

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LAÍS FLÁVIA DUARTE E SILVA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESCOLA EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO CAMPO  
GRANDE- AL**

**Maceió/AL  
2016**

**LAÍS FLÁVIA DUARTE E SILVA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESCOLA EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO CAMPO  
GRANDE- AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Valéria Bezerra Santos.

**Maceió/AL  
2016**

**LAÍS FLÁVIA DUARTE E SILVA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESCOLA EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO CAMPO  
GRANDE- AL**

**Banca examinadora**

Profa. Valéria Bezerra Santos - UFMG

Profª. Polyana Oliveira Lima – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de fevereiro de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por mais esta vitória alcançada, e por me dar auxílio nas horas de dificuldade. Aos meus pais e minhas irmãs pelo apoio, e por serem os motivadores do meu viver, por toda compreensão, e força nos momentos de fraqueza. Aos meus familiares, que acreditam no meu potencial e se alegram com cada conquista por mim alcançada. Por me incentivarem nos momentos de desânimo. Deixo meus sinceros agradecimentos. Aos meus amigos que me apoiaram e acompanharam minhas lutas diárias, e pela amizade que sempre pude contar, compartilhando ao meu lado meus momentos de alegrias e conquistas, e me apoiando nos momentos de desânimo. A minha orientadora Valéria Bezerra Santos pela atenção, dedicação e disponibilidade investida.

## RESUMO

A escola como promotora de Saúde se torna uma estratégia importante para uma cidade mais saudável, podendo exercer um papel protagonista de práticas educativas no intermédio com os serviços de saúde e, particularmente, com a saúde voltada ao escolar. A escola e a Unidade de Saúde são importantes para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE), pois a escola é um ambiente privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. Dessa forma, para uma vida saudável e com qualidade ter é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda vida, preparando-as para as diversas fases da existência. O objetivo desse trabalho é propor um plano de intervenção para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na escola para os profissionais, e assim tornando-os capaz de planejar e executar as ações do PSE. Para a elaboração da proposta de intervenção, a metodologia utilizada foi o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Dessa forma, é preciso uma reflexão crítica dos processos de trabalho, onde se é propiciado um espaço para falar sobre os problemas, nós críticos, tendo como objetivo a construção de soluções coletivamente, e assim tornando-os aptos a atuarem na Estratégia de Saúde da Família.

**Palavra-chave:** Saúde Escolar. Atenção primária a Saúde. Educação continuada.

## ABSTRACT

The school as a health promoter becomes an important strategy for a healthier city, can play a leading role in the intermediate educational practices with health services and particularly with health focused on school. School and Health Unit are important for the development of the School Health Program (SHP), because the school is a privileged setting for health promotion practices and prevention of health problems and diseases. Thus, for a healthy life and have quality is essential to enable people to learn throughout life, preparing them for the various stages of existence. The approach to the subject is of great importance for proposing a strategy that contributes to training of professionals where each individual constructs and deconstructs around their social, political, cultural and ethical. The aim of this paper is to propose an action plan for the development of actions of Continuing Health Education at school for professionals, and thus making them able to plan and execute the actions of the PSE. In developing the proposed intervention, the methodology used was the Strategic Planning Method Situational (SPS). Thus, it takes a critical analysis of work processes, where it is afforded space to talk about the problems, we critics, with the objective of building solutions collectively, and thus enabling them to act in the Health Family Strategy.

**Keywords:** School Health. Primary Health Care. Education continuing.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificação do Município**

O município Campo Grande está localizado no sudoeste do Estado de Alagoas. Em relação à capital do estado e outros pontos geográficos interessantes, limita-se ao norte com o município de Lagoa da Canoa, ao sul com o município de Olho d' Água Grande, a leste com os municípios de Feira Grande e Porto Real do Colégio e a oeste com os municípios de Girau do Ponciano e Traipu. A administração atual da área da Saúde do município é composta por: Prefeito – Miguel Joaquim dos Santos Neto; Secretária Municipal de Saúde – Edilma da Silva; Coordenadora da Atenção Básica – Maria de Fátima de Araújo; Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal – Tânia Marcia Gomes de Barros Pereira Lopes.

A população do município é de 9.032 habitantes segundo censo IBGE de 2010, e em 2013 a estimativa IBGE foi de 9.631 habitantes.

### **1.2 História do Município**

As origens do atual município de Campo Grande remontam de 1800, com a chegada dos primeiros colonizadores. Pequenos sítios e casas foram se aglomerando na região. As planícies garantiam boas pastagens, ideais para a criação de gado e ovelhas. Os campos tinham grandes proporções e, daí, o lugar ficou conhecido como Campo Grande. O desenvolvimento do núcleo só recebeu impulso quando passou pelo local a estrada de ferro. Com a chegada dos trabalhadores e a implantação do acampamento, em 1939, cresceu o movimento. As famílias Leandro, Mandus e Pinheiro lideraram o comércio, como pioneiros. Comércio se fortaleceu com a venda das reses abatidas aos sábados. Essa pequena feira atraiu comerciantes de várias localidades e foi um grande progresso. Quando a estação foi concluída, recebeu o nome de Gordilho de Castro, engenheiro responsável pelas obras. Em 1944, a primeira igreja edificada foi destruída pela explosão no depósito de dinamites usadas pelos operários na construção da ferrovia. A própria comunidade construiu a nova igreja. Para a emancipação política, destacaram-se João Paulo Moura, Enoque Barbosa Ramos, José Raimundo dos Santos, Leocádio



Soares da Silva, José Bráulio dos Santos, Manoel Egídio de Lima e João Ferreira Cavalcante. Em maio de 1960, houve a autonomia administrativa, com o desmembramento do município de São Braz. Campo Grande atrai centenas de visitantes com sua tradicional Feira de Gado, a segunda maior de Alagoas. Duas festas também animam a cidade: A Emancipação Política (31 de maio) e a da padroeira Santa Luzia (13 de dezembro).

### **1.3 Descrição do Município**

#### **1.3.1 Aspectos Geográficos**

O município tem uma área territorial de 167,321 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 53,98 hab/km<sup>2</sup>. O Município de Campo Grande possui 2.321 domicílios cadastrados, com 1.176 famílias moradoras na zona rural, e 1.145 moradoras na zona urbana, totalizando o número de 2.320 famílias no município. Em relação ao tipo de casa 93,29% (2.560) são de tijolo, 4,59% (126) são de taipa revestida, 2,1% (58) são de taipa não revestida. (IBGE, 2010)

#### **1.3.2 Aspectos Socioeconômicos**

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) no ano de 2010 foi considerado 0,524, atingindo o 5439º no ranking do IDHM municípios em território nacional, segundo Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD.

O crescimento de renda per capita nos últimos anos está atribuído aos programas governamentais e serviços públicos que acarretou o considerável aumento no comércio local. A Renda per capita das famílias são oriundas da agricultura, formação de cooperativas, serviços municipais, incremento de cadastro da bolsa família para as pessoas com renda menor de um salário mínimo, participação do comércio. Em grosso modo, as famílias dispõem de um padrão de renda baixo a moderado. De acordo com o IBGE, a renda familiar mensal por situação do domicílio (rural) é de 587,93 reais; e a renda familiar mensal por domicílio na zona urbana é de 852,83.

O abastecimento de água do município é provido pela Companhia de Abastecimento de Água do Estado de Alagoas – CASAL, em 84,80% (2.327) domicílios, 10,20% (280) utilizam água de poço ou nascente e 4,99% (137) de outras fontes. Quanto ao tratamento de água no domicílio 10,93% (300) fazem uso de água por filtração, 0,84% (23) por fervura, 85,97% (2.359) por cloração e 2,26% (62) não realizam nenhum tipo de tratamento. Os Sistemas de esgotamento sanitário do tipo fossa séptica encontraram em 84,07% (2.307) domicílios e 14,50% (398) a céu aberto. (SIAB/2013).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do município 2014/2017, as principais atividades econômicas desenvolvidas no município são: agricultura, pecuária, comércio, e fabricação de produtos. A agricultura é a principal atividade econômica desenvolvida no município, tendo a cana-de-açúcar, como principal produto agrícola da região seguido pelas culturas da mandioca, feijão e do milho. De acordo com o IBGE (2010), a atividade pecuária do município de Campo Grande é contabilizada de acordo com a quantidade de: Asininos, bovinos, caprinos, equinos, galinhas, galos, frangas, frangos, pintos, leite, muares, ovinos, ovos de galinha, suínos e vacas ordenhadas. O comércio vem se expandindo a cada dia, também sendo responsável pela geração de emprego e renda para a população. As unidades fabris no município resumem ao fabrico de farinha de mandioca, doce caseiro, queijo e de bordados, com tecnologias simplificadas.

### 1.3.3 Aspectos Demográficos 1:

Quadro1: Distribuição populacional do município de Campo Grande, por faixa etária e área de moradia.

<b>Município: CAMPO GRANDE</b>											
<b>Total da população: 9.032 pessoas</b>											
Número de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	+60	<b>Total</b>
Área rural	360	517	703	564	414	371	687	457	380	394	<b>4847</b>
Área urbana	397	391	412	443	447	335	492	473	312	483	<b>4185</b>
<b>Total</b>	<b>739</b>	<b>908</b>	<b>1115</b>	<b>1007</b>	<b>861</b>	<b>706</b>	<b>1179</b>	<b>930</b>	<b>692</b>	<b>877</b>	<b>9.032</b>

Fonte: IBGE (2010)

### **1.3.4 Aspectos Demográficos 2:**

A taxa de crescimento anual estimada segundo IBGE no período de 2010 a 2013 foi de 0,4, enquanto a do Estado foi de 1,1. O número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em 2013 é de 7.808 (61,1 %). O município apresenta a população maior na faixa etária entre 10 e 19 anos, onde se configura a população jovem com cerca 2.122 habitantes, correspondendo a 23,5% da população total. O município possui a densidade demográfica de 53,98 (hab/Km<sup>2</sup>).

De acordo com dados do Plano Municipal (2014/2017), Campo Grande possui 26 escolas, das quais 25 pertencem à rede municipal e 1 escola à rede estadual de ensino. Do total, 4 destas estão localizadas na zona urbana e 22 na zona rural. Da população residente no município 5.091 pessoas são alfabetizadas que corresponde a cerca de 56,37%, e destas 3.243 (35,9%) frequentavam creche ou escolas (IBGE, 2010).

Em relação à taxa de moradores abaixo da linha de pobreza de acordo com o desenvolvimento econômico do município, que conta a agricultura, pecuária, indústria, incrementado pelo comércio e através do programa bolsa família as pessoas com renda inferior a um salário mínimo, a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza é considerada baixa.

### **1.3.5 - Sistema Local de Saúde:**

O Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande tem representatividade paritária e legítima, composta por representantes do governo, em 25%, representante dos trabalhadores de saúde, em 25% e representantes da sociedade civil e organizada, em 50%, sendo um total de 12 membros. A gestão municipal vem administrando a saúde, embasado na participação da população, com descentralização e democracia. As reuniões ordinárias acontecem mensalmente e extraordinariamente quando há assunto urgente a tratar, por convocação do Presidente ou por 2/3 dos membros do Conselho.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado através da Lei nº 334/93, de 24 de março de 1993 é composto de recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, Estado,

Convênios e Orçamento Municipal. Tem como objetivo criar condições financeiras e gerenciar os recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O Gestor Municipal de Saúde juntamente com o Coordenador do Fundo M. de Saúde, são quem movimentam o Fundo Municipal de Saúde, através de contas correntes junto ao Banco do Brasil, gerenciado através do núcleo municipal de finanças. A contrapartida do município vem atendendo a Emenda Constitucional EC – 29, com média de 15% do orçamento global municipal, o qual é destinado a pagamento de pessoal, investimento da rede, (equipamentos e manutenção) e obras e instalações.

Os recursos do Ministério da Saúde são utilizados para atender aos programas estratégicos e variáveis, para pagamento de pessoal, manutenção da rede, ajuda de custo para cursos, treinamentos e incentivo de produtividade. O PAB Variável é destinado ao orçamento dos Programas: Assistência Farmacêutica Básica, Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Piso da Atenção Básica – PAB Fixo e NASF. Os recursos da Gestão Plena da Atenção Municipal destinam-se ao financiamento da assistência de média complexidade.

O município vem desenvolvendo o modelo de atenção a saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde o ano de 1996, existindo atualmente 04 equipes com cobertura de 100% do município. A ESF vem acontecendo dentro da reordenação de Atenção Básica, facilitando acesso da população aos serviços de saúde, prestando assistência integral, resolutiva e de qualidade. Em 2013 foi implantado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF.

O Sistema Municipal de Saúde de Campo Grande conta ainda com 03 Equipes de Saúde Bucal de modalidade I e 01 Equipe de Saúde Bucal de Modalidade II, 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO), um Laboratório de Patologia Clínica onde são feitas as coletas das amostras biológicas e enviados para análise na cidade de Arapiraca – AL, município de referência. As Ações de Reabilitação são oferecidas através do Fisioterapeuta, que compõe a Equipe do NASF.

Os pacientes que necessitam de procedimentos de média e alta complexidade não ofertados neste município são encaminhados para os municípios de Maceió,

Arapiraca entre outros, seguindo a Programação Pactuada e Integrada (financeira), e também o Plano de Regionalização (PDR) vigente.

Quadro 2 - Quadro dos recursos humanos por categoria e nível de escolaridade existentes no município Campo Grande/AL

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>	<b>TOTAL</b>
Diretor Clínico	Superior	01
Secretário de Saúde	Superior	01
Assessoria de Controle e Avaliação	Superior	01
Coordenadora do PSF	Superior	01
Coord. Vigilância Epidemiológica	Superior	01
Farmacêutica	Superior	03
Assessora Técnica Vigilância à Saúde	Superior	01
Medico Psiquiatra	Superior	-
Coordenadora CAPS	Superior	01
Psicóloga	Superior	04
Terapeuta Ocupacional	Superior	-
Bioquímico	Superior	01
Coord. Vigilância sanitária	Superior	01
Veterinário	Superior	-
Inspetor de Vigilância Sanitária	Superior	-
Medico Generalista	Superior	01
Odontólogo	Superior	09
Médica Autorizadora de AIH	Superior	01
Médica Auditora	Superior	01
Assistente Social	Superior	04
Nutricionista	Superior	02
Médicos Plantonista	Superior	06
Dermatologista	Superior	-
Cardiologista	Superior	01
Ginecologista	Superior	01
Gastroent. (Endoscopia)	Superior	01

Pediatra	Superior	01
Cirurgião geral	Superior	01
Oftalmologista	Superior	01
Técnico RX	Médio	02
Radiologista	Superior	01
Ultrassonografista	Superior	01
Enfermeira	Superior	05
Aux. de Consultório Dentário	Médio	09
Inspetor de Endemias	Médio	01
Aux. de Laboratório	Médio	03
Aux. de Enfermagem	Médio	13
Parteira	Médio	-
Agente de Endemias	Médio	12
Agente de Saúde	Médio	65
Agente Administrativo	Médio	36
Motorista	Elementar	19
Cozinheira	Elementar	08
Copeiras	Elementar	08
Aux. de Serviços Gerais	Elementar	50
Porteiro	Elementar	04
Lavadeira	Elementar	-
Passadeira	Elementar	-
Atendente de Enfermagem	Médio	06
Vigilante	Elementar	07
Fisioterapeuta	Superior	03
Educador Físico	Superior	01
Téc. Prótese Dentária	Médio	01
Coord. Saúde Bucal	Superior	01
Fonoaudiólogo	Superior	01
Coord. PNI	Superior	01
Médico Acupunturista	Superior	01
Médico Ortopedista	Superior	01
Digitador	Médio	05

Téc. Enfermagem	Médio	17
Coord. F>M.S	Médio	01
<b>TOTAL</b>		<b>329</b>

Fonte: Plano Municipal de Saúde/ 2014.

### 1.3.6 - Território / Área de Abrangência

A população de acordo com o IBGE (2010) é 9.032 habitantes, deste total 2.321 famílias foram cadastradas. Com relação ao nível de alfabetização, o município está bem suprido de escolas da rede pública, totalizando 26 com os níveis de ensino pré-escolar, fundamental e educação de jovens e adultos, considerando baixo o nível de analfabetismo.

Quadro 3 - Quantitativo de alunos na escola na faixa etária de 7 a 14 anos e indivíduos com 15 anos e mais alfabetizado, seguindo os respectivos percentuais.

<b>EQUIPE</b>	<b>7 a 14 anos na escola ( %)</b>	<b>15 anos e mais alfabetizado ( %)</b>
<b>I</b>	329 ---- 93,5 %	1.599 --- 83,1 %
<b>IV</b>	394 --- 92,5 %	1.425 ---77 %
<b>ÁREA URBANA (Equipe I e IV)</b>	723 – 92,9%	3.024 – 80,1%
<b>II</b>	293 --- 76,5%	907--- 64, 8 %
<b>III</b>	288 — 61,3 %	1.307--- 68,3%
<b>ÁREA RURAL (Equipe II e III)</b>	581 – 68,1%	2.214 --- 66,8%

Fonte: SIAB/ 2014

Conforme já comentado anteriormente, os principais postos de trabalho são: agricultura, pecuária, indústria, comércio e cargos públicos municipais, deste modo a taxa de Emprego é considerada baixa, devido se tratar de uma cidade ainda em desenvolvimento.

O nascimento dos indivíduos se dá por meio da assistência prestada pela referência (Arapiraca), não dispendo de maternidade. A população sobrevive do que a economia oferece. Segundo o SIAB 2013, o maior número de óbitos esteve

relacionado a doenças do aparelho circulatório, totalizando 10 óbitos, do total geral de 38 óbitos.

#### **1.4 Recursos da Comunidade**

O município possui igrejas de várias religiões (católica e evangélica), praças públicas que integra os meios de lazer da comunidade, unidades de saúde da família que contempla saúde bucal e laboratório de patologia clínica, 26 escolas, das quais 25 pertencem à rede municipal e 01 à rede estadual de ensino. Conta ainda com 01 agência de Banco do Brasil, 01 agência dos correios, 01 casa lotérica, luz elétrica na zona urbana e em algumas regiões da zona rural, distribuição de água tratada, sendo na Zona rural o armazenamento feito por cisternas, com tratamento prévio ao consumo.

#### **1.5 Unidade Básica de Saúde**

As unidades de Saúde da Família estão distribuídas nas áreas urbanas e rurais do município, com a delimitação de território para cada equipe, contando com quatro equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), e tem como recursos humanos cerca de 184 trabalhadores na área da saúde, de acordo com o Plano Municipal de Saúde.

A Unidade Saúde da Família José Pinheiro Neto está localizada na zona urbana, do Centro do município, numa rua calçada com presença de buracos, calçadas das casas são desniveladas, dificultando o tráfego dos pedestres por essas áreas. A unidade está próxima de duas unidades escolares e uma creche.

O horário de funcionamento no turno matutino é de 8h às 12h para atendimento e de 7:30 para início de pré-consulta. No horário vespertino às 13h inicia a pré-consulta e o atendimento é realizado das 14 às 17h.



### 1.5.1 - RECURSOS HUMANOS

A unidade dispõe de 62 funcionários, sendo destes com 12 vínculo estatutário, 2 com vínculo por bolsa (médicos) e os demais possuem vínculo de contrato por prazo determinado.

Quadro 4 – Número de funcionários distribuídos por categoria que são vinculados a Unidade Saúde da Família José Pinheiro Neto, no município Campo Grande/AL.

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>NÚMERO DE PROFISSIONAIS</b>
Enfermeiro da ESF	04
Médico da ESF	04
Agente Comunitário de Saúde	28
Auxiliar de Enfermagem da ESF	06
Auxiliar em Saúde Bucal da ESF	09
Odontólogos	05
Diretor administrativo	01
Vigilante	02
Segurança	01
Serviços gerais	02

### 1.5.2 - RECURSOS MATERIAIS

Quadro 5 – Quantitativo de recursos materiais que fazem parte da Unidade Saúde da Família José Pinheiro Neto, no município Campo Grande/AL.

<b>RECURSOS MATERIAIS</b>	<b>QUANTITATIVO</b>
Recepção	01
Salas de espera	02
Área de Pré-consulta	01
Sala de Vacinação	01
Farmácia	01
Consultórios Odontológicos	05

Consultórios de Enfermagem	04
Consultórios Médico	04
Sala de curativo	01
Copa	01
Sala de Esterilização	01
Banheiros	02

## **2 JUSTIFICATIVA**

A abordagem do tema é de grande importância por propor uma estratégia que contribui para capacitação dos profissionais, onde cada indivíduo se constrói e desconstrói em torno de seus valores sociais, políticos, culturais e éticos. E abordagem do tema justifica-se, pois, pode oferecer muita contribuição para produzir mudanças de práticas e de gestão da atenção, possibilitando a capacidade de transformar as constantes mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, enfatizando a capacidade de resolutividade, com garantia de atenção integral e de qualidade à saúde da população, e assim tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral:**

Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde na escola para os profissionais das equipes da Unidade de Saúde da Família José Pinheiro Neto, do Município Campo Grande, em Alagoas.

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Fortalecer as ações de Educação Permanente em saúde para os profissionais;
- ✓ Propor ações voltadas ao PSE para atualização dos profissionais a acerca das temáticas da saúde;
- ✓ Identificar as principais necessidades de Educação Permanente em Saúde da equipe;
- ✓ Propor a criação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) para as equipes de saúde.

#### **4 METODOLOGIA**

Para elaboração do diagnóstico situacional da Unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), levantamento dos problemas, relatos dos profissionais.

A metodologia que foi utilizada para o plano de ação será o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES que foi dividido em quatro etapas: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O Plano de ação foi constituído pela identificação e discussão dos problemas tendo por base uma revisão bibliográfica narrativa, a qual abordou o tema Educação Permanente em Saúde. A base de dados consultada foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O estudo utilizou os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Formação; Educação Permanente em Saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os primórdios da política de atenção à saúde escolar remontam o final do século XVIII e o início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank desenvolveu o *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei* que ficou conhecido posteriormente como Sistema Frank. Esta obra ficou conhecida mundialmente, onde legou a Johann Frank o reconhecimento como o pai da saúde escolar, visto que, seu tema dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene pessoal, a partir da elaboração de programas de atletismo até iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (LIMA, 1985, p.398).

No Brasil, os primeiros estudos sobre saúde escolar se deram a partir de 1850, contudo a questão da higiene escolar só é impulsionada a partir do início do século XX. No contexto histórico social que o país vivenciava, marcado pela intensa imigração, ao mesmo tempo, enfrentava a crise da saúde pública, marcada pela alta mortalidade da população em geral, principalmente agravada nas crianças que eram acometidas pela desnutrição e por diarreias. Nesse âmbito, a saúde ou higiene escolar, se deu na mediação de três doutrinas: a polícia médica, a do sanitarismo e puericultura. A primeira acontecia pela inspeção das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; a segunda, pela prescrição e respeito da salubridade dos locais de ensino; e a última, pela difusão de regras de viver para professores e alunos (LIMA, 1985, p.398).

Segundo Silva (1997, p.15), a Escola Promotora de Saúde se torna uma estratégia importante para uma cidade mais saudável, sendo um espaço de referência para a comunidade, podendo exercer um papel protagonista de práticas educativas no intermédio com os serviços de saúde e, particularmente, com a saúde voltada ao escolar. Porém, deve ser compreendido que as práticas educativas em saúde não se restringem ao profissional de saúde e aos serviços de saúde, mas devem ter neles o seu *lócus*, e que tais práticas devam ser construídas junto com os educadores e inseridas no projeto político pedagógico da escola.

Dada a importância da escola para a ampliação das ações da saúde, surgiu em 2007, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, o Programa Saúde na Escola (PSE). (DECRETO PRESIDENCIAL, 2007). É uma política intersetorial, onde resulta das ações integradas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que tem como objetivo desenvolver ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, e dessa forma minimizando as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens, e proporcionar saúde e educação integral a população. (BRASIL, 2011, p.05)

O PSE está organizado em áreas temáticas, são elas: Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos; Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola; Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; Monitoramento e a Avaliação do PSE. A partir dessas ações é demonstrado o incentivo à melhoria da qualidade de vida do educando e promoção da saúde, o envolvimento e capacitação de profissionais da educação e saúde, como incentivo ao trabalho intersetorial e o acompanhamento das ações e metas do Programa. (BRASIL, 2011, p.17)

A escola e a Unidade de Saúde são importantes para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, pois a escola é um ambiente privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças, proporcionando à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades no meio em que vivem os estudantes. (BRASIL, 2015, p.08).

“É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas, com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para detecção de sinais e sintomas de agravos em saúde, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo.” (BRASIL, 2015, p.08).

De acordo com Iervolino (2000, p.25), para ter uma vida saudável e com qualidade é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda vida, preparando-as para as diversas fases da existência. Esta tarefa deve ser realizada em todos os espaços

de convivência, nos lares, locais de trabalho, escolas. A saúde trabalhada no enfoque escolar facilita a integração com a comunidade desta redondeza, e assim, escola e comunidade, juntas, somarão esforços para melhorar a saúde e qualidade de vida de todos, não só das crianças e jovens escolares.

A promoção da saúde se dá por meio da educação, da adoção de hábitos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidade individuais e da produção de uma vida saudável. A população que recebe educação tem seus indivíduos capacitados para promover saúde, tornando-se protagonistas para melhoria da qualidade de vida e saúde, e dessa forma, propiciando mudanças e transformações na sociedade. (RICALDONI; SENA, 2006, p.02)

A escola sendo um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças, é função do PSE promover a articulação entre a escola e a unidade de saúde. Para o desenvolvimento das ações prevista no PSE tornam-se essenciais a formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas. Esse processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, sobre os váriostemas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e promoção da saúde que são propostos pelo programa. (BRASIL, 2011, p.06)

Sendo assim, para Mancia; Cabral; Koerich (2004, p.605), a Educação Permanente é entendida como um processo de aprendizagem que se dá por meio da reflexão crítica sobre o processo de trabalho, e como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Na Educação Permanente em Saúde, o processo de trabalho gera necessidades de conhecimento e uma maior organização de demandas de ações educativas, e assim propiciando um processo de trabalho mais qualificado a partir da formação de profissionais capacitados para prestarem atendimento de qualidade à população.

Dessa forma, o setor da saúde pode contribuir para o setor educação, através de um planejamento de ações integradas e articuladas, onde poderão transmitir o discurso



sobre orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar na escola, que dará através da execução das ações estabelecidas pelo Componente III do PSE através da estratégia: *Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola.* (BRASIL, 2011, p.18).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A Unidade de Saúde da Família José Pinheiro Neto (ESF I e IV) está localizada na zona urbana do município de Campo Grande, sendo o Centro de Saúde de referência do município onde funcionam as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs) I e IV. Essas ESFs apresentam várias problemáticas, e com a estimativa rápida foi permitida a identificação dos seguintes problemas:

- Ausência de educação permanente sobre PSE em saúde na equipe;
- Falta de medicação;
- Falta de testes rápidos para HIV;
- Falta de material para coleta citológica;
- atendimentos programados insuficientes;
- Ações de Educação em Saúde Insuficientes;
- Ausência de ações voltadas para o combate ao abuso de álcool e outras drogas;
- Estrutura física insuficiente.

Durante a discussão com as equipes de saúde foi percebido que há grande dificuldade em serem realizadas ações educativas na Unidade de Saúde, pois o local oferece pouco espaço, mas a principal causa percebida é a falta de organização das equipes, pois a Educação Permanente não é incluída no cronograma mensal das atividades das equipes, os profissionais não fazem atualizações, e nem fazem momentos para reflexão do processo de trabalho. A partir disso é entendido como muitos profissionais não percebem a importância da capacitação em seu processo de trabalho, que objetiva a transformação de suas práticas profissionais e a melhora da organização do trabalho.

Diante disso, todo profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz realizar uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Para isso é preciso que este

profissional esteja capacitado para planejar, desenvolver ações que respondam às necessidades da comunidade.

Portanto, é necessário que seja realizado um projeto que estabeleça uma estratégia para manter os profissionais sempre aptos a atuarem na Estratégia Saúde na Família. Também é preciso que seja feita uma maior sensibilização entre os profissionais em relação à importância da Educação Permanente para o aprimoramento do seu processo de trabalho, possibilitando a capacidade de transformar as constantes mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, enfatizando a capacidade de resolutividade, com garantia de atenção integral e de qualidade à saúde da população, e assim tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

### **Seleção dos Nós Críticos**

As equipes de saúde I e II da Unidade de Saúde da Família José Pinheiro Neto selecionaram como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal, o qual as equipes têm alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema selecionado. Os problemas considerados “nós críticos” pelas equipes foram:

1. Núcleo de Educação Permanente
2. Nível de informação
3. Acesso à capacitação

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 1 ao 3:

Quadro 1 – Operações sobre a ausência de núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) relacionado a falta de conhecimento sobre a importância do núcleo aos profissionais das Equipes de Saúde da Família I e II da Unidade de Saúde da Família José Pinheiro Neto, em Campo Grande, Alagoas.

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Ausência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)</b>
<b>Operação</b>	Potencializar a aprendizagem em gestão da saúde; Incentivar a cultura da integração entre ensino, serviço e controle social nos processos de qualificação e formação profissional.

	Identificar as demandas e ofertas de formação/qualificação profissional, com vistas à melhoria do processo de trabalho; Apoiar e elaborar processos de qualificação profissional e formação em saúde.
<b>Projeto</b>	“+Capacitação+Informação”
<b>Resultados esperados</b>	Criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS); Propiciar a interação de agentes envolvidos com vistas à análise de problemas de forma contextualizada; Proposta de educação permanente com ênfase no processo de trabalho.
<b>Produtos esperados</b>	Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) para desenvolver estratégias de Educação na Saúde; Acolhimento dos trabalhadores de saúde; Reuniões para a formação do núcleo.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Autora do Plano: Proposta e apresentação do plano; Secretário de Saúde e Coordenadores da Saúde (PSE e Atenção Básica): Aprovação e implementação do Plano; Profissionais da Equipe de Saúde: participação e adesão do Plano
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural; Cognitivo; Financeiro; Político.
<b>Recursos críticos</b>	<i>Político:</i> mobilização dos gestores e aprovação das propostas; <i>Organizacional:</i> mobilização dos profissionais; <i>Estrutural:</i> local para as reuniões; <i>Cognitiva:</i> proposta de estratégias para o desenvolvimento da educação Permanente; <i>Financeiro:</i> recursos audiovisuais e folhetos informativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Autora, Gestor Municipal, coordenadores de saúde, controlam e organizam os momentos em que as reuniões irão acontecer para a formação do NEPS.  Motivação: Favorável, pois tem a função de desenvolver estratégias de Educação na Saúde, junto à Coordenação, propondo potencializar a aprendizagem em gestão da saúde, através da qualificação e formação profissional.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Reunião para sensibilizar os profissionais sobre a importância dos NEPS, expondo seus objetivos e a importância para a melhoria da qualificação dos profissionais.
<b>Responsáveis:</b>	Autora do plano de intervenção, secretário de saúde e coordenadores da saúde (PSE e Atenção Básica)

<b>Cronograma / Prazo</b>	2 semanas
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Realização de reuniões com Secretário de saúde e profissionais para avaliação dos profissionais sobre a importância da formação do núcleo.

Quadro 2 – Operações sobre o nível de informação diminuído acerca de temáticas de saúde do PSE pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família I e II da Unidade de Saúde da Família José Pinheiro Neto, em Campo Grande, Alagoas.

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Nível de informação diminuído acerca de temáticas de saúde do PSE pelos profissionais das equipes de saúde.</b>
<b>Operação</b>	Identificar as temáticas do PSE a serem discutidas; Potencializar a aprendizagem sobre temáticas de saúde na escola; Estimular a participação e responsabilização dos profissionais sobre as ações voltadas ao PSE.
<b>Projeto</b>	“+Conhecimento+saúde”
<b>Resultados esperados</b>	Atualizar os profissionais a cerca de temáticas da saúde; Melhorar o nível de informação dos profissionais da saúde; Potencializar a aprendizagem dos profissionais; Maior participação e responsabilização dos trabalhadores; Participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
<b>Produtos esperados</b>	Reuniões para capacitação dos profissionais; Discussões acerca das principais temáticas abordadas no PSE; Melhorar a abordagem das ações de saúde do PSE.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Autora do Plano: Proposta e apresentação do plano; Secretário de Saúde: Aprovação e implementação do Plano; Profissionais das Equipes de Saúde: participação e adesão ao Plano
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional; Estrutural; Cognitivo; Financeiro.
<b>Recursos críticos</b>	<i>Organizacional:</i> mobilização dos profissionais; <i>Estrutural:</i> local para as reuniões; <i>Cognitiva:</i> proposta de atualização das equipes sobre as temáticas; <i>Financeiro:</i> recursos audiovisuais e folhetos informativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Autora, secretário de saúde e profissionais das equipes para organizar os momentos em que as reuniões irão acontecer; Motivação: Favorável, pois tem a função de desenvolver estratégias para qualificação e formação profissional sobre as ações voltadas à saúde na escola.

<b>Ação estratégica de motivação</b>	Reunião para melhorar o nível de conhecimentos dos profissionais sobre as ações de saúde na escola realizadas através do PSE.
<b>Responsáveis:</b>	Autora do plano de intervenção (enfermeira do PROVAB) e profissionais das equipes
<b>Cronograma / Prazo</b>	2 meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Realização de reuniões para autoavaliação dos profissionais sobre a necessidade de mudanças na abordagem das temáticas e quanto a importância das reuniões.

Quadro 3 – Operações sobre ausência de ações de Educação Permanente em Saúde para profissionais das Equipes de Saúde da Família I e II da Unidade de Saúde da Família José Pinheiro Neto, em Campo Grande, Alagoas.

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Ausência de ações de Educação Permanente em Saúde para profissionais das Equipes I e II</b>
<b>Operação</b>	Levantar interesses e necessidades de capacitações dos profissionais da equipe; Implantar e implementar no município momentos de reuniões para educação permanente com os temas que os mesmos acharem pertinentes; Potencializar a aprendizagem sobre temáticas de saúde na escola; Propor um cronograma para realização de Educação Permanente para as Equipe de Saúde.
<b>Projeto</b>	+Educação Permanente
<b>Resultados esperados</b>	Atualizar os profissionais a acerca de temáticas da saúde; Profissionais mais capacitados para prestar uma assistência qualificada; Criação de espaços para a reflexão do trabalho na unidade de saúde; Potencializar a aprendizagem dos profissionais.
<b>Produtos esperados</b>	Reuniões para capacitação dos profissionais; Discussões acerca das principais necessidades dos profissionais; Melhorar capacidade de reflexão sobre o processo de trabalho.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Autora do Plano: Proposta e apresentação do plano; Secretário de Saúde: Aprovação e implementação do Plano; Profissionais das Equipes de Saúde: participação e adesão ao Plano
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional; Estrutural; Cognitivo; Financeiro.
<b>Recursos críticos</b>	<i>Organizacional:</i> mobilização dos profissionais;

	<p><i>Estrutural:</i> local para as capacitações;</p> <p><i>Cognitiva:</i> proposta de atualização das equipes sobre os diversos interesses e necessidades;</p> <p><i>Financeiro:</i> recursos audiovisuais e folhetos informativos.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Autora, secretário de saúde e profissionais das equipes para organizar os momentos em que as reuniões irão acontecer; Motivação: Favorável, pois tem a função de desenvolver estratégias para qualificação e formação profissional sobre as ações voltadas à população adscrita, qualificando seu atendimento e melhorando a relação profissional/usuário.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Capacitações para atender as necessidades e interesses dos profissionais acerca das diversas demandas, contribuindo para sua formação e qualidade do serviço prestado à população
<b>Responsáveis:</b>	Autora do plano de intervenção (enfermeira do PROVAB) e profissionais das equipes
<b>Cronograma / Prazo</b>	2 mês
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Realização de reuniões para autoavaliação dos profissionais sobre a necessidade de mudanças na abordagem das temáticas e quanto à importância das reuniões.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta de Educação Permanente em Saúde veio ao encontro das necessidades de aperfeiçoar a formação e o processo de trabalho dos profissionais, tornando-os mais participativos, respeitando o conhecimento dos profissionais e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho.

Um dos fatores mais importantes desta proposta é a reflexão crítica dos processos de trabalho, onde se é propiciado um espaço para falar sobre os problemas, nós críticos, tendo como objetivo a construção de soluções coletivamente.

O Núcleo de Educação Permanente deverá prosseguir com as ações iniciadas no processo de formação dos facilitadores de educação permanente e essas ações não conseguem ser desenvolvidas sem o comprometimento dos atores sociais envolvidos, principalmente profissionais da saúde e educação.

Este plano será o “pontapé” inicial para o fortalecimento da intersetorialidade no município. A partir do reconhecimento das atribuições comuns e específicas dos profissionais para a execução do Programa Saúde na Escola, dar-se-á início ao trabalho conjunto. O mesmo foi avaliado como de baixa governabilidade, portanto é uma proposta viável, sendo possível realizá-lo no prazo previsto, além de ter sido uma forma de identificar, organizar os problemas descritos de maneira mais sistematizada para acompanhamento das ações implementadas.



## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersectorialidade** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2010. 110p.

IERVOLINO, S. A. **Escola Promotora da Saúde** – Um Projeto de Qualidade de Vida. [Dissertação]. São Paulo, [online] 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php>  
Acesso em: 29 dez. [2015]

Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2010). Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=270150&search=alagoas|campo-grande|infograficos:-historico> Acessado 04 de julho de 2014.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>  
Acessado 04 de julho de 2014

LIMA, G.Z. Saúde Escolar e Educação. Faculdade De Educação de São Paulo 11(1/2):313-315, jan/dez.1985, São Paulo.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S., Educação Permanente no contexto da Enfermagem na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):605-10.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R., Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006 novembro-dezembro; 14(6).

Plano Municipal de Saúde de Campo Grande - AL, ano 2014-2017.

SILVA, C.S. (Org). **Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 1997. 3ª. edição

Sistema da Atenção Básica (SIAB), Consolidado de famílias cadastradas no ano de 2014. Secretaria Municipal de Assistência à saúde. DAB/DATASUS, maio/2014  
<[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)> Acessado 05 de julho de 2014