

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO- PROPEP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE

DURCIVAL FRANCISCO DA SILVA

INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MACEIÓ - AL
2013

DURCIVAL FRANCISCO DA SILVA

INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Fonseca Vieira

Coorientadora: Profa. Dra. Shirley Suely Soares Veras Maciel

MACEIÓ - AL

2013

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

S586i Silva, Durcival Francisco da.
Integração ensino serviço na formação de enfermeiros na estratégia de saúde da família / Durcival Francisco da Silva. – 2013.
91 f.

Orientadora: Maria de Lourdes Fonseca Vieira.

Coorientadora: Shirley Suely Soares Veras Maciel.

Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2013.

Bibliografia: f. 40-43.

Anexos: f. 44-91.

1. Serviço de integração docente assistencial. 2. Enfermagem – Formação profissional. 3. Enfermagem – Ensino superior. 4. Saúde da família. 5. Saúde – Políticas públicas. I. Título.

CDU: 616-083: 378

Folha de Aprovação

DURCIVAL FRANCISCO DA SILVA

INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em dezessete de julho de 2013.

Maria de Lourdes Fonseca Vieira

Dra. Maria de Lourdes Fonseca Vieira
Universidade Federal de Alagoas- UFAL
(Orientadora)

Banca Examinadora:


Dra. Ladjane do Carmo de Albuquerque Araújo
Associação Caruaruense de Ensino Superior- ASCES
(Examinadora Externa)


Dra. Mércia Lamenha Medeiros
Universidade Federal de Alagoas- UFAL
(Examinadora Interna)

A Deus, familiares, orientadora, amigos, colegas e a todos que contribuíram direto ou indiretamente para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A professora Dra. Maria de Lourdes Fonseca Vieira pelo carinho, apoio, motivação e orientação no estudo.

A professora Dra. Shirley Suely Soares Veras Maciel pelo apoio e contribuição como coorientadora do estudo.

As professoras presentes na qualificação e defesa da dissertação, Dra. Ladjane do Carmo Araújo Albuquerque, Dra. Célia Pedrosa e Dra. Mércia Lamenha Medeiros.

Aos professores e colegas do Mestrado Ensino na Saúde pelo convívio e aprendizado mútuo.

A amiga Elizabeth Noêmia pelo carinho e partilha dos encontros e desencontros que a vida nos proporciona, afinal é a viagem do destino que nos leva.

Ao amigo Paulo Jorge e família pelo acolhimento e carinho.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, transversal, que teve como objetivo identificar o Processo de Integração Ensino Serviço na Formação de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada, utilizando-se um questionário semiestruturado com a população de 60 participantes e analisada por estatística simples. Nos resultados, identificaram-se diversas dificuldades e pontos negativos na formação deste profissional. Entre os pontos positivos destaca-se que a inserção dos discentes nestes serviços leva a uma melhor formação profissional e que os sujeitos participantes conhecem as características e aspectos necessários para esta formação. Conclui-se que as fragilidades devem ser trabalhadas pelo mundo do ensino e do trabalho, deve ser realizada educação permanente, reforçando a importância, potencialidades e oportunidades da integração ensino serviço, além da necessidade de formação de enfermeiros para atender as demandas do sistema de saúde, bem como potencializar a categoria de enfermagem.

Palavras chaves: Serviço de integração docente assistencial. Enfermagem – Formação profissional. Enfermagem – Ensino superior. Saúde da família. Saúde – Políticas públicas.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory case study with a cross and quantitative approach, which aimed to identify the integration process in the Education Service of nursing training in the Family Health Strategy. Data collection was performed by using a semi-structured questionnaire with a population of 60 participants and analyzed by simple statistics. In the results, we identified several difficulties and negative points in the training of these professionals. Among the positive points, stands out the inclusion of students in these services which leads to better training and these participating subjects know the features and aspects required for this training. It is concluded that frailties should be worked in the education and work world, should be conducted a continuing education, reinforcing the importance, potential and opportunities of learning service integration, and the need of training nurses to attend the demands of health system as well as enhancing the nursing category.

Keywords: Service integration teaching aid. Nursing - Formation professional. Nursing-Higher education. Family health. Health- Public politics.

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso descriptivo, exploratorio, con abordagen cuantitativo, transversal, cuyo objetivo era determinar el Proceso de Integración Enseñanza Servicio de Salud en la formación de educación de enfermeros en la Estrategia Salud de la Familia. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario semi-estructurado con una población de 60 participantes y se analizaron mediante estadísticas sencillas. En los resultados, se identificaron varias dificultades e inconvenientes en la formación de estos profesionales. Entre los aspectos positivos destaca que la inclusión de los estudiantes en estos servicios conduce a una mejor formación y que ellos conocen las materias y los aspectos necesarios para esta formación. Se concluye que las debilidades se deben trabajar en el mundo de la educación y del trabajo, así como debe llevarse a cabo la formación permanente, lo que refuerza la importancia, el potencial y las oportunidades de la integración de enseñanza y servicios de aprendizaje; como también la necesidad de formación de enfermeros para satisfacer las demandas del sistema de salud así como mejorar la categoría de enfermería.

Palabras clave: Servicio de ayuda para la enseñanza de integración. Enfermería- Formación professional. Enfermería- Educación superior. Salud de la Familia. Salud- Políticas públicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AME | Aleitamento Materno Exclusivo |
| AP | Atendimentos de Puericultura |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ECS | Estágio Curricular Supervisionado |
| ES | Educação em Saúde |
| EAB | Equipe da Atenção Básica |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GES | Gestante |
| HAN | Hanseníase |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LDB | Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| MS | Ministério da Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PIES | Processo de Integração Ensino Serviço |
| PMAQ | Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| PMA2 | Relatório de Produção e Marcadores |
| PC | População Cadastrada |
| PF | População Feminina |
| PCCU | Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero |
| PNCT | Programa Nacional de Controle da Tuberculose |
| PNCH | Programa Nacional de Controle da Hanseníase |
| PNI | Programa Nacional de Imunização |
| PPP | Projeto Político Pedagógico |
| PN | Pré- Natal |
| RN | Recém- Nascido |

| | |
|--------|--|
| SSA2 | Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SINASC | Sistema Nacional de Nascido Vivo |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TB | Tuberculose |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| VD | Visita Domiciliar |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 APRESENTAÇÃO..... | 11 |
| 2 INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NA ESF..... | 12 |
| 2.1 Introdução..... | 12 |
| 2.2 Objetivos..... | 13 |
| 2.3 Percurso metodológico..... | 13 |
| 2.4 Resultados e discussão..... | 14 |
| 2.5 Considerações finais..... | 24 |
| 3 PRODUTO DE INTERVENÇÃO..... | 26 |
| 3.1 Apresentação..... | 28 |
| 3.2 Introdução..... | 30 |
| 3.3 Caracterização do Município..... | 31 |
| 3.4 Objetivos | 31 |
| 3.4.1 Geral..... | 31 |
| 3.4.2 Específicos | 31 |
| 3.5 Núcleos de Desenvolvimento Estruturantes das Práticas do PIES..... | 31 |
| 3.6 Princípios Norteadores..... | 32 |
| 3.6.1 Acolhimento dos integrantes do PIES..... | 32 |
| 3.6.2 Diagnósticos da realidade do serviço e conhecimento do Plano de Estágio..... | 33 |
| 3.6.3 Atividades de educação em saúde | 34 |
| 3.6.4 Atividades assistenciais..... | 35 |
| 3.6.5 Estratégias de ensino no serviço..... | 36 |
| 3.6.6 Atividades em conjunto..... | 37 |
| 3.6.7 Participação do enfermeiro no PIES..... | 37 |
| 3.6.8 Vantagens à ESF no PIES..... | 38 |
| 3.6.9 Aspectos positivos da inserção dos discentes na ESF no PIES..... | 38 |
| 3.6.10 Dificuldades à formação de enfermeiros no PIES..... | 39 |
| 3.6.11 SIAB na formação de enfermeiros no PIES na ESF..... | 39 |
| 4 Conclusão Geral | 45 |
| REFERÊNCIAS..... | 46 |
| ANEXOS..... | 50 |

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho é um pré-requisito para conclusão do Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O seu teor é composto por um artigo e um produto de intervenção. O artigo foi fruto do estudo Integração Ensino Serviço na Formação de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, realizado na cidade de Caruaru-Pernambuco com enfermeiros destes serviços, docentes e discentes de graduação em enfermagem. O produto foi construído coletivamente, com os sujeitos da pesquisa e gestão do serviço e ensino, tendo como base os resultados da pesquisa.

O artigo e o produto foram delineados pela linha de pesquisa Integração Ensino Serviço do Mestrado Profissional Ensino na Saúde, tendo como objeto de estudo a *integração*. Ambos resultados de aprofundamento teórico e estudo de campo baseados nas experiências dos segmentos trabalho e educação no Estágio Curricular Supervisionado (ECS) do curso de enfermagem nas Unidades das Estratégias Saúde da Família (ESF).

O artigo descreve dados da pesquisa que permitiu conhecer como estão sendo formados os enfermeiros para atuar no SUS e nas ESF, e foi submetido à Revista Eletrônica de Enfermagem. O produto trata-se do “Protocolo de Práticas Integrativas do Ensino e Serviço em Enfermagem na ESF”, o qual será utilizado para subsidiar o ECS do curso de graduação de enfermagem e melhorar o Processo de Integração Ensino Serviço (PIES), desta forma potencializar o serviço já que o ensino estará atrelado também às necessidades reais destas ESF.

Para elaboração do produto, foi realizada uma oficina no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, em março/2013, na qual foi utilizada a seguinte dinâmica:

- Apresentação dos resultados do estudo de pesquisa;
- As perguntas do estudo constituíram os princípios norteadores do produto;
- Foram constituídos grupos diversificados com docentes, discentes, enfermeiros das ESF e gestão do ensino e serviço para construção dos objetivos, ações, frequência e avaliação dos princípios norteadores;
- As propostas de cada grupo foram apresentadas em data show, seguidamente iam se alterando de acordo com a opinião dos envolvidos; e
- Após conclusão destas etapas, foi finalizado e aprovado o protocolo.

Estas práticas estão baseadas na teoria, são dispositivos para Educação Permanente e Educação em Saúde (ES), apresentam uma dinâmica favorável no ensino na saúde, visto que contemplam os princípios e diretrizes do SUS, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em enfermagem, da ESF e do seu sistema de informação. Vale ressaltar a participação e o envolvimento dos participantes que contribuíram de forma significativa, e que entenderam a relevância do estudo, do produto de intervenção e da possibilidade de uma maior integração entre o mundo do trabalho e o mundo da educação.

Escolheu-se a ESF para ser campo de estudo, visto que esta modalidade de atenção apresenta-se com maior demanda de atendimento, além de ser a porta de entrada do sistema de saúde, modelo à atenção básica e organização deste sistema. É importante e fundamental que os discentes conheçam e dominem essa tecnologia de trabalho. Acrescenta-se que, a ESF é um campo promissor para os egressos, visto a possibilidade e necessidade de expansão desta modalidade de atenção, a qual se faz presente em todos os municípios da IV Região de Saúde de Pernambuco.

A seguir, o artigo e produto de intervenção deste trabalho são apresentados e desdobrados.

2- Integração Ensino Serviço na Formação de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

O processo de formação do enfermeiro é dinâmico. Sua trajetória e o perfil dos egressos estão sempre atrelados ao modelo político econômico-social vigente do país (SILVA et al,2010). Neste contexto, trabalho, educação e saúde articulam-se nas matrizes de formação profissional por meio do que determina a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e especificamente pelas DCN que estabelecem o perfil desejado dos egressos para os profissionais da área de saúde.

Na enfermagem, além destes documentos, surgiram os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEN). De acordo com as DCN de enfermagem os egressos devem atender ao perfil humanista, crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social, para prestar atenção em saúde de forma humanizada e com alto padrão de qualidade. Sendo a ESF, um campo com maior demanda de atendimento, além de ser a porta de entrada do sistema de saúde, modelo à atenção básica em saúde (ABS) e organização desse sistema, torna-se evidente e fundamental que os discentes conheçam e dominem essa modalidade de trabalho.

A partir de 2006, houve uma ampliação significativa da inserção dos discentes nas ações de cuidado, gerência e educação nos cenários da ABS. Essa inserção proporcionou

maior conhecimento e envolvimento no contexto social, possibilitando aos discentes seu aprimoramento nas habilidades e competências requeridas ao enfermeiro conforme as DCN. Este fortalecimento na articulação entre trabalho, educação e comunidade, ampliou as possibilidades do PIES (COLLISELLI et al,2009). Este processo é o trabalho pactuado que utiliza a coletividade, integrando ensino e serviço. As práticas em saúde realizam-se em serviços integrados, aproximando a teoria à realidade social (NECO et al,2011)

O PIES é necessário na ESF, pois contribui à definição e organização das práticas dos discentes e ao desenvolvimento conjunto de suas atividades (FERREIRA et al,2010). Portanto, este estudo se justificou pela necessidade de evidenciar se a formação de enfermeiros na ESF por meio do PIES está ocorrendo de forma pedagógica, permitindo articular teoria e prática, adequada à realidade, com reflexão crítica mediada pelos princípios e diretrizes do SUS, da ESF e do Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB) usado neste modelo de saúde. E, principalmente, seu papel como futuro profissional para atender as demandas locais e regionais, baseados nos diagnósticos de áreas e mapas situacionais, melhorando os indicadores de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar o PIES na formação de enfermeiros no ECS obrigatório de enfermagem, na ESF.

Quanto ao percurso metodológico, trata-se de estudo de caso, descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa com dados primários, realizado nas ESFs da zona urbana do município de Caruaru-Pernambuco.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2012. A amostra por conveniência, censitária, composta por 36 enfermeiros estagiários, 18 enfermeiros das unidades da ESF e 06 docentes supervisores de estágio, totalizando 60 sujeitos da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ser discente inserido nos processos de ensino aprendizagem dos estágios supervisionados obrigatórios, no período da coleta dos dados; ser enfermeiro assistencial da ESF com mais de 06 meses de experiência no serviço; e docentes das faculdades de enfermagem que acompanham e supervisionam estes estágios. Neste estudo, não foi excluído nenhum sujeito da pesquisa por não se encontrarem em licença gestacional e ou médica.

Utilizou-se um questionário semiestruturado, contendo 13 questões. As questões de número 5, 6, e 8, foram adequadas da pesquisa de Beccaria et al, 2006. As variáveis utilizadas foram: dados demográficos, titulação e tempo de atuação dos docentes e enfermeiros das ESFs, desenvolvimento de atividades de diagnóstico, de planejamento, assistenciais, educacionais e avaliativas, além dos pontos positivos, negativos e dificuldades na formação

de enfermeiros na ESF, assim como uso do SIAB no processo de ensino aprendizagem e as características e aspectos necessários à formação de enfermeiros neste processo. O questionário foi aplicado individualmente, em local restrito, com agendamento prévio de data e hora para realização.

Foram explicados os objetivos desta pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos pesquisados. Os dados obtidos foram digitados em uma planilha eletrônica no programa *Excel*® versão 2007 para análise descritiva de frequências absolutas e relativas. Após a análise e interpretação das informações, descreveram-se os resultados por meio de tabelas e gráficos para a divulgação e discussão dos dados.

O estudo foi realizado após autorização da carta de anuência da Secretária de Saúde do município em estudo e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ensino Superior de Maceió, em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N°196/96, o qual foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado N°1372/12.

Resultados e discussão

Quanto ao sexo dos participantes da pesquisa, houve predomínio do feminino, 91,7% (55) o que é comum na área da enfermagem (BECCARIA et al, 2006). Em relação à faixa etária verificou-se que 75% (27) dos discentes apresentaram idade entre 20 a 29 anos; na faixa etária acima de 30 anos, encontravam-se 83,3% (05) docentes e 77,8% (14) enfermeiros. Entretanto, 22,2% (04) dos enfermeiros estavam acima dos 50 anos, o que tem como justificativa compreensiva, pois eles laboram desde a implantação da ESF no município de estudo no ano de 1994. As experiências desses profissionais vêm a colaborar no processo de formação dos novos enfermeiros e nos indicadores de saúde alcançados pelo município. As duas instituições de ensino de graduação em enfermagem participantes, são privadas e tem seis e sete anos de existência.

Em relação à titulação dos participantes que exercem atividades de ensino e assistência de nível superior, 92,% (22) dos quais os (18) enfermeiros e (04) docentes possuem especialização na área do estudo. Este fator é relevante no processo de ensino-aprendizagem durante a graduação (MONTENEGRO e BRITO 2011). Pode-se inferir que maiores são as possibilidades de um PIES mais eficaz e efetivo, conseqüentemente melhor resposta aos objetivos comuns do ensino, do serviço e para o sistema de saúde.

Os sujeitos da pesquisa, 53,3 % (32) destacaram que não é realizado o diagnóstico da relação entre a realidade do serviço com o planejamento das suas necessidades, das atividades

e intervenções no PIES. Observa-se fragilidade no PIES, pois o diagnóstico da área de abrangência permite conhecer a realidade do serviço, elaboração em conjunto das necessidades, atividades e intervenções; além de monitoramento dos indicadores de saúde do serviço. Desta forma possibilita reflexão e ação a todos os envolvidos.

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da formação em saúde, pertence tanto aos serviços de saúde como às instituições formadoras. Portanto, cabe a estes coletar, atualizar, sistematizar, analisar e interpretar as informações da realidade, problematizar o trabalho das organizações de ensino e serviço, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos segmentos; ensino, serviço e comunidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Há carência destas estratégias no PIES como condição indispensável para a sustentabilidade do processo de mudança na formação do enfermeiro, mesmo com a inserção do educando na realidade dos serviços e em suas comunidades (SILVA et al, 2010).

O ponto de partida e o ponto de chegada da formação por meio do ECS devem centrar-se na leitura da realidade. Deste modo, consegue-se entender e interagir com a complexidade social e as solicitações de posicionamentos praxiológicos entre o instrumental e os condicionantes sócio-políticos da totalidade (MARRAN, 2011).

Quanto ao desenvolvimento da ES em conjunto, destacaram, 65% (39) acontecer esta ação, com divergência em relação à frequência, assim citaram 18% (07) ser diariamente, 48,7% (19) semanalmente, 12,8% (05) mensalmente e 20,5% (08) que acontece esporadicamente. Os resultados mostram que as atividades de ES não acontecem de forma homogênea, ou seja, não há participação efetiva no planejamento e execução, deixando lacunas as quais poderiam ser trabalhadas as necessidades do ensino e serviço, bem como permitiria um PIES eficaz, maior satisfação dos envolvidos e atenderia também na formação as necessidades da população da área de abrangência.

A ES é muito importante para a formação dos futuros enfermeiros, pois a realização de trabalhos educativos durante o ECS permite aos acadêmicos adquirir conhecimentos e experiências que são de suma importância para a atuação em atividades educativas. Considera-se essencial ter, no âmbito da formação, base teórica do campo da ES. Esta subsidia uma prática profissional crítica e comprometida com as necessidades dos usuários e dos serviços de saúde. Esta habilidade fornece aos acadêmicos de enfermagem um maior aporte educacional para a prática de ES numa visão crítica, progressista e interdisciplinar (CARDIM et al, 2005).

O serviço de saúde para o desenvolvimento da ES deve lançar mão de parcerias com as instituições de ensino superior, com o objetivo de qualificar os futuros profissionais que poderão compor o quadro de técnicos da ABS (LOPES et al, 2012).

Esta ação deve ser norteadada por processos de construção compartilhada, na busca da integralidade, e deve ter como princípios: a prática metodológica dialética; o trabalho desenvolvido a partir da necessidade da realidade local; a ênfase em processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas; o uso de múltiplas linguagens visto a participação dos segmentos ensino/serviço/comunidade; a postura permanente de estudo e pesquisa durante este ato educativo; o planejamento participativo nas ações e na avaliação de processo (ACIOLI, 2008), além das avaliações de resultados e impactos.

A ES enquanto atividade do cuidado de Enfermagem em Saúde Pública deve ser entendida de forma ampliada, podendo ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais como em conversas com a comunidade ou durante visitas domiciliares (ACIOLI, 2008).

Estas práticas devem ser frequentes e planejadas; assim não deve ocorrer mensalmente e esporadicamente, pois devem atender às necessidades da população adscrita, as quais devem ser visíveis aos profissionais da ESF e sujeitos do processo ensino-aprendizagem.

Em relação à realização de atividades assistenciais em conjunto, 81,7% (49) dos sujeitos da pesquisa apontaram a ocorrência desta sistemática. Entretanto, observou-se fragilidade na frequência desta integração que não é homogênea. Destes respondentes, 49,0% (24) citaram que estas atividades em conjunto são executadas diariamente, 36,7% (18) semanalmente, 4,0% (02) mensalmente e 10,2% (05) esporadicamente. Fragilidade também nesta ação quanto à organização do processo de trabalho, pois destes, 81,6% (40) destacaram que o planejamento e fluxo destas atividades são realizados pelos enfermeiros da ESF, 10,2% (05) não responderam nenhuma alternativa e apenas 4,0% (02) destacaram que esse planejamento é realizado em conjunto com enfermeiro da ESF, agentes comunitários de saúde (ACS) e discentes, porém sem a participação do docente.

Poderia ser um ponto mais expressivo, pois nesta ocasião, aumentar as possibilidades do trabalho interdisciplinar, troca de experiências, melhora da qualidade da assistência, bem como a importância do trabalho em equipe, que é uma das competências das DCN para os profissionais da saúde.

A forte e fundamental ligação entre o mundo do serviço e o mundo do ensino permite que o processo de trabalho seja um espaço privilegiado para a assistência e o ensino em saúde. A amplitude deste processo possibilita reconhecer e motivar que o resultado de sua prática

envolve, entre outros, o PIES no qual se destaca uma ação onde o cuidar em saúde gera qualidade de atenção e qualidade de formação. Esta integração possibilita a construção de redes apoiadas na alteridade, corresponsabilidade, autonomia, satisfação e construção de novas linguagens e saberes (MARINS, 2007).

Estes aspectos têm benefícios mútuos sob o ponto qualitativo e quantitativo. Os dados podem ser avaliados sob o aspecto de produtividade do ensino, mas expressa, sobretudo, uma rede de trabalho qualitativo que envolve serviço e educação, o que dá suporte ao processo de qualificação da formação e da assistência (OJEDA et al, 2004).

Pode-se inferir que é visível a carência de planejamento das atividades assistenciais. Para o aproveitamento das múltiplas oportunidades e para a concretização do processo de aprendizagem e do cuidado é necessário cogestão, na qual, se planeje conjuntamente as ações entre o ensino e serviço. Desta forma pode superar os desafios e resolver problemas a partir do conhecimento destes mundos (SCHMIDT et al, 2009).

Em relação ao desenvolvimento de estratégias em conjunto para planejamento, sugestões e avaliação das atividades de ensino no serviço, 78,3% (47) referiram não acontecer esta sistemática. Desta forma pode se inferir a possibilidade de que a teoria esteja dissociada da prática, o que pode ocasionar prejuízo aos segmentos ensino e serviço.

No PIES, visualizam-se muitas possibilidades como: criatividade e motivação para construir e executar estratégias conjuntas, planejamento e articulação de projetos de pesquisa para o monitoramento, avaliação da ABS, visando melhorar as práticas de saúde e o processo contínuo da reorientação da formação dos profissionais de saúde, viabilizando a integração ensino/serviço. Além destas tem sido discutida a reformulação com vistas a atender as necessidades tanto do trabalho quanto da formação, baseadas nas políticas de saúde e de educação, de modo a possibilitar novos modelos de intervenção em saúde, gerando novos modelos de formação (ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO, 2008).

É oportuna a organização e realização de reuniões semanais de debate dos estágios nos serviços ou seminários de planejamento e avaliação do currículo. Um dos principais efeitos notados é o modo como os integrantes do ensino e do serviço se responsabilizam como partícipes do processo formativo e do cuidado. Esse vínculo propicia o debate coletivo sobre as práticas da assistência e educação, ajuda na conformação de ações e posturas abertas à sua própria reconstrução, conforme as necessidades, os desafios e problemas cotidianos (GUIZARD et al, 2006).

Torna-se evidente uma maior participação dos profissionais do serviço no planejamento, no desenvolvimento, na supervisão, na orientação e na avaliação das estratégias

pedagógicas nos cenários de prática (COLLISELLI et al, 2009; PIZZINATO et al, 2012). Estas atividades devem traduzir as necessidades sentidas pelo ensino e serviço, contemplando a formação do discente (COLLISELLI et al, 2009).

As atividades desenvolvidas em conjunto no PIES foram para 61,7% (37) dos sujeitos a detecção de problemas referentes à assistência e ao funcionamento da unidade, seguida de 60% (36) da inserção na execução de atividades de enfermagem da ESF e 36,7% (22) a participação do gerenciamento das atividades de enfermagem na unidade. Dos enfermeiros 22,2% (04) relataram não existir a participação dos docentes nestas atividades e 19,4% (07) discentes não mencionaram nenhuma atividade, o que denota outra fragilidade no PIES na formação de enfermeiros.

O PIES amplia as oportunidades de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado, educação, gerência e pesquisa pela realização de práticas assistenciais de enfermagem junto à comunidade, vivenciando situações concretas do mundo do trabalho relacionadas às necessidade e demandas da população, bem como dos desafios e possibilidades dos serviços do SUS (COLLISELLI et al, 2009).

A relação entre os processos de ensino e a prestação de serviços tem proporcionado uma formação diferenciada aos acadêmicos, que passam a vivenciar os desafios de materialização dos princípios do SUS na ABS, estimulando a formação de recursos humanos para atuação na rede de serviços do sistema (PIZZINATO et al, 2012).

Quanto aos principais aspectos positivos da inserção dos discentes na ESF, os participantes do estudo, 96,6% (58) destacaram que ocorre melhor formação profissional tendo em vista o PIES, 93,3% (56) conhece a organização e funcionamento da ESF, 88,3% (53) a disponibilidade de campo teórico prático que facilitam o processo de aprendizagem, 81,6% (49) apresenta facilidades para desenvolvimento de ensino teórico-prático, considerando a proximidade e o intercâmbio dos profissionais de ambas as instituições, 80,0% (48) crescimento pessoal e profissional dos recursos humanos de enfermagem das instituições e os enfermeiros da ESF sentem-se corresponsáveis pela formação dos discentes e 76,6% (46) a facilidade na interação com a unidade (aspectos sociais e de organização do serviço).

Na ESF, os enfermeiros aprendem a conhecer o modelo de orientação da ABS, permitindo sua inserção na descoberta da complexidade do ser humano por meio de tecnologias de baixa complexidade, e a identificação do valor da cogestão profissional-usuário no cuidado das necessidades de saúde. Para formação, esta proposta pretende mudar a concepção hegemônica para uma concepção construtivista (problematizada a das práticas e

dos saberes), que incentiva e valoriza a produção de conhecimento dos serviços (FERREIRA et al, 2010).

A ESF ampliou os cenários para atividades de ensino aprendizagem, destacando o ECS. Estes serviços são importantes, pois os discentes estão sendo estimulados a aprender a aprender com as suas primeiras experiências voltadas à ABS. Nas avaliações de aproveitamento dos discentes, pode-se identificar que há maior integração institucional e da teoria-prática, situações de aprendizagem significativas a partir dos mundos do trabalho e do ensino e a possibilidade da participação ativa do discente no processo (ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO, 2008).

A inserção dos acadêmicos nas ESFs tem demonstrado ser uma excelente oportunidade para conhecer o funcionamento integral destes serviços, a realidade do SUS e seus princípios, bem como os serviços prestados e as necessidades dos usuários, possibilitando maior integração teórico-prática, a multidisciplinaridade e a possibilidade de compartilhar saberes. Este processo deve ser estimulado continuamente, pois desenvolve a atitude de querer aprender e a pró- atividade em busca da autonomia, evidenciada por muitos desses discentes que propõem e desenvolvem estratégias e ações de inserção profissional nestes serviços (PIZZINATO et al, 2012).

O ECS oportuniza integrar ensino/serviço, possibilitando uma formação articulada à realidade, que considera tanto as necessidades de saúde da população quanto às fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde. Propicia ao discente desenvolver as ações do enfermeiro como: cuidar, planejar, gerenciar, educar e investigar (COLLISELLI et al, 2019).

Destacam 71,7% (43) a existência de dificuldades na formação de enfermeiros no PIES na ESF. A tabela 1 mostra estas dificuldades.

Tabela 1 – Dificuldades à formação de enfermeiros no Processo de Integração Ensino Serviço na Estratégia Saúde da Família em Caruaru-PE, 2012.

| Aspectos * | Discente | | Docente | | Enfermeiro | | Total | |
|---|----------|------|---------|------|------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Desconhecimento dos impressos utilizados na estratégia | 12 | 48,0 | 02 | 66,7 | 11 | 73,3 | 25 | 58,1 |
| Desconhecimento da área de abrangência | 14 | 56,0 | 02 | 66,7 | 07 | 46,7 | 23 | 53,5 |
| Ausência de realização de pesquisas conjuntas | 14 | 56,0 | 01 | 33,3 | 07 | 46,7 | 22 | 51,2 |
| Ausência de reuniões periódicas para avaliação dos estágios | 11 | 44,0 | 02 | 66,7 | 09 | 60,0 | 22 | 51,2 |
| Desconhecimento da área administrativa da ESF | 10 | 40,0 | 01 | 16,6 | 09 | 60,0 | 20 | 46,5 |
| Desconhecimento das normas e rotinas do serviço | 09 | 36,0 | 02 | 66,7 | 07 | 46,7 | 18 | 41,9 |
| Desconhecimento dos indicadores da ABS | 07 | 28,0 | 02 | 66,7 | 09 | 60,0 | 18 | 41,9 |

* Múltiplas respostas.

Fonte: Autor, 2013.

De acordo com Salviato et al (2008) há dificuldade de formar enfermeiros que, atentos a realidade da ABS, tenham condições de promover mudanças significativas no cotidiano do seu trabalho nesta rede de atenção. Desta forma, não possibilita um avanço concreto em direção à consolidação do SUS. São várias as razões que determinam este problema, destacam os autores: a formação excessivamente técnica e desarticulada do processo de construção do SUS, organização do processo de trabalho centrada na doença, falta de entrosamento entre o corpo de enfermagem da instituição de ensino com a do serviço, entre outros.

Ao buscar formar profissionais dentro do perfil idealizado para o SUS, há um descompasso. Percebe-se que o campo para as atividades práticas não se encaixa na “realidade ideal” que os acadêmicos gostariam de vivenciar e que aprenderam nas aulas teóricas (SALVIATO et al, 2008). É necessário identificar as dificuldades para a formação em saúde no PIES, na perspectiva dos envolvidos no ensino e serviço e apontar estratégias para superação destes entraves, levando ao aprimoramento e fortalecimento deste processo, consequentemente da formação (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011).

Dentre as estratégias, há necessidade de realização de oficina de trabalho, ancorado na cogestão, que propicia relações horizontais e democráticas. A participação, o envolvimento e a reflexão de todos são requisitos fundamentais para a construção coletiva do conhecimento e das soluções para os problemas (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011). Sem estas estratégias é restrita a possibilidade de desconstrução dos aspectos dificultadores, particularmente aqueles que marcam e atualizam os modelos técnicos assistenciais hegemônicos e as relações de poder que os caracterizam (GUIZARD et al, 2006).

Tabela 2 – Uso dos instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica pelos enfermeiros no Processo de Integração Ensino Serviço na Estratégia Saúde da Família em Caruaru – PE, 2012.

| Instrumentos | Discente | | Docente | | Enfermeiro | | Total | |
|------------------------------------|----------|------|---------|-------|------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| FICHA B-GES | 20 | 55,5 | 05 | 83,3 | 11 | 61,1 | 36 | 60,0 |
| FICHA A | 13 | 36,1 | 06 | 100,0 | 11 | 61,1 | 30 | 50,0 |
| FICHA B-HÁ | 14 | 38,8 | 05 | 83,3 | 10 | 55,5 | 29 | 48,3 |
| FICHA B-DIA | 12 | 33,3 | 06 | 100,0 | 10 | 55,5 | 28 | 46,7 |
| RELATÓRIO SSA2 | 09 | 25,0 | 04 | 66,7 | 15 | 83,3 | 28 | 46,7 |
| RELATÓRIO PMA2 | 06 | 16,6 | 05 | 83,3 | 15 | 83,3 | 26 | 43,3 |
| FICHA B-HAN | 08 | 22,2 | 05 | 83,3 | 07 | 38,9 | 20 | 33,3 |
| FICHA B-TB | 07 | 19,4 | 05 | 83,3 | 08 | 44,4 | 20 | 33,3 |
| FICHA C | 04 | 11,1 | 04 | 66,7 | 07 | 38,9 | 15 | 25,0 |
| FICHA D | 02 | 5,5 | 03 | 50,0 | 09 | 50,0 | 14 | 23,3 |
| RELATÓRIO A1 | 06 | 16,7 | 03 | 50,0 | 01 | 5,5 | 10 | 16,7 |
| RELATÓRIO A2 | 03 | 8,3 | 03 | 50,0 | 01 | 5,5 | 07 | 11,7 |
| Não conheceu e nem utilizou nenhum | 10 | 27,7 | 0 | 0 | 01 | 0 | 11 | 18,3 |

* Múltiplas respostas.

Fonte: Autor, 2013.

De acordo com os resultados da tabela, evidencia-se déficit do conhecimento e do uso dos instrumentos do SIAB. Entretanto, é essencial o conhecimento e uso destes, face que a partir dos mesmos são realizados: o diagnóstico da área de abrangência, o manejo e monitoramento de indivíduos e grupos, identificação da produção e marcadores, bem como a sala de situação da ESF. Portanto, como elucidado, o PIES não está sendo efetivo neste aspecto, não promovendo uma formação pautada que garanta aos enfermeiros domínio técnico para planejamento, gerenciamento, monitoramento, assistência e avaliação na ESF.

É na ABS que está o grande desafio de inserir tecnologias que possam proporcionar a gestão da informação, visando melhorias nos processos de acompanhamento das famílias atendidas neste nível de atenção (CAVALCANTE, 2011).

É necessário criar uma cultura de informação nas organizações. Reconhecer este recurso valioso para a gestão em saúde, o sistema de informação é um elemento que pode, de fato, ser muito útil nos processos de diagnóstico das necessidades na formação, análise da informação, monitoria, formação em serviço, avaliação e melhoria dos indicadores do serviço. Para atingir este fim é necessário mostrar aos segmentos ensino e serviço, o que é, na realidade, o SIAB, destacando sua importância na gestão e na tomada de decisões (COLLISELLI et al, 2009).

Em relação ao SIAB, os profissionais da ESF, não utiliza este sistema para o planejamento local, desta forma não analisam os dados gerados, nem os contextualizam e assim deixam de produzir informações. O não uso deste sistema está na formação, pois, estes profissionais não foram adequadamente formados para interpretar dados e produzir informações à tomada de decisões. Além deste fator, a capacitação da equipe da ESF relacionada ao SIAB, não acontece de forma sistemática e, muitas vezes, é inexistente (CAVALCANTE, 2011).

Na prática gerencial em enfermagem na ESF, pode-se utilizar de construção de mapas para o conhecimento da realidade da área de abrangência, na perspectiva de um planejamento focado nas necessidades e potencialidades destes serviços (COLLISELLI et al, 2009).

É importante na formação o discente, conhecer e usar o SIAB, pois na ESF “o enfermeiro, predominantemente, assume o papel de capacitação, e a responsabilidade de estar orientando o ACS, bem como outros profissionais sobre a utilização do SIAB”. Desta forma torna-se um profissional importante no fluxo deste sistema, exercendo o controle sobre este processo de orientação e manutenção do fluxo informacional (CAVALCANTE, 2011).

O PIES é salutar para que os discentes façam a contextualização do SIAB, integrando teoria e prática, principalmente explorando os potenciais e limites deste sistema de informação. Acrescenta-se a importância do SIAB para implantar e operar as ações do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso (PMAQ), visto que os seus indicadores são construídos baseados nos dados atualizados deste sistema.

Para 93,3% (56) dos sujeitos da pesquisa, a participação do enfermeiro no PIES ocorre pelo fornecimento de informações sobre a ESF que atua, tendo em vista a organização do campo de ensino, seguido 80% (48) de orientação dos alunos em atividades práticas do

ECS e 50% (30) apontaram que este profissional se vale da presença do docente e dos discentes para intercâmbio e atualização de conhecimentos da equipe.

Os profissionais da ESF contribuem com suas experiências, percepções e inserem o discente na dinâmica do processo de trabalho do serviço, permitindo que ele próprio constate a realidade das práticas de saúde, reconstrua seus conhecimentos, mobilize seus recursos afetivos, cognitivos e psicomotores e, principalmente, contribua interferido na realidade, uma vez que este é o objetivo primordial a que deve se prestar a construção de um saber (CARVALHO et al, 2009).

Como potencialidade, destaca-se o fortalecimento das ações colaborativas pelo docente e enfermeiro assistencial. Estes necessitam serem atores do processo de ensino-aprendizagem no ECS, seja na supervisão dos discentes, assim como no desenvolvimento de atividades de educação permanente (COLLISELLI et al, 2009).

É importante a participação dos enfermeiros neste processo, visto que um dos desafios para implementação das diretrizes da ESF e para o atendimento adequado de saúde das necessidades da população consiste no envolvimento dos profissionais dos serviços inseridos no programa com alunos de graduação, pois, atuando em conjunto, os integrantes do ensino e do serviço podem refletir sobre o processo de trabalho, oferecendo subsídios para a sua reformulação e também para a formação profissional (MONTENEGRO e BRITO, 2011).

Quanto às características e aspectos necessários no PIES na formação de enfermeiros destacaram 95% (57) dos sujeitos, as relações éticas, trabalho em equipe, considerar as necessidades reais da comunidade e apresentar soluções efetivas para os problemas de saúde; 93,3% (56) conhecer os dados epidemiológicos, 90,0% (54) comunicação interpessoal; 88,3% (53) ter postura profissional; 85,0% (51) conhecer os dados demográficos, o plano de estágios, seus objetivos e ementas; 83,3% (50) valorizar o contexto dos usuários e 70% (42) avaliar as ações e indicadores do serviço de saúde.

As características e aspectos necessários no PIES para formação dos enfermeiros evidenciam as competências e habilidades preconizadas pela LDB e SENADEN para formação do enfermeiro e atende aos princípios e diretrizes do SUS.

A formação em todos os níveis busca a transformação social, no Ensino Superior especificamente de Enfermagem, para alcançar este objetivo, discentes e docentes têm o consenso da necessidade da formação de enfermeiros capacitados e comprometidos com a ética e o bem estar da comunidade a ser assistida. Para desenvolver estas competências e habilidades, a formação deste profissional deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva,

características essenciais que o qualificam com rigor científico e intelectual pautados nos princípios éticos e legais para exercer sua profissão (MOURA e MESQUITA, 2010).

A Enfermagem é conhecida como a ciência e arte do cuidar. Diante disso, o PIES na formação de enfermeiros, deve capacitar este profissional à prestação do cuidado de saúde ao ser humano por um embasamento científico e habilidades técnicas para aprender a cuidar dos pacientes de forma holística (MOURA e MESQUITA, 2010).

A articulação do ensino com a assistência e a pesquisa, constitui um elo que precisa ser sempre fortalecido para consolidar o ensino de enfermagem com os serviços da rede de saúde. E assim responder às demandas pela formação de enfermeiros qualificados em consonância com o processo de reorientação das práticas de saúde, no contexto do SUS e aprimorando habilidades para o trabalho em equipe multidisciplinar, respeitando as questões éticas e legais da profissão (SABÓIA et al, 2008).

A formação dos enfermeiros nesta perspectiva inclui o desenvolvimento de atividades de educação para o SUS, PIES efetivo, pautado num projeto pedagógico inovador, construído coletivamente com os segmentos ensino serviço e comunidade, com forte inserção nas necessidades reais de saúde da população na sua concepção ampliada e na concepção social do cuidado de enfermagem. Essa realidade, vem requerer, das instituições formadoras, a implementação de ações de mudanças indutoras buscando a reorientação do processo de formação voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades para o exercício de práticas e saberes capazes de darem respostas ao que preconiza os princípios e diretrizes do SUS (SILVA et al, 2010).

Considerações finais

Constatou-se, por meio deste estudo, que a formação de enfermeiros no PIES na ESF para atuar no SUS e nestes serviços apresenta potencialidades, entretanto diversas fragilidades, pontos negativos e dificuldades que precisam ser solucionados para sanar este descompasso. Portanto, corrobora com o estudo de Rossoni e Lampert (2004) que evidenciou que o despreparo dos recém-formados para atuarem na complexidade do Sistema Único de Saúde constitui-se como um dos nós críticos. Revelado pela escassez na literatura da atuação do enfermeiro no nível da ABS e conclui que investimentos no ensino superior na área de enfermagem ainda são necessários para o atendimento das demandas do SUS, visto que a maior dificuldade apontada pelos profissionais foi o despreparo para atuar na ABS após concluir o curso de graduação (MONTENEGRO e BRITO, 2011).

Com base nos resultados deste estudo, foi realizada uma Oficina de Integração Ensino Serviço com os sujeitos da pesquisa, gestão do ensino e do sistema de saúde, na qual foi construído um protocolo para subsidiar o estágio curricular supervisionado na ESF e fortalecer a integração entre o mundo do trabalho e da educação.

Portanto destaca-se a importância do PIES na formação adequada do enfermeiro para atuar no SUS e, particularmente, na ESF, pois este tem um papel articulador que pode contribuir significativamente na integração ensino/serviço e melhoria da formação de novos enfermeiros, visto que, a estes compete o conhecimento do diagnóstico da área, alcançar os indicadores da ABS, normatização e rotinas do serviço, clareza dos protocolos instituídos pelo MS, Estado e município, ou seja, todas as suas atribuições conforme determina o Código de Ética da profissão.

É importante ressaltar que o enfermeiro entenda no contexto do Sistema de Saúde, o papel da ESF na ABS do município, sua função como unidade fixa no atendimento das urgências e emergências, e seja profissional articulador da comunidade com os demais integrantes nos problemas e suas resolutividades à melhoria da qualidade de vida dos usuários assim como o fortalecimento do controle social. Desta forma, na formação e na assistência, contribuirão efetivamente ao que preconiza a LDB, DCN, SENADEN e aos princípios e diretrizes do SUS.

Concluimos que as fragilidades devem ser trabalhadas, conjuntamente pelo mundo do ensino e mundo do trabalho, face a importância, potencialidade e oportunidades dessa integração e a necessidade de melhoria da formação de enfermeiros para atender a demanda do sistema de saúde, as teorias e postulados éticos e legais da enfermagem.

Desta forma, na formação, deve ser dada ao discente a oportunidade de experienciar o papel do enfermeiro com o SUS transformador, com as incumbências de lidar dentro do seu contexto histórico, social e econômico numa perspectiva humanizada, compartilhada e resolutiva.

3 PRODUTO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS DO ENSINO SERVIÇO EM
ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Prefeito Municipal de Caruaru

José Queiroz de Lima

Secretária Municipal de Saúde

Maria Aparecida de Souza

Diretora da Atenção Básica de Saúde

Edilene Chaves

Diretora de Regulação a Saúde

Maria do Carmo Andrade

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente

Giuliana Nunes de Campos

Assessoria técnica

Cristiane Dayse Mergulhão

Maria da Pompéia Torres

Mestrado Ensino da Saúde no Contexto do SUS- UFAL

Durcival Francisco da silva

Maria de Lourdes Fonseca Vieira

3.1 Apresentação

Este protocolo de intervenção é um produto que foi elaborado na Oficina de Integração Ensino Serviço da Secretaria de Saúde no Município de Caruaru em março de 2013, subsidiado pelos dados do estudo **Integração Ensino Serviço na Formação de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família** do Mestrado Ensino da Saúde no Contexto do SUS da Universidade Federal de Alagoas.

Este estudo verificou como estão sendo formados os enfermeiros no modelo da ESF, focado como porta de entrada no sistema de saúde pela integração. A partir dos dados fornecidos por este estudo, os segmentos ensino e serviço envolvidos, se propuseram a construção deste protocolo para subsidiar a prática do ECS na ABS com ênfase na ESF de uma instituição de ensino superior de graduação em enfermagem.

Este protocolo é um instrumento social inacabado, pois temos consciência da necessidade de ajustes ou outras alterações devidas aos avanços e mudanças do sistema de saúde local e do plano de estágio da instituição formadora envolvida. Neste contexto, saúde e educação são campos que não se opõem, porém se entrelaçam para uma formação pautada nas necessidades reais de saúde dos cidadãos do SUS. Baseado na pedagogia crítica e reflexiva que empodera os sujeitos que aprendem a aprender nas vivências e articulações com os outros, há melhoria da formação e fomento do trabalho em equipe para atender as necessidades dos serviços. O resultado destas práticas pelas vivências fortalece a integralidade e a resolutividade do sistema.

Este protocolo teve como referencial teórico: a) Lei 8080/90 que enfatiza a ordenação dos recursos humanos para o SUS; b) Lei Nº 9394/1996 da LDB; c) DCN de 2001 que orientam os PPP dos cursos de enfermagem; d) Lei Nº1996/2006 que trata da Política Nacional de Educação Permanente, nela contemplada a Comissão de Integração Ensino Serviço como elo entre o mundo do trabalho e o da formação; e) Lei Nº 11788/2008 que regulamenta os ECS; f) Portaria Nº 2.488/2011 do MS/ GM que trata da Política Nacional da Atenção Básica; g) Lei do Exercício Profissional do Conselho Federal de Enfermagem; e h) Código de Ética desta profissão.

Entendendo estas necessidades e suas concepções, os segmentos ensino e serviço, representados pelos autores do estudo, a instituição formadora com docentes e discentes de enfermagem, equipe da atenção básica e núcleo de educação permanente do município de Caruaru-PE, não mediram esforços para que esse instrumento arcabouço fosse construído numa perspectiva de articulação formativa e de trabalho, pautados em aspectos éticos, legais

e, sobretudo humanísticos. Numa concepção construtivista, este protocolo propõe-se a ser um modelo orientador para construção de outros instrumentos que contemplem a formação de profissionais de enfermagem e outros de origem multidisciplinar na área de saúde.

Durcival Francisco da Silva

Caruaru, março de 2013.

3.2 Introdução

Dentre os componentes para alcance do perfil desejado dos egressos para os profissionais da área de saúde, destaca-se o estágio, o qual segundo a Lei nº 11.788/2008 no Art. 1º “é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos”. Desta forma, o estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2008).

Os contextos organizacionais de desenvolvimento destas práticas são complexos. Desta forma, há necessidade do debate na problemática das parcerias institucionais, na medida em que se considera que só uma articulação pode garantir a qualidade da formação dos estudantes de enfermagem (MENDES et al, 2012).

Para alcançar essa articulação, faz-se necessário instituir estratégias, arcabouços, instrumentos que ora deem conta do que se preconiza, para alcançar a qualidade e requisitos que a formação e o sistema necessitam.

Para melhor compreensão e de acordo com a Sociologia da Educação, construiu-se um protocolo de cooperação técnico educacional que envolveu os segmentos ensino e serviço, baseado no objeto de estudo *integração*, entendido, segundo Van Zanten (2011), como a palavra que veicula uma ideia positiva de acolhimento, quase de boas vindas. Conforme este autor, na integração se apoiam as unidades das sociedades modernas, pois os grupos sociais, as ocupações, os costumes, os valores são mais diferenciados do que nunca.

Portanto, surge a elaboração do Protocolo para o PIES na enfermagem. Este, com a missão de articular ensino e serviço nas necessidades educacionais e assistenciais que ora permeiam o processo de ensino-aprendizagem e o trabalho.

Desta forma, para atender esta formação e contemplar as necessidades sociais em saúde, tem o PIES, entendido de acordo com Albuquerque et al (2008) como o trabalho coletivo, pactuado entre ensino e serviço, com a função de unir educação e trabalho numa perspectiva de formar cidadãos críticos, reflexivos e comprometidos com a sociedade. Acrescenta Salviato et al (2004) que, esse processo, permite a consecução de objetivos comuns ao ensino dos cursos de graduação em enfermagem e a ESF.

Neste contexto, reforça Silva e Garcia (2009) que o ensino-aprendizagem, no cenário da ABS, permite uma triangulação entre equipe, docente/discentes e usuários, visando à formação de profissionais com base nas DCN e nos princípios e diretrizes do SUS. Desta

forma contempla a tríade: assistência, gestão e formação em saúde, conforme preconiza o MS e do Ministério da Educação. (BRASIL, 2006).

3.3 Caracterização do município

O município de Caruaru-PE está localizado no Agreste Setentrional, a 138 km da capital Recife. Possui 306.788 habitantes, segundo os dados de 2010 do IBGE. Sede e Módulo de Saúde da IV Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. A Rede da ABS do município de Caruaru conta com 40 (quarenta) Unidades de ESF; destas, 25 estão localizadas na zona urbana e 15 na zona rural.

3.4 Objetivos

3.4.1 Geral

- Normatizar as práticas do Processo de Integração Ensino Serviço na formação de enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família do município de Caruaru-PE.

3.4.2 Específicos

- Instrumentalizar os segmentos ensino e serviço na formação de enfermeiros;
- Direcionar a formação de enfermeiro na ESF;
- Contribuir na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada na ESF;
- Enfocar as Práticas do PIES baseadas em linhas de cuidados;
- Atingir objetivos comuns aos cursos de graduação em enfermagem e a ESF;
- Fortalecer o SUS do município de Caruaru.

3.5 Núcleos de Desenvolvimento Estruturantes das Práticas do PIES. Segue a proposta do Manual da Cidade de Vitória do Espírito Santo (2009) com modificações.

- Planejamento integrado, consolidando o Modelo de Atenção da ESF tomando como base o Plano Municipal de Saúde, os indicadores da ABS, o PMAQ, o plano de estágio da faculdade e as DCN de enfermagem.
- A construção de práticas pedagógicas em saúde com coparticipação dos serviços que visem uma aprendizagem significativa, que tenham discentes como sujeitos de sua própria formação;
- A organização do campo de prática de forma articulada e territorializada, com a instituição de ensino e as ESFs envolvidas; e

- Monitoramento e avaliação compartilhada, baseada na teoria crítica e reflexiva para compreensão dos contextos vividos pelos atores, dando transparência e a responsabilidade necessárias às questões de uma política pública de saúde e de formação para este contexto.

3.6 Princípios Norteadores das Ações do PIES

Estes são elementos importantes, visto sistematizar e articular o processo de ensino aprendizagem e de trabalho, baseado nas necessidades apontadas pelos sujeitos envolvidos, permitindo a partir dos objetivos, o planejamento, a execução de ações, e avaliações destas práticas, focadas para tomada de decisões.

3.6.1 Acolhimento dos integrantes do PIES.

Ação:

- Realizar encontro de acolhimento dos integrantes das práticas do PIES.

Proponente:

- Diretoria da Atenção Básica e Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

Objetivo:

- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e sujeitos, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Justificativa:

Diante da formação dos profissionais de saúde, distante do debate e da formulação da política pública desta área, conforme enfatiza a PNH, esta ação vem no intuito de fortalecer o PIES e contribuir na construção e consolidação da referida política. Acrescenta Brasil (2006) que, um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, na avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.

Proponente: integrador ensino serviço

Ações:

- Demonstrar o desenho técnico assistencial da rede de saúde do município de Caruaru;
- Encaminhar os discentes para participação de reunião do Conselho Municipal de Saúde;
- Inserir as siglas e símbolos das instituições de ensino e serviços, dando enfoque ao PIES, em todo material didático impresso.

Objetivo:

Demonstrar aos componentes do PIES como está organizada e estruturada a rede técnico assistencial, de referência e de apoio ao diagnóstico do município.

Frequência: início do semestre. Antes da inserção dos docentes e discentes nas práticas educativas do ECS da instituição de ensino nas ESFs.

Estratégias gerais:

Como eixo da educação permanente, a PNH deverá compor o conteúdo profissionalizante, vinculando os serviços de saúde e a instituição de formação.

Observação: Registrar em livro ata do PIES todas as atividades desenvolvidas.

3.6.2 Diagnóstico da realidade da ESF e Conhecimento do Plano de Estágio no PIES.

Objetivo:

- Conhecer os dados epidemiológicos, a realidade e necessidade da ESF para elaboração do planejamento, execução e avaliação das intervenções e ações em conjunto. Esta ação visa articular o ensino à realidade do serviço.

Ação:

- Demonstrar e contextualizar o diagnóstico de área, sala de situação e mapeamento da ESF aos docentes e discentes.

Proponente:

- Integrador do serviço (enfermeiro, médico, odontólogo, etc.).

Frequência:

- No primeiro contato com docentes e discentes, reunião quinzenal e término das atividades educativas do ECS.

Objetivo:

- Instituir responsabilidade territorial por micro área.

Ação:

- Dividir micro áreas com os discentes para que estes construam mapeamento, diagnóstico e consolidado de prioridades. E acompanhem a população desse espaço geográfico com orientação e supervisão do enfermeiro da ESF e docente da instituição de ensino;

A visita domiciliar (VD) faz parte desta atividade, que se propõe para ações em saúde como: avaliação da puérpera, consulta do RN, curativos, captação dos usuários para programas, dose supervisionada de medicamentos, avaliação do ambiente familiar, etc.

Frequência: deve ser realizada semanalmente de acordo com os horários da unidade e sempre que necessário.

Objetivos: conhecer as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos discentes na formação para o contexto do SUS de acordo com o Plano de Estágio e as DCN do curso de

enfermagem que determinam as seguintes competências gerais: Atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente, administração e gerenciamento.

Ação: demonstrar e contextualizar o plano de estágio e as DCN do curso de graduação em enfermagem aos componentes da ESF.

Proponente: integrador do ensino (docente, discente, coordenação).

Frequência: no primeiro contato com a equipe da ESF, nas avaliações quinzenais de processo e término das atividades do estágio supervisionado.

Competências e habilidades a serem desenvolvidas:

- Postura profissional;
- Comunicação interpessoal
- Valorização do contexto dos usuários
- Relações éticas e trabalho em equipe
- Considerar as necessidades reais da comunidade
- Conhecer os dados epidemiológicos
- Conhecer os dados demográficos
- Conhecer o plano de estágios, seus objetivos e ementas.
- Avaliar as ações e indicadores do serviço de saúde
- Apresentar soluções efetivas para os problemas de saúde da população

3.6.3 Atividades de educação em saúde (ES)

Objetivo:

- Instituir a prática da ES como princípio de cidadania e de melhoria da qualidade de vida da população adscrita e do papel do profissional em saúde.

Ação:

- Desenvolver em conjunto atividade de ES de forma individual e coletiva.

Proponente:

- Integrador ensino serviço

Frequência:

- Diariamente em qualquer contato com a população e programada para grupos específicos.

Observando que cada grupo de, no mínimo, 10 pessoas deve ser contabilizado como uma atividade de ES.

Estas atividades serão elencadas pelo perfil sócio demográfico e epidemiológico da população, desta forma devem ser criados os grupos específicos como: gestantes, aleitamento

materno, planejamento familiar, prevenção de câncer, adolescentes, diabéticos, hipertensos, saúde mental, controle da tuberculose, hanseníase, etc.

Avaliação: em conjunto dos segmentos integrador ensino serviço.

Código do procedimento: 010101001-0

São consideradas atividades de ES: orientações individuais e coletivas como: palestras, oficinas, grupos educativos na comunidade, capacitação das equipes, em salas de espera e de grupos específicos.

Deve ser contemplada a Política Nacional de Promoção à Saúde, instituída pela Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, na qual a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento, sendo transversal, integrada e Intersetorial, dialogando com as diversas áreas da saúde, setores público-privados e não governamentais e a sociedade. Estes setores devem compor redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida, rompendo com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, redução da vulnerabilidade, dos riscos e dos danos. (BRASIL, 2006).

3.6.4 Atividades assistenciais

Objetivos:

- Sistematizar e melhorar a qualidade da formação e da assistência prestada visto a possibilidade de contextualização das práticas.

Ação:

- Prestar atividades assistenciais conjuntamente de acordo com os protocolos das Secretarias Estadual, Municipal de Saúde e do MS. Estes protocolos deverão ser construídos coletivamente, bem como ser atualizado pelos segmentos ensino serviço.

Proponente integrador:

- Ensino serviço

Frequência:

- De acordo com a possibilidade de demanda espontânea e o cronograma de atendimento do serviço construído em conjunto.

São atividades assistenciais:

a) Na linha de cuidado Saúde Materno Infantil:

- Na VD: identificar gestantes, crianças em aleitamento materno, crianças menores de um ano, crianças de 1 a 5 anos, acompanhar o cartão vacinal, peso e altura.

- Consulta de pré-natal;
- Consulta de puericultura;
- Planejamento familiar;
- Consulta para prevenção de câncer de colo de útero e detecção precoce de câncer de mama;
- b) Na linha de cuidado Saúde do Homem:
 - Consulta na saúde do homem, garantindo o exame do PSA a partir dos 45 anos;
- c) Na linha de cuidado Saúde Mental:
 - Consulta de saúde mental; e
- d) Na linha de cuidado Controle de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):
 - Consulta de Hipertensão (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos);

Observação: - Cabe a instituição de ensino dispor de material e equipamentos de proteção individual, conforme estabelece a NR 32, que, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência em geral.

3.6.5 Estratégias de ensino no serviço.

Objetivo:

- Avaliar se as práticas educativas desenvolvidas no serviço estão condizentes com as propostas do PPP, das DCN dos cursos de enfermagem e das necessidades do serviço, considerando o desenvolvimento das competências e habilidades dos discentes para o contexto do SUS.

Ações:

- Realizar reunião na unidade da ESF para planejamento e avaliação das atividades de ensino no serviço.
- Desenvolver e apresentar instrumentos para esta ação (metas estabelecidas, gerenciamento de micro área, etc).
- Mencionar as estratégias de intervenção elaboradas nestas ações.
- Registrar os pontos positivos e negativos da integração para serem trabalhados em reuniões.

Proponente integrador:

- Ensino serviço

Frequência:

- A cada 15 dias, às 10 horas.

3.6.6 Atividades em conjunto no PIES.

Objetivos:

- Melhorar a capacidade técnica dos envolvidos no processo, bem como estimular o sentimento de pertencimento.

Ações:

- Realizar pesquisas na atenção básica;
- Implementar os resultados de pesquisas na prática;
- Propiciar educação permanente para a equipe da unidade;
- Promover reuniões e discussões periódicas para orientação técnica;
- Participar na execução de atividades de enfermagem e ou de outros profissionais da ESF de acordo com as pactuações da equipe;
- Participar do gerenciamento das atividades de enfermagem na unidade
- Detectar problemas referentes à assistência prestada e ao funcionamento da ESF, tendo em vista propostas conjuntas para superação dos problemas.
- Participar do Programa de Imunização, entendido como vacinação de rotina, seletiva e de campanha, bem como rede de frio.

Proponente integrador:

- Ensino serviço

Frequência:

- Mensal

3.6.7 Participação do enfermeiro da ESF no PIES.

Ações:

- Participar junto com o docente e ou discente do plano de atividades que serão desenvolvidas na disciplina;
- Participar na orientação e supervisão dos discentes em atividades práticas no campo de ensino;
- Fornecer informações sobre a ESF em que atua, tendo em vista a organização do campo de ensino-aprendizagem.
- Manter articulação com o docente e discente para intercâmbio e atualização de conhecimentos da equipe;

- Participar de grupos de pesquisa que contemplem nas necessidades da ESF;
- Participar de eventos científicos relacionados à sua área de atuação, inclusive como palestrante, moderador, membro das comissões dos eventos das instituições de ensino.

Proponente: enfermeiro da ESF

3.6.8 Vantagens à ESF no PIES.

Objetivos: melhorar a qualidade do serviço prestado a população e satisfação da equipe da ESF.

Ações e/ou resultados esperados:

- Serviço de enfermagem de melhor qualidade;
- Aumento do número de pessoal de enfermagem envolvido na assistência;
- Atualização e intercâmbio de experiências entre profissionais;
- Realização de pesquisas conjuntas (enfermeiros, docentes, discentes e demais profissionais);
- Assessoria/consultoria técnico-administrativas periódicas ou contínuas;
- Oferecimento de cursos de pós-graduação para enfermeiros;
- Corresponsabilidade dos docentes e discentes, pelo funcionamento da ESF durante o período de estágio.

Proponente integrador:

- Ensino serviço

Frequência:

- Mensal, trimestral e semestral.

3.6.9 Aspectos positivos da inserção dos discentes na ESF no PIES.

Objetivo:

- Manter e ou ampliar os aspectos educacionais e humanísticos para com os discentes
- Manter os discentes motivados e aumentar suas perspectivas para atuar nas equipes das ESFs;
 - Dar visibilidade à política de saúde.

Ações:

- Manter estes aspectos e ampliá-los no PIES.
- Melhorar a formação profissional, tendo em vista o PIES.
- Formalizar o PIES, dividindo as responsabilidades, etc.
- Facilitar o desenvolvimento de ensino teórico-prático, considerando a proximidade e o intercâmbio dos profissionais de ambas as instituições.

- Sensibilizar as equipes da ESF para disponibilidade de campo teórico-prático que facilitam o processo ensino-aprendizagem;
- Estimular o crescimento pessoal e profissional dos recursos humanos de enfermagem de ambas as instituições;
- Facilitar realização de pesquisas e implementação de seus resultados à prática;
- Facilitar a interação com a unidade (aspectos sociais e de organização);
- Criar sentimento de pertencimento, no qual os enfermeiros da ESF sintam-se corresponsáveis pela formação dos enfermeiros;
- Incentivar a Clínica Ampliada dos Saberes, como preconiza o MS, através do compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores, docentes, discentes e usuários no processo de produção de saúde;
- Melhorar a avaliação das vulnerabilidades dos indivíduos e comunidade;
- Conhecer a organização e funcionamento da ESF;
- Conhecer a Rede de Atenção à Saúde e as suas referências;

Proponente integrador:

- Ensino serviço

Frequência:

- Quinzenal e final do semestre

Observação: Esta pesquisa será realizada a cada dois anos pelo pesquisador e Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru para manter o PIES atualizado e contemplar as necessidades dos integradores ensino serviço. Desta forma, focalizar as necessidades do contexto do SUS do Município de Caruaru e do plano de estágio do curso de enfermagem.

3.6.10 Dificuldades à formação de enfermeiros no PIES

Objetivo:

- Melhorar os aspectos educacionais e humanísticos para com os discentes.

Ação:

- Diminuir, cessar e/ou atenuar os fatores e aspectos dificultadores ao processo de ensino aprendizagem.

Atividades propostas:

- Conhecer a área de abrangência;
- Conhecer os impressos utilizados na estratégia;
- Conhecer a área administrativa, as normas e rotinas da ESF;
- Realizar reuniões periódicas para avaliação dos estágios

- Interação do enfermeiro e os outros integrantes da ESF
- Aproximar a comunidade dos discentes
- Realizar pesquisas conjuntas
- Conhecer os indicadores da ABS e do PMAQ, de acordo com a linha de cuidado que são:
Linhas de Cuidados

| |
|--|
| Saúde da mulher |
| Indicadores |
| <p>Proporção de gestantes cadastradas pela Equipe de Atenção Básica.</p> <p>Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.</p> <p>Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre.</p> <p>Proporção de Gestantes com o pré-natal em dia.</p> <p>Proporção de Gestantes com vacina em dia</p> <p>Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.</p> <p>Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.</p> |
| Saúde da criança |
| Indicadores |
| <p>Média de Atendimentos de Puericultura.</p> <p>Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo.</p> <p>Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia.</p> <p>Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.</p> <p>Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.</p> <p>Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio.</p> |
| Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica |
| Indicadores |
| <p>Proporção de diabéticos cadastrados</p> <p>Proporção de hipertensos cadastrados</p> <p>Média de atendimentos por diabético.</p> <p>Média de atendimentos por hipertenso</p> <p>Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio</p> <p>Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio</p> |
| Vigilância - Tuberculose e Hanseníase |
| Indicadores |
| Média de atendimentos de tuberculose |

| |
|--|
| Média de atendimentos de hanseníase Percentual de casos esperados na população para tb e han |
| Saúde do Homem Indicadores |
| *Média de consulta de homem na faixa de 20 a 59 anos. *Proporção de homens com 45 anos ou mais acompanhados com PSA |
| Saúde Mental Indicadores |
| Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas. |
| Outros indicadores |
| Média de atendimentos de enfermeiro Média de visitas domiciliares realizadas pelo ACS por família cadastrada. |

* Indicadores da Atenção Básica do município de Caruaru.

Proponente integrador: ensino serviço

Frequência:

- Mensal, trimestral e semestral.

3.6.11 SIAB na formação de enfermeiros no PIES na ESF

Objetivos: assegurar aos discentes o uso e articulação do trabalho no SIAB, permitindo o domínio da gerência da unidade e do cuidado em saúde, bem como a gestão baseada nos dados e consolidado deste sistema de informação.

Ações:

- Capacitar os discentes no conhecimento e uso dos instrumentos do SIAB;
- Elaborar um projeto de implantação da ESF com base no SIAB, perfil sócio demográfico, indicadores de saúde da população e metas a serem alcançadas.

Proponente integrador:

- Ensino serviço

Frequência:

- Diariamente, mensal e trimestral.

As orientações quanto ao uso do SIAB, segue o que preconiza o Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2003).

Os relatórios emitidos pelo SIAB permitem conhecer a realidade sócio sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços oferecidos, a readequação, sempre que necessário, e por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

São instrumentos de cadastramento e de acompanhamento:

- cadastramento das famílias – FICHA A;
- acompanhamento de gestantes – FICHA B GES;
- acompanhamento de hipertensos - FICHA B HA;
- acompanhamento de diabéticos - FICHA B DIA;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose FICHA B TB;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase FICHA B HAN;
- acompanhamento de crianças - FICHA C (Cartão da Criança);
- registro de atividades, procedimentos e notificações – FICHA D.

São instrumentos de consolidação dos dados

- Relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas: Relatórios 1,2,3, e 4;
- Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias-Relatório SSA2;
- Relatórios de produção e marcadores para avaliação – Relatório PMA2.

Os números 1,2,3 e 4 indicam o nível de agregação correspondentes: micro área 1, área 2, segmento 3 (zona urbana e rural) e município 4.

Instrumentos a serem utilizados e suas indicações /finalidades:

A Ficha A: deve ser preenchida uma por família nas primeiras visitas. As informações recolhidas são: identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais que permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração pertinente. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.

As alterações registradas pelo ACS devem ser incluídas imediatamente no banco de dados, de forma a permitir sua contínua atualização.

As Ficha B e C: As fichas dos grupos (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) e a ficha C são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento. A cada visita mensal e ou quando necessário, os dados destas fichas devem ser atualizados. O ACS deve guardar consigo estas fichas de acompanhamento e o

instrutor/supervisor deve revisá-las periodicamente. Sempre que cadastrar um caso novo, o ACS deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

Na Ficha B-GES, o ACS cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes. A Ficha B-HA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos, enquanto que a Ficha B-DIA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos. Atenção: As Fichas B-HA, B-DIA só devem ser cadastradas as pessoas com diagnóstico médico estabelecido. Os casos de diabetes gestacional não devem ser registrados nestas fichas.

A Ficha B-TB serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose (TB), e a Ficha B-HAN para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com hanseníase (HAN).

A Ficha C é uma cópia do Cartão da Criança padronizado pelo MS, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Este Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para o sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade básica de saúde, deve possuir este Cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS.

Para as crianças menores de dois anos, o ACS deve utilizar como base para a coleta dos dados, o cartão que está de posse da família, transcrevendo para o seu, os dados registrados. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o cartão sombra com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a unidade de saúde de referência para providenciar a 2ª via.

A ficha D é utilizada por todos os profissionais da ESF para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Cada profissional entrega uma Ficha D preenchida ao final do mês. O preenchimento deste instrumento deve ser efetuado diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês).

O Relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B, C e D.

O Relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, por área. Os marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, em médio prazo, avaliar as mudanças do quadro de saúde da população adscrita.

Em relação ao cadastramento familiar, os relatórios A1 até A4 consolidam dados das famílias cadastradas. O primeiro agrega as informações de uma micro área. O Relatório A2 reúne os dados de uma área; o A3 associa os históricos das diversas áreas para retratar um segmento territorial (zona urbana ou rural). Por fim, o Relatório A4 permite agrupar os elementos recolhidos pela ação dos ACS em todo o município.

4 CONCLUSÃO GERAL

As políticas públicas existem para satisfação da comunidade e de indivíduos, permeadas pela Constituição Federal Brasileira, que nos faz sujeitos de direitos e de deveres. Entre estas políticas, este estudo se debruçou na integração entre a Política de Saúde e de Educação, tendo como enfoque a formação de enfermeiros na Atenção Básica de Saúde, desvelando uma vertente na qual foi evidenciado que, muitas vezes, a assistência vem de um lado e a pesquisa e ensino do outro, dissociado da realidade e sem complementariedade, como campos opostos, sem concepção unitária do objeto desejado, ou seja, respostas adequadas às necessidades sociais e o fortalecimento do conhecimento científico, conseqüentemente da enfermagem quanto ciência.

No decorrer do estudo foram evidenciadas fragilidades nos processos de conhecimento, diagnóstico, planejamento e avaliação de como prestar assistência e formar profissionais para o SUS.

Entretanto verificou-se também que, discentes, docentes, enfermeiros das ESFs, gestão do ensino e da assistência à saúde, sabem e entendem que é necessária a formação de enfermeiros de forma adequada, satisfazendo estes profissionais, os serviços e o sistema de saúde. Apontaram, de forma significativa, os pontos positivos, negativos, fragilidades e potencialidades que percorrem esse caminho na formação.

Neste entendimento, e com o objetivo de melhorar a formação e a qualidade da assistência prestada, estes segmentos se reuniram e construíram o Protocolo de Práticas Integrativas de Enfermagem na ESF, deste modo unindo formação e assistência como preconiza a LDB, as DCN de enfermagem e os princípios e diretrizes do SUS.

Portanto conclui-se que, os deveres e direitos acima mencionados sejam contemplados pela força da integração ensino, serviço e comunidade, na construção de espaços mais acolhedores e resolutivos e que a luz da harmonia esteja sempre entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho de forma a assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v.61, n.1, p.117-121, 2008- ISSN 0034-7167.

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino/serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.356-362,2008.

BECCARIA, L.M. et al. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. **Arq. Ci. Saúde.** v.13, n.3, jul./set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 20 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. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, DF, 20 set.1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 11 nov.2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, DF, 20 dez.1996. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 11 nov.2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, DF, 9 nov.2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> .Acesso em: 11 nov.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília, DF, 2003. 98p. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf Acesso em: 12 out. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente**. Brasília, DF, 2006. 60p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>. Acesso em: 02 fev.2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006.60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>Acesso em: 01 maio. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf. Acesso em: 10 maio. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Cartilha esclarecedora sobre a lei do estágio**: lei nº 11.788/2008 Brasília, 2008.22 p. Disponível em:

<http://www.mte.gov.br/politicas_juventude/cartilha_lei_estagio.pdf>. Acesso em: 22 fev.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3183> Acesso em: 03 fev.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da atenção básica**. Brasília, DF, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 07 jul.2013.

BRASIL. Ministério do trabalho. **Norma regulamentadora 32 - NR 32**. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em: 01 jan.2013.

CARDIM, M.G. et al. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em enfermagem. **Rev. Pesq.: cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, ano 9, n.1/2, p.57-64, 1./2. sem. 2005.

CARVALHO, L.L. et al. A integração ensino – serviço evidenciado pela vivência curricular: benefícios para estudantes e profissionais do serviço. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 47, 2009, Curitiba-PR. **Resumos** p.363.

CAVALCANTE, R.B. **Sistema de informação da atenção básica como instrumento de poder**. 2011.218f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECID-8PPP2C/vers_o_final.pdf?sequence=1

CAVALHEIRO, M.T. P.; GUIMARÃES, A.L Formação para o sus e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v.1, p.19-27, dez.2011.

CECCIM, R.B.; FEUERWERRKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, DF, v.62, n.7, p.932-937, nov./dez, 2009.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Projeto de integração ensino- serviço**: possibilidade de formação de um novo profissional de enfermagem da EERP-USP, 2008. Disponível em: http://www.prosaude.org/enf/resumo/USP_RP_ENF.pdf. Acesso em: 04 Out. 2012.

FERREIRA, C.; FIORINI, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no sus: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Rev. Bras. Educ. Med.** Marília, SP, v.34, n.2, p.207-215, 2010.

GUIZARDI, F.L. **A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político institucionais na saúde:** uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. Disponível em: <<https://www.uces.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensinoservico/acervo/textos/GUIZARDI,%20STELET%20e%20CECCIM.pdf>> Acesso em: 4 out.2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico do ano de 2010.** Disponível em <www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 09 set.2012.

LOPES, R.E. *et al.* Educação e Saúde: Territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. **Rev.Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v.36, n.1, s.1, p.18-26, 2012- ISSN 0100-5502.

MARRAN, AL. **Estágio curricular supervisionado:** algumas reflexões. Disponível em: <http://www.anpae.org.br/simposio2011/cdrom2011/PDFs/trabalhosCompletos/comunicacoesRelatos/0042.pdf> Acesso em: 04 out.2012.

MARINS, J.J.N. Formação e atenção básica de saúde – pacto de gestão para territórios de aprendizagem. **Cadernos ABEM.**, v.3, Out.2007.

MENDES, M.G.S. R. et al. Contextos organizacionais do desenvolvimento das práticas de supervisão: que cooperação no processo formativo dos estudantes de enfermagem? In: Congresso Internacional de Supervisão em Enfermagem: novas perspectivas para a mudança, 5, 2012, Braga, Portugal, **Atas**, p.124 -132, 2012.

MONTENEGRO, L.C.; BRITO M.J.M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário a saúde. **Rev.Investi y Educ en Enferm.** Medellín (Colômbia), v.29, n.2, p.238-247, 2011. ISSN 0120-5307. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/6425/9195>> Acesso em: 04 out.2012.

MOURA, E.C.C.; MESQUITA, L.F.C. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília- DF, v.63, n.5, set./out. 2010- ISSN 0034-7167.

NECO, H.V.P.C. et al. A integração ensino-serviço na qualificação da atenção básica. **Rev. Ci. Med. PE.** Recife, v.7, n.3, p.34-50, 2011-ISSN 1519-4922.

OJEDA, B.S. et al. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.17, n.4, p.432-438, 2004.

Padrão UFAL de normalização / organizadores: Enildo Marinho Guedes... [et al.]. – Maceió: EDUFAL, 2012.55 p.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v.36, n.1, s.2, p.170-177, jan./mar.2012- ISSN 0100-5502.

SCHMIDT, S.M.S. et al. O Mundo do trabalho e o mundo da escola: oportunidades oferecidas no processo de formação dos futuros profissionais da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 47., 2009, Curitiba-PR. **Resumos** p.90-91.
SILVA, M.G. et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.1, p. 176-184, jan/mar. 2010.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p.87-98. jan./jun.2004.

SABÓIA, V.M. et al. Residência em enfermagem: um instrumento de integração ensino-serviço. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.109.pdf>
Acesso em: 02 nov. 2012.

SALVIATO D.T. et al. A extensão como proposta de integração ensino-serviço em saúde coletiva. In: SEMINÁRIO NACIONAL. ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2003; Cascavel, PR. **Anais**. Cascavel p.1-9, 2003. Disponível em:
<<http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/index2.htm>>.
Acesso em: 02 set. 2013.

SILVA, A.L.B.; GARCIA M.A.A. A Participação das equipes da saúde da família no ensino. **Rev. Bras.Educ. Med.** v. 33 n.4 s.4; p83. 2009.

VAN ZANTEN, A. (Coord.). **Dicionário de educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 501-502.

Vitória (ES). Prefeitura de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual das práticas ensino serviço em saúde no município de vitória – ES**. Vitória: PMV, 2009. 30p.
Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100222_manual_praticas.pdf>.
Acesso em: 02 mar.2013.

6 ANEXO A

CESMAC

CENTRO UNIVERSITÁRIO

Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 05 de setembro de 2012.

PARECER CONSUBSTANCIADO

I) IDENTIFICAÇÃO:

Protocolo nº: 1372/12 **Título:** Integração ensino-serviço na formação de enfermeirandos na estratégia saúde da família **Grupo III Área de conhecimento:** Ciências da saúde **Código:** 4.04

Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes Vieira Fonseca

Instituição Responsável: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Data de Entrada: 04/05/2012

Analisado na 130ª Reunião Ordinária

Data da Reunião: 27/06/12

II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

O trabalho, educação e a saúde articulam-se nas matrizes de formação profissional por meio do que determina a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e, especificamente, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que estabelecem o perfil desejado dos egressos. A formação do enfermeiro deve acontecer, primordialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um campo potencial com maior demanda de atendimento, além de ser a porta de entrada do sistema de saúde, importante e necessária, condizente com a realidade da sociedade brasileira. A Integração Ensino-Serviço (IES) é necessária na ESF, contribuindo à definição e organização das práticas dos estudantes e ao desenvolvimento conjunto de suas atividades. Assim, este trabalho se justifica pela necessidade de evidenciar se a formação de enfermeirandos na ESF por meio da IES, está ocorrendo numa filosofia de ensino, que permita a junção dos seus conhecimentos pré-existentes e adquiridos, articulando teoria e prática, adequada a realidade, com reflexão crítica sobre os processos de trabalho, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da ESF, seu fluxo de atendimento, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), rede de atenção à saúde, serviço, referência e contra referência. E, principalmente, seu papel como futuro profissional para atender as demandas locais e regionais, baseados nos diagnósticos de áreas e mapas situacionais, melhorando os indicadores de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas de suas áreas de abrangência. Desta forma o objetivo do estudo é identificar o processo de Integração Ensino-Serviço na formação de enfermeirandos na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso, descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa com dados primários, a serem obtidos nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Caruaru, Pernambuco. A amostra de conveniência será constituída por enfermeirandos estagiários (n=36), 18 enfermeiros das unidades da ESF e 6 docentes supervisores de estágio, totalizando 60 sujeitos da pesquisa. Os docentes serão de duas Instituições de Ensino Superior (Instituição A e Instituição B), ambas particulares, na cidade de Caruaru-PE. Cada sujeito da pesquisa que concordar em participar do estudo, assinará o TCLE e preencherá um questionário semi-estruturado, contendo 15 questões a respeito das ações positivas, negativas e dificuldades do processo de IES, bem como os instrumentos do SIAB, utilizados na ESF. As variáveis a serem estudadas tratam sobre pontos positivos, negativos e/ou dificuldades na IES nas ações para formação dos enfermeirandos e o manejo dos instrumentos do SIAB utilizados neste processo. Os sujeitos serão contactados por telefone para esclarecimento do objetivo da referida pesquisa e posterior agendamento da coleta por meio do questionário para eles e os enfermeirandos sob a responsabilidade deles, após a assinatura do TCLE. A unidade em que não tiver ocorrendo o estágio supervisionado, no momento da coleta, apenas o enfermeiro da unidade preencherá o questionário. Os enfermeirandos incluídos serão os que estão inseridos nos processos de ensino aprendizagem dos estágios supervisionados obrigatórios, no período da coleta dos dados. Os enfermeiros serão aqueles que exercem a função de enfermeiro da ESF, inclusive os que são preceptores (n=9), além de seis docentes das faculdades envolvidas neste estudo, sendo que, quatro acompanham diretamente os estágios da Instituição A e dois supervisionam os estágios da Instituição B. Serão excluídos do estudo, os enfermeirandos, os enfermeiros e os docentes que se

Protocolo nº: 1303/12 Título: Incidências de acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem que atuam no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

Página 1

encontram em licença gestação ou médica, assim como os enfermeiros que estiverem na ESF, a menos de 06 meses. ponto de corte que consideramos não ter experiência suficiente com integração ensino-serviço para participar deste estudo. A pesquisa será interrompida caso a taxa de recusa para participar for superior a 50%, mais de 50% dos enfermeiros da ESF relatarem que o estudo está atrapalhando o andamento do serviço e o estágio supervisionado em questão. Todos os sujeitos que concordarem em participar da pesquisa assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios com a realização da mesma. Os riscos desta pesquisa se classificam em risco mínimo por serem estes inerentes aos conteúdos abordados na avaliação de processo e ao próprio preenchimento do questionário que indaga sobre pontos negativos e dificuldades na integração ensino-serviço na formação de enfermeiros, portanto, serão adotadas as seguintes medidas de proteção na tentativa de minimizar os mesmos: fornecimento de orientações aos entrevistados sobre os objetivos da pesquisa e do caráter voluntário de participação dos sujeitos, bem como do direito à desistência em participar da pesquisa em qualquer momento e da abstenção para responder qualquer pergunta que provoque constrangimento, mesmo que tenham assinado o TCLE. Sendo garantido também o sigilo dos seus dados. Embora não seja esperada a ocorrência de danos, o pesquisador responsável e seus colaboradores se responsabilizarão pelo bem estar do participante, caso venham a ocorrer, bem como pela indenização de eventuais prejuízos, desde que comprovada legalmente a necessidade. Apesar da possibilidade de ocorrência de danos, o estudo trará inúmeros benefícios, dentre eles, a identificação de pontos positivos, negativos e dificuldades, bem como a detecção dos instrumentos do SIAB utilizados na IES para formação de enfermeiros, além de oferecer a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento da ciência por meio da aquisição de conhecimento e melhoria do sistema de saúde através da formação dos profissionais enfermeiros. Os resultados da pesquisa serão apresentados em uma oficina, sendo entregue um relatório às instituições participantes como acervo bibliográfico e como subsídio para a construção de um Manual de Integração Ensino-Serviço para cursos de graduação em enfermagem.

III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):

Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

IV) CONCLUSÃO DO PARECER

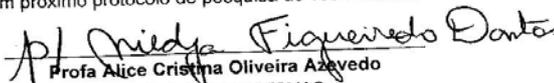
APROVADO

V) CONSIDERAÇÕES

Ilma. Profa. Dra. **Maria de Lourdes Vieira Fonseca**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 13/11/2012 e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

Atenciosamente,


 Prof. Alice Cristina Oliveira Azevedo
 Coord. do COEPE/CESMAC

VERSO DA FICHA A

| SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO | |
|--|--|
| TIPO DE CASA | |
| Tijolo/Adobe | |
| Taipa revestida | |
| Taipa não revestida | |
| Madeira | |
| Material aproveitado | |
| Outro - Especificar: | |
| Número de cômodos/peças | |
| Energia elétrica | |
| DESTINO DO LIXO | |
| Coletado | |
| Queimado/Enterrado | |
| Céu aberto | |
| TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO | |
| Filtração | |
| Fervura | |
| Cloração | |
| Sem tratamento | |
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA | |
| Rede pública | |
| Poço ou nascente | |
| Outros | |
| DESTINO DE FEZES E URINA | |
| Sistema de esgoto (rede geral) | |
| Fossa | |
| Céu aberto | |

| OUTRAS INFORMAÇÕES | |
|--|---|
| Alguém da família possui Plano de Saúde? | Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde |
| Nome do Plano de Saúde _____ | |
| EM CASO DE DOENÇA PROCURA | |
| Hospital | |
| Unidade de Saúde | |
| Benedeira | |
| Farmácia | |
| Outros - Especificar: | |
| MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA | |
| Rádio | |
| Televisão | |
| Outros - Especificar: | |
| PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS | |
| Cooperativa | |
| Grupo religioso | |
| Associações | |
| Outros - Especificar: | |
| MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA | |
| Ônibus | |
| Caminhão | |
| Carro | |
| Carroça | |
| Outros - Especificar: | |

| OBSERVAÇÕES |
|-------------|
| |

| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA | | | | | | | | | | | | | | | ANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|------|---|---|---|---|-------------------------------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|------------------|---|---|-----------------------------|--|---------------------|-------------------------------|----|----|---|---|------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|-------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|
| UNIDADE | | | | | ÁREA | | | | | MICROÁREA | | | | | NOME DO ACS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idade da Vacina | Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida | | | | | | | | | Data da consulta de pré-natal | | | | | | | | | Fatores de risco | | | Resultado da gestação atual | | | Data da consulta de puerpério | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mês de gestação | | | | | | | | | Mês de gestação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | 3 | R | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | NV | NM | AB | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 ou mais gestações | | | | | | Natimorto/Aborto | | | | | | | 36 anos ou mais | | | | | | | Menos de 20 anos | | | | | | | Data da visita do ACS | | | Sangramento | | | | Edema | | | | | | Diabetes | | | | | | Pressão Alta | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 ou mais gestações | | | | | | Natimorto/Aborto | | | | | | | 36 anos ou mais | | | | | | | Menos de 20 anos | | | | | | | Data da visita do ACS | | | Sangramento | | | | Edema | | | | | | Diabetes | | | | | | Pressão Alta | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 ou mais gestações | | | | | | Natimorto/Aborto | | | | | | | 36 anos ou mais | | | | | | | Menos de 20 anos | | | | | | | Data da visita do ACS | | | Sangramento | | | | Edema | | | | | | Diabetes | | | | | | Pressão Alta | | | | | |

| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA | | | | | | | | | | | | ANO | | |
|--|-------|------|-----|-----------|-----|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|--|
| E | | ÁREA | | MICROÁREA | | NOME DO ACS: | | | | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meses | | | | | | | | | | | | Observações | |
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | | |
| Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz dieta | | | | | | | | | | | | | | |
| Toma a medicação | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | | |
| Pressão arterial | | | | | | | | | | | | | | |
| Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | |
| Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz dieta | | | | | | | | | | | | | | |
| Toma a medicação | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | | |
| Pressão arterial | | | | | | | | | | | | | | |
| Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | |
| Data da visita do ACS | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz dieta | | | | | | | | | | | | | | |
| Toma a medicação | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | | |
| Pressão arterial | | | | | | | | | | | | | | |
| Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | |

| Relatório PMA2 | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA | | | |
|--|----------|--|------|-----|-----|
| MUNICÍPIO | SEGMENTO | UNIDADE | ÁREA | MÊS | ANO |
| | | | | | |
| RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO | | | | | |

| ATIVIDADES/ PRODUÇÃO | | |
|---|---|------------|
| C O N S M É D I C A | residentes fora da área de abrangência | |
| | | < 1 |
| | | 1 - 4 |
| | Residentes na área de abrangência | 5 - 9 |
| | | 10 - 14 |
| | da equipe | 15 - 19 |
| | | 20 - 39 |
| | | 40 - 49 |
| | | 50 - 59 |
| | | 60 ou mais |
| | Total | |
| Total geral de consultas | | |
| Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro | Puericultura | |
| | Pré-Natal | |
| | Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino | |
| | DST/AIDS | |
| | Diabetes | |
| | Hipertensão Arterial | |
| | Hanseníase | |
| Solicitação médica de exames complementares | Patologia Clínica | |
| | Radiodiagnóstico | |
| | Citopatológico cérvico-vaginal | |
| | Ultrassonografia obstétrica | |
| | Outros | |
| Encaminhamentos médicos | Atend. Especializado | |
| | Internação Hospitalar | |
| | Urgência/Emergência | |
| Internação Domiciliar | | |
| P R O C E D I M E N T O S | Atendimento específico para AT | |
| | Visita de Inspeção Sanitária | |
| | Atend. individual Enfermeiro | |
| | Atend. individual outros prof. nível superior | |
| | Curativos | |
| | Inalações | |
| | Injeções | |
| | Retirada de pontos | |
| | Terapia da Reidratação Oral | |
| | Sutura | |
| | Atend. Grupo - Educação em Saúde | |
| | Procedimentos Coletivos I (PC I) | |
| | Reuniões | |

| MARCADORES | | |
|------------|--|--|
| | Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos | |
| | Acidente Vascular Cerebral | |
| | Infarto Agudo do Miocárdio | |
| | DHEG (forma grave) | |
| | Doença Hemolítica Perinatal | |
| | Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos | |
| | Meningite tuberculosa em menores de 5 anos | |
| | Hanseníase com grau de incapacidade II e III | |
| | Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i>) | |
| | RN com peso < 2500g | |
| | Gravidez em < 20 anos | |
| | Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia | |
| | Hospitalizações em < 5 anos por desidratação | |
| | Hospitalizações por abuso de álcool | |
| | Hospitalizações por complicações do Diabetes | |
| | Hospitalizações por qualquer causa | |
| | Internações em Hospital Psiquiátrico | |
| | Óbitos em < 1 ano por todas as causas | |
| | Óbitos em < 1 ano por diarreia | |
| | Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória | |
| | Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos | |
| | Óbitos de adolescentes (10-19) por violência | |

| VISITAS DOMICILIARES | | |
|----------------------|--|--|
| | Médico | |
| | Enfermeiro | |
| | Outros profissionais de nível superior | |
| | Profissionais de nível médio | |
| | ACS | |
| | Total | |

ANEXO C- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)- Manual Instrutivo
Ficha de Qualificação dos Indicadores

1 ÁREA: SAÚDE DA MULHER

1.1 Indicador: Proporção de GES cadastradas pela Equipe da ESF.

Conceito: percentual de GES cadastradas pela equipe da ESF em relação ao total de GES estimadas para área de adscrição da equipe, no período considerado.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

Nº de GES cadastradas pela ESF em determinado local e período x 100

Nº de GES estimadas na área de equipe, no mesmo período.

GES estimadas na área da equipe = percentual de GES usuárias do SUS estimadas para o município x população cadastrada (PC) na faixa etária de 10 a 59 anos.

GES usuárias do SUS estimadas para o município = (Total de GES estimadas para o município x percentual de população feminina (PF) usuária do SUS na faixa de 10 a 59 anos).

Total de GES estimadas para o município = (nascidos vivos do ano anterior + 10%)

PF usuária do SUS na faixa de 10 a 59 anos = PF na faixa etária de 10 a 59 anos - PF na faixa etária de 10 a 59 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde.

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB

Denominador: SINASC (nascidos vivos), IBGE (PF de 10 a 59 anos) e ANS (PF de 10 a 59 anos beneficiária de assistência ambulatorial de planos privados de saúde).

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Analisa a captação das GES para realização do PN com ESF da área onde estas residem. Permite analisar a proporção de GES cadastradas no SIAB, em função do quantitativo de GES estimadas para determinado local e período.

O resultado pode ser influenciado por vários fatores: condições socioeconômicas da população, cobertura de planos privados de saúde, etc.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam uma captação média de 43% das GES no cadastramento das ESF, com uma variação entre 27% (AC) e 49% (MG). Esse indicador permite subsidiar os processos de planejamento, gestão e monitoramento das ações

voltadas à atenção PN, parto, puerpério e atenção à saúde da criança, tanto para as equipes da ESF, como para a gestão municipal.

Limitações:

Diagnóstico tardio de gravidez.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização os profissionais das equipes com vista à qualificação dessa ação e demais à alimentação do SIAB.

Busca ativa das GES na área de abrangência da equipe, por meio de VD regulares, para cadastramento e início precoce do PN.

Acompanhamento das taxas de natalidade na área de abrangência da equipe ou do município para análise de tendências e interpretação de resultados desse indicador.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação e contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. Observação: esta ação deverá ser executada para todos os indicadores, além dos seus específicos.

1.2 Indicador: Média de atendimentos de PN por GES cadastrada.

Conceito: analisa a média de atendimentos de PN, realizados por médico e enfermeiro da ESF, por GES cadastrada em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de atendimentos de PN em determinado local e período}}{\text{Nº de GES cadastradas no mesmo local e período}}$$

Interpretação e uso:

Estima a média de atendimentos por GES cadastrada, isto é, a suficiência da oferta desses atendimentos diante da demanda potencial estimada pelas GES cadastrada.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam, em 2010, uma média de 7 atendimentos/GES, com uma variação entre 5 (SP e MG) e 9 (AL, PB, SE, CE).

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB

Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o acesso e qualidade das ações de PN e a alimentação do SIAB.

Implantação de protocolo para as ações de PN e monitoramento da conformidade das práticas das ESF em relação aos parâmetros de qualidade estabelecidos, inclusive no que diz respeito à humanização desse tipo de atendimento.

Garantia de disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento de PN, segundo os parâmetros de qualidade vigentes.

Garantia de acesso a referências especializadas para os casos de PN de alto risco.

Busca ativa das GES na área de abrangência da equipe, por meio de VD regulares, para cadastramento e início precoce do PN.

Acompanhamento das taxas de natalidade e da cobertura populacional por planos privados de saúde, na área de abrangência da equipe ou do município, para análise de tendências e melhor interpretação de resultados desse indicador.

Atualização sistemática do cadastro de usuários, a fim de garantir um monitoramento adequado do indicador e favorecer a continuidade do cuidado: ações de busca ativa de GES, acompanhamento prioritário das famílias com GES nas VD, busca de GES faltosas às consultas de PN, visita ao RN e à puérpera, etc.

1.3 Indicador: Proporção de GES que iniciaram o PN no 1º trimestre.

Conceito: percentual de GES cadastradas que iniciaram o PN no 1º trimestre, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de GES que iniciaram o PN no 1º trimestre em determinado local e período}}{\text{Total de GES cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: Mensal

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Interpretação e uso:

Esse indicador avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento PN. A captação de GES para início oportuno do PN é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), em média, 79% das GES acompanhadas pelos ACS teriam começado o PN no 1º trimestre, com uma variação entre 56% (AC) a 89% (SP).

Limitações:

O desconhecimento da data da última menstruação e inconsistências no registro da idade gestacional.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a captação precoce de GES e a alimentação do SIAB.

Busca ativa das GES na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no SIAB os dados referentes ao cadastro de GES e ao início do PN.

1.4 Indicador: Proporção de GES com o PN em dia.

Conceito: percentual de GES que estão com o PN em dia em relação ao total de GES cadastradas, em determinado local e período. Em alguma medida, esse indicador permite inferir as condições de acesso ao PN.

Esse indicador depende da adesão da GES ao atendimento de PN e do acolhimento e acessibilidade da ESF. O início do PN no 1º trimestre e a regularidade das consultas são condições essenciais para o alcance de um número satisfatório de atendimentos com qualidade. A atenção PN deve ter uma média de 7 atendimentos durante a gestação (pelo menos uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º trimestre), além da consulta de puerpério.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de GES com o PN em dia, em determinado local e período}}{\text{Total de GES cadastradas, no mesmo local e período}} \times 100.$$

Interpretação e uso:

Esse indicador permite avaliar a adesão e regularidade ao acompanhamento PN. Dados extraídos de uma base limpa do SIAB que apontam, em 2010, 90% das GES acompanhadas pelos ACS estariam com o PN em dia, com uma variação entre 66% (DF) a 96% (MT).

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: Mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Captação precoce das mulheres com suspeita de gravidez para início oportuno do PN.

Estratégias para facilitação do acesso e adesão ao atendimento de PN (humanização do atendimento, flexibilização de horários, lembrete das consultas agendadas, busca ativa de GES faltosas as consultas do PN, etc.).

Capacitação dos profissionais por meio da implantação de protocolo de atenção PN e monitoramento da conformidade das condutas ao preconizado no protocolo.

1.5 Indicador: Proporção de GES com vacina em dia.

Conceito: percentual de GES cadastradas que estão com a vacina toxóide tetânico em dia, no mesmo local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de GES com vacina em dia em determinado local e período}}{\text{Nº de GES cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador mede a cobertura vacinal de toxóide tetânico entre as GES cadastradas na área da ESF, a partir dos dados provenientes do acompanhamento das GES por meio de VD regulares. É influenciado por fatores socioeconômicos e culturais, assim como pelas condições de acesso da população à ESF. Em geral, os segmentos populacionais com níveis socioeconômicos menos favorecidos apresentam menores coberturas vacinais.

A cobertura de planos privados e a utilização de clínicas privadas de vacinação não devem interferir de forma significativa nesse indicador, considerando que a imunização é uma das ações básicas mais utilizadas por todas as classes sociais na rede pública de serviços do SUS e que essa informação deve ser coletada nas VD a todos os domicílios da área da equipe, referindo-se à situação vacinal de cada GES acompanhada, independente do local onde tenha sido imunizada.

Esse indicador subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção PN, em especial a vacinação de GES contra o tétano.

Dados de 2010, obtidos de uma base limpa do SIAB, apontam que 93% das GES acompanhadas pelos ACS (vinculados à ESF) estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre de 67% (DF) a 98% (CE).

Limitações:

Interpretação incorreta dos critérios adotados para classificar as GES de acordo com a situação vacinal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar a cobertura vacinal de GES e a alimentação do SIAB.

Realizar busca ativa das GES na área de abrangência da equipe e atualizar periodicamente no SIAB os dados referentes ao cadastro de GES e seus estados vacinais.

Privilegiar as famílias com GES nas VD da equipe.

Implantar estratégias para melhorar a cobertura vacinal das GES: mobilização de todos os profissionais da equipe para verificação da situação vacinal deste grupo em todas as oportunidades; atividades educativas para conscientização das GES; iniciativas de facilitação do acesso, como flexibilização dos horários de aplicação das vacinas, etc.

1.6 Indicador: Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Conceito: expressa a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) na população feminina com 15 anos ou mais em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

Nº de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais*, em determinado local e período

PF cadastrada, nesta faixa etária, em determinado local e período.

*A faixa etária prioritária para rastreamento do câncer do colo do útero na população feminina continua sendo de 25 a 64 anos; como no SIAB só é possível registrar na faixa etária acima de 15 anos, no primeiro ciclo de avaliação do PMAQ será utilizada essa faixa etária.

Ressalta-se que, além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras (SASIENI, 2009). Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, infecção sexualmente transmissível e práticas de sexo seguro. Essas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento (USA/CDC 2006).

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB

Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: Mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador possibilita verificar se as ESF estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, uma razão média de 0,08, variando de 0,03 (DF) a 0,14 (MA).

Nota: Para a faixa etária de 15 anos ou mais, não há um parâmetro consensual para análise deste indicador, pois o parâmetro de 0,3 refere-se exclusivamente à população alvo do programa (25 a 64 anos), dentro da frequência recomendada (1 exame a cada 3 anos).

Limitações:

Como não é possível extrair a população alvo dos dados informados, este indicador limita-se a quantificar os exames citopatológicos realizados, não sendo possível inferir sobre a oferta para a população alvo do programa (25 a 64 anos).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, quanto às diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero (PCCU): periodicidade, população alvo, método e a alimentação do SIAB.

Orientação à população quanto à necessidade do exame e realizar busca ativa das mulheres na idade de **25 a 64** anos, para realização do exame citopatológico conforme normas preconizadas pelo PCCU.

1.7 Indicador: Proporção de GES acompanhadas por meio de VD.

Conceito: percentual de GES acompanhadas por meio de VD, em relação às cadastradas, em determinado local e período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de GES acompanhadas por meio de VD em determinado local e período}}{\text{Total de GES cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Interpretação e uso:

Mede a proporção de GES acompanhadas por meio de VD e permite avaliar possíveis dificuldades na realização das visitas, além de subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção PN.

O objetivo desse acompanhamento é o monitoramento da situação de saúde de todas as GES da área, independente de onde elas estejam fazendo o PN, de modo a estimular a adesão regular ao PN, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da GES e do conceito.

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitar os profissionais da equipe para alimentação correta e oportuna do SIAB.

Capacitar os profissionais da equipe para a melhoria da qualidade da VD as GES, reforçando a importância de executar todas as ações previstas para essas visitas: detectar precocemente as GES, estimular o início do PN no 1º trimestre, verificar o cartão da GES em cada visita (PN em dia, vacinação em dia,...), reforçar a importância da adesão regular ao PN e estimular hábitos de vida saudáveis para a GES e o bebê, entre outros.

2 ÁREA: SAÚDE DA CRIANÇA

2.1 Indicador: Média de Atendimentos de Puericultura (AP).

Conceito: este indicador expressa o número médio de AP (Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento), realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de 2 anos cadastrada na ESF, em determinado local e período.

O objetivo desse atendimento permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, além da prevenção de doenças imunopreveníveis e da promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de AP (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos}}{\text{Nº de menores de 2 anos* acompanhados no mesmo local e período}}$$

*Menores de 2 anos é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso: Mede a relação entre a produção de AP e as crianças menores de 2 anos acompanhadas pela ESF no domicílio, avaliando a potencial suficiência da oferta desses atendimentos ambulatoriais, caso a produção fosse igualmente distribuída por todas essas crianças.

Apesar das ações de puericultura não se limitarem às crianças menores de 2 anos, esta faixa etária está sendo priorizada pela Rede Cegonha.

Considerando o número de AP preconizados para menores de 1 ano (7 / ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2 /ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de AP para crianças nessa faixa etária seria de 4,5 / criança / ano. Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação técnica da equipe, particularmente dos profissionais que fazem o acompanhamento domiciliar, para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura na unidade básica de saúde.

Capacitação de médicos e enfermeiros para qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, melhorando a confiança técnica dos profissionais e a satisfação dos usuários com essas ações.

Monitoramento desse indicador e utilização dos resultados para programar as ações de puericultura e reorganizar os processos de trabalho com vistas à expansão do acesso das crianças a essas ações de saúde.

Garantia de condições adequadas para realização dessas ações pelas ESF, com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais à sua execução de forma resolutiva.

2.2 Indicador: Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo (AME).

Conceito: percentual de crianças acompanhadas no domicílio que estão em AME até os 120 dias de vida, em determinado local e período.

ALERTA: A faixa etária recomendada para o AME é até 6 meses, mas, devido à atual forma de agregação das faixas etárias no SIAB, esse indicador será monitorado para a faixa de até 4 meses.

Depois dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos, mas é bom que a criança continue sendo amamentado até 2 anos ou mais.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de menores de 04 meses com AME* em determinado local e período}}{\text{Nº de menores de 04 meses** acompanhadas no mesmo local e período}} \times 100$$

*É o número de crianças com idade até 3 meses e 29 dias que estão em AME, registrado no consolidado SSA2.

****Menores de 4 meses** é o número de crianças com idade até 3 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2.

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Estima a frequência da prática do AME nos primeiros quatro meses de vida. Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.

Segundo resultados regionais obtidos de uma base limpa do SIAB (2010), em média 76% das crianças acompanhadas pelos ACS nessa faixa etária estariam em AME, com uma variação entre 70% (NE) a 82% (N).

Esse indicador pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação e ações da equipe voltadas para a saúde da criança e da mulher.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar medidas oportunas para que a maioria das crianças seja mantida em AME até completar seis meses de vida.

Realização de atividades de grupo de GES com enfoque na orientação e preparação para o AME.

Ações educativas para a GES e sua família, tanto nas consultas como nas VD, orientações sobre a importância do AME e dar suporte às possíveis dificuldades das mães em aleitamento.

Priorização das famílias com crianças até 2 anos nas VD, enfatizando a importância do AME até os seis meses de idade e a manutenção do aleitamento associado a outros alimentos até os dois anos de idade.

2.3 Indicador: Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia.

Conceito: Percentual de crianças menores de 1 ano imunizadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período.

Devem ser considerados os seguintes tipos de vacinas e respectivo esquema, de acordo com o período de análise:

- Tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções pela bactéria *haemophilus influenza* tipo b), 3 doses em menores de 1 ano;
- Poliomielite oral, 3 doses em menores de 1 ano;

- Tuberculose – BCG, 1 dose em menores de 1 ano;
- Hepatite B, 3 doses em menores de 1 ano;

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de menores de 01 ano com vacina em dia}^*, \text{ em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de menores de 01 ano cadastrados no mesmo local}} \times 100.$$

*Com esquema vacinal em dia

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), 97% das crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre 96% (NE, N) a 99% (CO). Esse indicador permite subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das coberturas vacinais em menores de 1 ano.

Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças. A desagregação dos dados por micro área pode demonstrar essas variações e intervenções em áreas específicas.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa das crianças menores de 01 ano na área de abrangência da equipe e atualização periódica do cadastro no SIAB, por meio de VD regulares.

Verificação da situação vacinal na Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos, aproveitando oportunidades para atualizar o esquema vacinal e orientar as famílias sobre a sua importância.

Monitoramento periódico desse indicador com vistas à programação de ações para melhoria da cobertura vacinal: campanhas, busca ativa, ações educativas, flexibilização de horários de atendimento, mutirões de imunização em áreas de difícil acesso, etc.

2.4 Indicador: Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.

Conceito: este indicador expressa o percentual de crianças menores de 2 anos pesadas entre as acompanhadas no domicílio, em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de menores de 2 anos* pesadas em determinado local e período}}{\text{Nº de menores de 2 anos** acompanhados no mesmo local e período}} \times 100$$

*Menores de 2 anos pesadas é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias registrado no consolidado SSA2. No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas.

**Menores de 2 anos é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias da Ficha C (é a cópia do cartão da criança que fica com o ACS) utilizada para acompanhamento domiciliar pelo ACS, registrado no consolidado SSA2.

No relatório SSA2 é a somatória de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com crianças de 12 a 23 meses e 29 dias.

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede a cobertura de crianças de 02 anos pesadas, em relação ao total das acompanhadas no domicílio. A mensuração periódica do peso das crianças permite a identificação precoce de situações de risco e necessidades de intervenção associadas com baixo peso, desnutrição ou sobrepeso. Considerando que as famílias com crianças devem ser priorizadas nas VD e que a mensuração do peso constitui uma atividade essencial para o acompanhamento das crianças, espera-se que a totalidade das crianças com menos de 2 anos sejam regularmente pesadas.

Segundo dados obtidos de uma base limpa do SIAB, mais de 90% das crianças acompanhadas na ESF seriam pesadas, com uma variação regional entre 85% (N) a 91% (NE). Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa de crianças que não frequentam os serviços de saúde.

Pesagem da criança em toda oportunidade de atendimento e atualização do peso na Caderneta de Saúde da Criança.

Melhoria da qualidade dessas informações no SIAB, vinculando essas ações à vigilância alimentar e nutricional realizada por meio do SISVAN nas comunidades.

Realização de ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito da ABS para a população adscrita.

Monitoramento com regularidade desse indicador, utilizando seus resultados para a programação de ações e reorganização dos processos de trabalho da equipe com vistas à melhoria da sua cobertura.

Garantia de disponibilidade de equipamentos antropométricos em quantidade e condições de funcionamento adequado.

2.7 Indicador: Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.

Conceito: Percentual de crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, em determinado local e período. Compreende a primeira pesagem do RN, preferencialmente realizada durante a 1ª hora de vida, no Hospital ou Maternidade onde nasceram.

Esse indicador é calculado com base na proporção de registros de RN cuja primeira pesagem foi menor que 2.500 g e o total de RN. Essa informação pode ser obtida no prontuário, na declaração de nascido vivo ou na Caderneta de Saúde da Criança.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de crianças com peso ao nascer menor que 2.500 g, em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede, percentualmente, a frequência de RN de baixo peso, em relação ao total de RN e pretende antes de tudo verificar em que medida as ESF estão identificando esse grupo de risco para acompanhamento prioritário. A ocorrência de baixo peso ao nascer, expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Portanto, trata-se de um grupo de risco que deve ser identificado e acompanhado com prioridade máxima pelas equipes da ESF.

O indicador serve como preditor da sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores em torno de 5-6% são encontrados

em países desenvolvidos, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deva ultrapassar 10%.

Segundo dados de 2009 do SINASC, a média nacional seria de 8,4%, variando de 6,7% (TO) a 9,68% (DF). Dados extraídos de uma base limpa do SIAB, 9,5% dos RN cadastrados pelas equipes da ESF seriam de baixo peso, com uma variação entre 8% (NE) a 11% (S). Proporções elevadas de RN de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil, não só referentes ao PN, mas também à prematuridade relacionada ao excesso de partos cirúrgicos.

Esse indicador pode subsidiar iniciativas de intervenção na qualidade do PN e orientar condutas de risco das GES que vulnerabilizam ao baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo e outras). Pode ser utilizado para processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como proteção e atenção à saúde infantil.

Esse indicador não é influenciado apenas pela qualidade do PN ou por fatores de risco sobre os quais as equipes possam atuar, mas também por outros aspectos, como a qualidade da assistência ao parto e interrupção prematura da gestação. É importante observar que as maiores frequências de baixo peso ao nascer são apresentadas por estados onde a proporção de partos cesáreos também está acima da média nacional.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Busca ativa das GES, puérperas e RN na área de abrangência da equipe, realização do cadastro e acompanhamento mensal dos mesmos por meio de VD, com atualização do SIAB.

Capacitação dos profissionais para qualificação das ações de PN, aumento da segurança dos profissionais e a satisfação das usuárias com o atendimento.

Discussão em Grupos de GES sobre temas relevantes para prevenção de fatores de risco, prematuridade e baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo, etc).

Monitoramento desse indicador para subsidiar o planejamento e avaliação das ações para melhoria da qualidade do PN e a atenção à Saúde da Criança.

Melhoria do acesso e qualidade do registro de peso ao nascerem nas maternidades, casas de parto e hospitais.

2.8 Indicador: Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio.

Conceito: este indicador mede o percentual de crianças menores de um ano residentes que foram acompanhados por meio de VD dentre as cadastradas pela equipe, em determinado local e período.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano acompanhadas em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano cadastradas no mesmo local e período}} \times 100.$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador expressa a proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas por meio de VD regulares. O objetivo dessa ação é o acompanhamento desse grupo prioritário de forma proativa pela equipe, de modo a monitorar sua situação de saúde, estimular a realização de ações preconizadas para essa faixa etária (consultas de puericultura em dia, vacinação em dia, aleitamento materno, etc.), identificar precocemente situações de risco para encaminhamento oportuno e realizar ações educativas junto à família para melhoria da qualidade do cuidado à criança, entre outros.

Essa informação pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a Saúde da Criança.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Melhoria da qualidade dos registros das VD a crianças, nas fichas de acompanhamento das famílias.

Capacitação da equipe para qualificar as ações de acompanhamento domiciliar das crianças menores de 1 ano: identificação precoce de RN para a 1ª VD e cadastramento, atualização periódica do cadastro, priorização desse grupo prioritário nas visitas programadas, orientações para melhoria da qualidade do cuidado e proteção à saúde da criança, etc.

3. ÁREA: CONTROLE DE DIABETES MELLITUS (DM) E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

3.1 Indicador: Proporção de diabéticos cadastrados.

Conceito: este indicador expressa o percentual de diabéticos cadastrados dentre os diabéticos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período.

Apesar dos protocolos e estudos sobre as ações de controle do DM focalizarem a população com 18 anos ou mais, considerando a impossibilidade atual de desagregação das faixas etárias do SIAB, no 1º ciclo de avaliação do PMAQ será considerada a faixa etária de 15 anos ou mais.

A importância do diagnóstico populacional para controle dessa doença se justifica amplamente, pois além da sua prevalência estar aumentando, o DM lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

Para o cadastro são consideradas diabéticas as pessoas com essa doença referida pela família, mas cujo diagnóstico tenha sido estabelecido por um médico. Esta informação é de registro no momento da VD (Ficha B – DIA) e está disponível na Ficha A do SIAB.

Os diabéticos estimados – no 1º ciclo de avaliação do PMAQ, serão considerados os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-2008) sobre o percentual de adultos com 15 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de DM.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

Nº de diabéticos cadastrados em determinado local e período x 100.

Nº estimado* de diabéticos de 15 anos ou mais no mesmo local e período.

*Nº estimado de diabéticos na área coberta pela ESF = (Pessoas com 15 anos ou mais cadastradas na área coberta pela equipe X parâmetro de prevalência estadual) / 100.

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB.

Denominador: PNAD – 2008 e Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador estima a captação de pessoas com DM na população de **15** anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe da ESF tem conhecimento dos diabéticos da sua área de adscrição. Portanto, essa informação contribui tanto para a análise das condições de saúde da população como para a avaliação das ações das equipes para o controle do DM.

O cadastramento dos diabéticos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os diabéticos da sua área de adscrição, não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco.

O Parâmetro de programação preconizado pelo MS define que pelo menos 65% dos diabéticos estimados devia ser acompanhado pelas ABS. No entanto, considerando que apenas 50% dos diabéticos tenham o diagnóstico médico, é imprescindível a busca ativa de novos casos. (BRASIL, 2006). Segundo os resultados obtidos de uma base de dados do SIAB, 52% dos diabéticos estimados estariam cadastrados, variando de 33% (AP) a 68% (SP).

De acordo com a PNAD de 2008, a prevalência média referida de diabéticos entre pessoas com **15** anos ou mais seria de 4,5%, com uma variação de 2,6% em Roraima a 6% em São Paulo, diferença que pode expressar tanto desigualdades de acesso ao diagnóstico como variações na exposição a fatores de risco.

Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao DM e as doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pelo DM, como doença renal crônica.

Limitações:

Considerando que a confirmação diagnóstica de DM é feita com base laboratorial (glicemia plasmática), a dificuldade de acesso a serviços de apoio diagnóstico pode determinar uma subestimativa da prevalência de DM na comunidade.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com diabetes.

Busca ativa de pessoas com DM e/ou com fatores de risco para DM na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos, etc), por meio de campanhas de rastreamento, informação e/ou levantamentos.

Realização de processos educativos, priorizando a promoção de hábitos de vida saudáveis, o autocuidado e a busca de casos suspeitos de DM.

3.2 Indicador: Proporção de hipertensos cadastrados.

Conceito: este indicador expressa o percentual de hipertensos cadastrados dentre os hipertensos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. Apesar dos protocolos e estudos sobre as ações de controle da HAS focalizar a população com 18 anos ou mais, considerando a impossibilidade atual de desagregação das faixas etárias do SIAB, no 1º ciclo de avaliação do PMAQ será considerada a faixa etária de 15 anos ou mais.

A importância do diagnóstico populacional para controle da HAS se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular encefálico.

Para o cadastro são consideradas hipertensas as pessoas com essa doença referida pela família, mas cujo diagnóstico tenha sido estabelecido por um médico. Esta informação é de registro no momento da VD (Ficha B – HA) e está disponível na (Ficha A) do SIAB.

Os hipertensos estimados – no 1º ciclo de avaliação do PMAQ serão considerados os resultados da última PNAD-2008 sobre o percentual de adultos com 15 anos ou mais que referem diagnóstico médico de HAS.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de hipertensos cadastrados em determinado local e período} \times 100}{\text{Nº estimado* de hipertensos de 15 anos ou mais no mesmo local e período}}$$

*Nº estimado de hipertensos na área coberta pela EAB = (Pessoas com 15 ou mais anos de idade cadastradas na área coberta pela equipe X parâmetro de prevalência estadual) / 100.

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB.

Denominador: PNAD – 2008 e Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador estima a captação de pessoas com HAS na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a ESF tem conhecimento dos hipertensos da sua área de adscrição. O cadastramento dos hipertensos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os hipertensos da sua área de adscrição, não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco.

A HAS está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais se destacam o consumo elevado de sal, tabagismo, estresse e obesidade. O risco de HAS também aumenta com a idade. Segundo parâmetros da programação preconizados pelo MS pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas EAB. (BRASIL, 2006).

Conforme os resultados obtidos de uma base de dados “limpa” do SIAB, 63% dos hipertensos estimados estariam cadastrados nas EAB, variando de 39% (PA) a 79% (MG). Essas diferenças podem expressar tanto desigualdades de acesso ao diagnóstico como variações na exposição a fatores de risco.

Segundo a PNAD, em 2008 a prevalência de HAS referida entre pessoas com mais de 15 anos teria variado entre menos de 12% no Amapá a mais de 22% no Rio de Janeiro, sendo que a média brasileira estaria em 18% . Sendo esta prevalência para Pernambuco de HAS 19,7 e de DM 4,5.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com HAS.

Realizar busca ativa de pessoas com HAS e/ou com fatores de risco para essa doença na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações, etc.), tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular da hipertensão. É recomendado o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg.

Instituir, como rotina, a avaliação da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à HAS e às doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pela HAS, como doença renal crônica.

Capacitação dos profissionais da equipe para identificação de pessoas com exposição a fatores de risco e orientação para o autocuidado (reduzir consumo de sal, controlar o peso, praticar atividade física regular, evitar tabagismo e uso excessivo de álcool, etc.).

3.3 Indicador: Média de atendimentos por diabético.

Conceito: número médio de atendimentos para a população diabética com 15anos ou mais, residente em determinado local e período.

O atendimento dos portadores de DM nas ESF é realizado por médicos e enfermeiros das equipes, cujo registro se dá na Ficha D, e é consolidado no relatório PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação, do SIAB.

O número de diabéticos é levantado por meio das VD (Ficha B – DIA) e registrado como doença referida pela família no Cadastro (Ficha A) do SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho

Método de cálculo:

Nº de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes em determinado local e período

Nº de pessoas com diabetes com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.

Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população diabética cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos diabéticos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com DM.

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para diabéticos seria suficiente para uma média de 4,5 atendimentos por diabético cadastrado na Saúde da Família, variando de 3 (RS) a 6 (CE).

De acordo com parâmetros de programação preconizados pelo MS espera-se que pelo menos 65% dos diabéticos estimados seja acompanhado pela EAB. (BRASIL, 2006).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB.

Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação /contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.

Capacitação dos profissionais das equipes nas ações de controle do DM com base em protocolo(s) baseados em evidências (Cadernos da Atenção Básica nº 14, 16 e 29) e monitorar sua implantação, avaliando a conformidade das condutas às melhores práticas. A melhoria da qualidade dos atendimentos aos diabéticos promove o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão aos tratamentos;

Humanização do cuidado ao paciente diabético, respeitando sua autonomia e promovendo o autocuidado.

Adequação dos horários e condições de atendimento às necessidades dos usuários, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de faltar ao trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.

Melhoria da acessibilidade não só ao atendimento programado, mas também às urgências.

Disponibilização dos exames complementares definidos nos protocolos de controle da DM, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da DM.

Atividades educativas e de promoção à saúde para diabéticos e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado, a adesão ao tratamento e às recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).

Organização de grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, troca de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.

Priorização das famílias com diabéticos nas VD, sob responsabilidade das equipes.

Busca ativa de diabéticos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolver estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta).

3.4 Indicador: Média de atendimentos por hipertenso.

Conceito: número médio de atendimentos na população hipertensa com 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. O atendimento de hipertensos na ESF é realizado por médico e enfermeiro, cujo registro se dá na Ficha D e é consolidado no relatório PMA2.

Os dados de cadastro são de registro no momento da VD (Ficha B – HA) e estão disponíveis como doença referida pela família (HAS) na (Ficha A) do SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de hipertensos com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB

Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população hipertensa cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos hipertensos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com HAS.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das ESF para o controle da HAS pode-se citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento,...), cobertura de planos privados de saúde, confiança da população na equipe da ESF, entre outros.

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para hipertensos seria suficiente para uma média de 3,5 consultas por hipertenso cadastrado na ESF, variando de 2 (RS) a 5 (CE).

De acordo com os parâmetros de programação preconizados pelo MS espera-se que pelo menos 80% dos hipertensos estimados seja acompanhado pelas EAB. (BRASIL, 2006).

Esse indicador subsidia a análise da assistência ao hipertenso, permitindo a avaliação de variações geográficas (micro áreas, áreas etc.) e temporais na oferta de atendimentos aos hipertensos que sugiram situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB.

Capacitação dos profissionais das equipes para as ações de controle da HAS com base em protocolo(s) de controle de diabetes baseados em evidências (Cadernos da Atenção Básica nº 14, 15 e 29) e monitoramento da conformidade das condutas da equipe às práticas preconizadas nos protocolos implantados.

Melhoria da qualidade dos atendimentos aos hipertensos, promovendo o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da UBS e maior adesão ao tratamento;

Humanização do cuidado à pessoa com HAS, promovendo sua autonomia e o autocuidado.

Adequação dos horários e condições de atendimento às necessidades de saúde da população, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de se ausentar do trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.

Melhoria da acessibilidade não só ao atendimento programado, mas também às urgências.

Disponibilização dos exames complementares definidos nos protocolos de controle da DM, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da HAS.

Priorização das famílias com hipertensos nas VD, sob responsabilidade das equipes.

Busca ativa de hipertensos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atividades educativas e de promoção à saúde para hipertensos e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado, a adesão ao tratamento e as recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).

Atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolvimento de estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta).

3.5 Indicador: Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio.

Conceito: este indicador mede o percentual de diabéticos residentes que foram acompanhados por meio de VD dentre os cadastrados pela equipe, em determinado local e período. O cadastro e o acompanhamento mensal são realizados no momento da VD.

São considerados diabéticos acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma (01) VD no mês de referência.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de diabéticos acompanhados em determinado local e período}}{\text{Nº de diabéticos cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Esse indicador expressa a proporção da população diabética acompanhada por meio de VD regulares. Avalia as variações geográficas (micro áreas, áreas etc.) e temporais do acompanhamento dos diabéticos cadastrados, identificando principais dificuldades para a realização das VD.

Dados de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos diabéticos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 90% (S) e 98% (N).

Os dados servem para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da DM.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Melhoria da qualidade dos registros das VD a diabéticos, nas fichas de acompanhamento das famílias.

Estabelecimento de estratégias de acompanhamento de pessoas diabéticas que não costumam estar em casa no horário das VD.

Estabelecimento de metas de acompanhamento domiciliar das pessoas com diabetes e acompanhamento de resultados alcançados.

Capacitação da equipe para qualificar as ações de acompanhamento dos diabéticos: identificação da presença de fatores de risco e encaminhamento para investigação diagnóstica; encaminhamento para atendimento na unidade diante da presença de sinais de complicações ou problemas no tratamento; acompanhamento e estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso (quando for o caso) e às orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

3.6 Indicador: Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

Conceito: este indicador mede o percentual de hipertensos residentes na área da equipe que foram acompanhados por meio de VD dentre os cadastrados, em determinado local e período. Os registros do cadastro e do acompanhamento mensal são realizados no momento da VD.

*São considerados hipertensos acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma VD no mês de referência.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de hipertensos acompanhados em determinado local e período}}{\text{Nº de hipertensos cadastrados no mesmo local}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.

Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador expressa a proporção da população hipertensa acompanhada por meio de VD regulares. Também pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da HAS.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos hipertensos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 89% (S) a 97% (N).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Estabelecimento de estratégias de acompanhamento de pessoas hipertensas que não costumam estar em casa no horário das VD.

Estabelecimento de metas de acompanhamento das pessoas com HAS pelos ACS e acompanhamento de resultados.

Capacitação dos profissionais da equipe para qualificar as ações de acompanhamento dos hipertensos: identificação da presença de fatores de risco e encaminhamento para investigação; acompanhamento e estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso (quando for o caso) e às orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação dos hábitos de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas.

Melhoria da qualidade dos registros dos ACS, nas fichas de acompanhamento das famílias.

Monitoramento dos dados de cobertura cadastral dos hipertensos, sob responsabilidade da equipe.

6. ÁREA: VIGILÂNCIA – TUBERCULOSE (TB) E HANSENÍASE (HAN)

6.1 Indicador: Média de atendimentos de TB.

Conceito: número médio de atendimentos para pessoas com TB cadastradas em determinado local e período. O atendimento de pessoas com TB nas ESF é realizado por médicos e enfermeiros das equipes, cujo registro se dá na Ficha D, e é consolidado no relatório PMA2 para avaliação, do SIAB. O número de pessoas com TB é levantado no momento da VD e registrado como doença referida pela família no SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

Nº de atendimentos médicos e de enfermeiro para pessoas com TB em determinado local e período

Nº de pessoas com TB cadastradas no mesmo local e período

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.

Denominador: Ficha A - SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede o número médio de atendimentos por pessoa com TB, avaliando a suficiência da oferta desses procedimentos frente à demanda potencial, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada uma das pessoas com TB cadastradas na área da equipe.

Não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com TB, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe. Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da TB. Também pode subsidiar

processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das ESF para o controle de TB podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da ESF, horário de atendimento,...), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica, entre outros.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação de todos profissionais das equipes para as ações de controle da TB, de acordo com as suas competências específicas, segundo as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) / MS e do Caderno da Atenção Básica nº 21 Vigilância em Saúde, disponível no site do MS. Monitoramento da conformidade dos atendimentos para o controle da TB realizados pelas equipes.

Garantia de exames complementares definidos nos protocolos de controle da TB, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de acesso regular e suficiente de medicamentos definidos pelo PNCT, aos pacientes acompanhados pelas ESF.

Priorização das famílias com casos de TB nas VD, sob responsabilidade das equipes, com vistas à adesão ao tratamento, autocuidado e identificação precoce de situações que demandem encaminhamento para atendimento.

Busca ativa de casos de TB na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atividades educativas e de promoção à saúde para pessoas com TB e familiares, com o objetivo de favorecer o diagnóstico precoce de novos casos, a adesão ao tratamento, além de evitar preconceitos devidos à desinformação.

Atualização periódica do cadastramento familiar, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e estabelecimento de estratégias para promover o comparecimento regular dos pacientes (lembretes antecipados das consultas, flexibilização de horários de atendimento, etc)

Estabelecimento de estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (acompanhamento regular desses pacientes por meio de VD, busca de faltosos aos atendimentos, tratamento diretamente observado-TDO).

Acompanhamento e orientação, até a alta por cura, inclusive dos casos de TB investigados e tratados em unidades de referência (ex.: TB extrapulmonar, TB com HIV ou TB multirresistente).

6.2 Indicador: Média de atendimentos de hanseníase.

Conceito: número médio de atendimentos para pessoas com HAN cadastradas em determinado local e período. O atendimento de pessoas com HAN nas ESF é realizado por médicos e enfermeiros da equipe. O registro dessas ações se dá na Ficha D, e é consolidado no relatório PMA2, do SIAB. Os dados de cadastro das pessoas com HAN são registrados no momento da VD (Ficha B – HAN) e estão disponíveis como doença ou condição referida pela família na ficha A do SIAB.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento

Método de cálculo:

Nº de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com HAN em determinado local e período

Nº de pessoas com HAN cadastradas no mesmo local e período

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB.

Denominador: Ficha A - SIAB.

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Mede o número médio de atendimentos por pessoa com HAN, avaliando a suficiência da oferta desses procedimentos frente à demanda potencial, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada uma das pessoas com HAN e cadastrados na área da equipe.

Não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com HAN, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe. Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da HAN. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das ESF para o controle da HAN, pode-se citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da ESF, horário de atendimento,...), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe da ESF, entre outros. Em alguns municípios esses atendimentos não são realizados pelas ESF da

área onde residem as pessoas com HAN, as quais são acompanhadas de forma centralizada por unidades de referências da atenção especializada, o que dificulta o acesso da população ao atendimento e interfere no resultado desse indicador.

Esse indicador permite avaliar variações geográficas (micro áreas, áreas, etc) e temporais na cobertura do atendimento de pessoas com HAN, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas para o controle da HAN.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Implantação do protocolo de controle da HAN nas equipes segundo as recomendações do PNCH (Caderno da Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde, disponível no site do MS).

Monitoramento da conformidade dos atendimentos para o controle da HAN realizados pelas equipes, segundo as recomendações do PNCH.

Capacitação de todos os profissionais das ESF, de acordo com as suas competências específicas, para as ações de controle da HAN: prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades.

Planejamento de ações para o controle da HAN na comunidade, com a participação dos ACS.

Garantia de exames complementares definidos nos protocolos de controle da HAN, assim como a serviços de referência especializada.

Garantia de acesso regular e suficiente a medicamentos definidos nos protocolos de controle da HAN.

Priorização das famílias com casos de HAN nas VD, sob responsabilidade das equipes.

Busca ativa de casos de HAN na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral.

Atividades educativas e de promoção à saúde para pessoas com HAN e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento.

Atualização do cadastramento de todos os usuários, visando o acompanhamento domiciliar e a continuidade do cuidado.

Agendamento das consultas de controle necessárias e estratégias para promover o comparecimento regular dos pacientes (lembretes antecipados das consultas, flexibilização de horários de atendimento, etc.).

Estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (acompanhamento regular por meio de VD, busca de faltosos e de pessoas que abandonam o tratamento, etc.).

Acompanhamento e orientação, até a alta por cura, inclusive dos casos de HAN que, por apresentarem outras doenças associadas (AIDS, TB, nefropatias, hepatopatias e/ou endocrinopatias), intercorrências clínicas ou estados reacionais, tenham sido encaminhadas para unidades de referência de maior complexidade.

7. ÁREA: SAÚDE MENTAL

7.1 Indicador: Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas.

Conceito: percentual de atendimentos em Saúde Mental realizados por médico e enfermeiro, exceto para usuários de álcool e drogas, em relação ao total de atendimentos.

Função do Indicador no PMAQ: Monitoramento.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de atendimentos em Saúde Mental, em determinado local e período} \times 100}{\text{Nº total de atendimentos de médico e de enfermeiro mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB

Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Permite conhecer a participação dos atendimentos de Saúde Mental na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado à saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, etc.), podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses portadores, suas famílias e a comunidade. Além disso, pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenção em relação ao cuidado dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer VD, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de saúde mental, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “visita” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro em saúde mental”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no

domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar da sua fórmula considerar apenas o campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro em saúde mental”.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação dos profissionais da ESF para melhoria do acesso e qualidade das ações de saúde mental, de forma humanizada e de acordo com as melhores práticas, incluindo não só os usuários de saúde mental, mas também suas famílias e a comunidade do território.

Discussão com a equipe sobre os resultados desse indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares, etc.

Sensibilização da equipe para análise comparada desse indicador com outros que reflitam resultados em saúde mental, por exemplo: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (Núcleo de Apoio à Saúde da Família e/ou Saúde Mental), número de pacientes usuários de benzodiazepínicos, número de pacientes que estão em acompanhamento em serviços especializados de saúde mental, etc.

Capacitação/atualização dos profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

8 INDICADOR: MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE ENFERMEIRO.

Conceito: este indicador reflete o número de atendimentos de enfermeiro realizado em relação ao número total de pessoas cadastradas pela equipe de saúde da área adscrita.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos de enfermeiro em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no mesmo local e período}}$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2 do SIAB

Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

Este indicador mede a relação entre os atendimentos de enfermeiro e a população cadastrada pela equipe de saúde da área adscrita. A integralidade do cuidado do enfermeiro define a organização do seu processo de trabalho de modo a atender as diferentes necessidades de saúde da população, tanto para a demanda programada, como também para a demanda espontânea, referente a doenças prevalentes e, particularmente, com condutas de enfermagem definidas em protocolos de atenção.

O atendimento de enfermeiro faz parte das ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um

acompanhamento contínuo. São exemplos: ações de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, atenção PN, prevenção de câncer cérvico – uterino (Papanicolau), acompanhamento da saúde do idoso; entre outros e dentre as doenças que necessitam de cuidado continuado, podemos citar: asma e outras afecções respiratórias crônicas, DM, HAS, TB, HAN, doença falciforme, distúrbios psicossociais, dentre outras.

O objetivo desse indicador é contribuir para avaliar a adequação da produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população, analisando sua suficiência em relação ao esperado. Essas informações devem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador deve ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação / atualização os profissionais da equipe responsáveis pela alimentação do SIAB.

Capacitação dos profissionais para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo nas unidades básicas.

Implantação dos protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitoramento da conformidade das condutas com as boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados.

9 INDICADOR: MÉDIA DE VD REALIZADAS PELO ACS POR FAMÍLIA CADASTRADA.

Conceito: este indicador reflete a proporção de VD realizadas pelo ACS em relação ao número total de famílias cadastradas. Estas visitas constituem ações programáticas, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo.

Nota: Esse indicador se aplica apenas às equipes que contam com ACS.

Função do Indicador no PMAQ: monitoramento

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de VD realizadas pelo ACS às famílias cadastradas em determinado local e período}}{\text{Nº total de famílias cadastradas em determinado local e período}}$$

Fonte: Numerador: SIAB - Relatório SSA2 do SIAB

Denominador: Ficha A do SIAB

Periodicidade: mensal

Interpretação e uso:

O objetivo desse indicador é verificar a produção de VD realizadas pelos ACS às famílias da área adscrita, analisando sua suficiência em relação ao esperado. Essas visitas são essenciais tanto para a manutenção do cadastro atualizado como para acompanhamento das famílias, particularmente daquelas mais vulneráveis e/ou com membros em condição de acompanhamento prioritário: GES, crianças, hipertensos, diabéticos, etc.

A frequência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e indica tendência de mudança de modelo assistencial num enfoque de promoção da saúde. Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Resultados insatisfatórios nesse indicador deve ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

Capacitação/atualização dos ACS das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

Capacitação dos ACS para melhorar a qualidade das visitas: busca ativa, promoção do autocuidado, identificação e encaminhamento de situações risco, etc.

ANEXO D- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (*)
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.

Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços,

inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

- XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
- XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - **Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se:

a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo

Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO E

Secretaria
de Saúde

Governo do Município de Caruaru

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Durcival Francisco da Silva, mestrando do Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas apresentou os dados do Estudo Integração Ensino Serviço na formação de enfermeiros na Oficina de Integração Ensino Serviço promovida no dia 13 de março do ano corrente, no auditório desta secretaria.

Nesta Oficina foi construído o Protocolo de Práticas Integrativas em Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Este evento foi organizado e conduzido pela coordenação de Atenção Básica, Núcleo de Educação Permanente de Caruaru e Mestrado do Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas.

Caruaru, 28 de junho de 2013

Edilene de Castro Chaves
Mat. 09.807-8
Departamento de Atenção Básica
Edilene de Castro Chaves
Diretora de Atenção Básica