

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA KARLA PAZDA

IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CURITIBA
2016

ANA KARLA PAZDA

IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde no curso de Pós Graduação em Gestão em Saúde, Departamento de Administração Geral e Aplicada da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Christina Macedo Piosiadlo

CURITIBA
2016

RESUMO

Apesar do grande avanço que sofreu desde a década de setenta, as ações da Educação em Saúde no Brasil ainda têm um longo caminho a percorrer para a concretização de um Sistema Único de Saúde baseado nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Em muitos momentos, na área da saúde, percebe-se que o trabalho educativo tem sido reduzido apenas como divulgação e transmissão de informações pela mídia ou por profissionais, acontecendo este processo de forma fragmentada e, distante da realidade em que vive a população. E na busca de melhorar essa situação, o presente projeto propõe implantar um Núcleo de Educação em Saúde em um Distrito Sanitário do município de Curitiba. Pois, entendendo a Educação como ferramenta para a promoção da Saúde, observa-se que a mesma atua como um importante instrumento no processo de transformação social, podendo gerar a mudança de hábitos, recebimento de novos valores e a estimulação da criatividade. E ainda, considerando que o distrito sanitário em questão, atende um número expressivo de usuários distribuídos em dezoito bairros do município, acredita-se que a implantação do projeto pode facilitar as ações dos profissionais de saúde na área. Entretanto, é importante salientar que para a efetivação dessas ações educativas é necessária a promoção de educação permanente e continuada aos profissionais, visto que não adianta profissionais interessados e dedicados em desenvolver a Educação em Saúde, se não houver a formação e o apoio institucional para a continuidade das ações. Bem como, é de extrema importância a parceria entre os gestores, profissionais e a comunidade, uma vez que nenhum desses atores consegue trabalhar independente.

Palavras-Chave: Educação em Saúde, Núcleo de Educação em Saúde, profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Despite the advances it has undergone since the seventies, the Health Education of shares in Brazil still have a long way to go to achieve a National Health System based on the principles of universality, equality and integrity. In many instances, in health, it is clear that the educational work has been reduced only as dissemination and transmission of information by the media or professional, going on this process of piecemeal and far from the reality in which he lives the population. And in seeking to improve this situation, this project proposes to implement a Health Education Center in a Curitiba county health district. For, understanding education as a tool for the promotion of health, it is observed that it acts as an important tool in the process of social transformation, which may cause the change of habits, receive new values and the stimulation of creativity. Also, considering that the health district in question meets a significant number of users distributed in eighteen districts of the municipality, it is believed that the implementation of the project can facilitate the actions of health professionals in the area. However, it is important to note that for the realization of these educational activities is necessary to promote lifelong learning and continuing to professionals, since no use professionals interested and dedicated to developing health education, if there is no training and institutional support for continuity of actions. As well, it is extremely important partnership between managers, professionals and the community, since none of these actors can work independently.

Key - words: Health Education, Education Center for Health, Health professionals.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SÉRIE HISTÓRICA DO DS MATRIZ	21
QUADRO 2 - RECURSOS NECESSÁRIOS	25

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
COA – Centro de Orientação e Acolhimento
DSMZ – Distrito Sanitário Matriz
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAS – Fundação de Assistência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SINAN – Sistema Nacional de Notificação
SMEL – Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SUS – Sistema Único de Saúde
US – Unidade de Saúde
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	9
2.1 Histórico da Educação em Saúde no Brasil	9
2.2. Educação em Saúde: aspectos conceituais	11
2.3 As ações e relações na Educação em Saúde	13
3. DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	16
3.1. Descrição geral da organização do sistema local de saúde.....	16
3.2. Diagnóstico da situação-problema:	19
3.2.1. Descrição do método de diagnóstico	19
3.2.2. Resultados obtidos a partir do diagnóstico.....	20
4. PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO- PROBLEMA ..	22
4.1. Proposta técnica:.....	22
4.1.1 Plano de implantação.....	22
4.1.2 Recursos	25
4.1.3 Resultados esperados.....	25
5. CONCLUSÃO	26
REFERENCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Compreender a saúde como condição para a cidadania implica no desenvolvimento de ações que potencializam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Nessa perspectiva, construir um sistema de saúde democrático, com base nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade, constitui-se de um processo social e político que se desenvolve não só pela formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas principalmente, no cotidiano dos serviços de saúde (ALVES, 2005).

Atualmente são rotineiras as reclamações e reivindicações de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se relaciona às políticas públicas de saúde existentes. Pressupondo que estas políticas podem ser mais facilmente concretizadas nos próprios serviços, mediante ações dos profissionais e de suas práticas cotidianas, este projeto busca refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto de um Distrito Sanitário do município de Curitiba.

A elaboração do presente projeto se dá, principalmente, por perceber que muitas vezes, na área da saúde, o trabalho educativo tem sido reduzido apenas como divulgação, e transmissão de conhecimentos e informações pela mídia ou por profissionais, acontecendo este processo de forma fragmentada e, distante da realidade em que vive a população.

Os ensinamentos de Paulo Freire mostram que a educação atua como um importante instrumento no processo de transformação social, uma vez que toda a atividade de cunho educativo pode gerar a mudança de hábitos, recebimento de novos valores e a estimulação da criatividade. Na Pedagogia Libertadora de Freire, a educação é concebida como um processo que envolve ação-reflexão-ação, o que segundo Salci *et. al.* (2013) na educação em saúde contribui muito para a construção da autonomia do sujeito e para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva.

Na Educação em Saúde é necessário entender que a ação educativa não pode ser um processo que condiciona as pessoas a aceitarem, sem questionar, as informações que lhes é transmitida. O simples fato de informar, divulgar ou transmitir conhecimentos, como a forma de evitar uma doença ou

até mesmo de ter saúde, por si só, não contribui para que uma população seja mais ou menos sadia, e nem é fator que contribua para mudanças necessárias para melhoria da qualidade de vida da população (SÃO PAULO, 2001).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é implantar um Núcleo de Educação em Saúde no Distrito Sanitário Matriz. Entende-se que para alcançar esse objetivo maior, outros, menores, mas não de diminuta importância devem ser buscados, tais como: identificar os problemas de saúde mais agravantes na área de abrangência; elaborar ações que desencadeiem reflexão nos processos de trabalho e nas práticas de saúde; e instrumentalizar profissionais da Saúde, Educação, Assistência Social, Meio Ambiente, líderes comunitários e outros para o desenvolvimento do processo educativo em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no SUS.

2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.1 Histórico da Educação em Saúde no Brasil

A Educação em Saúde é um processo relativamente novo para os países em desenvolvimento, e ainda não se encontra bem estabelecido nesses países. No Brasil, o movimento é marcado por diferentes concepções e práticas, que tiveram seu momento inicial no fim do século XIX e início do século XX. Esse processo nasceu principalmente da necessidade de dominar as epidemias existentes na época, como a varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras. E foi marcada pelo excesso de autoritarismo, onde foram impostas normas e medidas de saneamento e urbanização principalmente para as classes mais desfavorecidas (ARAÚJO, 2010).

Até a década de 70, as iniciativas vinham em sua maioria de elites políticas e econômicas, que impunham normas e comportamentos à população, que acreditavam ser os adequados e que estavam subordinados aos seus interesses. Essas normas eram repassadas em um tipo de educação que o autor denomina de “toca boiada”, uma vez que a população era literalmente conduzida por caminhos que os técnicos e a elite consideravam corretos, usando para isso tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (medo e a ameaça) (VASCONCELOS, 2001).

Porém, os movimentos populares, até então reprimidos pelos primeiros governos militares, iniciam uma rearticulação e crescem, trazendo reivindicações de melhores condições de vida para a população. Houve nesse período uma forte influência dos princípios defendidos por Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, o que acabou resultando em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade nas práticas educativas, e vindo mais tarde também ao encontro com os princípios do SUS, instituído na década de 80 (FLISCH *et. al.*, 2014).

Nesse período, a participação dos profissionais da saúde nas experiências de Educação Popular tem grande importância, uma vez que o setor Saúde adere a uma forte cultura de relação com as classes populares,

representando um desligamento com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde (VASCONCELOS, 2001).

Em análise feita em documentos do Ministério da Saúde, entre 1980 e 1992, observa-se uma mudança clara no discurso oficial da Educação em Saúde pelo governo, passando de uma cultura tradicional baseada na imposição de normas, para uma perspectiva com maior participação da população. Entretanto, a Educação em Saúde ainda é retratada nas Diretrizes da Educação para a Saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejada em relação à saúde” (BRASIL, 1980, p.370). O que demonstra nitidamente que os ideais da Educação em Saúde, tal como estavam delineados nas Diretrizes, somente reforçam os padrões de saúde idealizados pelo governo à população, não valorizando o conhecimento e o saber popular, valores concebidos pela educação popular.

Como expõem Alves e Aerts (2011), desde o início de 1980 o Departamento de Saúde Pública do Ministério da Saúde fazia-se entender que a educação em saúde devia ser vista como uma prática social, centralizada na problematização do cotidiano, na participação da população e na valorização da experiência do indivíduo e grupos sociais. Porém, como sugerem as autoras, a prática existente na rede básica de serviços de saúde era reduzida à complementarização do ato médico, e focada restritamente ao repasse de conteúdos sobre higiene. Ao invés de ser pensado como um processo para a reflexão do usuário sobre as causas de seus problemas de saúde, o processo era voltado à tentativa de atenuar ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças.

Na perspectiva de valorizar o conhecimento da população, autores como Albuquerque e Stotz (2004) e Santos (2010) acreditam que a chave para garantir a saúde à população está na ampliação do conceito em saúde e na participação desta população no processo de promoção em saúde. E neste sentido, a Carta de Otawa, que é um documento originado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, serve como um referencial. A carta conceitua a saúde como “um recurso para o progresso pessoal, econômico e social e como um conceito positivo que transcende o setor sanitário e que tem como requisitos a paz, a educação, a moradia, a

alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade” (OMS, 1986 citado por ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Nesse contexto, para promover a saúde de forma integral é necessário um olhar mais amplo e com diversos ângulos, que não só a dos profissionais da saúde. Como propõem Carneiro *et. al.* (2012), desenvolver a Educação em Saúde numa perspectiva intersetorial é necessário, no entanto é um trabalho complexo, pois envolve questões como entraves políticos, interesses pessoais, hierarquia e principalmente a desarticulação da administração pública. Os autores acreditam que a intersetorialidade somente deixará de ser utópica quando o setor saúde deixar de ser o campo exclusivo do pensar e do fazer em saúde, e passar a mobilizar outros campos do saber e de prática profissional.

2.2. Educação em Saúde: aspectos conceituais

O termo saúde deriva do latim *salus* (*salutis*) e significa salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. A Organização Mundial de Saúde define-a como situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, definição que para Segre e Ferraz (1997) é irreal, ultrapassada e unilateral, pois ao aludir o termo "perfeito bem-estar", faz – se dele uma utopia.

Falar em saúde atualmente é muito mais que dizer a respeito de ausência de doenças. A saúde é representada pela qualidade de vida da população, que é determinada por diversos fatores: alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, distribuição de renda, transporte, acesso à educação, lazer, e bem estar físico e mental. Nesse contexto, desenvolver Educação em Saúde, não pode limitar-se a realizar ações e campanhas de cunho preventivo à saúde, é necessário “desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; organizar e realizar a ação, e avaliá-la com espírito crítico” (SÃO PAULO, 2001).

Diferentes compreensões de Educação em Saúde tem marcado a Educação em Saúde no Brasil. Candeias (1997, p.210) afirma que: “a Educação em Saúde consiste no planejamento e na execução das atividades que visam prevenir doenças e suprimir carências das populações, como

práticas inadequadas de higiene, que ignoram a importância de cuidados básicos para a prevenção e controle de epidemias”. Visão esta, pertencente a um ponto de vista tradicional e preventivo, que segundo Stotz (2007) foi um enfoque dominante nos serviços de saúde durante décadas, em que o conhecimento técnico está voltado a “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas. Não há nessa abordagem o enfoque as pessoas, sejam profissionais ou usuários, e sim a doença.

Outra definição é dada por Stotz (2007) que entende que a Educação em Saúde aparece como uma importante ferramenta em termos de controle social da população de risco e das pessoas doentes. Para ele, essa educação abrange diversas técnicas, desde aquelas destinadas a garantir a adesão a terapêuticas, o abandono de tratamentos, como também aquelas propostas à orientação para prevenir tratamentos entendidos como de risco, que é o caso da gravidez precoce, uso de drogas, alcoolismo, falta de higiene, sedentarismo e a ausência de exercício físico.

E ainda, outra compreensão de grande relevância para o presente projeto é a de L’Abbate (1994), que tem um olhar mais focado no profissional, uma vez que acredita que a função da Educação em Saúde é contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde como sujeitos autônomos, onde eles próprios estabelecem essa autonomia, baseando-se na idealização de um futuro diferente do que se vive atualmente. Para a construção desse futuro, é necessário por um lado o desejo do profissional para atuar, e, por outro, transformar esse desejo em ações do cotidiano, afastando-se do idealismo ou do imobilismo. Para a autora, a Educação em Saúde perpassa por um campo de práticas que se desenvolvem ao nível das relações sociais, e que são estabelecidas, em especial, pelos profissionais de saúde, entre si com a instituição, e principalmente entre si com o usuário.

Albuquerque e Stotz (2004) discorrem o quão difícil é efetivar ações educativas nas práticas cotidianas nos serviços de saúde. As ações quando ocorrem, são em grande parte por interesse individual dos profissionais, realizando atividades com grupos específicos, ou então com base em campanhas específicas, que nem sempre trazem resultados positivos, uma vez que provocam a paralisação dos profissionais, que acabam não tendo tempo

para o desenvolvimento de um trabalho mais estruturado. Como asseguram os autores (2004, p.264):

As atividades de educação em saúde são conduzidas, muitas vezes, de acordo como o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (hoje é dengue, amanhã é diabetes, depois a vacinação dos idosos e assim por diante), sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade que trabalhe sua autonomia e conscientização.

A partir das compreensões apresentadas, acredita-se que para chegar a um ideal, ou pelo menos, em algo passível de ser desenvolvido, há um caminho árduo a ser superado ainda, uma vez que a situação encontrada no Brasil é muito mais pontual que processual.

2.3 As ações e relações na Educação em Saúde

Apesar de ter apresentado uma evolução desde a década de 70, as ações de Educação em Saúde no Brasil ainda têm um longo caminho a percorrer e muito a evoluir. Para Falkenberg *et. al.* (2014) o processo de educação em saúde é intrínseco ao trabalho em saúde, entretanto, o que percebe-se, é que as práticas são elencadas na maioria das vezes em segundo plano, quando do planejamento e execução das ações, e na própria gestão.

E ainda, é comum o desenvolvimento dessas ações com o enfoque tradicional, em que é transmitido/ prescrito à população normas e regulamentos sobre como evitar a doença, não considerando a realidade individual. Dessa forma, cabe às pessoas acatar essas normas para que não fiquem doentes, pois ao não as executarem conforme as orientações dos profissionais, elas tornam-se “culpadas” pelos seus problemas de saúde. Este fenômeno é chamado de “culpabilização da vítima”, em que profissionais e o próprio serviço de saúde se isentam da responsabilidade da saúde da população, ao individualizar o processo de adoecimento (VASCONCELOS, 1999; PIMENTA *et al*, 2007 apud MACIEL, 2009).

Um exemplo clássico, dessa prática de culpabilização da pessoa por sua doença, ficou registrado na época da publicação da obra do escritor infanto-

juvenil Monteiro Lobato, no livro *Urupês*. A obra, publicada em 1918, trazia o personagem Jeca Tatu, um trabalhador rural do Vale do Paraíba (SP) que sofria do amarelão, doença posteriormente diagnosticada como ancilostomose, denunciando assim as precárias condições de vida da população. Naquele período a figura do personagem foi utilizada por campanhas sanitárias, fazendo indicação de que as origens dos problemas de saúde eram de responsabilidade de cada pessoa, não considerando os problemas sanitários que advinham da coletividade (FALKENBERG, 2014).

Falkenberg *et. al.* (2014) entende que para haver práticas efetivas em Educação em Saúde, e assim evitar a “culpabilização” dos atores, é essencial o envolvimento de três segmentos: profissionais engajados e que valorizem a prevenção e promoção tanto quanto as práticas curativas; gestores que tenham interesse e apoiem esses profissionais; e a população que necessita confiar nesses profissionais para que possa construir seus conhecimentos, e assim aumentar sua autonomia nos cuidados, tanto individual como coletivamente.

Nesse sentido, Flisch *et. al.* (2014) defende que a Atenção Básica, em especial o Programa Saúde da Família, é o nível mais conveniente para o desenvolvimento das ações em Educação em Saúde, visto que é nesse nível que se tem uma atenção integral, e que há impactos relevantes nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Ainda como propõe Salci *et. al.* (2013), a Estratégia de Saúde da Família como um modelo assistencial que desenvolve a atenção à saúde no contexto em que as pessoas vivem, apresenta-se com um cenário ideal para que essas questões sejam efetivadas na prática, pois presta atendimento à saúde direcionado à realidade da comunidade, baseando-se em suas necessidades e potencialidades.

Outro caminho possível para potencializar as práticas coletivas de Educação em Saúde, seria privilegiar ações longitudinais na Atenção Básica. O que significa, realizar práticas que não estão limitadas a ações pontuais, e que trabalham de forma periódica com um mesmo grupo de participantes, pois para eles essa característica tem possibilidade de criar espaços mais permanentes que levam o sujeito a ressignificar e reproduzir conhecimentos necessários ao alcance do processo de autonomia (FLISCH *et. al.*, 2014).

Neste processo de múltiplos atores e relações, é oportuno salientar, a importância da parceria entre a comunidade, os serviços de saúde (gestores) e

os profissionais nas práticas sobre o tema. No entanto, o papel das instituições de serviço, tem um peso maior, visto que tem a responsabilidade tanto na divulgação e promoção de programas para a comunidade, como no desenvolvimento das capacidades e formação dos profissionais, que necessitam constantemente de aperfeiçoamento tanto a nível de educação continuada como permanente (FALKENBERG *et. al.*, 2014). Assim como afirma Araújo (2010), para que as ações educativas em saúde surtam efeito, é necessário que os profissionais assumam o papel de mediadores e facilitadores, mas acima de tudo é preciso haver o reconhecimento institucional dentro do processo de trabalho, ou seja, não basta profissionais dispostos a desenvolver Educação em Saúde, se o sistema não reconhecer e apoiar as ações.

3. DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1. Descrição geral da organização do sistema local de saúde

O presente projeto será desenvolvido no Distrito Sanitário Matriz, órgão que faz parte da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A Secretaria de Saúde de Curitiba em seu escopo conta hoje com uma concretizada rede de serviços de saúde, que atende uma população de 1.879.355 habitantes, segundo IBGE (2015). A rede pública de serviços de saúde em Curitiba organiza-se da seguinte forma: dez distritos sanitários que comportam 109 serviços de atenção primária em saúde (41 Unidades de Saúde - US, 66 Unidades de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família - US/ ESF e 2 Unidades de Saúde/Especialidades), nove Unidades de Pronto Atendimento, doze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco unidades especializadas/especialidades médicas, dois Centros de Especialidades Odontológicas, dois Hospitais, um Laboratório de Análises Clínicas, uma Central de Vacinas, seis Residências Terapêuticas, um Centro de Zoonoses e 67 Espaços Saúde. Somado a isso ainda, existem contratos de prestação de serviços junto a clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (CURITIBA, 2015).

Os Distritos Sanitários têm a função de gerenciar e dar apoio administrativo às unidades municipais de saúde e demais órgãos da sua área de abrangência. O Distrito Sanitário da Matriz (DSMZ), assim como os nove demais, tem na sua lista de atribuições: apoiar as ações de controle de doenças e agravos; receber queixas e solicitações em relação a estabelecimentos de interesse a saúde e questões de saúde ambiental; inspecionar/ liberar licenças sanitárias e consulta comercial para os estabelecimentos comerciais e de saúde, e ainda realizar ações pertinentes ao papel de apoio e gerenciamento do sistema de saúde da região.

O DSMZ está instalado no bairro do Batel, na Rua Carmelo Rangel, 195, e atende usuários do SUS de dezoito bairros no entorno central: Água Verde, Ahú, Alto da Glória, Alto da XV, Batel, Bom Retiro, Cabral, Centro, Centro Cívico, Cristo Rei, Hugo Lange, Jardim Botânico, Jardim Social, Juvevê, Mercês, Prado Velho, Rebouças e São Francisco. É uma área com vários

bairros e extensa, mas vale ressaltar que alguns bairros por estarem no limite com outros distritos acabam tendo cobertura de dois distritos diferentes.

Atualmente o DSMZ conta em seu quadro funcional com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, biólogos, nutricionistas, agentes comunitário de saúde, técnicos administrativos. Esses funcionários estão distribuídos nos seguintes equipamentos de saúde:

- **Unidade de Saúde Mãe Curitibana** - Serviço de referência para as Unidades de Saúde de Curitiba no atendimento do Programa Mãe Curitibana, oferecendo atendimento especializado e incluindo exames de ultrasonografia em ginecologia. Desde de 2013, também atende seus usuários através do Programa Saúde da Família, com atendimento médico, odontológico e de enfermagem.

- **Unidade de Saúde Capanema** - Atende à população com base nos princípios do Programa Saúde da Família, oferecendo atendimento de enfermagem, médico e odontológico. Desenvolve também atividades programadas para grupos específicos, como: gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, pacientes da Saúde Mental entre outros. Desenvolve também atividades de promoção à saúde, e estímulo à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis.

- **Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho** - Atende à população, através de consultas com médicos generalistas, atendimento odontológico e de enfermagem. Oferece também terapia de apoio em parceria com a Universidade Tuiuti (nutrição, hidroterapia, oficina da voz, enfermagem, terapia ocupacional) e serviço de fisioterapia preventiva. São desenvolvidas atividades de educação física e hidroginástica em parceria com a SMEL (Secretaria Municipal de Esporte e Lazer), e a FAS (Fundação de Ação Social) realiza atividades educativas e lúdicas para a população que é atendida pela Unidade.

- **Centro de Especialidades Médicas Matriz** - Atende à população, através de consultas médicas nas especialidades de homeopatia e acupuntura,

e ambulatório de psiquiatria. Atende somente os pacientes encaminhados pelas Unidades de Saúde.

- **Centro de Especialidades Odontológicas Rosário** - Atende à população, através de agendamento nas Unidades Básicas de Saúde para consultas odontológicas nas seguintes especialidades: endodontia (infantil e adulto), lesões de boca, periodontia, odontopediatria, ortodontia preventiva (06 a 09 anos), cirurgia de 3º molar.

- **Centro de Orientação e Acolhimento (COA)** - é um serviço de prevenção em HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, que realiza diagnóstico do HIV através de Teste Rápido, acompanhado de aconselhamento, de forma anônima, gratuita e confidencial. É um equipamento de saúde gerenciado pelo Distrito Sanitário Matriz, entretanto presta atendimento a população de todo município.

Além desses serviços que atuam assistencialmente dentro do Distrito, têm-se as equipes de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e a equipe administrativa.

As atividades de Vigilância Sanitária (VISA) iniciaram no município em 1992, com a implantação de equipe composta por funcionários do município e outros cedidos pelo Estado. As ações da VISA nasceram e até hoje são pautadas na eliminação, diminuição e prevenção de riscos à saúde e na intervenção dos problemas sanitários do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Cada distrito do município possui uma característica própria quanto aos estabelecimentos e a população presente em sua área de atendimento. O DSMZ, por abranger a região central, atende um grande número de estabelecimentos ligados a alimentação (restaurantes, lanchonetes, supermercados, padarias) e também da área de saúde (hospitais, clínicas e farmácias). Diante desse amplo e diversificado universo de estabelecimentos que compõem a cadeia de produtos e serviços de interesse à saúde, as ações de Vigilância Sanitária de Curitiba, como um todo, são organizadas de modo a manter um acompanhamento sistematizado, priorizado através de critérios

técnicos e legais utilizados para a definição dos estabelecimentos e de serviços de maior risco para a ocorrência de agravos (CURITIBA, 2015).

Já o trabalho da Vigilância Epidemiológica tem a finalidade de detectar casos e/ou surtos de doenças, além de contribuir para execução de ações de controle desses agravos, que necessitam ser notificadas pelos profissionais de saúde para a alimentação do Sistema Nacional de Notificação.

3.2. Diagnóstico da situação-problema:

3.2.1. Descrição do método de diagnóstico

O dia-a-dia ajuda a identificar problemas e necessidades vivenciadas no processo de trabalho que, por vezes, são de difícil resolução. Por isso, são necessários a troca de experiências e ideias de vários atores para se alcançar bons resultados.

Atuando na Vigilância Sanitária e Ambiental, é possível verificar diversas situações em que a resolução de um problema depende das ações da população porém, nem sempre a população tem disponível os conhecimentos necessários para enfrentar sozinha determinadas dificuldades.

O SINAN é um sistema que tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica. Os dados do SINAN são coletados pelas unidades assistenciais quando há a suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esses dados são coletados a partir da ficha individual de notificação, que deve ser encaminhada aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais. Esses dados são liberados através de relatórios, que indicam os principais agravos epidemiológicos do município, e que no caso de Curitiba podem ser retirados por distrito de abrangência, o que facilitou o trabalho, uma vez que possibilitou

identificar as principais doenças notificadas no Distrito Sanitário Matriz (IBGE, 2016).

3.2.2. Resultados obtidos a partir do diagnóstico

A partir de dados dos boletins epidemiológicos do município, estima-se que a população que é atendida ou pelo menos está cadastrada nas unidades de saúde do DSMZ em 2015 é de 195.925 pessoas (CURITIBA, 2015).

Entre essa população, os agravos e doenças com maior incidência, que são monitorados pela vigilância epidemiológica e identificados nas notificações do Sistema Nacional de Notificação (SINAN) são o atendimento antirrábico, principalmente pela mordedura de cães e o HIV+/ Aids. Ainda outros agravos que são notificados no SINAN e podem ser considerados relevantes são o atendimento por animais peçonhentos, dengue, leptospirose, meningite, varicela, intoxicações exógenas, violência, hanseníase, tuberculose, hepatite viral, sífilis não especificada, gestantes portadoras do HIV+, criança exposta ao HIV, gestante com sífilis, sífilis congênita e gestante com toxoplasmose, conforme é apresentado no quadro 1.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Acidente por animal peçonhento	192	152	149	124	88	99	90
Atendimento antirrábico	477	450	456	539	517	527	527
Coqueluche	0	0	1	8	9	6	0
Dengue	5	23	5	9	19	14	37
Doença Exantemática	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirose	4	14	16	10	11	11	14
Meningite	39	39	53	40	40	28	19
Varicela	122	619	231	227	185	119	124
Intoxicação Exógena	99	96	109	96	110	125	80
Violência	55	34	32	54	86	87	108
Hanseníase	4	4	6	5	6	4	1
Tuberculose	57	53	61	56	61	47	41
Hepatite viral	60	91	169	120	102	108	117
Sífilis não especificada	0	1	66	31	41	44	90
HIV+/ Aids	134	168	180	170	226	285	252
Aids criança	0	0	1	2	0	1	0
Gestante HIV+	12	9	7	8	7	5	4
Criança exposta ao HIV	0	0	8	5	4	3	1
Gestante com sífilis	3	9	9	16	12	10	23
Sífilis congênita	3	9	8	7	2	3	9
Gestante com toxoplasmose	0	4	2	3	4	2	5

QUADRO 1 – SÉRIE HISTÓRICA DO DS MATRIZ

Fonte: Elaborado pelo DSMZ. Dados atualizados em 09/11/15.

Na série histórica de agravos de importância epidemiológica dos anos de 2009 a 2015, onde é possível verificar o número de casos de cada doença em cada ano, bem como as doenças com maior incidência na regional. Analisando o quadro, percebe-se que alguns desses agravos ocorrem devido a atitudes de cunho individual, por exemplo, o atendimento ao acidente rábico está muito ligado à postura das pessoas, uma vez que muitos acidentes acontecem com crianças e por falta de cuidados simples ao manipular os animais, porém as pessoas necessitam de orientações e informação sobre o assunto, esta é a parte dos serviços de saúde que também é corresponsável diante destes números.

4. PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO- PROBLEMA

4.1. Proposta técnica:

A partir do referencial teórico, dos dados coletados e das observações que ocorrem rotineiramente durante o processo de trabalho, percebeu-se a necessidade de implantar um Núcleo de Educação em Saúde no Distrito Sanitário Matriz, com intuito de colaborar nas questões educativas relacionadas à saúde da população da área da regional.

Entende-se que implantar e desenvolver educação em saúde de forma permanente é algo trabalhoso e difícil, uma vez que envolve diversos equipamentos da gestão pública, não somente a saúde, bem como necessita do envolvimento dos profissionais, que muitas vezes enredados por sua rotina diária, não conseguem se comprometer.

Dessa forma, acredita-se que para haver uma mudança nesse contexto, inicialmente é necessária a sensibilização dos gestores, para que estes compreendam a importância da Educação em Saúde, atrelem-na nos processos de trabalho e assim incitem sua equipe na participação.

Outra questão relevante para que o projeto apresente bons resultados é buscar o envolvimento de atores da comunidade, pois a medida que estes não participam não há como avaliar se o trabalho está provocando ou não mudanças.

4.1.1 Plano de implantação

A fim de contemplar os objetivos do projeto a proposta é implantá-lo em etapas, que serão divididas nos seguintes momentos:

- Junho/ 2016 - Apresentação da proposta e sensibilização dos gestores:

Nessa etapa estariam inclusos os gestores do DSMZ, incluindo as chefias imediatas (Vigilância Sanitária e Epidemiológica), Coordenações das Vigilâncias e das Unidades de Saúde, e Supervisão do Distrito. Esse momento será feito durante uma das reuniões do grupo de Gestão que ocorre

semanalmente. É uma ocasião de apresentação e sensibilização, no entanto estará aberto para sugestões de melhoria.

- Agosto/ 2016 - Discussão do projeto em pequenos grupos, dentro dos equipamentos da saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Unidades de Saúde):

Fase em que o projeto será apresentado e discutido com grupos menores, dentro de cada equipamento de saúde do DSMZ. É importante a participação de técnicos de diferentes áreas da saúde, para que seja discutido realidades por ângulos e conhecimentos diferentes. Serão apresentados e discutidos nessa etapa, os principais agravos e problemas de saúde identificados durante o diagnóstico.

- Setembro/ 2016 - Oficina de apresentação do projeto com servidores de outras secretarias (Educação, Fundação de Assistência Social, Meio Ambiente, Esporte e Lazer) e comunidade:

Tendo em vista, que o processo da Educação em Saúde perpassa outras áreas e saberes que não só os da saúde entende-se como imprescindível a participação de profissionais de outras áreas no projeto, pois assim como expõe L'Abbate (1994) que para desenvolver ações educativas do cotidiano não é necessário ser especialista em teorias da educação, acredita-se também que para o desenvolvimento da Educação em Saúde, não é necessário ser especialista em Saúde, e sim conhecer os aspectos importantes a serem trabalhados com a população, além de que muitas questões relacionadas à saúde são dependentes de outros setores.

Nesse momento, será realizada uma oficina, em que serão convidados profissionais/ servidores das secretarias de Educação, Fundação de Assistência Social, Meio Ambiente, Esporte e Lazer, Administração Regional, representantes de escola estadual que esteja na área de abrangência, líderes comunitários, e presidentes dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde. Nessa oficina serão expostos aos participantes os objetivos do projeto e os dados que motivaram a elaboração do mesmo.

- Novembro/ 2016 - Formação do grupo que fará parte do Núcleo:

A partir dos três encontros com a exposição do projeto, será formado o Núcleo, que será composto por profissionais da saúde e demais secretarias, e representantes da comunidade que tiverem interesse em desenvolver Educação em Saúde e fazer parte do projeto.

Tendo em vista, que não é possível a formação de um grupo muito grande, devido a falta de espaço físico e até por questões organizacionais, o objetivo é trabalhar com uma metodologia de multiplicadores, em que determinadas ações possam ser multiplicadas pelos participantes junto a seus pares de trabalho. Para a formação do grupo serão necessários dois representantes dos seguintes equipamentos:

- 1) Secretarias de Educação, Fundação de Assistência Social, Meio Ambiente, Esporte e Lazer, Administração Regional;
- 2) Vigilância Sanitária;
- 3) Vigilância Epidemiológica;
- 4) Saúde do Trabalhador;
- 5) Unidades de Saúde;
- 6) Conselho Local ou Distrital de Saúde;
- 7) Escola Estadual;
- 8) Líderes Comunitários.

Vale ressaltar que será solicitado que ao menos um dos representantes possa estar presente nas reuniões, e também que, caso em algum equipamento tenha mais interessados em participar do grupo, será aberto o espaço.

O objetivo em formalizar um grupo, é para que haja o comprometimento dessas pessoas em participar dos encontros, bem como para que ocorra o acompanhamento das ações e atividades propostas ao longo das reuniões.

- Fevereiro/ 2016 - Construção de propostas:

A partir do momento que o grupo estiver formado, iniciarão os trabalhos de capacitação, sensibilização, treinamentos e outras intervenções visando a formação dos representantes de cada equipamento, sejam gestores, trabalhadores ou usuários do SUS. As reuniões deverão ser mensais, podendo

haver outras atividades extras quando o grupo acordar, e os assuntos nas reuniões serão tratados conforme pauta constituída sempre em reunião anterior.

4.1.2 Recursos

Entre os recursos necessários estão projetados recursos humanos, material de expediente, equipamentos e espaço físico.

Recursos humanos	Material de expediente	Espaço e equipamentos
- Equipe multiprofissional, contemplando profissionais relacionados à área de saúde, meio ambiente, educação, serviço social, e também representantes da comunidade.	- Papel sulfite (10000 folhas); - Canetas; - Papel cartão colorido (20 unidades); - 1 rolo de barbante; - 20 pincéis atômicos. - Material gráfico: 50.000 folders, 1000 cartazes, 15 banners.	-1 sala disponível para as reuniões mensais, ou quantas vezes for necessário. - 1 computador e 1 impressora a disposição para utilizar com as questões do Núcleo.

QUADRO 2 – RECURSOS NECESSÁRIOS

Fonte: Autora (2016).

4.1.3 Resultados esperados

A avaliação será realizada no decorrer do desenvolvimento do projeto, uma vez que a pretensão é a implantação de um núcleo permanente de Educação em Saúde.

O primeiro indicativo de positividade será a participação ou não dos profissionais/ servidores e usuários. A partir do desenvolvimento das ações, serão analisados constantemente se haverá diminuição dos índices apresentados nos boletins epidemiológicos da Secretaria de Saúde.

5. CONCLUSÃO

Apesar dos avanços já alcançados pela Educação em Saúde no Brasil, é muito comum ainda depararmos com práticas educativas em que são priorizadas ações de cunho curativo – preventivo, reduzidas apenas a divulgação de informações de forma fragmentada e distante da realidade da população.

Muitas das práticas encontradas na literatura sobre o tema vêm de profissionais que preocupados com alguma situação ou problema específico, desenvolvem projetos que beneficia uma partícula da população, por exemplo, grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos, etc.

No Distrito Sanitário da Matriz, órgão de interesse do projeto, não é diferente, e por esse motivo é que o presente trabalho objetiva implantar um Núcleo de Educação em Saúde no DSMZ, a fim de que profissionais deste equipamento de saúde, bem como de outras secretarias, possam ser instrumentalizados para o desenvolvimento do processo educativo em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para usuários do SUS.

É importante salientar, no entanto, que para a efetivação dessas ações é necessária a parceria entre os gestores, profissionais e a comunidade. Visto que, nenhum desses atores consegue trabalhar independente, sem o apoio dos outros.

É comum e ocorre repetidamente no sistema de saúde, a culpabilização do indivíduo pela sua doença, isentando o serviço e os profissionais da responsabilidade. Porém, o serviço de saúde, representado pelo Estado, é o segmento responsável pela promoção da saúde à população, assim como prevê a Constituição Federal (1988), artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso, é também de responsabilidade do serviço de saúde a promoção de educação permanente e continuada a seus profissionais, visto que não adianta profissionais interessados e dedicados em desenvolver a

Educação em Saúde, se não houver a formação e o apoio institucional para a continuidade das ações.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.8, n.15, p. 259-274, mar/ago. 2004.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

ARAÚJO, V.S. Educação em Saúde para Idosos na Atenção Básica: Olhar dos Profissionais de Saúde. 2010. 167 f. **Dissertação** (Mestrado de Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.2, abril- 1997.

CARNEIRO, A.C.L.L.; SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLI, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev. Panam. Salud Publica**. 2012. n.31, v.2, p.115–120.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Site da Secretaria Municipal de Saúde**. Acesso em janeiro/2016.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, L.P.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. N.19, v.3, p.847-852, 2014.

FLISCH, T.M.P.; ALVES, R.H.; ALMEIDA, T.A.C.; TORRES, H.C.; SCHALL, V.T.; REIS, D.C. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, 2014. n. 18, supl. 2, p.1255-1268.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.4, p.481-90, 1994.

MACIEL, M.E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Rev. Cogitare Enferm**. n.14, v.4, p.773-776, 2009 - Out/Dez.

SALCI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. G.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 22, núm. 1, jan.-mar, 2013, pp. 224-230.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas - Teoria e Prática**. São Paulo, 2001.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5: p. 538-542, 1997.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) **Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p.11-22.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, p. 121-126, fev. 2001.