paciente no processo de educação em saúde e a criação de elo entre a equipe e o paciente (LUCCHESI et al., 2013).

Os grupos operativos de combate ao tabagismo objetivam orientar sobre a afecção em questão, cuja metodologia é a criação de atividades em grupo, nas quais todos os participantes têm um propósito em comum e o enfrentam juntos, que é a superação e a resolução dos desafios impostos pelo tabaco. Dessa forma, esses grupos são apoiados por profissionais dispostos a realizarem a escuta reflexiva para auxiliar na superação de ideias, estabelecer trocas entre os participantes e pontuar quais são as necessidades individuais e coletivas (TORRES, 2016).

Para entender o sistema de grupos operativos utiliza-se o esquema conceitual, referencial e operativo (ECRO), que consiste nos conceitos e saberes relacionados a determinado assunto em que a pessoa pode e deve sentir, pensar e agir enquanto interage com o grupo. Isso permite maior compreensão da realidade, estabelecendo os equilíbrios vertical, que é a vida pessoal de cada sujeito, e horizontal, que é a história do grupo e a experiência do grupo durante o período de sua convivência. Sendo assim, a agregação dos dois níveis permite aberturas que podem fazer a diferença na vida do indivíduo durante o trajeto do seu tratamento, em que cada integrante tem seu papel no grupo e, a partir de atividades individuais, todo o grupo se beneficia com o trabalho realizado (LUCCHESI, et al, 2013. TORRES, 2016).

Os profissionais envolvidos nesta técnica são coordenadores e observadores, cuja função é apontar as dificuldades e os desafios enfrentados por cada participante em relação ao avanço na resolução do problema, o que também pode atrapalhar o grupo como um todo, pois ele é interdependente. Nesse sentido, os integrantes motivam e cooperam entre si na superação e identificação dos seus medos envolvidos em cada tarefa estabelecida pelo profissional que são baseadas no conceito do cone invertido, que possui 6 pilares, sobre os quais os membros atuam: pertencimento, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele (empatia) (TORRES, 2016).

Segundo Torres (2016), o método de pesquisa Planejamento Estratégico Situacional de Saúde (PES) é uma etapa do plano de intervenção que idealiza os planejamentos, dividindo-os por problemas e resolve aqueles que estão desordenados. Dessa forma, ele apresenta as seguintes etapas: 1)Momento explicativo: o ator/profissional analisa, coordena e planeja o projeto e suas propostas, identifica e seleciona os problemas, explica suas causas e os nós críticos, monta a árvore explicativa e apresenta seus possíveis resultados; 2)Momento operacional: os profissionais planejam as ações e os projetos concretos de cada nó crítico, estabelecem os resultados que se deseja observar e as possíveis situações nas quais se quer executar o plano de ação; 3)Momento estratégico: analisa-se os atores sociais, suas motivações e interesses em cada cenário previsto, define-se a melhor estratégia para execução e sua viabilidade; 4)Momento tático operacional: o grupo discute sobre organização de todo o projeto para executar o plano de ação.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

4.1 OFICINAS DE TRABALHO PROJETO APLICATIVO: 1º SEMESTRE DE 2020

O uso da metodologia do Arco de Maguerez (AM) viabiliza a modificação da prática profissional de grupos e indivíduos, ao passo que permite o reconhecimento e tomada de consciência dos problemas da realidade problematizada, a fim de uma construção coletiva de estratégias viáveis para o aprimoramento dessa realidade. O AM é uma metodologia problematizadora que faz uso da intencionalidade da consciência humana, uma vez que um objeto só existe se, para o sujeito, ele fizer sentido. Desse modo, a utilização do AM é considerada importante para o desenvolvimento crítico e criativo de profissionais, quando sensibilizados para uma atuação consciente, informada e ativa em seu meio.

“O processo de problematização proposto pelo Arco de Maguerez é composto por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade que se pretende investigar: 1) Observação da realidade para reconhecimento do problema; 2) Levantamento dos pontos-chaves relacionados ao problema; 3) Teorização dos pontos-chaves para compreensão do problema; 4) Construção de Hipóteses de solução ao problema e 5) Aplicação à Realidade das hipóteses de solução.” (ESPERIDIÃO, *et al*; 2017)

4.1.1 OPA 1: Aplicação do Questionário

A primeira oficina foi realizada na UBSF - São Sebastião para colher as informações necessárias e para identificar os problemas presentes na unidade. O questionário aplicado possuía perguntas amplas que abrangiam diversos temas como saúde da mulher, do idoso, do homem, gravidez na adolescência, alcoolismo, tabagismo e comorbidades prevalentes em todas as faixas etárias. As perguntas foram dirigidas à professora e responsável pela UBSF, Priscilla Quintanilha da Silva.

4.1.2 OPA 2: Identificação de problemas

Nessa oficina, os alunos se reuniram em sala de aula para discutir e selecionar os problemas de maiores destaques observados durante a visita à UBSF. Para facilitar o desenvolvimento do raciocínio, cada integrante do projeto escreveu em tarjetas os problemas que mais lhe chamaram atenção e as pregaram na parede de forma que as tarjetas de uma mesma coluna possuísem relação entre elas, caracterizando um grupo.

Os microproblemas destacados foram organizados em nove grupos de macroproblemas: grupos insuficientes para tabagistas, ineficiência da educação em saúde para gravidez na adolescência, estrutura física inadequada, vulnerabilidades prevalentes, ineficácia da gestão, falha na promoção em saúde do homem, gestão de recursos financeiros inadequada, recursos humanos insuficientes e ineficácia do sistema de referência e contrarreferência.

4.1.3 OPA 3: Elaboração da matriz decisória dos problemas

A partir da terceira oficina, devido à pandemia gerada pelo novo corona vírus (Sars-CoV-2), todas passaram a ser realizadas em ambiente virtual online. Dessa forma, o próximo passo foi a construção da matriz decisória dos problemas.

A análise avaliou os nove macroproblemas da oficina anterior em quatro características: magnitude, transcendência/valorização, vulnerabilidade/disponibilidade tecnológica e factibilidade. Cada um desses recebia um valor que variava de 1 a 4, sendo 4 indicando maior impacto sobre o macroproblema. Cada integrante do projeto construiu sua própria matriz que, em seguida, foi mesclada em uma só para obter o problema mais relevante. A “Ineficácia do sistema de referência e contrarreferência” recebeu um total de 52 pontos distribuídos em: 13 em magnitude, 13 em transcendência, 15 em vulnerabilidade e 11 em factibilidade. No entanto, apesar de possuir a maior pontuação, ele não foi escolhido como tema do projeto.

4.1.4 OPA 4: Elaboração da matriz dos Atores Sociais

Nessa oficina, utilizando matriz de mapeamento, listamos 8 atores, sendo eles adultos tabagistas, equipe do ambulatório IMEPAC, equipes do CAPS-AD, família, equipe de saúde da família, coordenação da atenção básica, igreja e secretaria de saúde. Para cada ator atribuímos dois critérios de avaliação, sendo o primeiro o valor, que vai de baixo, médio e alto, de acordo com a importância que cada ator confere ao problema, e o segundo o interesse, que pode ser positivo, negativo ou neutro em relação à resolução do problema. Ao fim da oficina anexamos a tabela ao trabalho escrito.

4.1.5 OPA 5: Construção da árvore explicativa do problema

Em reunião realizada pelo Google Meet e com a utilização da plataforma Canva para design gráfico, construiu-se a árvore explicativa em torno do tema escolhido, Grupos insuficientes para tabagistas. A árvore consistia em listar as causas e as consequências em torno do macroproblema que aqui é tratado como descritor. Em relação às causas, apenas dois foram destacados como nós críticos por possuírem impacto decisivo sobre o descritor, serem um centro prático de ação e apresentarem viabilidade política, sendo eles: “Inexistência de grupos locais na UBSF em estudo” e “Falta de atividade em Educação Permanente para Equipe Saúde da Família”.

4.1.6 OTPA 6: Elaboração da parte escrita do projeto aplicativo

A construção da parte escrita do trabalho aconteceu em parte com o auxílio da orientadora durante reuniões pelo Google Meet, após o domínio da estrutura requisitada, cada membro do projeto ficou encarregado por um dos itens, o restante foi construído fora do ambiente de aula online, porém não completamente individual, tendo em vista a necessidade de concatenar as ideias presentes, visando a coesão do texto. Em relação a elaboração teórica, devido ao não fornecimento dos dados necessários por parte do Centro Ambulatorial IMEPAC e pela UBSF São Sebastião não foi possível elaborar o texto com o foco direcionado para o cenário retratado, logo, a fundamentação baseou-se apenas em trabalhos científicos publicados em plataformas como o Scielo e Pubmed, bem como revistas de cunho similar.

4.1.7 OTPA 7: Elaboração da apresentação do projeto aplicativo

A última oficina tratou-se da elaboração da apresentação do projeto, utilizou-se o programa Power Point do conjunto Microsoft Office para organizar os pontos mais relevantes do trabalho em tópicos. Essa escolha ao lugar de textos foi realizada para que o foco durante a apresentação seja direcionado ao palestrante e não apenas aos slides, visando a transmissão direta do ponto de vista elaborado.

4.1.8 OTPA 8: Apresentação e revisão da parte escrita do projeto aplicativo

Realizada apresentação do projeto aplicativo para revisão de tópicos e conhecimento da nova professora que acompanhará o projeto juntamente com a nossa orientadora. Foi realizada revisão dos termos de referência e constatou-se conformidade com a parte escrita.

4.1.9 OTPA 9: Ferramenta 1: Plano de ação – PES simplificado

Realizada leitura do Termo de Referência 5 para dar início à construção da intervenção do problema. Em seguida, foi criada uma planilha para cada nó crítico elencando, a partir dos objetivos do trabalho, os resultados a serem alcançados, qual ação/atividade a ser realizada, quem serão os responsáveis, os parceiros, os opositores, os indicadores que possibilitam o monitoramento, os recursos necessários e os prazos.

4.1.10 OTPA 10: Ferramenta 2: Planilha 5W3H

A partir da leitura do Termo de Referência 5, da mesma forma que na utilização da Ferramenta 1, o método 5W3H corresponde a definir previamente as ações/atividades a serem desenvolvidas por meio da criação de uma planilha com a identificação e priorização dos nós críticos. A derivação do 5W3H é What, Why, Who, When, Where, How, How much e How measure, ou seja, através da planilha faz-se um mapa explicativo, por meio do qual estabelece o que deve ser feito (What), o porquê (Why), quem o fará (Who), qual o período de tempo a ser utilizado (When) e qual área de atuação (Where), bem como figurar como as atividades serão desenvolvidas (how). Quando possível, definir qual o custo para execução (How much) e, sugere-se, estabelecer um indicador por ação planejada (How measure) para acompanhamento dos resultados dessa execução. Desse modo, concede clareza e objetividade às intervenções.

4.1.11 OTPA 11: Viabilizando o plano de ação

Após leitura do Termo de Referência 6, visualiza-se que, mediante plano de ação que busca intervir diretamente em uma dada realidade onde coexistem diversos interesses e desejos, é de suma importância realizar um plano estratégico que lide com as imprevisibilidades e incertezas, confirmando assim a viabilidade do projeto e as ações contidas nele. Nesse viés, foi construído uma matriz de análise de motivação dos atores sociais, por meio do qual cada atividade a ser realizada seria avaliada com critérios individuais. Assim, cada ator social foi avaliado conforme seu interesse para as dadas ações, sendo elas: a favor (+), contra (-) ou indiferente (0), bem como atribuíam-se valor para a atividade voltada para os atores individualmente, podendo ser alto (A), médio (M) ou baixo (B).

Em seguida, realizou-se a identificação das ações conflitivas e a construção da matriz de análise das estratégias de viabilidade segundo essas ações. Aqui, para construção de viabilidade do projeto, leva-se em conta as possíveis estratégias/recursos necessários para reduzir ou eliminar a rejeição das ações propostas. Para a matriz de estratégias de viabilidade, listamos todas as ações planejadas para cada nó crítico e elencamos os recursos necessários, os que temos e os que faltam, bem como possíveis conflitos, viabilidade e estratégias para aumentá-la relacionada a cada ação. Em relação a essa matriz, destacou-se as estratégias elaboradas visando potencializar a viabilidade das atividades planejadas e o estabelecimento de vínculo com os alvos de cada ação, de modo a diminuir os possíveis conflitos elencados.

De mesmo modo, na matriz de resultados esperados avalia-se, para cada ação, os recursos financeiros e humanos necessários para uma produção de impacto, bem como responsáveis envolvidos, tecnologias, volume de serviços, modalidade de serviços, áreas de suporte, cuidado ao paciente, infraestrutura e governança. Para a primeira e a terceira ação espera-se baixa demanda de recursos financeiros, alta demanda de recursos humanos e ambas são iguais quanto ao uso de tecnologia (dispositivos multimídia como computador, projetor e reprodutores de áudio), ao alto volume de serviços, com o cuidado ao paciente visando prevenção, promoção e reabilitação da saúde, na infraestrutura usada, que é a UBSF, e, na governança, que é feita pela gestora para mudar a cultura da população adscritas. Além disso, enquanto na primeira ação a modalidade de serviços é "cognitivos e técnicos", na terceira é de metodologias ativa e, quanto as áreas de suporte, a da primeira é o DTI do IMEPAC e a da segunda ação são os colaboradores do IMEPAC, bem como a utilização das redes sociais e da terceira ação são os colaboradores do IMEPAC e da gestora da UBSF. E, por fim, a demanda dos recursos financeiros usados na segunda ação é baixa e a dos recursos humanos é média, enquanto a tecnologia usada são as redes sociais via conexão dos aparelhos eletrônicos com a internet, com baixo volume de serviços. Ademais, os cuidados com o paciente são a educação e a promoção à saúde, já a infraestrutura é virtual e a governança é a educação virtual via tecnologias de informática (TIC).

4.1.12 OPA 12: Gestão e monitoramento do plano

Para elaboração da Matriz de Gestão do plano as atividades foram classificadas com base nos seguintes critérios: viabilidade, impacto, comando e ordem das ações. Para ambas as ações a viabilidade foi classificada como alta e, em relação ao impacto, as ações 1, do primeiro nó crítico, e a ação única, do segundo nó crítico, ficaram como altas, ao passo que a ação 2, do primeiro nó, ficou classificada com impacto médio. Quanto ao comando, a lógica se manteve, apenas a ação 2, do segundo nó, conta com apenas 1 comando, o qual ficará por conta da Comissão Temporária Interna - Colaboradores do IMEPAC. Quanto às demais ações, além do comando já citado, têm-se também o Gerente da UBSF, o enfermeiro responsável nesse caso.

Sabe-se que para as dinâmicas serem realizadas é necessário antes capacitar a equipe da UBSF por meio de atividades de educação permanente. Portanto, a ordem estabelecida para a implementação das ações foi: atividade de educação permanente e, depois, simultaneamente, as dinâmicas em grupo e a utilização das redes sociais.

Considerando o cenário de pandemia foi estipulado que o momento mais adequado para realização das ações seria a partir do início do ano de 2021. Sendo assim, a primeira atividade de educação permanente será realizada entre a segunda metade de fevereiro e a primeira metade de março. A segunda atividade, referente às dinâmicas de grupo

e a utilização das redes sociais, acontecerá de março a junho, sendo que a última tem início em março e a outra em abril.

Para o primeiro nó crítico, analisou-se que os custos para a realização seriam nulos, não sendo necessário despender recursos econômicos. E quanto ao segundo nó crítico, para a realização de um *coffee break* durante a atividade de educação permanente, destacou-se um valor de R\$170,00, cuja origem são os Colaboradores do IMEPAC.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nó crítico 1: Inexistência de grupos locais na UBSF em estudo

A escolha deste nó crítico está relacionada ao seu grande impacto no bairro São Sebastião, localizado no município de Araguari-MG, o que pode ser ratificado pelo fato de existirem grupos para tabagistas apenas no Ambulatório IMEPAC e no CAPS, o que não supre toda a demanda do município.

Resultado esperado: atender 10% dos utentes

Ações e atividades propostas:

1. Dinâmicas de grupos utilizando como ferramentas documentários, rodas de conversa, filmes, relatos que abordem questões sobre os benefícios em cessar o tabagismo.

Inicialmente, propõe-se uma reunião envolvendo a gestora da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), a fim de pactuar as melhores datas para efetivação das dinâmicas. Feita a esquematização, haverá a realização do evento, que contará com um momento de aprofundamento no assunto por meio de vídeos e troca de experiência, no qual cada participante se apresentará e compartilhará sua experiência com o uso do tabaco. Além disso, serão dadas dicas por parte da equipe de minimizar o sofrimento durante o processo de cessação. Em cada reunião poderá ser feita a aferição de pressão e acompanhamento do indivíduo.

2. Utilização de redes sociais para auxiliar na divulgação

Para essa ação, os Colaboradores do IMEPAC, utilizando a plataforma social do Instagram, criarão uma página sobre o projeto contendo todas as informações necessárias sobre ele, além disso, a página será movimentada semanalmente com assuntos relacionados aos perigos do tabagismo e os benefícios em cessar, e com isso espera-se o aumento do engajamento da página. Já a divulgação para a população adscrita ocorrerá por meio de cartazes na própria UBSF, estimulando as visitas à página e sua divulgação para as demais pessoas.

Nó crítico 2: Falta de atividades de educação permanente para equipe da saúde da família

A escolha deste nó crítico pode ser atribuída ao fato de que a população tabagista da UBSF não é atendida de forma plena e eficaz ao desejo de cessação ao tabaco. A equipe da saúde da família local não realiza de forma efetiva, durante reuniões de educação permanente, o aprendizado necessário para lidar com os utentes, o que inviabiliza a elaboração de propostas que atendam às necessidades de saúde da população local.

Resultado esperado: adesão de 80% da equipe da UBSF

Ações e atividades propostas:

1. Educação permanente

Propõe-se a realização de reuniões de educação permanente com a participação de todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e de palestrantes especialistas na temática em questão, de modo que haja capacitação dos profissionais quanto à promoção de saúde direcionada para as ações de redução das doenças relacionadas ao tabagismo. Assim, as ações de promoção à saúde passarão o trabalho de todos os membros, incluindo visitas domiciliares, consultas de enfermagem e assistência médica. Dessa forma, essa capacitação ainda será suficiente para promover um cuidado longitudinal e permanente aos utentes que desejarem cessar o tabagismo.

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A viabilidade é composta por estratégias de auxílio para executar a intervenção na realidade que se deseja mudar que, como tal, devem ser coerentes com o plano de ação feito pelos integrantes do grupo. Desse modo, seu objetivo é estimular o desenvolvimento de pensamentos críticos e estratégicos, utilizando recursos viáveis que possibilitem a manifestação da proposta de intervenção. Para isso, utiliza-se tabelas organizadoras das etapas de construção do trabalho, incluindo as matrizes de análise de motivação dos atores sociais, de análise de estratégias de viabilidade e dos resultados esperados.

A primeira matriz tratou de analisar a motivação que cada ator social teria em relação a cada ação dos dois nós críticos elaborados, isto é, de acordo com a tabela de atores sociais já apresentada, cada um recebeu um nível de interesse e valor para a ação descrita, levando em consideração a participação e execução que poderiam ter sobre o plano.

As estratégias de viabilidade foram analisadas na segunda matriz, a qual consta os recursos necessários, os já possuídos e os que ainda faltam, os conflitos e as estratégias para aumentar a viabilidade. Por meio dessa, foi constatado que os recursos já possuídos para que o projeto seja realizado são: os humanos, os técnicos, os cognitivos, que seriam vídeos, acadêmicos, população e colaboradores, os organizacionais e os populacionais. Os recursos governamentais, os quais a UBSF, os econômicos e os políticos fazem parte, que seriam a participação da secretaria de saúde, são os que ainda faltam.

O conflito elencado para as ações 1 e 3 foi o desinteresse por parte dos atores em relação às elas, e para a ação 2 a indisponibilidade de acesso por parte dos usuários às redes sociais. Ainda assim, todas as ações são de alta viabilidade. Como estratégias para aumentar a viabilidade, foi elaborado para a ação 1 a aferição de pressão dos que desejarem, para a 2ª, divulgação por outros canais de comunicação como cartazes, rádios, grupos de notícias em aplicativos de mensagem e líder comunitário, e para a 3ª, disponibilização de ajuda de acadêmicos de acordo com a necessidade do ator envolvido.

Ademais, partindo das análises das ações idealizadas o projeto é coerente com a proposta e factível, os entraves relacionados aos recursos ainda não disponibilizados são facilmente contornados com diálogo com os gestores de saúde da cidade. Portanto, o projeto é viável e as estratégias elaboradas permitem a institucionalização do mesmo, trazendo benefícios para a população abrangida.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

O monitoramento do plano de gestão é um dos principais momentos do planejamento. Trata-se do momento tático-operacional e refere-se à intervenção propriamente dita. Nessa etapa ocorre a condução do plano, seu monitoramento, a identificação das dificuldades e as correções necessárias a serem efetivadas nas operações propostas.

Logo, assim como descrito na OPA 12, por meio da Matriz de Gestão construída, tem-se um plano lógico de implementação e seguimento do projeto com responsabilidades distribuídas entre os envolvidos. Com isso, espera-se que a coordenação ocorra de maneira simples, possibilitando identificar problemas que possam vir a acontecer e garantir a correção desses, de forma que a execução das ações não sofra interferências que levem a paralisação da execução do plano de gestão.

8 CONSIDERAÇÕES

O projeto aplicativo teve como objetivo, a partir da análise da realidade, promover ações que tivessem aplicabilidade e que intervissem de maneira positiva na sociedade, especificamente a da unidade de saúde estudada. A partir da sua elaboração, pôde-se ter noções sobre gestão em saúde inseridos logo nos primeiros anos acadêmicos do curso de Medicina, bem como a necessidade de uma atenção básica atenta às demandas de sua população adscrita. Desse modo, agregou-se valor à prática de gestão e vislumbrou-se a potência existente em uma gestão de qualidade quando se lida com promoção e prevenção da saúde.

Considerando a importância do projeto aplicativo no âmbito acadêmico pessoal, nota-se que foi possível ter base da grandeza da gestão na área da saúde e da sua influência na prática médica diária, de forma que os recursos oferecidos impactam positiva ou negativamente na vida do paciente, que neste caso é o tabagista. Por outro ângulo, a relevância do trabalho a nível social também é valiosa, pois seu benefício é destinado justamente àqueles que buscam melhorias de saúde (cessação do tabaco) e, com isso, seria possível reduzir parte da sobrecarga dos atendimentos nas UBSFs designada às complicações pelo fumo, tornando a atenção primária mais eficiente e resolutive.

A proposta da implementação de grupos insuficientes para tabagistas tem alto valor para os acadêmicos envolvidos nesta pesquisa, visto que durante sua execução, além de buscar conhecimento técnico e humano sobre o assunto, foram exploradas também as habilidades de organizar informações num nível de maior exigência, como a utilização de matrizes e tabelas para determinar a priorização de problemas, o estabelecimento de metas e os recursos necessários para a concretização do plano de ação.

Além disso, o projeto aplicativo permitiu aos acadêmicos experienciarem o processo envolvido na gestão e desenvolvimento de atividades que realizam a promoção da saúde, de forma a torná-los mais engajados no sistema e nos métodos que regem a elaboração de projetos, estimulando-os a continuamente desenvolverem novas ideias que possam interferir positivamente no bem-estar da população.

Projetos como esse, que estimulam o desenvolvimento de um olhar atento e da necessidade de uma escuta ativa acerca da realidade encontrada a fim de reduzir os problemas desse meio, permitem o exercício de um sistema de saúde eficaz e que ratifica os princípios e diretrizes do SUS. Assim, reforça-se, cada vez mais, a importância do atendimento individualizado, integral e longitudinal dos usuários.

Projetos como esse, que estimulam o desenvolvimento de um olhar atento e da necessidade da escuta ativa acerca da realidade encontrada, buscam reduzir os problemas desse meio e permitem o exercício de um sistema de saúde eficaz que ratifica os princípios e diretrizes do SUS. Assim, reforça-se cada vez mais a importância do atendimento individualizado, integral e longitudinal aos seus usuários

9 REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Carolina da Fonseca. **Plano de intervenção para aumento da adesão dos pacientes tabagistas ao tratamento para abandono do Tabaco na UBS Barbosa.** 2017.
- BRUSTOLIN, Maicon et al. **Assistência em saúde ao usuário tabagista: do delineamento do perfil ao acompanhamento farmacoterapêutico.** 2017.
- DA SILVA, Moisés Tolentino Bento et al. **Álcool e nicotina: mecanismos de dependência.** 2010.
- FRANKEN, Roberto A. et al. **Nicotina. ações e interações.** Arq Bras Cardiol, v. 66, n. 1, p. 371-3, 1996
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Cidades e Estados: Araguari.** IBGE, Rio de Janeiro, 2019.
- LAMPREIA, Sarah et al. **Tabagismo no Brasil: estimação das elasticidades preço e renda na participação e na demanda por cigarros industrializados.** 2015.
- LUCCHESI, R.; VARGAS, L.S.; TEODORO, W.R.; SANTANA, L. K. B.; SANTANA, F.R. **A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2013, vol. 22, n. 4, pp. 918-926
- KERNKRAUT, Ana Merzel; DA SILVA, Ana Lucia Martins; GIBELLO, Juliana. **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço.** Editora Edgard Blucher Ltda. 2017.
- MATTA, Gustavo Corrêa et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** 2007
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tratamento do tabagismo do Programa de Nacional de Controle do Tabagismo.** 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2015. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA,** Brasília - DF, 2015
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo.** Biblioteca IBGE. Rio de Janeiro. 2009
- SOUSA, Ariele. **Modelo transteórico: Intervenção: Acompanhamento para mudança.** Grupo de Desenvolvimento Humano em Nutrição, [s. l.], `2016
- TORRES, Fagner Gomides. **Grupo operativo como aliado na redução do tabagismo.** 2016.

PLANO DE INTERVENÇÃO DEVIDO VÍNCULO FRÁGIL ENTRE UBSF E PACIENTES NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI – MG

INTERVENTION PLAN DUE TO THE WEAK RELATION BETWEEN UBSF AND PATIENTS IN THE CITY OF ARAGUARI

*Anicésia Cecília Gotardi Ludovino
Ana Gabrielly Masson Itacarambi
Júlia Machado de Magalhães
Ítalo Lacerda Costa
Júlia Alexandre Cardoso Santos
Ariadne Barbosa Soares
Matheus de Paiva Daniel
(273)*

Resumo

As Redes de Atenção à Saúde foram idealizadas com o intuito de garantir fluidez e eficiência no Sistema Único de Saúde, sendo que a Atenção Primária é responsável por até 80% dos problemas de saúde, reduzindo a busca pelas emergências dos hospitais e fornecendo um atendimento com maior qualidade. Sendo assim, o presente estudo busca demonstrar o valor da educação em saúde no fortalecimento do vínculo da comunidade com as UBSF's na cidade de Araguari (MG). Trata-se de um artigo de revisão integrativa, em que foi utilizado o Arco de Maguerez como ferramenta metodológica. Esta pesquisa assegura a relevância da atuação de uma equipe de saúde completa e devidamente capacitada, com o intuito de assegurar promoção e prevenção da saúde para com a população contemplada.

Palavras-chave:

Atenção Primária; Educação em saúde; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

Abstract

The Health Care Networks were idealized in order to ensure fluidity and efficiency in the Unified Health System, and Primary Care is responsible for up to 80% of health problems, reducing the search for hospital emergencies and providing higher quality care. Therefore, this study seeks to demonstrate the value of health education in strengthening the link between the community and the UBSF's in the city of Araguari (MG). This is an integrative review article, in which the Arc of Maguerez was used as a methodological tool. This research ensures the relevance of the performance of a complete and properly trained health team, in order to ensure health promoting and prevention for the contemplated population.

Keywords:

Primary Health Care; Health Education; Health Human Resource Training

1 INTRODUÇÃO

Araguari é um município localizado no interior do Estado de Minas Gerais, dispõe de cerca de 117.267 habitantes (IBGE, 2019) e conta com 69 estabelecimentos de saúde, sendo 44 no setor privado e 25 no setor público. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2019, esse município possui 117.267 habitantes, com área territorial de 2.729.508 Km², sendo a 35^a maior cidade do estado. (IBGE, 2018).

O município dispõe de 23 equipes de Saúde Básica da Família, distribuídas em quatorze UBSF's e conta com seis UBS's, sendo duas na Zona Rural e quatro na Zona urbana. O município conta com 15 Estratégia Saúde da Família (ESF's), sendo compostas por 22 equipes, entretanto nem todas as equipes estão completas, devido a não contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e outros profissionais pelo setor responsável, em razão da falta de recurso financeiro, no geral, há 4 equipes incompletas.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (SAPS, 2019).

A tarefa do trabalhador, educador em saúde, é a de levar o indivíduo ao entendimento das questões ligadas a ele, e então, de acordo com a necessidade, ele próprio saberá como agir desde que a forma de educação oferecida seja realmente transformadora, criativa, abra o leque de possibilidades e tenha real valor cotidiano (OLIVEIRA, 2004).

Toda a Equipe de Saúde é formada por Educadores em Saúde, e é necessário compreender que não há como ensinar uma ciência teórica sem conhecer a própria ciência do educando. Ninguém está só no mundo, e é importante o respeito mútuo à divergência de visões, pois quem pensa que conhece toda a verdade traz complicações para o trabalho coletivo. Temos o dever de deixar para trás o aspecto histórico cultural da “opinião dominante” e encarar de fato que tal hierarquia não é correta por tentar sobrepor opiniões divergentes. Ao superarmos esse quesito, passamos a ter a educação como uma conversa com o educando em saúde, e não ao educando, o que traz assim a quebra da postura da “verdade única” (CAZARINI, 2018).

Segundo Vasconcelos et al. (1987), a possibilidade dialógica, de troca de conhecimentos da educação horizontalizada e libertadora mostraram-se como grandes desafios para as duas

partes, profissionais e usuários. A educação autoritária e impositiva presente na casa e na escola, foram relatadas como repressoras a inserção destas possibilidades ao longo de suas formações. A educação se refere ao desenvolvimento das pessoas desde que nascem e durante toda a vida nos seus processos de satisfação de suas necessidades. Este desenvolvimento educacional ocorre nas relações sociais e pode ser utilizado como instrumento de dominação ou libertação. Na história da Educação no Brasil, ela vem sendo predominantemente um instrumento de dominação.

O objetivo geral se resume a Demonstrar a importância de educação em saúde no fortalecimento do vínculo da comunidade com a UBSF. E os objetivos específicos são a Identificar quais são os componentes cuja equipe de saúde pode utilizar a fim de garantir a continuidade do tratamento e acompanhamento dos usuários da UBSF. Promover capacitação das equipes de saúde da família a fim de ornamentar habilidades de educação em saúde direcionadas para a atenção primária. E por fim, sensibilizar a população contemplada juntamente à Equipe da UBSF, quanto ao valor da educação em saúde aliada à cooperação mútua na promoção de saúde.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

A educação em saúde é o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde tendo em vista à apropriação temática pela população. Associação de práticas do setor que vislumbra fortalecer e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores, tendo como finalidade alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2010)

Diante do pressuposto de que a educação se estabelece como uma vertente entrelaçada a saúde, se torna responsabilidade dos profissionais da saúde atentar e praticar a educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os 10 gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (Ministério da Saúde, 2004).

A incorporação da educação em saúde às práticas da estratégia de saúde da família se mostra cada vez mais atual e necessária, principalmente quando esta ocorre a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo mais do que um ensino e uma aprendizagem um ato de criar e transformar. Este estudo, guiou-se no sentido que o educador Paulo Freire atuava: não de estabelecer esquemas fechados com resolubilidades formadas, mas sim de conhecer a

realidade dos sujeitos e conjuntamente com eles visualizar possibilidades de transformações, criando ou ampliando horizontes de trabalho. A concepção dialógica de Freire pode ampliar as fronteiras de atuação da Saúde da família, com maior resolutividade das ações e melhor impacto dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Considera-se que esta é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde, no processo de construção do SUS (BACKES, et al., 2008).

A confiança aparece ainda na concepção de vínculo por profissionais da saúde em que o agente comunitário de saúde (ACS) entra como o elo de ligação entre a população aos demais atores (Gomes e Sá, 2009). A importância de tratar os pacientes com singularidade objetivando a construção de um vínculo forte é essencial para aplicar a educação em saúde de uma maneira que esses usuários da UBSF possam absorver e executar com mais confiança as instruções e o conhecimento passado pelos profissionais da saúde, gerando, assim, maior autonomia e saberes prévios.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, foi uma medida de reestruturação do sistema de saúde vigente, tendo como princípios básicos a universalidade, equidade, integralidade, além de regionalização e rede de participação social. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como, das possibilidades e limites das intervenções (FRANÇA *et. al.*, 2014).

Com o intuito de atingir os objetivos desse novo modelo de assistência à saúde, após vários projetos, surge em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantado pelo Ministério da Saúde, reafirmando os princípios básicos do SUS, sendo adotada em nível nacional como estratégia de reorganização da atenção à saúde, partindo da mudança do modelo da atenção básica (FRANÇA *et. al.*, 2014).

A ESF possui três equipes de Saúde, cada uma com um médico, um enfermeiro, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico em enfermagem e apenas um dentista para atender as três. Contudo, observa-se que embora trabalhem no mesmo ambiente, há uma desarticulação nas ações de cuidado em saúde e baixo grau de interação entre os profissionais das demais equipes (FRANÇA *et. al.*, 2014).

Muitas vezes o trabalho é realizado de forma parcelar, tendo cada profissional desenvolvendo atividades de maneira isolada, gerando afastamento das demais equipes, causando ausência de comprometimento e responsabilização dos agentes no resultado das

suas ações. Assim, observa-se a partir dessa fragmentação na realização das atividades a ausência de vínculo entre os profissionais (FRANÇA *et. al.*, 2014).

Segundo CAMPOS (2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Merhy (2004) afirma que a relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador.

O Trabalho em equipe atua sobre os fatores que interferem no processo saúde/doença, permitindo desta forma uma ação interdisciplinar onde a possibilidade da prática de um profissional possa se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção da realidade em que estão inseridos. Este trabalho só será possível se houver vínculo entre os profissionais e com os usuários. Vínculo, portanto, é definido como a troca de afeto entre pessoas. O vínculo é um dispositivo utilizado para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas. Na verdade, o que se quer é ajudar o usuário a adquirir autonomia (FRANÇA *et. al.*, 2014).

Franco *et al.* (2004) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutive, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula. A noção de vínculo que o Programa Saúde da Família (PSF) implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato.

O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A formação do vínculo interfere diretamente na autonomia do paciente, visto que ele se torna mais confiante e ativo por meio da relação harmoniosa e colaborativa com os profissionais da UBSF. No entanto, o laço ainda é instável, sendo que um dos elementos que justificam essa instabilidade é a estrutura das instalações, como a grande rotatividade dos profissionais da

equipe. Dessa forma, os usuários não conseguem se identificar com o especialista (MONTEIRO, *et al.*, 2009)

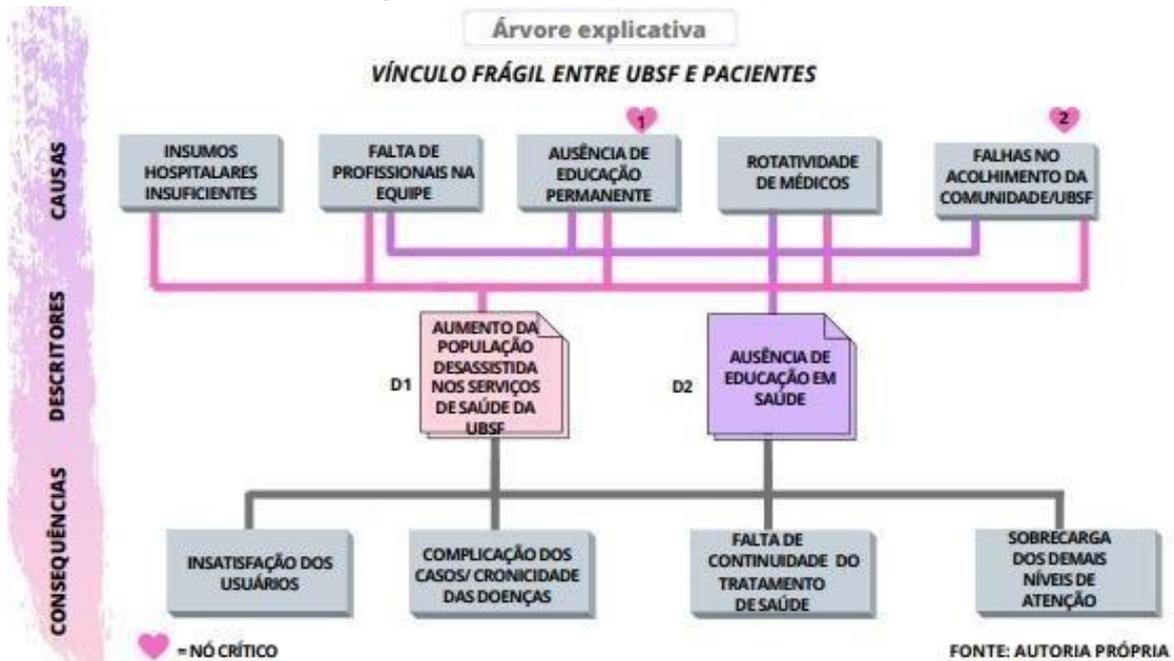
Dessa forma pode ocorrer a quebra do vínculo entre paciente e unidade, vínculo esse fundamental para permitir ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração desse na manutenção da sua saúde e redução dos seus agravos, além de propiciar ao mesmo exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados. (MEDEIROS, *et al.*, 2010).

Conclui-se que o maior segredo para aplicar isso na saúde é a participação popular, governamental e de entidades no caráter de buscar, de várias formas, atender às demandas da população de forma mais efetiva considerando individualmente cada ser humano, seus costumes, tradições e conhecimentos. Assim, pode-se compreender as necessidades individuais e coletivas de modo que o trabalho em equipe se torna cada vez mais efetivo (CAZARINI, 2018).

4 PROCESSO METODOLÓGICO

Foi utilizado o Arco de Maguerez como ferramenta de estudo no processo metodológico do atual projeto aplicativo em questão. Através da visita técnica na UBSF, foi possível conhecer a realidade e, a partir disso, associar com a metodologia do Hospital Sírio Libanês. Dessa forma, iniciou-se o estudo e as discussões em sala de aula presencial, dando origem às oficinas de trabalho, sendo elas: Identificação de problemas, elaboração da matriz decisória dos problemas, matriz decisória dos atores sociais, construção da árvore explicativa do problema (Figura 1), elaboração do trabalho escrito, elaboração da apresentação do projeto, elaboração da planilha 5W3H, elaboração da planilha estratégias de viabilidade, cronograma, planilha dos resultados esperados, planilha orçamentária, gestão do plano, reajustes finais da parte escrita e elaboração dos slides para apresentação final do projeto. Dessa forma, os indivíduos participantes do estudo foram pacientes, equipe de saúde da família, coordenação da atenção básica, acadêmicos do IMEPAC, secretária da saúde e presidente de bairro. O estudo foi realizado a partir do segundo semestre de 2020 até o segundo semestre de 2021.

Figura 1 - Árvore explicativa do problema



Fonte: adaptado de Caleman et al. (2016), com informações dos autores.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O nó crítico 1, Ausência de educação permanente na UBSF, foi evidenciada em virtude da privação de educação permanente na UBSF localizado no município de Araguari-MG, visto que a circunstância limita o crescimento do profissional de saúde, uma vez que a educação permanente permite um aprendizado constante capaz de desenvolver competência social, pessoal e profissional, reduzindo as dificuldades diárias no trabalho. O resultado esperado é: Sensibilização acerca da importância da realização da educação permanente para otimizar o trabalho em equipe e promoção do autocuidado. Sendo assim, as ações e atividades propostas foram Sensibilização e Capacitação. Em que na Sensibilização será sugerido uma reunião com a gestora da Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) com o objetivo de organizar um encontro com os profissionais de saúde do local para a sensibilização sobre a importância da educação permanente, por meio de vídeos autoexplicativos e exemplos reais de sucesso. Dessa forma, busca aumentar a adesão dos indivíduos nas capacitações que serão propostas. Por outro lado, na capacitação propõe-se a implantação de reuniões semanais com o objetivo de realizar a capacitação para a equipe local. Isso será realizado por meio de palestras e rodas de conversa com profissionais especializados e selecionados para o tema. Dessa forma, é necessário o diálogo com a gestora da Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) acerca da disponibilidade de salas e horários para executar a atividade. Esta atividade é essencial visto

que o conhecimento e ação são inseparáveis, assim possibilita o desenvolvimento do sujeito.

O nó crítico 2, Falhas no acolhimento da comunidade/UBSF foi escolhido pois está relacionada ao fato de que não existe um vínculo entre os profissionais da UBSF e a população, no município de Araguari (MG), consolidado. Isso afeta diretamente o acolhimento, que se faz ineficiente na medida em que não há uma Equipe de Saúde da Família (ESF) completa e, conseqüentemente, a demanda de pacientes recebida pela Unidade é aumentada, tendo a qualidade dos atendimentos afetada. Dessa maneira, o resultado esperado é otimizar o acolhimento da comunidade na UBSF, com o intuito de potencializar os vínculos entre UBSF/paciente, fundamentais no processo saúde-doença. Assim, a ação de atividade proposta é Capacitação da Equipe Local, a qual tem o objetivo de promover a conscientização da comunidade. Para isso é fundamental a participação de todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), objetivando aprimorar o acolhimento e gerar vínculos mais fecundos com a população. Algumas atividades propostas que seriam eficientes nesse processo são: elaboração de palestras, cartazes e rodas de conversas semanais aos profissionais da UBSF local, com o auxílio de profissionais capacitados. Nessa ação é importante conhecer a realidade dos sujeitos e conjuntamente com eles visualizar possibilidades de transformações, criando ou ampliando horizontes de trabalho. Buscar os saberes e as necessidades da comunidade é um processo de interação que possui um valor ético, que é o respeito ao conhecimento obtido por cada pessoa no seu trabalho e vida (TEIXEIRA, 2007). Para se educar é preciso ter abertura e flexibilidade, capacidade para observar e de se inteirar com o grupo de atores sociais envolvidos (WAYHS, 2003).

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Através dos quadros abaixo, é possível inferir que todas as análises de viabilidade possibilitam verificar se os meios táticos e estratégicos definidos estão adequados e se a precedência ou mesmo alguma ação deve ser modificada, melhorando as intervenções e suas viabilidades. Dessa forma, torna-se possível estruturar um plano de ação plausível, o qual permite realizar intervenções que realmente contribuam para a amenização dos problemas identificados.

Quadro 1 – Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano.

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 1				
Atores		Ações		
		Ação 1: Capacitação	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Enfermeiro	Cordenador	(+)	Alto
Ator 2	Médico	Cordenador	(+)	Alto
Ator 3	Alunos do IMEPAC	Executor/colaborador	(+)	Alto
Ator 4	Equipe Saúde da Família	Participante	(+)	Alto
Interesse	Valores atribuídos			
a favor (+)	Alto (a)			
contra (-)	médio (m)			
indiferente (0)	baixo (b)			

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 2 – Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano.

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 2				
Atores		Ações		
		Ação 1: Capacitação	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Médico	Cordenador	(+)	Alto
Ator 2	Enfermeiro	Cordenador	(+)	Alto
Ator 3	ACS	Participante	(+)	Alto
Ator 4	Estudantes do IMEPAC	Executor/colaborador	(+)	Alto
Interesse	Valores atribuídos			
a favor (+)	Alto (a)			
contra (-)	médio (m)			
indiferente (0)	baixo (b)			

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 3 – Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas

Matriz de análise de estratégias de viabilidade			
Ações	Recursos necessários	Recursos que temos	Recursos que faltam
Capacitação para equipe local referente a educação permanente	Técnico: profissionais com conhecimento na área de educação permanente; Político: aprovação de gestores locais e coordenação da Atenção Básica; Econômico: brindes, impressos e coffee break; Organizacional: sala de reuniões da UBSF	Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos e econômicos
Capacitação da equipe local com o objetivo de promover a conscientização da comunidade	Técnico: profissionais aptos à realização da capacitação e conscientização; Político: negociação com a equipe local, gestores e ACS's; Econômico: Impressão de cartazes e panfletos; Organizacional: na unidade de saúde local	Recursos técnicos e organizacionais	Recursos políticos e econômicos
Possíveis conflitos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade	
Indisponibilidade de horário; Falta de interação da equipe; Pandemia do Covid-19	Média	Consultar com antecedência a disponibilidade da equipe; Sensibilizar sobre a importância da educação permanente	
Indisponibilidade de horário; Falta de interação da equipe; Pandemia do Covid-19	Alta	Consultar com antecedência a disponibilidade da equipe; Sensibilizar sobre a importância da conscientização do vínculo forte com a comunidade	

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 4 – Matriz análise de motivação dos atores sociais, nó crítico 2.

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo plano de ação - Nó crítico 2				
Atores		Ações		
		Ação 1: Capacitação	Interesse	Valor atribuído
Ator 1	Médico	Cordenador	(+)	Alto
Ator 2	Enfermeiro	Cordenador	(+)	Alto
Ator 3	ACS	Participante	(+)	Alto
Ator 4	Estudantes do IMEPAC	Executor/colaborador	(+)	Alto
Interesse		Valores atribuídos		
a favor (+)		Alto (a)		
contra (-)		médio (m)		
indiferente (0)		baixo (b)		

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Quadro 5 – Detalhamento da análise de viabilidade.

Resultados esperados - produção de impacto			
Ações	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis envolvidos
Capacitação para equipe local referente a educação permanente	Baixo custo	Enfermeiro, médico, alunos da área da saúde do IMEPAC, integrantes da equipe saúde da família	Gestor local e gestor da coordenação básica
Capacitação da equipe local com o objetivo de promover a conscientização da comunidade	Baixo custo	Estudantes da área da saúde IMEPAC, ACS	Médico, enfermeiro
Tecnologia	Volume de serviços	Modalidade de serviços	Áreas de suporte
Celulares, notebooks, datashow, internet	Com	Sem	Coordenação da Atenção Básica
Celulares, notebooks, datashow, internet	Sem	Sem	Gestor local e alunos do curso de Medicina do IMEPAC
Cuidado ao paciente	Infraestrutura	Governança	
Desenvolvimento de competências	Sala da UBSF	Gestão de resultados promovendo a promoção da saúde/comunidade	
Acolhimento ao paciente/comunidade	UBSF e comunidade local	Melhora no fluxo de comunicação e fortalecimento de vínculo entre comunidade e equipe local	

Fonte: adaptado de Coleman et al. (2016), com informações dos autores.

Em todo plano de ação é muito importante sintetizarmos o monitoramento como objetivo de acompanhar todas as atividades realizadas e observar se existe uma necessidade de intervir em nosso macroproblema sobre o “Vínculo frágil entre a UBSF e os pacientes” para que o mesmo seja realizado conforme planejado e tenha êxito em nossas ações. Devemos elencar todas nossas ações em relação a viabilidade, impacto e comando, e quanto a ordem de todas as atividades.

Nesse sentido, através do nosso macroproblema citado acima, foram elaborados dois nós críticos que são nossos maiores problemas, os quais poderíamos realizar as ações pensadas. O primeiro nó, foi tido como a ausência de educação permanente na UBSF, foi esperado um resultado de extinguir a exiguidade de educação permanente, com o intuito de potencializar os vínculos entre a UBSF e os pacientes, fundamentais no processo saúde- doença.

Para isso, nossa equipe pretende capacitar a equipe local referente a educação permanente como papel essencial na UBSF. Realizamos uma proposta de oferecer palestras e rodas semanais aos profissionais da UBSF local, com o auxílio de profissionais capacitados, e queremos que essa ação seja realizada com os enfermeiros, médicos, alunos da área da saúde do IMEPAC e os integrantes da equipe de saúde da família, e estipulamos um prazo de 12 meses, sendo eles de janeiro de 2021 a dezembro de 2021, conforme consta no Quadro 9 sobre o cronograma.

Em relação ao segundo nó crítico – Falhas no acolhimento da comunidade pela UBSF – foi sugerido a capacitação da equipe local com o objetivo de promover a conscientização da comunidade. A proposta traz um prazo de 12 meses para sua realização (janeiro de 2021 a dezembro de 2021), e tem a pretensão de extinguir as falhas no acolhimento da comunidade pela UBSF, com o intuito de potencializar os vínculos entre a UBSF e os pacientes, fundamentais no processo saúde-doença. O plano será realizado pelos estudantes da área da saúde do IMEPAC, ACS, médicos e enfermeiros, que oferecerão palestras, cartazes e rodas de conversa semanais aos profissionais da UBSF local, com o auxílio de profissionais capacitados por um baixo custo.

Em relação a primeira ação de capacitação para a equipe local referente a educação permanente precisamos de profissionais com conhecimento técnico na área de educação permanente, uma aprovação dos gestores locais e coordenação da atenção básica como recurso político e economicamente queremos investir em brindes, impressos e coffee breaks, além de organizarmos uma sala de reuniões da UBSF. Devemos nos atentar aos possíveis

conflitos como a indisponibilidade de horário, falta de interação da equipe e a pandemia do Covid-19. Mas pretendemos consultar com antecedência a disponibilidade da equipe e sensibilizar sobre a importância da educação permanente a fim de aumentarmos a viabilidade das ações.

Sobre a segunda ação de capacitar a equipe local com o objetivo de promover a conscientização da comunidade, precisamos de profissionais aptos à realização da capacitação e conscientização; negociação com a equipe local e os gestores e ACS's e a impressão de cartazes e panfletos. Para isso devemos consultar com antecedência a disponibilidade da equipe e sensibiliza-los sobre a importância da conscientização do vínculo forte com a comunidade.

Nesse viés, nosso plano de ação tem o foco e segue a ordem descrita acima para realização das ações e com o foco de serem executadas pelo gestor local, gestora coordenação básica e os alunos de medicina da IMEPAC juntamente com o gestor local, respectivamente. E assim, para a primeira ação devemos observar o planejamento da gestão do Plano para promover a promoção da saúde da comunidade e na segunda ação promover uma melhora no fluxo de comunicação e fortalecimento de vínculo entre a comunidade e a equipe local.

8 CONSIDERAÇÕES

No Brasil, um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido a mudança dos modelos de atenção, o que inclui a transformação nos modos de produzir a gestão e o cuidado. Sabe-se que existem inúmeras outras variáveis que influenciam no processo de saúde e doença e na consolidação do Sistema Único de Saúde e, portanto, influenciam também no resultado do que é oferecido pelos profissionais da saúde, aos usuários do Sistema Único de Saúde. Assim, torna-se de fundamental importância, o investimento em processos de educação em saúde, educação permanente tanto para profissionais de saúde quanto para a população, e na instituição de vínculos entre as unidades de saúde e os pacientes usuários destas, a fim de se obter uma resultante que atinja de forma igualitária e resolutiva, todos aqueles contemplados pelas unidades de saúde em questão. Nesse sentido, a concretização do Projeto Aplicativo vigente esteve de acordo com a asserção acima, uma vez que, por meio de visitas à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Araguari – MG e entrevistas com os gestores e com os membros da equipe de saúde local, foi possível tomar conhecimento da realidade local, bem como seu funcionamento, logística, suas necessidades, falhas, carências e desafios e dessa forma, arquitetar planos de ação para os desafios e necessidades identificadas.

Desse modo, através da aplicação da metodologia do Arco de Charles Maguerez, o qual é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização, e constitui-se de cinco etapas que acontecem a partir da realidade social, sendo elas a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade, pudemos traçar planos e estratégias plausíveis que atingissem tanto a população contemplada pela Unidade Básica de Saúde da Família, quanto a equipe responsável, a fim de estabelecer um Vínculo maior entre a Unidade e a população, bem como organizar e aplicar ferramentas e mecanismos de ação na área de educação em saúde e educação permanente, para que se promova, de fato, a consolidação do SUS na unidade e a produção de desfechos satisfatórios e resolutivos.

O processo de construção do Projeto Aplicativo em questão teve como base de apoio os preceptores IMEPAC, os quais nos orientaram em todo o tempo acerca do desenvolvimento do tema proposto no Projeto Aplicativo, assim como acerca das metodologias, planos de intervenção e conteúdos desenvolvidos de forma geral. Além disso, ressalta-se a importância da elaboração deste Projeto, em grupo, o qual contribuiu para a concepção de conhecimento relativa à realidade local (da UBSF), para o desenvolvimento de pensamentos e opiniões críticas e para a dinâmica de se trabalhar em grupo, sendo tais aspectos fundamentais para uma boa formação médica humanística e para a construção do conhecimento na área da saúde, no âmbito da saúde pública e na complementação da formação teórico-prática.

Outrossim, a elaboração deste documento é tida como ferramenta de instrução, informação e viabilização de ideias para integrantes de equipes de saúde e para a população, bem como mecanismo de resolutividade aplicados aos quesitos de educação em saúde e criação de vínculos entre unidades de saúde e populações, tanto em âmbito coletivo como individual, em contexto de Atenção Primária à Saúde. Ademais, a elaboração deste Projeto assegura a extrema importância da atuação de uma equipe de saúde completa e devidamente instruída e capacitada para com a população contemplada, e do papel da Atenção Primária à Saúde, no contexto das Unidades de Saúde da Família, amparadas pelo Sistema Único de Saúde do país, os quais são atores fundamentais na promoção e prevenção da saúde.

9 REFERÊNCIAS

Brasil – Legislação: CF; Leis 8.080 e 8.142; LC 141. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília: MS; 2019.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2006.

Backes VMS, Boehs AE, Heidemann ISB, Kleba ME, Wosny AM. Pensamento de Paulo Freire e sua aplicação na pesquisa em Enfermagem e Saúde. In: **Anais do III Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud**; 2008 Mai 06- 09; San Juan, Porto Rico. San Juan: Universidade de Porto Rico; 2008. p. 13-15.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2010. p. 411-411.

FRANÇA, A. J. et al. Relação intraequipe e produção de vínculos em uma Unidade de Saúde da Família. **Efdeportes**, v. 18, n. 190, p. 1-6, 2014.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1999; 15:345-53.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de saúde pública**, v.21, p. 200-206, 2005.

GOMES, Anna Luiza Castro; SÁ, Lenilde Duarte. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, jun.2009.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/araguari/panorama>. Acesso em: 05 agosto. 2020.

Informação e Gestão da Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2017. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionId=yrtAnODuZFrWCOeglGNtJP8f>. Acesso em 14 ago. 2020.

L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, p. 481-490, 1994.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

Ministério da Saúde (BR). **Portal eletrônico do Ministério da Saúde**. Brasília; 2004. [citado em: 2008 maio 1]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php#> saudedafamilia

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

ROCHA, Gabriela. **Fortalecimento das Redes de Atenção**. 2015.
Disponível em:

<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50029-fortalecimento-das-redes-de-atencao>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1487-1494, 2004.

Teixeira E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. Esc Anna Nery. **Rev Enferm** ;2007; 11(1)155-9.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CAPS MUNICÍPIO DE ARAGUARI-MG

HEALTH EDUCATION IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER OF ARAGUARI-MG

Mariana Luisa Ruas Gares

Julia de Almeida Machado

Sarah Vieira Dias Sousa

Murilo de Souza Filho

Murilo Zupelli Rodrigues Alves

Bruna Martins dos Santos

Anicésia Cecília Gotardi Ludovino

(272)

Resumo

O presente trabalho tem como foco principal analisar e se possível intervir com uma nova proposta na instituição do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), na qual são tratados os pacientes psiquiátricos em Araguari-MG. Partindo do pressuposto que os indivíduos com transtornos mentais são vistos como pessoas irrealistas ou anormais, muitas vezes os direitos intrínsecos à eles são cessados. Nesse sentido, a valorização e o investimento no tratamento destes pacientes contribuem de forma significativa para o controle de seus quadros e consequente integração social. Assim, nosso principal objetivo é discorrer sobre a importância da participação familiar no processo de tratamento do doente mental e impossibilidade da educação da sociedade acerca das doenças mentais de maneira a diminuir o preconceito existente. Foi entrevistada, com a aplicação de questionário semiestruturado, a coordenadora do CAPS I, Adriana Herman.

Palavras-chave: Saúde mental; Educação em saúde; Psicofobia; Desabono Familiar.

Abstract

Individuals with mental disorders are considered by society as abnormal, alienated and unrealistic people and therefore have been victims of prejudice and stigma since ancient times. In order to combat these prejudices and improve the quality of life of these patients, it is clear that an intervention is essential. The general objective of this study is to promote mental health education in order to combat psychophobia and increase family participation in the process of treating the mentally ill. As for the specific objectives, contextualize the stigmas around patients with mental disorders in Brazil; Conduct an active search for family members to participate in educational lectures at CAPS in Araguari-MG; Produce an educational video for social medias to raise awareness of the population of Araguari-MG. This is a clinical study with practical application in the field of the interventionist type, using social networks and educational lectures as a health education tool at the Psychosocial Care Center (CAPS) in the city of Araguari - MG, together with its professionals. This research aims to discuss the need for health education in society, with a view to combating psychophobia and increasing family adherence in the process of treating patients with mental disorders, based on a historical context in front of these patients. From this, to carry out this project, ways were developed to turn the attention of the target audience to support the treatment of patients with mental disorders.

Keywords: Mental Health; Health Education; Prejudice; Psychosocial Deprivation; Parenting.

1 INTRODUÇÃO

Percebe-se que indivíduos com transtornos mentais foram e são considerados pela sociedade como pessoas anormais, alienadas, especiais e irrealistas e por isso são vítimas de preconceito e estigma desde tempos antigos. Essa mentalidade indiretamente faz com que essas pessoas não recebam os cuidados e atenção que merecem, impedindo-as de exercer seus direitos civis e privando-as de expressarem sua dor psicológica. Isto posto, visando combater esses preconceitos e melhorar a qualidade de vida desses pacientes, foi proposto uma entrevista com a coordenadora da instituição CAPS I situado no município de Araguari-MG. (SILVA, T.; MARCOLAN, J., 2018).

A partir da entrevista identificamos que a adesão das famílias dos pacientes aos grupos de apoio é extremamente baixa, além da psicofobia que eles sofrem diariamente. Destarte, ao analisar o

desabono das famílias e o grande preconceito social, percebe-se que uma intervenção é essencial.

Nota-se que compreender as condições de doença e sua complexidade requer que os profissionais de saúde compartilhem conhecimento sobre essas condições de doença e práticas com os pacientes (ROSS, 1999). Desse modo, intervenções psicossociais são necessárias para diminuir a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida, ajudando, assim, os pacientes psiquiátricos a expressar os diversos problemas vivenciados por eles, que se não houvesse essa troca, o acolhimento não seria efetivo (KEBBE, 2014). A necessidade de uma educação em saúde eficiente tanto no âmbito familiar quanto no âmbito social é de extrema importância visto que a sociedade ainda está à mercê de uma cultura carregada de preconceitos e falta de informação afetando tanto o sistema como um todo quanto os pacientes.

Portanto, nesse projeto, nosso principal intuito é discutir a importância do envolvimento da família no tratamento de pacientes com doença mental, considerando que os familiares são os principais participantes na construção da saúde mental psicossocial (MARTINS, 2016). Outrossim, julgamos fundamental difundir a educação em saúde mental na sociedade.

Objetivo Geral: Discorrer sobre a importância da educação em saúde mental na sociedade a fim de combater a psicofobia e aumentar a participação familiar no processo de tratamento do doente mental.

Objetivos específicos: Contextualizar os estigmas em torno dos pacientes com transtornos mentais no Brasil; Realizar uma busca ativa dos familiares para participar de reuniões no CAPS; Promover palestras interativas com a população de Araguari.

2 RELEVÂNCIA DO PROJETO APLICATIVO

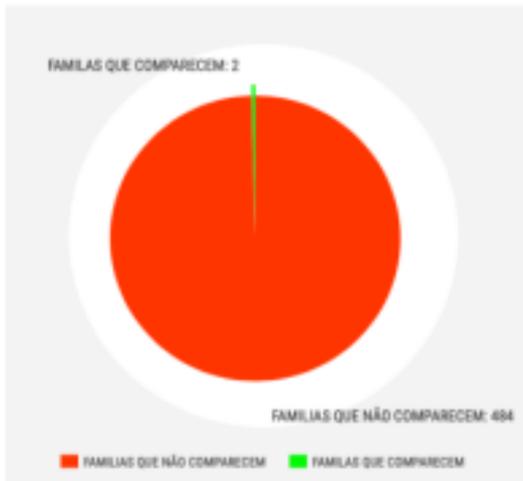
Para o ser humano, a saúde mental, a saúde física e a saúde social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes, por isso, torna-se cada vez mais evidente que o cuidado com a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos (OMS, 2001). Entretanto, por mais que seja conhecida a importância da saúde mental, o que observa-se na realidade é uma verdadeira marginalização dos indivíduos com transtornos mentais. Isso, gerado pelo preconceito fixado na sociedade atual.

Esse quadro preconceituoso evidencia a importância de uma educação em saúde sobre as doenças mentais, pois, é a partir dessa educação que ocorre o entendimento sobre a doença, resultando em menor preconceito e estigmatização. A falta de conhecimento sobre o transtorno mental e o despreparo por parte da família e sociedade para lidar com a situação se mostraram como fatores essenciais para a incidência do preconceito e estigma em relação aos indivíduos com transtornos mentais (SILVA, T.; MARCOLAN, 2018).

O pouco conhecimento sobre o assunto relatado gera uma psicofobia social, fator que é explicado por Gomes, (2014): “As consequências nefastas da psicofobia para as pessoas com deficiência ou transtorno mental, fazem-se presentes com extrema frequência, afligindo pessoas de todas as idades, gêneros etnias e classes sociais. Pessoas que não conseguem sustentar suas famílias por falta de emprego, moram nas ruas por falta de tratamento e amparo, que são abusadas e maltratadas, ignoradas e esquecidas”.

Além disso, a pequena sabedoria da população sobre doenças mentais influencia na baixa participação dos familiares dos pacientes em tratamento no CAPS, como é evidenciado no gráfico abaixo.

Gráfico 1- Relação entre família e sua participação nos grupos de apoio no CAPS.



Fonte: Autoria própria embasada pela coleta de dados através da gestora local.

De acordo com a gestora local, de 486 famílias, apenas 2 participam dos grupos de apoio, que dão suporte e ensinam a lidar e auxiliar no tratamento de indivíduos com transtornos mentais, isso está relacionado com a visualização do assunto como um tabu, o que ocorre principalmente em cidades pequenas. Compreende-se que o preconceito social se faz de forma mais forte e intensa nos pequenos municípios onde a cultura das comunidades é propensa a difundir preconceitos sobre os indivíduos com transtornos mentais e, com isso, a aumentar a carga de sofrimento dos mesmos (SILVA, T.; MARCOLAN, 2018).

Assim, este projeto é relevante por possibilitar uma discussão e possíveis mudanças nos indicadores a respeito da educação em saúde insuficiente em relação às doenças mentais, na realidade do CAPS de Araguari, para que, assim, o conhecimento se torne popular e os pacientes sejam vistos de forma mais humanizada.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A PERPETUAÇÃO DOS ESTIGMAS HISTÓRICOS E A PSICOFOBIA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem transtornos psiquiátricos no mundo todo e cerca de um milhão delas se suicidam a cada ano. Além disso, uma em cada quatro famílias possuem pelo menos um integrante com doença mental. Esses dados são alarmantes e deveriam servir de base para aumentar os debates sobre um tema de extrema necessidade e relevância: a psicofobia.

Para Rocha, Hara e Paprocki (2015), atualmente predomina uma cultura que segrega e discrimina os pacientes psiquiátricos e isso faz com que eles sofram pela patologia em si e principalmente pelo estigma que carregam mediante a sociedade, o que dificulta o exercício de atividades que são consideradas constituintes da vida normal, a exemplo do trabalho e da independência individual. Diante disso, essas pessoas são discriminadas por familiares, amigos, colegas de trabalho, patrões e muitas vezes são vítimas de violência. É preciso ressaltar que os veículos midiáticos têm participação relevante nessa segregação, haja vista que apresentam os portadores de transtornos mentais de maneira caricatural e preconceituosa.

Segundo Pereira e Gomes (2017), é importante reforçar que os transtornos mentais carregam um histórico de sofrimento e isolamento social, além de uma carga de injustiça que impede que seus portadores sejam inseridos nos âmbitos

sociais e familiares. Além disso, esses autores afirmam que a sociedade trata os pacientes psiquiátricos como loucos e não como seres humanos que necessitam de ajuda.

Um estudo realizado por Silva e Marcolan (2018) entrevistou 21 pacientes da saúde mental e todos relataram já ter sofrido algum tipo de preconceito: social, familiar, religioso, profissional e/ou no ambiente escolar. A maioria acredita que o preconceito é resultado de desinformação e afirma que o mais difícil de ser enfrentado é o familiar. Além disso, os participantes dessa pesquisa contaram que a baixa auto estima, as perdas materiais e afetivas e a falta de apoio levam ao aumento do desejo suicida.

Os pacientes mostraram que precisam escolher entre viver excluídos da sociedade ou aguentar a discriminação quando tentam se inserir nela. Eles afirmam que são menosprezados nos mais diversos ambientes como trabalho e igreja e que, ao contrário do que acontece com alguns grupos minoritários, eles não encontram representatividade nas mídias. (SILVA, MARCOLAN; 2018)

Diante de todo o cenário abordado, é perceptível que a psicofobia precisa ser combatida e essa luta encontra-se respaldada pela Lei 236/12 que considera como crime de discriminação cometer abuso ou desrespeito contra pessoas com transtornos ou deficiências mentais. Além disso, em 2014 foi aprovada pela Comissão dos Direitos Humanos a PLS 74/14 a fim de que esse crime fosse enquadrado como injúria no código penal, o que prevê pena de 2 a 4 anos (BRASIL, 2014).

RELAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DA PESSOA COM

TRANSTORNOS MENTAIS

No que se refere à questão do cuidado à pessoa com transtornos mentais, o decreto nº 1132 de 22 de dezembro de 1903 surgiu para regulamentar os hospitais psiquiátricos (Brasil, 1903). Esse decreto, revela uma tendência hospitalocêntrica, privada de referência a reinserção social em que é nítida a ausência de

4

planejamento no que tange a intenção da reintegração do alienado ao grupo familiar e ao meio social. Assim, o poder público, através dos hospitais, passava a ser o principal ator no cuidado dos doentes, restando à família um papel secundário. (PAIXÃO; MARQUES; DUARTE, 2019).

Pimenta e Romagnoli (2008) salientam que nesse período o indivíduo com transtorno mental era visto como louco e dessa forma, deveria ser afastado do convívio social, vivendo à margem da sociedade e da sua família. Nessa perspectiva de que a pessoa com transtorno mental era vista como louca, se sustentava a explicação para distanciar o paciente do seu convívio familiar, justificando, ainda, que o doente poderia representar uma ameaça para a família, devendo ser protegida deste. A função familiar era basicamente descobrir a presença da loucura e levar o paciente para o ambiente de saúde. No entanto, é notório que a família, entendida como primeira instituição social e provedora de apoio é indispensável à manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo, ocupando um papel fundamental no tratamento do doente mental, como

disposto em Castel (1978, p. 86, 87 apud. AMARANTE, 2011, p. 32).

“em geral é tão agradável para um doente estar no seio de sua família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade terna e indulgente, que enuncio, penosamente, uma verdade triste, mas constatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas (...) exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhe sejam consagrados.”

Um olhar mais efetivo sobre a importância da participação familiar no cuidado e tratamento das pessoas com transtornos mentais só se tornou possível durante o movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse processo social ocasionou diversas mudanças no âmbito da saúde mental, sendo válido mencionar, a relacionada a família do indivíduo com doenças mentais que recebeu uma nova visão sobre seu papel frente aos cuidados com os membros doentes (SANTIN E KLAFKE, 2011). Na medida em que a Reforma Psiquiátrica trouxe, como um dos avanços, a desinstitucionalização do indivíduo com transtornos mentais tornou possível uma maior inclusão da família no cuidado, trazendo para esta a responsabilidade na construção de uma nova história de vida para o paciente.

Apesar de ser imprescindível a inclusão da família no tratamento da pessoa com transtorno mental, é indispensável o reconhecimento de que são vários os desafios apresentados à família desses indivíduos que também possui suas fragilidades, “(...) pois se encontra em

uma situação complexa, responsável por uma pessoa que possui necessidades e comportamentos até então desconhecidos, não tendo, muitas vezes, o preparo e apoio suficientes para lidar com esta tarefa” (BUSSULA; OLIVEIRA; VOLPATO, 2009, p. 12). A dificuldade na convivência como indivíduo com transtorno mental, o preconceito e a discriminação podem ser citados como empecilho na procura por orientação e apoio. Ademais, vale mencionar a insuficiência de educação em saúde aos familiares como um grande obstáculo a ser enfrentado, é evidente a necessidade da transmissão de conhecimentos e informações que auxiliam no processo de cuidado.

Bassit (1992) (apud D’INÁCIO, 1992) demonstram através de pesquisas que os estigmas que permeiam a doença mental como um todo geram uma resistência à convivência familiar com a pessoa que possui transtornos mentais. A falta de informação, associada ao contexto histórico das doenças mentais, leva a família a generalizar seus conceitos no sentido de acreditar que todos os transtornos mentais são iguais, muitos ainda são tidos como loucos. No entanto, essa constatação, promove uma tendência de considerar que também, todos os pacientes são iguais, gerando uma perda da individualidade de cada pessoa, que necessita de cuidados adequados à sua própria condição.

5

O somatório dos fatores supracitados pode provocar comportamentos de superproteção, isolamento ou, por outro lado, faz surgir o sentimento de incapacidade de cuidar efetivamente do indivíduo e, conseqüentemente, sua cronificação em ambientes de saúde, com a total transferência de responsabilidades familiares. Além disso, muitas famílias têm a percepção de que seu parente que apresenta algum transtorno mental não pode ter uma boa qualidade de vida e nem tão pouco

pode conviver em sociedade, promovendo realmente essa marginalização e isolamento (Bassit apud D'INÁCIO, 1992). A intenção dos familiares ao desenvolverem essa atitude é de proteger o doente, evitar que ele passe por situações consideradas desagradáveis, como o olhar de pena ou de medo que pode vir da população. Contudo, cada vez mais o enfermo fica distante da sociedade e é subestimada a sua capacidade de aprendizagem e produtividade.

Soares e Munari (2007) revelam que a descoberta de uma doença crônica ou de uma deficiência permanente em um dos membros familiares é vista como um momento de aflição e crise, ocorrendo "(...) um desequilíbrio entre a demanda de ajustamento e os recursos disponíveis para lidar com a questão" (SOARES; MUNARI, 2007, p. 358). Nesse sentido, as mudanças na estrutura, rotina e vida da família em geral são bastante significativas, tendo que desenvolver alterações para o retorno do equilíbrio. Os familiares devem passar por um processo de preparo e adaptação, que se apresenta como um grande desafio frente à progressão do cuidado.

Outras dificuldades que podem vir à tona durante o tratamento pelo grupo familiar são os comportamentos de auto destruição, falta de cooperação, dependência, agressividade e maus hábitos de higiene, que podem provocar nos familiares sentimentos como raiva, medo, culpa e sensação de impotência. (Soares e Munari, 2007). O surgimento desses sentimentos, associados a alegação de indisponibilidade de tempo, despreparo ou até mesmo uma desestrutura familiar levam à baixa adesão dos familiares ao tratamento da pessoa com doenças mentais que gera inúmeras consequências, podendo citar a piora do quadro do paciente.

Cecchin (2000) explica que os estigmas criados ao longo do tempo de que os indivíduos com transtornos mentais são incapazes, de que representam

uma ameaça à estrutura familiar e que são perigosos ficam enraizados na sociedade interferindo até na forma com que o círculo familiar enxerga e trata o paciente. O autor ressalta, ainda, que somente o acesso à informação plena pode alterar essa realidade. Bassit (1992) (apud D'INÁCIO, 1992) compactuando com essa ideia, atestam que é através do esclarecimento sobre o tipo de transtorno mental que se pode mudar a teoria de incapacidade que permeia a sociedade e a família.

Portanto, percebe-se que os obstáculos encontrados durante os cuidados pelos familiares estão muito relacionados ao conhecimento insuficiente sobre o transtorno mental específico e falta de habilidades para lidar com as crises. Dessa forma, se as famílias recebem informações sobre o transtorno mental que acomete o seu membro, suas possíveis causas, sintomas, a medicação e os efeitos colaterais, eles podem entender mais sobre o indivíduo, sua doença e a forma com que ele se comporta. (ALMEIDA, 2011). Ademais, a partir do aprendizado efetivo torna-se possível a modificação da forma com que os familiares lidam com o doente e abre espaço para a inclusão deste na sociedade.

Melman (2003) ressalta que o mundo do doente mental pode ser o mesmo que o mundo da sua família e da sociedade em geral, basta que ele seja conduzido para este mundo. Para isso, Lancetti (2000) diz que a participação familiar e a aceitação de que o indivíduo possui a doença mental é imprescindível para a recuperação do paciente. É necessário que essa aceitação parta da família e se difunda por toda a sociedade visto que o relacionamento desta com a pessoa que possui transtornos mentais é influenciado diretamente pela forma que a família trata seu paciente. Se a família aceita seu membro com transtornos mentais e convive com ele de uma forma saudável, a sociedade tende a vê-lo da mesma forma e assim, torna-se possível a sua inclusão e

desenvolvimento integral das suas habilidades e potencialidades.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo clínico com aplicação prática em campo do tipo intervencionista, utilizando como ferramenta de educação em saúde as redes sociais e palestras educativas CAPS de Araguari (MG), em conjunto com seus profissionais.

Os participantes do estudo serão os familiares dos pacientes visto que a família é reconhecida como uma instituição que ajuda o indivíduo a viver em sociedade, pois ali se formará uma nova geração de cidadãos e ocorrerá a experiência inicial de interação. Portanto, é necessário estimular vivências saudáveis entre os familiares por meio do diálogo, da troca de experiências e da convivência afetiva entre eles. A compreensão e aceitação da doença mental pela família tornou-se um fator extremamente importante na reabilitação de pacientes com doença mental. (ALMEIDA; FELIPES; DAL POZZO; 2011).

Para tanto, decidiu-se realizar uma busca ativa dos familiares, por meio de ligações telefônicas a serem realizadas pelos alunos de medicina da IMEPAC, com a contribuição dos profissionais do CAPS, para a passagem dos números. Essa busca tem como finalidade convidá-los à palestra educativa, que ocorrerá no próprio CAPS, e terá atrativos, como coffee break e expresso saúde para maior engajamento social. O objetivo deste

encontro é conscientizar as famílias como parte importante do cuidado, o que tem um impacto benéfico no prognóstico da doença (OLIVEIRA, 2000). A proposta pretende atingir 10% do total de domicílios. Porém, além das famílias que não conseguirmos contatar, os principais riscos do projeto são famílias com forte resistência ou sem interesse.

Outrossim, além dos familiares, visando informar a população em geral para uma maior conscientização no que tange aos transtornos mentais, foi planejado a distribuição de um vídeo educativo.

Em relação aos indicadores, espera-se atingir com essas ações cerca de 383 habitantes de Araguari. Essa porcentagem foi definida a partir de um cálculo amostral com nível de confiança de 95%, além de que os vídeos podem ser rapidamente compartilhados e apresentar um alcance significativo. As atividades serão realizadas em 3 meses, mas é notório que o processo de educação em saúde deve ser algo contínuo, integrado e duradouro. Portanto, é imprescindível um saber mais sistematizado de educação em saúde, vislumbrando práticas que incluam o cidadão no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social. Essa concepção requer do profissional de saúde o ato de compartilhar saberes e representações com a população sobre as condições e práticas de saúde (RUIZ; LIMA; MACHADO, 2002). A atividade mostra-se benéfica já que é de baixo custo e fácil distribuição, porém há o risco de pouca

visibilidade pela rede social.

O público alvo dessa intervenção consiste em todos os frequentadores do CAPS e usuários da rede social Instagram de todos os sexos, maiores de 18 anos que não possuam deficiências cognitivas que o impeçam de interpretar as ações propostas.

Essa pesquisa tem como intuito discutir sobre a necessidade da educação em saúde na sociedade, tendo em vista combater a psicofobia e aumentar a adesão familiar no processo de tratamento do paciente com transtornos mentais baseando-se em uma contextualização histórica frente a estes pacientes. Além disso, o presente trabalho objetiva realizar a busca ativa do ciclo familiar dos pacientes do CAPS através de uma ação pedagógica sobre a importância da saúde mental e seu apoio.

A partir disso, para a realização deste projeto, desenvolveu-se maneiras de voltar a atenção do público alvo para o apoio do tratamento dos pacientes com transtornos mentais, através de palestras educativas que discutem sobre os estigmas em torno das patologias mentais e seus portadores, a importância do apoio familiar para estes indivíduos no seu percurso terapêutico e de como a reinserção social para estes pacientes não só é necessária como também possível.

Com base na análise feita sobre a psicofobia social, fica evidente que mesmo que o transtorno mental não escolha a classe ou condição financeira de um indivíduo, o seu impacto negativo é

evidente em todas as pessoas que não possuem o apoio necessário, seja medicinal, social ou familiar. Pode-se observar que quando a psicofobia está presente na vida do paciente, ocorre um isolamento social de caráter injusto que o impossibilita de exercer seus direitos perante a sociedade, que corresponde assemelhando-o como um “louco”, e não como o ser humano que ele é.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Quadro 1 – Cronograma do Projeto de Pesquisa

Atividades a serem desenvolvidas	Fev. 2022	Mar. 2022	Abr. 2022	Mai. 2022	Jun. 2022
Definição do orientador	X				
Definição do Tema do Projeto de Pesquisa	X				
Formulação do problema, hipóteses, justificativa e objetivos	X				
Desenvolvimento do Referencial Teórico	X				
Definição dos materiais para intervenção	X				
Apresentação do Projeto de Pesquisa à Plataforma Brasil	X				
Intervenção				X	X
Análise dos dados obtidos na experimentação prática					

Fonte: Acervo do autor.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Macroproblema

No primeiro semestre de 2020 foi realizada uma visita ao CAPS de Araguari com o objetivo de estudar os problemas ou deficiências que podem ser enfrentados pela equipe ali instalada. No decorrer da entrevista, foi levantado à

gestora diversos questionamentos sobre o funcionamento, estrutura, gestão do ambiente de saúde e sobre os maiores desafios lidados. Após a visita, o grupo elencou questões que poderiam ser atendidas pelo desenvolvimento do projeto de intervenção, auxiliado pela professora Anicésia Cecília.

Diante da discussão com a gestora, foi identificado, a partir de uma atividade dinâmica durante a aula, que o problema a ser trabalhado no projeto aplicativo seria educação em saúde no CAPS no município de Araguari. Fator de grande relevância, como explicado por Silva e Marcolan (2018): “A falta de conhecimento sobre o transtorno mental e o despreparo por parte da família e sociedade para lidar com a situação se mostraram como fatores essenciais para a incidência do preconceito e estigma em relação aos indivíduos com transtornos mentais”.

A partir dos dados obtidos, foram mencionados os descritores do problema, sendo um deles a baixa adesão dos familiares ao tratamento do paciente com transtornos mentais, analisando que de 484 famílias apenas 2 compareciam aos grupos de apoio oferecidos pela unidade, conforme relata a gestora, fator que está relacionado com a visualização do assunto como um tabu, episódio que se fortalece pela desinformação sobre saúde mental. Ademais, outra questão analisada consiste na psicofobia social. Sabe-se que os indivíduos com transtornos mentais foram e são vistos pela sociedade como anormais, alienados, pessoas especiais ou fora da realidade, transgressores

sociais, agressivos, perigosos e incapazes e, desde a antiguidade, são vitimados pelo preconceito e pelo estigma. Essa mentalidade indiretamente contribui para que esses indivíduos não recebam os devidos cuidados e atenção e, por conseguinte, atrapalha o exercício pleno do direito maior de cidadania, tirando-lhes o direito de serem vistos como alguém que pode exteriorizar o seu sofrimento psíquico (SILVA; MARCOLAN; 2018). Assim, a psicofobia que surge como um empecilho ao tratamento destes, na medida em que dificulta a adesão e procura por propostas terapêuticas, mas também gera uma sobrecarga de sofrimento no paciente que tanto padece pelo estigma imposto pela sociedade e familiares. Nesse viés, o indivíduo com transtornos mentais se vê à mercê da sociedade, muitas vezes marginalizado e segregado, evidenciando a perpetuação de preconceitos históricos.

Após definir os descritores, foram apresentadas causas e consequências de cada um deles. Em seguida, elencou-se os nós críticos que são, respectivamente, a falta de informação familiar e social. O termo nó crítico refere-se a causas que possuem maior número de relações com outras e que através de intervenções podem acarretar mudanças significativas nos descritores que estão ligadas. Segundo Matus (1993), uma causa só pode ser definida como nó crítico se ela cumprir simultaneamente as seguintes condições: a intervenção nessa causa possui impacto decisivo a ponto de modificar positivamente os descritores, a causa é um centro prático de ação e é politicamente conveniente agir sobre a causa identificada.

O primeiro nó crítico definido foi a falta de informação familiar. Atualmente, a família é reconhecida como uma instituição que ajuda o indivíduo a viver em sociedade, pois ali se formará uma nova geração de cidadãos e ocorrerá a experiência inicial de interação. Portanto, é necessário estimular vivências saudáveis entre os familiares por meio do diálogo, da troca de experiências e da convivência afetiva entre eles. A compreensão e aceitação da doença mental pela família tornou-se um fator extremamente importante na reabilitação de pacientes com doença mental. (ALMEIDA; FELIPES; DAL POZZO; 2011). No século 20, com as mudanças e avanços no conhecimento, como a psicanálise e as campanhas de saúde mental, a família é vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo surgimento de um portador de transtorno mental (ROSA, 2003). A partir do ano de 1950 houve o surgimento de terapias familiares com abordagens sistêmicas recaindo sobre as mudanças nos padrões relacionais e de comunicação dentro do sistema familiar (SANTIN; KLAFKE, 2011). Diante disso, espera-se como resultado desse projeto proporcionar mais adesão dos familiares ao tratamento do paciente com transtornos mentais.

Visando informar a população em geral para uma maior conscientização no que tange aos transtornos mentais, foram planejadas ações educativas a serem desenvolvidas em locais estratégicos como escolas, unidades básicas de saúde e no próprio CAPS da cidade de Araguari orientando sobre os transtornos mentais e a

importância do cuidado para com a saúde mental. Ademais, será criado um vídeo informativo e disseminado nas redes sociais como forma de conhecimento dinâmico e de fácil acesso.

Apesar de reconhecida a necessidade de um olhar mais respeitoso para os indivíduos com doenças mentais, Piccinini (2016) destaca que, por outro lado, há a prevalência de pessoas que propagam a visão preconceituosa perante aqueles que, de certa forma, fogem do padrão proposto pela sociedade. Nesse viés, percebe-se a perpetuação de estigmas que possuem uma forte ligação com a falta de informação relaciona as doenças mentais.

Sob essa perspectiva, um estudo feito por Silva e Marcolan em 2018, com 21 pacientes que sofriam com algum tipo de transtorno mental revelou que a falta de conhecimento sobre o transtorno mental e o despreparo por parte da família e sociedade para lidar com a situação se mostraram como fatores essenciais para a incidência do preconceito e estigma em relação aos indivíduos com transtornos mentais. Dessa forma, pretende-se utilizar o processo de educação em saúde como chave para a intervenção sobre o problema apresentado.

Em relação aos indicadores, espera-se atingir com essas ações cerca de 10% da população de Araguari. Essa porcentagem foi definida de maneira aleatória considerando o fato das palestras ocorrerem em locais de grande fluxo de pessoas e convívio social, além de que os vídeos podem ser rapidamente compartilhados e apresentar um

alcance significativo. Durante a realização das atividades supracitadas serão necessários recursos financeiros, como parcerias com padarias que ajudariam com lanches para a população, recursos organizacionais, como audiovisuais e o manejo do local onde irá acontecer e, por fim, recursos técnicos e humanos, como os alunos, profissionais da saúde e coordenador pedagógico.

As atividades serão realizadas em 3 meses, mas é notório que o processo de educação em saúde deve ser algo contínuo, integrado e duradouro. Portanto, é imprescindível um saber mais sistematizado de educação em saúde, vislumbrando práticas que incluam o cidadão no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social. Essa concepção requer do profissional de saúde o ato de compartilhar saberes e representações com a população sobre as condições e práticas de saúde (Ruiz; Lima; Machado, 2002).

O primeiro nó crítico estabelecido pelo grupo foi a falta de informação familiar, isso acontece por um motivo principal: as famílias dos pacientes do CAPS de Araguari têm uma adesão ao tratamento muito baixa, ou seja, eles não dão o apoio necessário para seus entes com transtornos mentais. A necessidade de uma conscientização dessas pessoas se faz necessária perante a situação de cada paciente que é tratado no CAPS. Pois a família é uma instituição social vital de grande importância e vem modificando sua estrutura através da história e possui diversas finalidades, e

apesar dos possíveis conflitos, a família é única em seu predomínio desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico e mental dos seus membros (NAVARINI, 2008).

Diante dessa problemática, os alunos do IMEPAC, que possuem um grupo de autoria desse projeto, propõe fazer a busca ativa dos familiares e organizar uma palestra educativa e formativa sobre a saúde mental para os mesmos com o apoio dos alunos e dos funcionários do CAPS e RAS, com foco em ter o melhor impacto na população. Esta proposta será realizada no CAPS, com planejamento para iniciar em dezembro de 2020 e terminar em fevereiro de 2021, visando um percentual maior de adesão das famílias que o atual, que é-se menos de 10%. Todo o processo seria acordado com a gestora do CAPS e teria a ajuda de todos, para promover a busca ativa dessas pessoas, através de ligações telefônicas e mensagens de WhatsApp, além disso ao combinar com a gestora a realização da palestra sobre a importância da assistência familiar, será feito um *coffee break* como forma de atrativo para o público alvo. Outro ponto importante a ressaltar será que o custo de tudo será baixo, visto que o gasto só será feito com os atrativos para a palestra.

Diante disso, tendo em vista que quanto maior o alcance e precisão, melhor será o apoio das famílias aos pacientes com transtorno mental. Assim podemos imaginar o impacto no tratamento dessas pessoas se o alcance for o esperado, dessa forma quanto melhor for feito esse projeto mais pessoas melhorarão suas condições mentais. Isso mostra o ser humano como se de capacidades e

possibilidades, independente das limitações causadas pelo transtorno mental (BORBA, 2011).

Sendo assim, os alunos do IMEPAC, juntamente com a ajuda dos coordenadores de escolas, do CAPS e da UBS realizariam palestras em locais públicos sobre o tema da saúde mental, a fim de informar a população sobre os transtornos mentais. As palestras seriam realizadas no prazo de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, nas respectivas escolas e UBS dos coordenadores que auxiliam o presente trabalho. As palestras também contariam com *coffee break* para maior engajamento populacional.

Além disso, os alunos da IMEPAC também realizariam vídeos informativos sobre o tema dos transtornos mentais para divulgá-los em redes sociais (Instagram e WhatsApp), a fim de reduzir a psicofobia social no município de Araguari e de tornar o tema da saúde mental como um assunto mais recorrente e de maior importância socialmente. Tendo em vista que o pensamento de que os transtornos psiquiátricos são “frescura”, conclusões errôneas podem estimular consequências diretas na vida de um paciente com transtornos mentais e também daqueles que o rodeiam (PICCININI, 2016).

A organização das palestras pedagógicas seria feita a partir do acordo com os gestores das escolas e UBS sobre sua disponibilidade ou data específica, e contaria com a ajuda de um profissional de saúde do CAPS (psicólogo, enfermeiro) para auxiliar os alunos na divulgação de informações

sobre as patologias mentais para a população presente. Ambas as ações, as palestras e a confecção dos vídeos, teriam um custo baixo, apenas com o *coffee break*, e teria um indicador de sucesso a partir do alcance de 10% da população do município de Araguari.

Por fim, estes trabalhos educativos nos espaços públicos e redes sociais teriam um papel fundamental no desarranjo de um preconceito com carga histórica e de injustiças sobre os pacientes com transtornos mentais. As consequências desse preconceito são presentes com muita frequência na vida destes indivíduos, de idade, de gênero e de classes sociais distintas mais que ainda assim compartilham a falta de amparo, de tratamento, de emprego, até mesmo sendo maltratadas, ignoradas e abusadas cotidianamente (GOMES, 2014).

Procurando ter uma maior adesão dos familiares dos pacientes do CAPS, os alunos do quarto período do curso de medicina do IMEPAC juntamente com a professora responsável, desenvolveram uma matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo o plano de ação da falta de informação familiar, buscando através de atores sociais reduzir o estigma das famílias sobre a visão dos mesmos sobre a ajuda no tratamento de pacientes com transtorno mental. A família representa um sistema nucleador de vivências do ser humano, e as mudanças afetam o sistema e demanda adaptações para chegar a um estado de equilíbrio dinâmico (MURANI, 2008).

Dessa forma, os alunos do IMEPAC farão

uma busca ativa dos familiares dos pacientes e organizarão uma palestra educativa sobre saúde mental para os mesmos. Tal projeto terá baixo custo e tem por finalidade melhorar a compreensão dos familiares sobre a importância da sua assistência no tratamento do paciente com transtorno mental. As palestras educativas têm um papel fundamental na mudança de opinião do preconceito e de injustiças com os pacientes com transtorno mental, e as consequências desse preconceito estão presentes diariamente na vida dessas pessoas de todos os gêneros, que acabam compartilhando desamparo, solidão, falta de emprego e até sendo abusados e maltratados frequentemente (GOMES, 2014).

Assim, a matriz foi dividida em ações e seus atores. A busca ativa dos familiares e a organização da palestra será realizada pelos alunos de medicina da IMEPAC que possuem interesse e valor atribuído como positivo nessas ações. Já os funcionários do CAPS, que também ajudarão na busca ativa, pelo repasse de números dos familiares e na organização do local da palestra, possuem interesse positivo, porém valor atribuído como médio. Por fim, a gestora, que contribuirá na organização do local, possui interesse e valor positivo.

A família então, deve ser considerada um ator indispensável para o tratamento e assistência psiquiátrica, e sendo assim um grupo de grande acolhimento e ressocialização de seus membros (BORBA, 2011).

6 VIABILIDADE DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

MATRIZ DE ANÁLISE DE ESTRATÉGIAS DE VIABILIDADE

Na matriz de análise da estratégia de viabilidade, afirma-se a viabilidade das medidas propostas, ao mesmo tempo em que considera-se os recursos necessários e quem os controla. Consoante com o Termo de Referência 6, a viabilidade é dividida em alta, média e baixa nesta matriz de acordo com a disponibilidade de recursos.

A primeira ação analisada foi a palestra para a família. Estratégias como essa visam ajustar o direcionamento das ações em saúde, com foco nas práticas de educação e promoção da saúde, e tratando o conteúdo de forma crítica e contextual (ALVES e AERTS, 2011). Os recursos necessários foram divididos em três sessões: financeiros, organizacionais, técnicos/humanos. Quanto aos recursos financeiros, a qual não se há ainda, precisa-se para os lanches; organizacionais, local que já está estabelecido, levantamento dos contatos dos familiares, expresso saúde, organização do local e equipamentos audiovisuais; técnicos/humanos, alunos que já estão dispostos ao fazer a proposta- e psicólogo ou médico do CAPS. Como possível conflito foi listado a não adesão dos familiares e dos profissionais do CAPS e não conseguir entrar em contato com alguns familiares. O ambiente familiar estruturado é considerado intimamente relacionado ao comportamento de autocuidado do paciente, pois desempenha um papel importante na relação do

indivíduo com a doença, no tratamento e na adaptação ao novo estilo de vida (SARAIVA, 2007). Para aumentar a viabilidade e reduzir conflitos foi proposto a realização de reunião com os profissionais do CAPS para apresentação do projeto e busca ativa dos familiares. Deste modo a classificação da viabilidade dessa ação foi média.

A segunda ação analisada foi a palestra para sociedade em geral. A educação da população promove a transformação social e desempenha um papel fundamental na reconstrução social. Essas teorias partem da vida diária das pessoas e levam sua cultura em consideração (ALVES e AETRS, 2011). A respeito de recursos financeiros é necessário para os lanches. Sobre recursos organizacionais, equipamentos audiovisuais e organização do local. E recursos técnicos: humanos alunos já dispostos, profissionais de saúde e coordenador pedagógico. Como possível conflito, a não adesão de UBS e escolas. A fim de melhorar a viabilidade e diminuir divergências, foi proposto a realização de reunião com os gestores de UBS e escolas para a apresentação do projeto. Portanto, a classificação da viabilidade dessa ação foi média.

Na terceira ação analisada foi proposto um vídeo educativo. Um bom vídeo pode ser usado para apresentar um novo tópico e estimular o interesse das pessoas nesse tema. Isso ajuda os alunos a realizar pesquisas para aprofundar seus desejos pelo assunto de conteúdo de vídeo e programa (ARROIS, 2006). Como recurso precisa-se somente de recurso técnico/humano, a qual já se há,

de um indivíduo com conhecimentos técnicos para elaboração do vídeo, computador e internet. A única barreira possível seria o baixo engajamento do vídeo nas redes sociais, mas para solucioná-lo será solicitado aos alunos, professores e coordenadores do IMEPAC e aos profissionais do CAPS que compartilhem o vídeo em seus perfis. Destarte, a viabilidade dessa ação é alta.

Foi confeccionada uma tabela orçamentária a fim de se desenvolver o planejamento estratégico dos gastos necessários e analisar sua viabilidade. A busca ativa e a criação do vídeo educativo não acarretarão ônus, pois os alunos utilizarão seus próprios celulares para contatar as famílias dos pacientes e um dos integrantes do grupo possui os conhecimentos técnicos e os materiais necessários para a confecção desse conteúdo. Nas palestras estimam-se que serão necessários aproximadamente R\$200,00 para o coffee break e espera-se que esse valor seja obtido por meio de parcerias com padarias do município.

Portanto, o projeto é viável, considerando sua produção de impacto e aspectos orçamentários, técnicos e humanos.

7 MONITORAMENTO DO PLANO DE GESTÃO

Na planilha gestão do plano foi identificado que para o nó crítico um deve ser feito a busca ativa dos familiares, por meio de ligações, para a adesão dessas pessoas sobre a segunda ação a ser feita, que é a palestra educativa para a família, que ocorrerá na própria unidade do CAPS Araguari, haja vista a baixa integração familiar com a unidade, como

demonstrado na relevância do projeto. A viabilidade das duas ações é alta, uma vez que são facilmente factíveis e com baixos custos. O impacto também é considerado alto, já que, com a busca ativa, mais familiares terão conhecimento sobre a ação e ao comparecerem à palestra, saberão mais do assunto e poderão participar mais do tratamento de seu familiar.

Tanto a busca ativa, quanto a palestra terão como atores principais os alunos de medicina da IMEPAC, porém ambos com auxílio da coordenadora, para aprovação de todas as ações. Na busca ativa, será necessário também a contribuição de agentes comunitários de saúde com o repasse do número dos familiares. Além disso, a palestra deverá contar com a ajuda de um médico ou psicólogo do CAPS, 46 para contribuir na discussão. Sendo assim, será realizado de forma primária a busca ativa para, posteriormente, haver a palestra educativa.

Em relação ao nó crítico dois, falta de informação social, foi pensado que para melhor eficácia das palestras a realização nas UBSs e nas escolas seria estratégico. Tendo esta atividade viabilidade alta, pois serão gastos poucos recursos, e impacto alto, já que esse tipo de ação contribui para o conhecimento populacional sobre o tema. Elas serão realizadas principalmente pelos alunos da medicina do IMEPAC, juntamente com a contribuição dos coordenadores dos respectivos locais para aprovação e organização das práticas. Ademais, funcionários do CAPS poderão contribuir nas palestras, juntamente com os alunos, já que tem mais experiência e conhecimento a respeito do assunto.

Posteriormente às palestras, será publicado, para a resolução do nó crítico dois, um vídeo educativo em redes sociais sobre a importância da saúde mental e do tratamento de transtornos mentais. Esse vídeo tem viabilidade alta, haja vista que os custos são praticamente inexistentes. O impacto é considerado médio, já que não há a certeza de alcance de boa parte da população de Araguari. Esse vídeo será criado pelos alunos de medicina da IMEPAC. Na linguagem audiovisual as imagens ocupam lugar de destaque e quando começamos a trabalhar com esta linguagem a tendência é darmos

mais atenção ao discurso (MENEZES, 2008).

8 CONSIDERAÇÕES

Essa pesquisa tem como intuito discutir sobre a necessidade da educação em saúde na sociedade, tendo em vista combater a psicofobia e aumentar a adesão familiar no processo de tratamento do paciente com transtornos mentais baseando-se em uma contextualização histórica frente a estes pacientes. Além disso, o presente trabalho objetiva realizar a busca ativa do ciclo familiar dos pacientes do CAPS através de uma ação pedagógica sobre a importância da saúde mental e seu apoio. A criação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) traz histórias de luta e mudanças, e buscam uma saúde pública com qualidade e convívio social (Bock, 2003).

A partir disso, para a realização deste projeto, desenvolveu-se maneiras de voltar a atenção do público alvo para o apoio do tratamento dos pacientes com transtornos mentais, através de palestras educativas que discutem sobre os estigmas em torno das patologias mentais e seus portadores, a importância do apoio familiar para estes indivíduos no seu percurso terapêutico e de como a reinserção social para estes pacientes não só é necessária como também possível.

Com base na análise feita sobre a psicofobia social, fica evidente que mesmo que o transtorno mental não escolha a classe ou condição financeira de um indivíduo, o seu impacto negativo é

evidente em todas as pessoas que não possuem o apoio necessário, seja medicinal, social ou familiar. Pode-se observar que quando a psicofobia está presente na vida do paciente, ocorre um isolamento social de caráter injusto que o impossibilita de exercer seus direitos perante a sociedade, que corresponde assemelhando-o como um “louco”, e não como o ser humano que ele é.

A limitação do estudo sobre o transtorno mental se deu a partir da escassez de artigos científicos e literatura sobre o tema. Por este motivo sugere-se uma maior atenção sobre este assunto no meio social e científico a fim de gerar uma maior discussão em meio a civilização. Os grupos terapêuticos potencializam as trocas dialógicas, a melhoria da adaptação do modo de vida individual e coletivo e o compartilhamento de experiências (Benevides, 2010).

9 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ana Carla Moura Campos Hidalgo de; FELIPE, Lujácia; DAL POZZO, Vanessa Caroline. O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 6, p. 40-47, dez. 2011. Disponível em . Acesso em: 19 out. 2020.
- ALMEIDA, DV; FELICIO, JL. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. Disponível em: <http://www.paizn.org.br/psiquiatria/abordagem-terapeutica-asfamilias-nareabilitacao-de-pacientes-internados-em-hospitais-psiquiatricos-relato-deexperiencia/>. Acesso em: 7 ago. 2020.
- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 319-325, 2011.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. A Saúde Mental e a Importância dela na vida das pessoas. Hospital Santa Mônica, 2018. Disponível em: <https://hospitalsantamonica.com.br/asaude-mental-e-a-importancia-dela-na-vida-das-pessoas/>. Acesso em 3. ago. 2020.
- ARAUJO, Francisco Jonathan De Oliveira et al.. A importância das palestras nos eventos institucionais do ces/ufcg como ação motivadora: relato de experiência. *Anais III CONAPESC...* Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: Acesso em: 21/11/2020.
- BARROS, Gustavo Machado. Cartilha: Saúde mental e direitos humanos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol 32. nº 1. Mar, 2010.
- BASSITT, W. O conceito de família. In: D'INÁCIO, M.ª (org) *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro, Qrad, 1992. p.278-287.
- BICUDO, Maria Apareci Viggiani (org); SILVA JUNIOR, Celestino Alves da (org). *Formação do educador: dever do Estado, tarefa da Universidade*. São Paulo: UNESP, 1999.3. (Coleção Seminários e debates).
- BORBA, Letícia de Oliveira et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.
- BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. *Diário Oficial da União -Seção 1 -24/12/1903*, Página 5853. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 2 ago. 2020.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União -Seção 1 -Eletrônico -9/4/2001, Página 2. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-norma-pl.html>. Acesso em: 2 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 7 ago. 2020.

BUSSULA, Danila Aparecida; OLIVEIRA, Dayane Aparecida Lacerda; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. O trabalho do assistente social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família. In: V ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, IV ENCONTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E I ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA P/ O ENSINO MÉDIO. v.5, n. 5, 2009, [s.l.]. Anais...[s.l.]: ETIC –ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/2169>. Acesso em 07 de ago. De 2020.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CECCHIN, G. Sistemas terapêuticos e terapeutas. In: ELKAIM, M. Terapia familiar em transformação. (p. 72-77). São Paulo: Summus, 2000. COELHO, Raquel Souza et al. Oficinas com usuários de saúde mental: a família como tema de reflexão. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, n. 2, p. 489-499, 2017.

DE ANDRADE SAMPAIO, Ana Clara Lins; DE OLIVEIRA SILVA, Carla Kerolayne; TEMÓTEO, Lúcia. DISCUSSÃO CONSTRUTIVA SOBRE PSICOFOBIA: DESCONSTRUINDO ESTIGMAS. Caderno Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável, v. 9, n. 3, 2019.

DE MACÊDO, Virgílio César Dourado; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Educação e saúde mental na

família: experiência com grupos vivenciais. Texto & Contexto Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 222-230, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a04v15n2>. Acesso 08 ago. 2020.

DE SOUZA, Bruno Brito Pereira. Antecedentes e dimensões do engajamento dos usuários de redes sociais: Um estudo com o facebook. 2012.

DE SOUZA, Leidiany Melo; BRANDÃO, Viviane Bernadeth Gandra. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E SUA FAMÍLIA. Revista Serviço Social em Perspectiva, v. 3, n. 2, p. 99-112, 2019. Indicadores de saúde: Conceituais e Práticos (Capítulo 1). Organização PanAmericana de Saúde, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section1&Itemid=0&showall=1&lang=pt. Acesso em: 3 ago. 2020.

DE SOUZA, Mayra Silva; BAPTISTA, Makilim Nunes; DA SILVA ALVES, Gisele Aparecida. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. Aletheia, n. 28, p. 45-59, 2008.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 1, p. 47-52, 2011. FREITAS, Bismarck Liandro. A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REINSERÇÃO SOCIAL. Semana acadêmica revista científica, [s. l.], 16 jul. 2018. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

GARCIA, B. R. Z. A contribuição da extensão universitária para a formação docente. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

GOMES, E. N. Psicofobia e direitos humanos relativos

à área de saúde mental. I Seminário Sociedade, Política e Direito, Uberlândia. Anais Eletrônicos. Uberlândia: FADIR – UFU, 2014. Disponível em: <https://seminariospd.files.wordpress.com/2014/07/6-gomes-elvis.pdf>. Acesso em: 8 ago.2020.

GOOGLE MAPS; R. Manoel Cruz Póvoa. Araguari, MG, 2019. Disponível em: https://www.google.com/maps/uv?hl=pt-BR&pb=!1s0x94a43101eb329529%3A0x6a4a9d7f1c75b5fc13m1!7e115!4s%2F%2Fgeo1.ggpht.com%2Fcbk%3Fpanoid%3DhXp_U0ze7xfUYw2wlTSObw%26output%3Dthumbnail%26cb_client%3Dsearch.gws-

[prod.gps%26thumb%3D2%26yaw%3D17.953165%26pitch%3D0%26thumbfov%3D100%26w%3D260%26h%3D175!5scaps%20araguari%20-%20Pesquisa%20Google!15sCgIQAQ&imagekey=!1e2!2shXp_U0ze7xfUYw2wlTSObw](https://www.google.com/maps/uv?hl=pt-BR&pb=!1s0x94a43101eb329529%3A0x6a4a9d7f1c75b5fc13m1!7e115!4s%2F%2Fgeo1.ggpht.com%2Fcbk%3Fpanoid%3DhXp_U0ze7xfUYw2wlTSObw%26output%3Dthumbnail%26cb_client%3Dsearch.gws-). Acesso em: 17 ago. 2020.

IMEPAC. Termo de Referência 6. Araguari, 28 de out, 2020. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1wfsLQ7f8vXo_aVnhiq9oJIZ33pEpwkg1/view. Acesso em: 16 de nov, 2020.

KEBBE, Leonardo Martins et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 494-505, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n102/494-505/>. Acesso 08 ago. 2020.

LANCETTI, Antonio (org.). *Saúde, loucura, saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2000.

LIANDRO, Bismarck. A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REINSERÇÃO SOCIAL. *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000126, 16/07/2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social> Acesso em: 08 ago. 2020.

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324216.pdf>. Acesso 08 ago. 2020.

MATUS ROMO, C. *Política, planejamento e governo*. 2. Brasília - DF: IPEA, 1993.

MELMAN J. *Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental*. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1998.

MENEZES, Lilian. O vídeo nos processos de ensino e aprendizagem. [S. l.], 2008. Disponível em: <http://proec.ufabc.edu.br/uab/prodvideo/TEXTO%204%20VIDEO%20E%20ENSINO.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MORAN, José Manuel. *A integração das tecnologias na educação*. Salto para o Futuro, v. 204, 2009.

MUCCI, Daniel Magalhães; FREZATTI, Fabio; DIENG, Mamadou. As Múltiplas Funções do Orçamento Empresarial. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 283-304, Junho 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552016000300283&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Nov. 2020.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto- Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de et al. *Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família: um estudo fenomenológico e hermenêutico*. 2000.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.

PAIXÃO, Érica Rodrigues; MARQUES, Laíne Mara Oliveira; DUARTE, Ronaldo Alves. *FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A CONVOCAÇÃO DA FAMÍLIA NAS LEIS FEDERAIS REGULADORAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019.

PEREIRA, Luicano Formentin; GOMES, Karin Martins. O olhar do paciente do CAPSII sobre a psicofobia. *Revista de Extensão*, v. 2, n. 1, p. 128-140, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/revistaextensao/article/>

21 | Página

view/376. Acesso 08 ago. 2020.

PICCININI, J.W. História da psiquiatria: Descobrendo a psicofobia. *Psychiatry on line Brasil*. Abril de 2016; v.21, n.4. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano16/wal0416.php>. Acesso em: 17/010/2020.

PIMENTA, Eliane de Souza; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del-Rei, n. 3, v. 1, p. 75-84, ago. 2008. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/volume3_n1/doc/Pimenta_Romagnoli.doc. Acesso em 3 de ago de 2020.

RHEINHEIMER, Isabel Lermen; KOCH, Sabrina. O papel da família no cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental. *Revista Psicologia em Foco*, v. 8, n. 11, p. 49-61, 2016.

ROCHA, F.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18 mar. 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1876>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (coord.). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013 p. 134-148.

ROSA, Lúcia. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003. ROSSO, C.F.W.; COLLET, N. - Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>. Acesso 08 ago. 2020.

RUIZ, Vanessa Romeiro; LIMA, Alessandra Ribeiro; MACHADO, Ana Lúcia. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de

experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 2, p. 190-196, 2004.

SANTIN, Gisele; KLAFFE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói. Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul*, n. 34, p. 146-160, jan./jul. 2011.

SANTOS, André Soares dos. *Terapia de família em saúde mental*. 2014. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTOS, Pedro Antonio N. dos; MIRANDA, Marlene B. S. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. *Revista escola de medicina e saúde* 53 pública, 2015, s/n, s/v, s/p. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007.

SARAIVA, Rayslla Sabrina Pereira; SANTOS, William Araújo; SOUSA, Stéphane Figueiredo de. A história da saúde mental no Brasil: considerações e desafios. *Revista coopex*, 2016, n(-), v. 7, p. 1-12. Disponível em: <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-461bb51bcf9f8f11187607cc90b75f9a.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SILVA, T.; MARCOLAN, J.; Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravado de sofrimento. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234776/2971>. Acesso em: 08/08/2020.

SILVEIRA, Celso Leonel et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 8, n. 4, p.

667-674, 2009.

SOARES, Carlene Borges; MUNARI, Denize Bouttelet. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Revista do Departamento de Enfermagem e Programa de PósGraduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá, n. 5, v. 6, p. 357-362, jul./set. 2007.

SOUZA FILHO, Manoel Dias de et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia em estudo*, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000300022&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso 08 ago. 2020.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 14, n.3, p. 341-9, 2005.

WASHA, A.; SILVA, A.; Cronograma - um instrumento de planejamento , execução e controle em construção e montagem. Pós-graduação/especialização Gestão de projetos em construção e montagem - Instituto de Educação Tecnológica, Belo Horizonte. 2014. Disponível em: <https://www.ietec.com.br/clipping/2015/boletim/julho/gp-julho-alexandra-wacha.pdf>. Acesso em: 20/11/2020.