

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA RURAL, COM ENFOQUE NA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**Campos Gerais/MG
2015**

LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA RURAL, COM ENFOQUE NA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Projeto de intervenção educativa apresentado como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Carla Lucia Goulart Constant Alcoforado.

**Campos Gerais/MG
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

BARBOSA, LILIAN BITENCOURT ALVES

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA RURAL, COM ENFOQUE NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE [manuscrito] / LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA. - 2015.

43 f.

Orientador: Carla Lúcia Goulart Constant Alcoforado.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde

1. Educação Continuada. 2. Educação em Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Alcoforado, Carla Lúcia Goulart Constant. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA

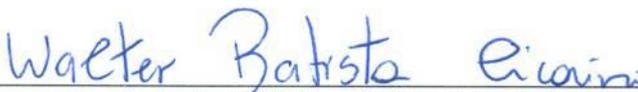
**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA RURAL, COM ENFOQUE NA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova O Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovado em: 03/07/2015



Profa. Carla Lúcia Goulart Constant Alcoforado (orientadora)



Prof. Walter Batista Cicarini

*Ao Ernane, meu amor, dedicado
companheiro e incentivador.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela proteção e companhia em todas as minhas jornadas.

Ao Ernane, meu marido, pelo amor, paciência e dedicação que sempre tornam a minha caminhada mais tranqüila.

Aos meus queridos pais, Valéria e Messias, pelo amor e exemplo de vidas que se fazem presentes em toda a minha existência.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Geral, ao Sistema Universidade Aberta do Brasil e a todos os colaboradores envolvidos, por essa valiosa oportunidade de formação.

À Prof^a. Carla e aos tutores João e Marina que me guiaram por esta jornada e contribuíram para o meu aprimoramento.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições feitas ao estudo.

Aos colegas de curso, pelo convívio, experiências e conhecimentos partilhados.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram, a minha sincera gratidão.

RESUMO

Diante da incapacidade dos modelos vigentes em responderem aos problemas de saúde atuais, a Vigilância em Saúde vem sendo apontada como o modelo assistencial à saúde com potencial para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais, na medida em que orienta uma intervenção integral sobre o processo saúde-doença. Para que seja colocada em prática, exige que os trabalhadores reconstruam suas práxis. A educação permanente em saúde oportuniza a recomposição das práxis de saúde ao promover debates entre as práticas e as concepções vigentes, capazes de levar à reflexão e ao desconforto sobre a suficiência do pensar e do fazer no atendimento aos desafios do trabalho. A utilização de agrotóxicos é um problema de saúde pública que exige a utilização de abordagens integradoras e interdisciplinares no cuidado à saúde. Desse modo, este projeto objetiva favorecer a reorientação do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, de área de abrangência rural, a partir da realização de uma intervenção educativa, com enfoque na vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos. A metodologia proposta observa os princípios da vigilância em saúde, da integralidade e da promoção da saúde, além de considerar as propostas apresentadas na Oficina para Implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – Plantando Saúde e a problematização. Serão sujeitos da intervenção educativa as profissionais atuantes na Equipe de Saúde da Família Maria de Lourdes, de Monte Santo de Minas - MG. A intervenção educativa será desenvolvida em cinco etapas, sendo: observação da realidade, redação do problema, teorização, elaboração das hipóteses de solução e aplicação à realidade. Os resultados poderão ser avaliados mediante metodologias quantitativas e qualitativas.

Descritores: Educação Continuada. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Faced with the inability of existing models respond to current health problems, the health surveillance has been identified as the health care model with potential for reorganization of the professional work processes, in that it guides a full statement on the process health and disease. To be put into practice, it requires that workers rebuild their praxis. The permanent health education gives opportunity to restoration of health praxis to promote discussions between the practices and prevailing concepts, which can lead to reflection and discomfort on the sufficiency of thinking and doing in meeting the challenges of the job. The use of pesticides is a public health problem that requires the use of integrative and interdisciplinary approaches to health care. Thus, this project aims to promote the reorientation of the work process of a Health Strategy Team family, rural catchment area, from the making of an educational intervention, focusing on the health surveillance of exposed populations to pesticides. The proposed methodology observes the principles of public health surveillance, comprehensiveness and health promotion, in addition to considering the proposals in the Office for Implementation of Health Surveillance of Populations Exposed to Pesticides - Planting Health and the questioning. They will be subject of the educational intervention of professionals working in the Family Health Team Maria de Lourdes, from Monte Santo de Minas - MG. The educational intervention will be developed in five steps, as follows: observation of reality, writing the problem, theory, preparation of the solution of assumptions and application to reality. The results may be assessed by quantitative and qualitative methodologies.

Descriptors: Education, Continuing. Health Education. Health Promotion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	O MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS.....	12
2.2	A RECONSTRUÇÃO DA PRÁXIS NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	15
3	OBJETIVOS	17
3.1	OBJETIVO GERAL.....	17
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4	METODOLOGIA	18
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	18
4.2	SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	19
4.3	PARCEIROS DA INTERVENÇÃO.....	20
4.4	RECURSOS (MATERIAIS, HUMANOS E FINANCEIROS).....	20
4.5	PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO.....	22
5	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	26
6	ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO	27
7	RESULTADOS ESPERADOS	28
8	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	29
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXOS	33

1 INTRODUÇÃO

O foco de interesse desse projeto é oportunizar a reorientação do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, de área de abrangência rural, por meio da realização de uma intervenção educativa, com enfoque no modelo de Vigilância em Saúde.

Os modelos de atenção à saúde, ou modelos assistenciais, são formas de organização da prestação dos serviços de saúde. No processo de concretização do Sistema Único de Saúde diferentes modelos foram implantados (MENDES, 1993; PAIM, 1994).

Dois modelos são hegemônicos no sistema de saúde brasileiro e apresentam arranjos institucionais e organizacionais que, ainda hoje, os sustentam. No modelo médico assistencial-privatista a atenção à saúde organiza-se sob a ótica individual e curativa, na qual a assistência médico-hospitalar predomina sobre as demais alternativas. Já, no modelo assistencial-sanitarista, destaca-se a organização de campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, que são operacionalizadas pelas unidades de saúde. A atual coexistência deles, de forma conflitante ou complementar, tem caracterizado a prática fragmentada e descontextualizada dos serviços de saúde (MENDES, 2001; PAIM, 2002).

Para a superação desse problema, busca-se a construção de modelos assistenciais que sejam capazes de responder às reais necessidades da população, em sua totalidade ou em suas especificidades locais (TEIXEIRA, 2000; TEIXEIRA; PAIM; VILAS BÔAS, 1998). Nessa perspectiva, têm sido amplamente discutidos modelos alternativos que sejam capazes de conjugar ações de prevenção de doenças, de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de outras formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades (MENDES, 2001; PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A partir dessas discussões, surgiu o modelo de Vigilância em Saúde, que compreende os aspectos relativos à forma de viver e trabalhar como sendo os grandes determinantes da saúde e do adoecimento. Desse modo, desloca radicalmente o olhar sobre a doença para o modo de vida das pessoas, apontando a necessidade de se utilizar estratégias de intervenção em saúde que contemplem a totalidade da vida, ou seja, que não fiquem focadas apenas na condição clínica dos

usuários do sistema de saúde (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Esse modelo assistencial favorece a percepção de que a organização dos serviços de saúde deve ter como referência os interesses dos usuários inseridos em suas realidades; que não são fragmentadas, mas resultantes de um conjunto de determinantes sociais, políticos, culturais, ambientais, entre outros (SOARES; LIMA, 1996).

Sob essa perspectiva, no intuito de conhecer melhor a realidade dos trabalhadores, tanto formais quanto informais, no ano de 2014, foi elaborado o Perfil Ocupacional de Monte Santo de Minas, por meio das informações coletadas pelas Equipes de Saúde da Família. Esse documento evidenciou um grande número de atividades domiciliares informais, sendo a maior parte delas relacionadas às plantações no terreno dos domicílios para o consumo próprio ou a comercialização. Além disso, entre as principais ocupações formais ou informais identificadas, as mais frequentes estavam relacionadas ao setor agrícola (MONTE SANTO DE MINAS, 2014).

Sabe-se que o setor agrícola é o principal consumidor de agrotóxicos no país, com tendência de crescimento. A utilização desses produtos traz sérias consequências para o meio ambiente e provoca efeitos deletérios sobre a saúde das populações expostas, que vão desde alterações subclínicas às intoxicações, que podem ser fatais. Além da exposição ocupacional e ambiental, é importante considerar a exposição da população em geral, por intermédio de resíduos encontrados em alimentos, da contaminação ambiental ou acidental (BRASIL, 2013).

Apesar da subnotificação das ocorrências de intoxicações por agrotóxicos e de outros agravos relacionados à exposição a esses produtos, em Monte Santo de Minas, a exposição ocupacional, ambiental e populacional aos agrotóxicos é reconhecidamente um problema de saúde pública (MONTE SANTO DE MINAS, 2014).

Nesse município, o sistema público de saúde encontra-se constituído por oito Equipes de Saúde da Família; sendo cinco delas destinadas ao atendimento da população da área urbana, duas à população da zona rural e uma à população do distrito de Milagre. Essas equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a oito agentes comunitários de saúde. Junto a elas, atuam oito Equipes de Saúde Bucal, formadas por um cirurgião-dentista e um

auxiliar de saúde bucal. Há também uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um Ambulatório Municipal de Pediatria e Especialidades Médicas, um Centro de Apoio Psicossocial tipo I, um Centro Municipal de Fisioterapia, um Pronto Atendimento Municipal, um hospital filantrópico de pequeno porte e um Posto de Saúde que congrega os serviços de imunização, epidemiologia e vigilância sanitária (MONTE SANTO DE MINAS, 2014).

Nos processos de trabalho desses serviços ainda prevalecem as abordagens assistenciais, em detrimento da promoção e da proteção à saúde, dificultando a realização de intervenções sobre os problemas de saúde da população que transcendam a situação clínica (MONTE SANTO DE MINAS, 2014).

Para que de fato, a proposta da Vigilância em Saúde seja capaz de reorganizar os sistemas de saúde, como espaços de produção de saúde e, não exclusivamente, de atenção à doença, é necessária a reorientação do processo de trabalho, especialmente, dos serviços da Atenção Primária à Saúde. Torna-se fundamental a superação da centralidade do atendimento na doença, da dificuldade de apreensão ampliada das necessidades de saúde colocadas pela população, da fragmentação das ações e do trabalho isolado dos membros das equipes. Assim, é preciso oportunizar ao trabalhador a reconstrução de sua práxis (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A Vigilância em Saúde tem sido apontada como o modelo assistencial com potencial para a reorganização dos processos de trabalho dos serviços de saúde, uma vez que tem como objeto os modos de vida dos diferentes grupos sociais e as diversas expressões do processo saúde-doença (FARIA; BERTOLOZZI, 2010)

Frente às potencialidades desse modelo para a redefinição das práticas de saúde, a utilização dos agrotóxicos como um atual e grave problema de saúde pública e a necessidade da utilização de abordagens integradoras e interdisciplinares no norteamo de ações a serem adotadas para o cuidado da saúde humana e do meio ambiente, optou-se por realizar este projeto.

Além dessas considerações, a proposta desse projeto de intervenção educativa atende às motivações pessoais da autora que atua como Referência Técnica Municipal de Vigilância em Saúde. O desenvolvimento desse projeto torna-se relevante por oportunizar a transformação da prática profissional, uma vez que pode levar os envolvidos a apropriarem-se de novos conhecimentos e a ressignificarem a própria atuação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS

Segundo a Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013:

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Para ser capaz de garantir a integralidade da atenção, que inclui tanto a abordagem individual quanto a abordagem coletiva dos problemas de saúde, esse modelo assistencial exige a articulação de diferentes conhecimentos e técnicas. Assim, conjuga como seus componentes: a vigilância epidemiológica, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador, a vigilância sanitária e a promoção da saúde. A vigilância epidemiológica envolve a coleta e o processamento de dados para a análise e a interpretação dos mesmos, subsidiando as recomendações de medidas de prevenção e de controle necessárias de doenças transmissíveis e não transmissíveis e de agravos. Assim, proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo de um território, por meio de estudos e análises capazes de identificar e explicar os problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento mais abrangente. A vigilância em saúde ambiental centra-se nos fatores do meio ambiente que podem oferecer riscos à saúde humana, tais como: a água para o consumo humano, a contaminação do ar e do solo, os desastres de origem natural ou antropogênica, entre outros. Tem a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou agravos à saúde. A vigilância da saúde do trabalhador destina-se à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora,

por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos processos produtivos. A vigilância sanitária abrange o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens ou de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde. Já, a promoção da saúde objetiva promover a qualidade de vida, por meio de um conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais que estimulem a população a reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes sociais, tais como: seus modos de viver, suas condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e de acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2009; MINAS GERAIS, 2014).

Em seus diferentes componentes, a Vigilância em Saúde centra-se nos pilares: - territorialização; - planejamento e programação integrados de ações individuais e coletivas; - monitoramento e avaliação integrada; - reestruturação dos processos de trabalho a partir da utilização de dispositivos e metodologias que integrem vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde; - educação permanente dos profissionais, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (BRASIL, 2010).

A vigilância de populações expostas a contaminantes químicos, como os agrotóxicos, está inserida no componente da vigilância ambiental (MACHADO et. al., 2011).

Os agrotóxicos são todos os produtos e os componentes de processos químicos ou biológicos utilizados nos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, nas florestas e em outros ecossistemas, bem como em ambientes urbanos, hídricos e industriais, com o fim de alterar a composição da flora e da fauna, a fim de preservá-la da ação danosa de seres vivos considerados nocivos. Também incluem as substâncias e produtos empregados com desfolhantes, dissecantes, estimuladores e inibidores de crescimento (BRASIL, 2002).

Eles são utilizados no Brasil, desde a década de 60, como solução para o controle das pragas que atingem as lavouras e, desde então, foram inseridos no cotidiano dos trabalhadores rurais (PERES et al., 2005; SILVA et al., 2005). No ano de 2009, o Brasil tornou-se o maior consumidor mundial desses produtos, o que

traz expressivas repercussões na saúde dos trabalhadores e das comunidades que vivem próximas às grandes áreas produtivas (BRASIL, 2009).

A exposição aos agrotóxicos provoca efeitos deletérios sobre a saúde humana, que vão desde alterações subclínicas (como alterações de biomarcadores de exposição, efeito e suscetibilidade), à intoxicações agudas ou crônicas, que podem ser fatais. A depender do produto, da forma e do tempo da exposição, podem ocorrer diferentes manifestações, tais como: problemas ligados à fertilidade, indução de defeitos teratogênicos e genéticos, câncer. Também são relatados efeitos sobre os sistemas nervoso, respiratório, cardiovascular, geniturinário, gastrintestinal, pele, olhos, além de alterações hematológicas e reações alérgicas a estas substâncias (BRASIL, 2013).

Além da exposição ocupacional e do meio ambiente a esses produtos, ressalta-se a frequente exposição da população em geral, através de resíduos encontrados em alimentos, de contaminação ambiental ou acidental. No entanto, os dados oficiais sobre as intoxicações por agrotóxicos não retratam a magnitude do problema por serem insuficientes, parciais, fragmentados, desarticulados e dispersos em várias fontes de dados. (BRASIL, 2013).

Para o adequado enfrentamento do problema, o setor saúde vem buscando definir e implementar ações voltadas para vigilância em saúde. Nessa perspectiva, é atribuído ao setor saúde não apenas a prestação de serviços clínico-assistenciais, mas também a realização de ações intersetoriais capazes de envolver diretrizes relacionadas ao meio ambiente, às questões sociais, à produção agrícola, à educação, entre outros segmentos passíveis de determinarem as condições de saúde em que as pessoas vivem e trabalham (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004; BRASIL, 2013).

Assim, para o direcionamento das ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde diante da problemática da exposição humana aos agrotóxicos, foi definido um fluxo de atuação que é composto por diferentes. Na primeira etapa é realizada a identificação da população exposta, por meio do levantamento de informações sobre os fatores que possivelmente interferem na saúde humana. Na etapa seguinte, de priorização, é feita a organização do setor saúde para o atendimento das demandas levantadas, de acordo com as especificidades locais. Na terceira etapa, é realizada a análise das informações levantadas, para a definição das rotas de exposição, dos contaminantes envolvidos e das estratégias de atuação. As últimas fases compreendem a elaboração e a implementação de protocolos de atenção integral à

saúde de populações expostas, que são documentos voltados para situações específicas, que possibilitam a estruturação e a adequação do setor saúde para o acolhimento da população exposta, de acordo com as Diretrizes para a Gestão e Organização de Serviços de Vigilância e Atenção à Saúde de Populações Expostas e Potencialmente Expostas a Contaminantes Químicos, do Ministério da Saúde (SILVA et. al., 2005).

2.2 A RECONSTRUÇÃO DA PRÁXIS NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O princípio da Vigilância em Saúde contribui para a mudança do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre o processo saúde-doença (PAIM, 2002).

No processo de reordenamento da atenção à saúde, em busca do atendimento às reais necessidades de saúde da população, a realidade concreta das unidades de saúde tem sido apontada como locus para a articulação e a propagação de modelos alternativos, como a Vigilância à Saúde (FARIA; BERTOLOZZI, 2010; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Exemplo disso é a proposição da Política Nacional de Atenção Básica, que elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades básicas de saúde, as quais se apresentam como um espaço privilegiado para o exercício das práticas de vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Igualmente, as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde afirmam que a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade da atenção e o desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local (BRASIL, 2010).

Como a integralidade da atenção contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, da saúde e da doença, ela nos desperta para a necessidade das abordagens profissionais irem além dos sintomas manifestos, exigindo que os profissionais estejam capacitados para um agir mais ampliado em saúde (ALVES, 2005; MENDES, 2001).

Os trabalhadores da saúde se constituem em potentes forças para mudanças dos serviços, das práticas e dos modelos assistenciais, assim, torna-se necessário oportunizar a reconstrução de suas práxis (ALVES, 2005).

A palavra práxis significa a união indissolúvel da teoria e da prática na atividade humana, numa relação de reciprocidade. Ou seja, como práxis, a ação humana é sempre carregada de explicações, justificativas, intenções e previsões. Do mesmo modo, toda teoria, como expressão intelectual de ações humanas já realizadas ou por realizar, é fecundada na prática. Além disso, a práxis precisa ser entendida em seu contexto social, pois as ações se realizam entre pessoas e grupos (ARANHA, 2006).

Nessa perspectiva, entende-se que os processos de formação profissional e de educação continuada têm imediata relação com o trabalho, estabelecendo o modo como os trabalhadores exercerão as suas atividades (ANDRADE FILHO, 1999).

Soma-se a isso o fato de que, nas relações sociais, ao trabalharem, as pessoas não só utilizam os conhecimentos adquiridos como também produzem novos conhecimentos e saberes; o que o permite manter, conservar, criar e recriar múltiplas formas de existência (SAVIANI, 2007).

Com o progresso da sociedade e as mudanças na organização do trabalho, temos a necessidade de desenvolvermos conhecimentos e habilidades para o atendimento de novas demandas (MANFREDI, 1999).

Para o atendimento dessas exigências, no âmbito da saúde, é possível a utilização de uma relevante ferramenta: a educação permanente em saúde, que se coloca como um processo educativo no cotidiano do trabalho. A educação permanente em saúde configura-se em uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de saúde, ao promover debates entre as práticas e as concepções vigentes, que nos levam à reflexão e ao desconforto sobre a suficiência do nosso pensar e fazer no atendimento aos desafios atuais do trabalho. Ao problematizar a prática, a Educação Permanente em Saúde favorece que novas abordagens façam sentido e operem processos significativos na realidade, desfazendo dicotomias persistentes (individual x coletivo, saúde x doença, clínica x saúde pública, entre outras) e impostergáveis (CECCIM, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Favorecer a reorientação do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, de área de abrangência rural, a partir da realização de uma intervenção educativa, com enfoque na vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Contextualizar a prática profissional à proposta da Vigilância em Saúde;

Instrumentalizar os profissionais para o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde;

Inserir ações de vigilância e promoção de saúde no cotidiano de trabalho da equipe;

Estimular o compartilhamento de saberes e o desenvolvimento de ações intersetoriais, interdisciplinares e integradas, na perspectiva do cuidado integral à saúde;

Diminuir a morbimortalidade decorrente da exposição a agrotóxicos;

Diminuir a poluição e a degradação ambiental decorrente do uso de agrotóxicos.

4 METODOLOGIA

Um projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação, que se baseia na relação dialética entre a pesquisa e a ação e na função de transformar a realidade (GRITTEM et al., 2008).

Frente a necessidade de reorientação da prática profissional, a metodologia proposta considerou os princípios da vigilância em saúde e da integralidade da atenção à saúde, numa perspectiva de aproximação entre a teoria e a prática, para a mobilização dos profissionais para a reconstrução de suas práticas.

É importante ressaltar que na elaboração da metodologia desse projeto de intervenção educativa também foram consideradas as propostas apresentadas na Oficina para Implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – Plantando Saúde, realizada pela Superintendência Regional de Saúde de Passos (SRS Passos), em parceria com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais (EMATER-MG) e a Universidade de Campinas (UNICAMP).

O cenário do estudo, os sujeitos da intervenção, as instituições apoiadoras, os instrumentos e recursos a serem utilizados, os procedimentos propostos para a execução do projeto, os resultados esperados com a realização, as formas de avaliação do alcance ou não dos resultados e o cronograma proposto para a execução do projeto de intervenção educativa serão apresentados a seguir.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A formação do município de Monte Santo de Minas relaciona-se às suas boas terras para lavouras e pastagens, que foram os principais atrativos para os sertanistas que se instalaram no lugar (IBGE, 2010)

Localizado no sudoeste mineiro, situa-se em um planalto contornado pelas serras da Jacuba e do Pico, na bacia hidrográfica do Rio Grande, a 458 km da capital mineira. É povoado por 21.234 habitantes, sendo 16.423 deles residentes na área urbana (77,3%) e 4.811 (22,7%) na área rural (IBGE, 2010).

A maior parte dessa população encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos, sendo, portanto, economicamente ativa. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 39,45% trabalhavam no setor agropecuário, 31,42% no setor de serviços, 10,80% no comércio, 9,35% na indústria de transformação, 5,20% no setor de construção, 0,51% na indústria extrativa e 0,10% nos setores de utilidade pública (PNUD, 2014).

A economia do município concentra-se na agropecuária e na prestação de serviços.

Segundo os dados do Censo Agropecuário de 2006, havia 809 estabelecimentos agropecuários com proprietário individual. Desses, as lavouras permanentes representavam 691 estabelecimentos e, as temporárias, 84 unidades. Do pessoal ocupado em estabelecimentos agropecuários, 4806 eram homens e 1519 mulheres. Entre os produtos mais produzidos nas lavouras estão o café, a cana-de-açúcar e o milho (IBGE, 2010).

No ano de 2013, no município, o setor produtivo com o maior número de vínculos empregatícios formais foi representado pela agropecuária, extração vegetal, caça e pesca, de acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (BRASIL, 2014).

Corroborando esses dados, o Perfil Ocupacional do município, construído no ano de 2014, pelas Equipes de Saúde da Família, evidenciou que a maior parte das atividades domiciliares informais estava relacionada às plantações no terreno dos domicílios, para o consumo próprio ou a comercialização. Além disso, mostrou que, entre as ocupações formais ou informais identificadas nos territórios das unidades de saúde, a mais frequentes estavam relacionadas ao setor agrícola (MONTE SANTO DE MINAS, 2014).

4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Serão sujeitos do projeto de intervenção educativa as profissionais atuantes na Equipe de Saúde da Família Maria de Lourdes, do município de Monte Santo de Minas-MG.

Entre elas, temos: uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

4.3 PARCEIROS DA INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento do projeto será necessário o estabelecimento de parcerias entre: a Secretaria Municipal de Saúde de Monte Santo de Minas, a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Passos, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Passos, a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais (EMATER-MG) e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Monte Santo de Minas.

4.4 RECURSOS (MATERIAIS, HUMANOS E FINANCEIROS)

Como referencial teórico para a seleção e organização dos conteúdos a serem trabalhados na intervenção educativa, serão utilizadas as publicações: Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010), Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde (BRASIL, 2008), Documento Orientador para a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (BRASIL, 2013), As Cartas da Promoção da Saúde (BRASIL, 2002) e Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

No intuito de levar os sujeitos da intervenção a pesquisarem sua própria prática, no desenvolvimento da intervenção, serão utilizadas as informações disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no Sistema de Informação da Atenção Básica, nas Fichas de Identificação do Perfil Ocupacional Familiar, no Consolidado do Perfil Ocupacional da Equipe de Saúde da Família e no Diagnóstico Situacional da Saúde do Trabalhador do município.

Durante a realização da intervenção também serão trabalhados os instrumentos: Mapa da área de abrangência, Relação do número de famílias por comunidade rural, Fichas de Identificação do Perfil Ocupacional Familiar, Ficha de

Cadastro da População Exposta a Agrotóxico, Ficha de Triagem de Exposição/Intoxicação para Monitoramento da População Exposta, Ficha de Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (ANEXOS).

Os espaços educativos serão constituídos pela própria unidade de saúde, pelas comunidades rurais e pelos domicílios dos usuários.

Como método de ensino, elegeu-se a problematização (BERBEL, 1996).

Entre as técnicas de ensino serão adotadas: aulas expositivas; leitura comentada de textos; discussão de casos e cenários reais; rodas de conversa; reflexão sobre as práticas vividas; depoimentos de usuários sobre seus modos de vida, processo produtivo e implicações para a saúde; (re)construção do diagnóstico situacional local; construção de um fluxograma que identifique a rede de serviços e de apoio social disponíveis; construção de um painel de bordo sobre os impactos à saúde dos trabalhadores, comunidades e meio ambiente; mapeamento das áreas de risco; apresentação, discussão e reconstrução dos instrumentos e fichas disponíveis; realização de visitas a comunidades e domicílios; elaboração de plano de ação para abordagem do problema.

Quanto aos demais recursos materiais estão previstos impressos, material audiovisual, material de papelaria (canetas, lápis, borrachas, régua, papéis sulfite, lápis de cor, canetinhas, papéis pardo, marcadores coloridos, quadro mural, entre outros) computador, projetor multimídia, GPS, mesas, cadeiras, automóvel.

Os recursos humanos necessários serão: Referência Técnica Municipal de Vigilância em Saúde, Coordenadora Municipal da Atenção Básica, Referência Técnica de Saúde do Trabalhador da Superintendência Regional de Saúde de Passos, Equipe Técnica do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Passos, Extensionista Rural lotado no município da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais e Assistente Social da Agência de Monte Santo de Minas do Instituto Nacional do Seguro Social.

Entre os recursos financeiros, além da previsão de custos dos recursos materiais indisponíveis, precisam ser previstos os gastos com transporte e alimentação dos profissionais quando estiverem em atividades de campo e os gastos com transporte, diárias e alimentação dos recursos humanos que não residentes no município.

O projeto, junto aos custos estimados para a sua execução, será encaminhado para a apreciação do gestor municipal de saúde para análise da viabilidade do seu

financiamento com os recursos do Fundo Municipal de Saúde, dos Blocos de Financiamento da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde.

4.5 PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção educativa será desenvolvido em cinco etapas, conforme a proposta da metodologia da problematização, as quais são: observação da realidade, redação do problema, teorização, elaboração das hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Etapa 1 – Observação, levantamento/identificação e discussão da realidade, que será orientada pela Coordenadora da Atenção Básica e a Referência Técnica Municipal de Vigilância em Saúde, no espaço da unidade de saúde. Inicialmente, serão apresentados: o mapa da área de abrangência, a relação do número de famílias por comunidade rural, o perfil da população cadastrada e o perfil ocupacional familiar da unidade de saúde, além do diagnóstico situacional da saúde do trabalhador do município. Em seguida, será realizada uma roda de conversa sobre os processos de territorialização, cadastramento dos usuários e famílias e de elaboração de diagnósticos situacionais. Durante a mesma, serão levantadas as questões: quem fez, quando fez, como fez, por que fez, para que fez, quem conhece o que foi feito e o que se faz a partir deles. Essa atividade objetiva levantar as limitações, potencialidades e aplicabilidades dessas ferramentas. Por fim, será realizado um exercício de reflexão em grupo no qual será questionado quais são os problemas de saúde que as características do território, da população e de suas condições de vida e trabalho apontam. Esse exercício objetiva preparar os sujeitos para a próxima etapa.

Etapa 2 – Redação do problema, que será orientada pela Referência Técnica Municipal de Vigilância em Saúde, no espaço da unidade de saúde. Inicialmente, haverá um depoimento de um usuário cadastrado da unidade sobre o seu modo de vida, processo produtivo e as implicações percebidas sobre a sua saúde. Na sequência, será realizada uma aula expositiva sobre a problemática do uso de agrotóxicos, na qual serão abordados os conteúdos: o que são eles; diversidade de usos, fontes e formas de exposição; populações expostas; mudança do modo de

produção agrícola, faturamento da indústria química e permissividade do uso no Brasil; classificação toxicológica; inviabilidade do uso seguro, efeitos sobre a saúde humana e degradação ambiental. Em seguida serão apresentados os dados de notificação de casos de intoxicação exógena relacionados ao trabalho do município, nos últimos cinco anos. Essa atividade pretende despertar os sujeitos para o desconhecimento da magnitude do problema, discutir a necessidade de estratégias de fortalecimento dos sistemas de informação e da abordagem específica e adequada dos casos de intoxicação exógena relacionados à exposição aos agrotóxicos. Finalmente, cada participante deverá entregar um texto breve com as suas reflexões sobre o que tem feito para a solução do problema e o que pode ele pode fazer.

Etapa 3 – Teorização, que será realizada em dois momentos distintos. O primeiro momento será realizado sob a orientação da Coordenadora da Atenção Básica e a Referência Técnica Municipal de Vigilância em Saúde, no espaço da unidade de saúde. Inicialmente, serão apresentadas as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde, na forma de aula expositiva. Em seguida, os sujeitos participantes serão distribuídos em duplas para a leitura comentada das Cartas de Promoção da Saúde. Será solicitado a uma parte dos participantes que escolham uma situação vivenciada na qual as diretrizes das propostas de vigilância e de promoção da saúde foram implementadas e, à outra parte do grupo será solicitada a escolha de uma situação contrária. Após, será aberta a plenária para a discussão da aplicação dos conteúdos apresentados à prática profissional, as facilidades e as dificuldades na implementação das propostas no processo de trabalho da equipe. Após esse momento de reflexão sobre a prática, o encontro será finalizado com o pedido aos participantes que reflitam sobre como podem ser incluídas ações de vigilância e promoção da saúde de populações expostas aos agrotóxicos nas atividades da equipe. O segundo momento da etapa 3 será iniciado com a leitura de um cordel sobre os perigos a que estão expostos os homens do campo. Na sequência, sob orientação da Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da SRS de Passos, será realizada a apresentação do Documento Orientador para a Implementação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Após, será realizada a apresentação e discussão dos instrumentos e fichas de cadastro e triagem dos usuários, bem como das fichas de notificação e investigação epidemiológica de intoxicação exógena. Depois, os participantes serão

distribuídos em duplas, de forma que pelo menos um agente comunitário de saúde faça parte de cada uma, para o preenchimento das fichas. Será aberta uma roda de conversa sobre as dúvidas surgidas no preenchimento, sobre a suficiência dos dados levantados por elas para a orientação das ações a serem desenvolvidas e sobre a necessidade de alterações nas mesmas. Finalmente, será realizado o levantamento de situações que poderão decorrer do cadastramento, triagem e seguimento dos usuários, tais como: necessidade de afastamento temporário ou definitivo do trabalho, disponibilidade de suporte diagnóstico e terapêutico para os casos, alternativas para intervenções ambientais e para mudanças no processo produtivo, necessidade de reorganização do processo de trabalho da equipe, parcerias necessárias, entre outras.

Etapa 4 – Elaboração das hipóteses de solução, a ser orientada pelo extensionista rural da EMATER-MG, pela assistente social do INSS e pela equipe técnica do CEREST. Será apresentado o Projeto Plantando Saúde da EMATER-MG, que tem como foco a qualidade de vida do trabalhador rural, a partir do controle do uso de agrotóxicos. Para tal, o projeto prevê a realização de exames laboratoriais dos agricultores, o encaminhamento dos indivíduos intoxicados para o tratamento médico e a mobilização dos produtores agrícolas para a adoção de um sistema de produção que garanta a produtividade de sua lavoura, mas que também considere o equilíbrio ambiental, a saúde dos indivíduos e suas famílias, além da oferta de produtos mais saudáveis. Na sequência, serão apresentados os mecanismos de proteção social do trabalhador rural oferecidos pela Previdência Social. Igualmente, será apresentada a proposta de atuação do CEREST na vigilância em saúde desses trabalhadores. Em seguida, será proposta a construção pelo grupo do fluxograma da rede de serviços de saúde e de apoio social disponíveis; a identificação das atribuições de cada ponto da rede e a elaboração de um protocolo simplificado de condutas frente às situações decorrentes do monitoramento da população exposta aos agrotóxicos. Finalmente, será elaborado pelo grupo o plano de ação da unidade de saúde.

Etapa 5 – Aplicação à realidade, que será desenvolvida em campo, pelos atores definidos no plano de ação elaborado. Propõe-se a realização de visitas domiciliares para o cadastramento da população alvo; triagens clínico-epidemiológicas dos cadastrados; oficinas de sensibilização dos trabalhadores para a problemática; levantamento dos impactos ocorridos à saúde dos trabalhadores,

comunidades e meio ambiente; mapeamento das áreas de risco; construção do diagnóstico de saúde local; encaminhamento dos casos que exigirem para a rede de apoio e seguimento da população. Entre os temas a serem abordados junto aos trabalhadores, sugere-se: normas de segurança e medidas de proteção a serem observadas na aquisição, transporte, armazenamento, preparo, manejo e destinação final dos agrotóxicos; riscos à saúde humana e ambiental envolvidos nos uso de agrotóxicos; custo-benefício e alternativas para a produção agrícola sem o uso de agrotóxicos; prevenção de acidentes e da ocorrência de suicídios envolvendo esses produtos.

6 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

Insumos	Quantidade	Previsão de gastos
Combustível	100 litros	355,00
Hospedagem	5 diárias	400,00
Alimentação dos facilitadores	5 diárias	300,00
Alimentação dos participantes em atividades de campo	60 refeições	720,00
Material gráfico	7.000 impressões 1.000 cópias	800,00
Cartilhas	1.000	1.500,00
Material de papelaria	Diversos	500,00
Total geral previsto		4.575,00

7 RESULTADOS ESPERADOS

No intuito de contextualizar a prática profissional à proposta da Vigilância em Saúde, de instrumentalizar os profissionais para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde e de inserir essas ações de vigilância no cotidiano de trabalho da equipe espera-se que todas as profissionais atuantes na equipe participem de todas as etapas da intervenção.

Para estimular o compartilhamento de saberes e o desenvolvimento de ações intersetoriais, interdisciplinares e integradas, na perspectiva do cuidado integral à saúde, espera-se que toda a população exposta a agrotóxicos, residente na área de abrangência da unidade de saúde, seja cadastrada, incluída nas ações de triagem e monitoramento da saúde e encaminhada à rede de apoio, segundo os fluxogramas e protocolos estabelecidos.

Para a redução da morbimortalidade populacional, da poluição e da degradação ambiental decorrente do uso de agrotóxicos espera-se que todas as comunidades rurais sejam mapeadas e inseridas no Projeto Plantando Saúde, além de atendidas em suas necessidades específicas.

Enfim, para o atendimento do objetivo de favorecer a reorientação do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, de área de abrangência rural, a partir da realização de uma intervenção educativa, com enfoque na vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos, espera-se que 100% desse projeto de intervenção educativa seja realizado.

8 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Os resultados da execução desse projeto de intervenção poderão ser avaliados mediante metodologias quantitativas e qualitativas.

Entre os dados quantitativos poderão ser avaliados: o número de profissionais participantes nas etapas do projeto, o número de comunidades rurais mapeadas, o número de usuários cadastrados, o número de atendimentos realizados aos usuários para a triagem e o monitoramento, o número de usuários encaminhados e atendidos pela rede de apoio, o número de exames de suporte diagnóstico realizados, o número de intoxicações exógenas por agrotóxicos notificadas no SINAN, o número de sensibilizações realizadas nas comunidades, o número de participantes envolvidos nas sensibilizações, o número de propriedades rurais que realizaram mudanças no processo produtivo para a redução ou eliminação do uso de agrotóxicos, entre outros.

Nas metodologias qualitativas poderão ser utilizadas entrevistas com os profissionais e a população participante, escalas de satisfação com o trabalho da equipe aplicadas tanto aos profissionais quanto aos usuários, observação das práticas nas atividades em campo, de mudanças no processo de trabalho da equipe, da inclusão de novas atividades intersetoriais e interdisciplinares no cotidiano do trabalho e da mobilização comunitária.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE FILHO, F. A. Trabalho: a expressão fundante da humanização. **Revista Estudos Leopoldenses**, Série Ciências Humanas, v. 35, p. 29-42, 1999.

ARANHA, M. L. de A. **Filosofia da educação**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

BERBEL, N. A. N. metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da praxis. **Semina**, v.17, n. esp., p.7-17, 1996.

BERTOLOZZI, R. M.; FRACOLLI, L. A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. **Mundo Saúde**, v. 28, n. 1, p. 14-20, 2004.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 4.074, de 04 de janeiro de 2002**. Regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Diretrizes nacionais da vigilância em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a integração entre atenção básica e vigilância em saúde**. Documento Preliminar para a Revisão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 13 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Documento orientador para a implementação da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 133 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de Ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais**. Disponível em: <http://www.bi.mte.gov.br/bgcaged/login.php>. Acesso em 30 dez. 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

GRITTEM, L. et al. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 765-70, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314320&search=minas-gerais%7Cmonte-santo-de-minas>. Acesso em 30 dez. 2014.

MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p.399-406, 2011

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**, v. 19, n. 64, p. 13-49, 1999.

MENDES, E. V, organizador. **Distritos sanitários: a mudança das práticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde: projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais (Resolucao SES nº 4.238/2014)**. Belo Horizonte, MG: SES-MG, 2014. 400 p.

MONTE SANTO DE MINAS. Serviço de vigilância em saúde. **Diagnóstico situacional da saúde do trabalhador de Monte Santo de Minas**. Monte Santo de Minas, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. 32 p.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência e Saúde coletiva [online]**, vol.14, n.3, p. 929-36, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. **A epidemiologia na organização dos serviços de saúde: modelos assistenciais e vigilância em saúde**. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1992

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: ROUQUAYOL, M. Z., organizador. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. p. 245-57.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

PERES, F. et al. Desafios ao estudo da contaminação humana e ambiental por agrotóxicos. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 10 (supl.), p. 27-37, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios. Acesso em: 30 dez. 2014.

SAVIANI, D. **História das idéias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.

SILVA, J. M. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 891-903, 2005.

SOARES, J.C.R.S; LIMA, L.C.V. **Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária**. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO. *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.130-156.

TEIXEIRA, C.F. (Org.) **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: ISC, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 2, n. 2, p. 7-28, 1998.

ANEXO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL OCUPACIONAL FAMILIAR

Ficha de Identificação do Perfil Ocupacional Familiar			
01. Dados Gerais da Família			
Nº Cadastro da Família:	Nº moradores:	Nº pessoas em idade ativa:	Micro area:
1.1. Há atividade produtiva no domicílio: () Não () Sim, Qual?		() Formal () Informal	
Caso exista mais de uma atividade produtiva no domicílio preencher: Qual?	Qual?	() Formal () Informal	
No domicílio manipula para comercialização: () produtos químicos () produtos de beleza () alimentos			
Possui plantação de horta e/ou pomar no terreno do domicílio ou anexo? () Não () Sim () Para consumo próprio () Para venda			
02. Dados individuais de trabalhadores			
Nome:	Ocupação - Descrição		
Contribui para a Previdência? () sim () Não	Situação no mercado de trabalho: () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar		
Carteira assinada? () Sim () Não	() Autônomo/ Conta Própria () Biscateiro/informal () Outras		
Tem outra ocupação?	() Sim () Não Se Sim, Qual?		
A segunda ocupação é: () formal () Informal	Se for informal, é realizada: () dentro do domicílio () fora do domicílio		
Nome:	Ocupação - Descrição		
Contribui para a Previdência? () sim () Não	Situação no mercado de trabalho: () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar		
Carteira assinada? () Sim () Não	() Autônomo/ Conta Própria () Biscateiro/informal () Outras		
Tem outra ocupação?	() Sim () Não Se Sim, Qual?		
A segunda ocupação é: () formal () Informal	Se for informal, é realizada: () dentro do domicílio () fora do domicílio		
Nome:	Ocupação - Descrição		
Contribui para a Previdência? () sim () Não	Situação no mercado de trabalho: () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar		
Carteira assinada? () Sim () Não	() Autônomo/ Conta Própria () Biscateiro/informal () Outras		
Tem outra ocupação?	() Sim () Não Se Sim, Qual?		
A segunda ocupação é: () formal () Informal	Se for informal, é realizada: () dentro do domicílio () fora do domicílio		
Nome:	Ocupação - Descrição		
Contribui para a Previdência? () sim () Não	Situação no mercado de trabalho: () Desempregado () Empregado () Servidor Público/Militar		
Carteira assinada? () Sim () Não	() Autônomo/ Conta Própria () Biscateiro/informal () Outras		
Tem outra ocupação?	() Sim () Não Se Sim, Qual?		
A segunda ocupação é: () formal () Informal	Se for informal, é realizada: () dentro do domicílio () fora do domicílio		
Nome:	Ocupação - Descrição		

ANEXO B – CADASTRO POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS

CADASTRO POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS

Município _____ Código IBGE _____ Data do cadastro: ___/___/___

Nome do Profissional _____

Instituição (ESF/UBS/Serviço ou Extensão) _____

Informante: _____

1. Unidade Produtiva _____

2. Nome proprietário/responsável: _____

3. CPF/CNPJ: _____

4. Endereço da unidade produtiva: _____

5. Ponto de referência: _____

6. Contato/recado (Fone/Email) _____

7. Pontos do GPS: _____

8. Principais atividades na Unidade de Produção/Instituição/Empresa (pode ser mais de um):

Agricultura () Pecuária () Outras () quais?_

9. Quais culturas _____

10. Na unidade produtiva se trabalha/mexe/utiliza/manipula agrotóxicos?

sim () não () Orgânica () () Agroecológica

11. Relacione os membros de sua família e as pessoas que trabalham na unidade produtiva?

Nome	Vínculo familiar e/ou relação de trabalho	mexe/utiliza /manipula agrotóxicos (sim/não)	Sexo (M /F)	Idade (meses /Anos)	Reside na unid. prod. (sim/não)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

12. Das pessoas acima, quantas trabalham na unidade produtiva? ___

13. Quantos trabalham/mexem/utilizam/manipulam agrotóxicos: ___

14. Controle atualização e monitoramento (saúde e extensão rural):

Data	Profissional	Obs.
Data	Profissional	Obs.
Data	Profissional	Obs.

ANEXO C – FICHA DE TRIAGEM/INVESTIGAÇÃO DE EXPOSIÇÃO/ INTOXICAÇÃO PARA MONITORAMENTO DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A AGROTÓXICOS

FICHA DE TRIAGEM/INVESTIGAÇÃO DE EXPOSIÇÃO A/INTOXICAÇÃO PARA MONITORAMENTO DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A AGROTÓXICOS

DADOS GERAIS

1. Data: ___/___/___ Número de Cadastro ficha de Expostos a agrotóxicos _____
 2. Município _____ Código IGBE _____
 3. Nome da Unidade de Saúde _____

IDENTIFICAÇÃO

4. Nome: _____ 5. Data de Nascimento: ___/___/___
 6. Idade: _____ 7. Sexo: () 1. Masc. 2. Fem. 8. Escolaridade (anos cursados) ____
 9. Município de Residência: _____ 10. Zona: () 1. Urbana 2. Rural
 11. Bairro _____
 12. Endereço (estrada, rua, av., sítio, Nº, apto. etc.): _____
 13. Ponto de Referência _____
 14. Telefone () _____ () _____

DADOS COMPLEMENTARES

15. Local de Trabalho: _____
 16. Ocupação: _____
 17. Relação de Trabalho: ()
 1. Proprietário 2. Meeiro/Arrendatário 3. Assalariado/Empregado 4. Diarista/Volante 5. Cooperativado 6. Autônomo/Prestador serviço 7. Outro _____ 8. Não se aplica
 18. Função/Atividade: ()
 1. Serviços gerais lavoura 2. Prepara Calda 4. Pulverização com bomba costal 5. Pulverização com mangueira 6. Puxa mangueira 7. Pulverização com trator cabine aberta 8. Pulverização com trator cabine fechada 9. Pulverização com bomba na Pecuária 10. Outra: _____

Contato com agrotóxicos

19. Tipo de contato: () 1. Direto 2. Indireto 3. Sem contato 4. Ignorado

Direto: manipulação direta, diluição e/ou aplicação; puxar mangueira; Lavagem de roupas usadas na aplicação

Indireto: plantio, colheita, capina, embalagem, poda, desbrotamento, ETC.

20. Frequência do contato com praguicidas:

____ Horas por dia?, ____ Dias por semana? ____ Semanas por mês? ____ Meses por ano? ou

____ Horas por semana?, ____ Semanas por mês?, ____ Meses por ano? ou

____ Horas por dia?, ____ dias por mês?, ____ Meses por ano?

21. Há quanto tempo (meses/anos) manipula ou tem contato com agrotóxicos (remédios/venenos)? _____

22. Quantos agrotóxicos você utiliza? _____ () Não se aplica

23. Quais são os agrotóxicos de maior utilização: () Não sabe

Nome Comercial	Princípio Ativo	Cultura ou pecuária

24. Liste a as vestimentas utilizadas durante o trabalho e/ou manuseio dos agrotóxicos?

() Calças compridas () Camisa de mangas compridas () Roupa impermeável () Sapato fechado, sapatão ou botina () Bota de borracha () Luvas () óculos de proteção () Máscara () Chapéu () Boné () Outro

25. Quando foi a última vez que teve contato? __/__/__ Com qual produto? _____

26. Teve alguma intoxicação ? (Já ficou doente por causa dos agrotóxicos/veneno/remédios?) ()

1. Sim 2. Não 3. Não sabe (se Não ou Não sabe, pule para a questão 32)

Quantas vezes? () 1. Uma vez 2. Duas vezes 3. Três vezes ou mais

27. Alguma dessas intoxicações ocorreu nos últimos 12 meses? () 1. Sim 2. Não

28. Onde recebeu ou procurou assistência/consulta?

() Hospital () Unidade Pronto Atendimento () Policlínica/Ambulatório () Centro/Posto/Unidade Básica de Saúde () Equipe da Saúde da Família () Cuidado em casa () Nenhum () Outro, qual? _____

29. Teve que ser internado mais de 24 horas? () 1. Sim 2. Não

30. Quantas vezes? () 1. Uma vez 2. Mais de uma vez

31. Há quanto tempo (meses/anos) foi a última internação? _____

DADOS CLÍNICOS

32. Tabagismo: 1. Sim () 2. Ex-fumante () 2. Nunca fumou ()

33. Consumo de bebidas alcoólicas: 1. Sim () 2. Não

34. Gestante: () 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica 4. Ignorado

35. Tem alguma doença diagnosticada que precisa tomar remédios continuamente?: 1. Sim () 2. Não ()

36. Qual(ais) doenças _____

37. Aparelho Auditivo: 1.Sim 2. Não 3. Ignorado

() Hipoacusia () Zumbidos

38. Sistema Nervoso Central Periférico: 1.Sim 2. Não 3. Ignorado

() Cefaleia () Agitação/irritabilidade () Tremores () Formigamento em MMII () Formigamento em MMSS

() Vertigens/tontura () Visão Turva () Diminuição da Força Muscular () Incoordenação motora () Fasciculações

39. Ap. Cardiovascular: 1.Sim 2.Não 3. Não se aplica 4. Ignorado

40. Aparelho Respiratório: 1.Sim 2. Não 3. Ignorado

() Dispneia () Tosse () Secreção Brônquica () Irritação Nasal

41. Aparelho Digestivo: 1.Sim 2. Não 3. Ignorado.

() Cólicas () Diarreia () Náuseas () Vômito () Epigastria () Azia () Queimação

42. Aparelho Urinário: 1.Sim 2. Não 3. Ignorado

() Diminuição do fluxo/Oligúria () Urina Escura/Hematúria

43. Pele e mucosa: 1.Sim 2. Não 3. Ignorado

() Irritação Ocular () DC Irritativa () DC Sensibilizante

DADOS LABORATORIAIS

39. RESULTADO DO EXAME DE COLINESTERASE

ANEXO D – FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº _____

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado					
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado					
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência					36 Atividade Econômica (CNAE)
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)		39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)			
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	

Intoxicação Exógena
Sinan NET
SVS 09/06/2005

