

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

MURILO MOREIRA DA SILVA LIMA

**A INTERSETORIALIDADE NA RESOLUTIVIDADE DOS
DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE PEDRA BONITA – MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2015

MURILO MOREIRA DA SILVA LIMA

**A INTERSETORIALIDADE NA RESOLUTIVIDADE DOS
DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE PEDRA BONITA – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2015

MURILO MOREIRA DA SILVA LIMA

**A INTERSETORIALIDADE NA RESOLUTIVIDADE DOS
DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE PEDRA BONITA – MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Agma Leozina Viana Souza – Orientadora

Prof^a. Fernanda Magalhães Duarte Rocha – Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 25 de Maio de 2015.

RESUMO

Tomando como pressuposto que a organização dos serviços de saúde não se reduz à dimensão meramente técnica, entende-se que ela está profundamente ligada à estrutura social local concreta e toda a dinâmica que envolve as relações ali estabelecidas, como por exemplo, os determinantes econômicos, políticos, ideológicos, culturais. O objetivo principal deste estudo foi o de elaborar um Plano de Intervenção, através de protocolo intersetorial para as necessidades da população local, com base no Diagnóstico Situacional da Equipe para a cidade de Pedra Bonita, Minas Gerais. O caminho metodológico se pautou por uma pesquisa descritivo-exploratória, o que proporcionou uma maior familiaridade com o problema pesquisado. Embasada em literatura pertinente sobre o assunto usando como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) o planejamento em saúde, estratégia de saúde da família e determinantes sociais de saúde. Utilizou-se ainda uma análise situacional em saúde do município, obtida através da estimativa rápida para identificar os nós críticos e propor ações concretas na solução dos objetivos propostos. Pelo estudo fica claro que o trabalho da Estratégia da Saúde da Família com as ações intersetoriais é um recurso facilitador para as equipes de saúde. Concluindo que a prática da intersetorialidade precisa ser inserida na rotina de gestores e profissionais de saúde para que ações de promoção de saúde não se tornem a repetição de modelos reconhecidamente pouco impactantes na melhoria de condições de saúde da população.

Palavras-Chave: Planejamento em saúde. Estratégia de saúde da família. Determinantes sociais de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to develop a Intervention Plan through intersectoral protocol for the needs of the local population, based on Team Situational Diagnosis for the city of Pedra Bonita, Minas Gerais. Taking for granted that the organization of health services is not restricted to purely technical dimension, it is understood that it is deeply linked to concrete local social structure and all the dynamics involving the relationships established there, such as the economic determinants, political, ideological, cultural. The methodological path was marked by a descriptive and exploratory research, which provided a greater familiarity with the researched problem. Grounded in the literature on the subject using as Descriptors in Health Sciences (DeCS) health strategy for the family, social determinants of health and planning in health. It was used even a situational analysis in municipal health, obtained by rapid assessment to identify critical nodes and propose concrete actions to solve the proposed objectives. The study it is clear that the work of the family health strategy intersectoral action is an enabling resource for the health teams. Concluding that the practice of intersectoral needs to be inserted into the routine health managers and professionals for health promotion actions do not become a repetition of known models and admittedly somewhat striking improvement of health conditions of the population.

Keywords: health planning, health strategy for the family, social determinants of health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4	OBJETIVOS.....	19
	4.1 Objetivo Geral.....	19
	4.2 Objetivos Específicos.....	19
5	METODOLOGIA.....	20
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
7	DISCUSSÃO.....	25
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, a Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Verifica-se de acordo com Campos e Guerreiro (2010) que a Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

Tomando como pressuposto que a organização dos serviços de saúde não se reduz à dimensão meramente técnica, Araújo & Rocha (2007) entendem que ela está profundamente ligada à estrutura social local concreta e toda a dinâmica que envolve as relações ali estabelecidas, como por exemplo, os determinantes econômicos, políticos, ideológicos, culturais. Dessa forma se faz pertinente conhecer e respeitar o conjunto desses processos, a fim de se elaborar e implantar rotinas de atendimento que venham atender à demanda espontânea local, muitas vezes com baixa densidade tecnológica e pouca resolutividade, sem organização de referência e contra-referência, além de considerável rotatividade de profissionais, especialmente médicos, em sua maioria sem formação ou experiência anterior em trabalho.

Além disso, faz-se necessário, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, de forma a incorporar, não apenas novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, garantindo uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAUJO & ROCHA, 2007. p. 59).

Portanto, o conhecimento da realidade macro (município) pode auxiliar no alinhamento de propostas e mudança de paradigmas, gerando resultados mais efetivos no trabalho realizado na área micro (área de abrangência da ESF). Tal fato levou a equipe do Programa de Saúde da Família do Município de Pedra Bonita – Minas Gerais, durante as reuniões de trabalho a decidir sobre a necessidade de atualização do diagnóstico situacional da área adstrita com o objetivo de conhecer melhor o território e a população local, a fim de elaborar um planejamento com foco em ações em saúde condizentes com as demandas emergentes na comunidade.

No que diz respeito à assistência à saúde, a cidade de Pedra Bonita possui a unidade básica com equipes de saúde da família, e uma cobertura de 85% do território. Os atendimentos do nível secundário ocorrem na policlínica e nos ambulatórios periféricos, exames complementares são realizados por um laboratório municipal, mas a grande parte por conveniados. Há um Conselho Municipal de Saúde com composição padrão, que se reúne quinzenalmente para discutir e encaminhar demandas locais.

A Unidade Básica de Saúde - Programa de Saúde da Família de Pedra Bonita, se localiza no centro do território de abrangência. Um grande número de residências não tem saneamento básico e mesmo com abastecimento, não há tratamento adequado da água distribuída. Alguns córregos cortam a região, caracterizando verdadeiros esgotos a céu aberto. A concentração de animais nas ruas, principalmente cachorros e ratos, é queixa comum dos moradores da região. Com o relevo tortuoso, muitas ruas não têm acesso a transporte coletivo ou mesmo particular, observam-se muitas ruelas, becos e travessas, grande parte sem calçamento.

Há uma creche e uma escola de ensino médio e fundamental, onde estão matriculados aproximadamente 400 alunos. Há uma igreja católica tombada pelo

patrimônio histórico, e cerca de 12 igrejas evangélicas. O comércio local é escasso, basicamente composto por mercearias, bares e salões de beleza, além dos principais serviços, como banco e correios.

É uma área com graves problemas sociais como tráfico de drogas, abuso de álcool, violência doméstica. Morbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças infecto parasitárias e respiratórias mantêm frequência com padrão semelhante ao da população em geral. Destaca-se o grande número de gestantes, principalmente adolescentes, em relação á outras equipes de municípios da microrregião.

As percepções de saúde da população e a priorização de ações da equipe convergem para o planejamento de atuação nas questões adolescentes, como maneira de intervenção nos âmbitos de evitar gravidez indesejada, diminuição de danos causados pelo uso e abuso de drogas e prevenção de violência. Observa-se também um grande número de óbitos concentrados na faixa etária de 15 a 19 anos, principalmente devido a causas externas.

Entre os vários problemas enfrentados pelo município elencou-se para este estudo, como problema prioritário a ser analisado: a evasão escolar e abandono dos estudos para o trabalho nas lavouras cafeeiras da região, o que culmina no difícil acesso ao emprego e/ ou subempregos, baixa escolaridade e analfabetismo, tráfico de drogas, violência doméstica e externa. Dessa maneira, a população se caracteriza pela vulnerabilidade social e as várias consequências que essa situação pode gerar.

Dessa forma os problemas acima relacionados se apresentam como nós críticos determinantes e condicionantes de saúde no município, verificando-se que a intersetorialidade relaciona as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, por exemplo, as questões de ambiente e saneamento, ciência e tecnologia, educação, etc.

2 JUSTIFICATIVA

Tomando as prerrogativas apresentadas o estudo ora proposto, justifica-se pela necessidade de equacionar as informações obtidas, construindo um perfil mais próximo possível da realidade local através do diagnóstico situacional, em favor da construção de um plano de ação resolutivo que incorpore os princípios da Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (SUS) estruturando todo processo a partir da Unidade de Saúde da Família (USF).

Enfatiza-se ainda a importância de se elaborar um diagnóstico situacional e um plano de ação intersetorial, que se aproxime o máximo dos determinantes sociais de saúde no retrato da saúde e da qualidade de vida dessa comunidade.

Vale destacar que segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), a territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adstrita. Para tal, as equipes de saúde devem: 1) realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares, o que permite identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco dessa população; 2) elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde - doença; 3) prestar assistência integral na Unidade Saúde da Família (USF), na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; 4) desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), o desenvolvimento de ações com base territorial, buscando a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias que garantam a construção da cidadania, é parte dos princípios gerais da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

Tal política traz como prerrogativas atribuições a todos os profissionais das equipes de saúde, em especial aqueles atuando na Estratégia de Saúde da Família, desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar essas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins voltados para a promoção de saúde.

Destaca-se ainda que toda ação intersetorial é também uma estratégia importante para a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo.

Nesse contexto, as diretrizes da atual Política Nacional de Estratégia de Saúde da Família apontadas anteriormente pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, indicam também a necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e o desenvolvimento de ações intersetoriais para reforçar a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

O protagonismo e compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é, portanto, cada vez mais importante, apontando, nas várias esferas de decisão, para a pertinência de considerar aspectos ligados ao processo saúde-adoecimento como parte de políticas específicas de todos os setores envolvidos com a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006, p. 95).

Conforme Raposo (2003) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza como direitos fundamentais das crianças e adolescentes: o direito à vida e à saúde, à liberdade, ao respeito e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, cultura, esporte e lazer, e à profissionalização e proteção no trabalho. O ECA estabelece o direito à vida e à saúde como um dos cinco direitos fundamentais garantidos a todas as crianças e adolescentes brasileiros.

Destaca-se portanto, que a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8080/90, prevê a integração de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Assim sendo, a descentralização das ações e serviços de saúde reflete uma forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. O atendimento integral confere prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade pressupõe o direito de todo cidadão participar dos Conselhos de Saúde nos diferentes níveis governamentais, com a criação de espaços para que a comunidade intervenha na formulação, controle e gestão dos serviços de saúde.

Ressalta-se entre os princípios que regem os serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS):

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Tal como se vê, alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) expressam uma relação direta com a política de atendimento à infância e à

adolescência determinada pelo Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA). “A garantia do direito à Saúde remete à efetivação da política de atendimento para a infância e adolescência”, conforme as diretrizes estabelecidas pelo ECA, Lei 8.069/90 (BRASIL, 1990. p. 57).

Dessa forma, a efetivação do direito à saúde pressupõe a articulação de uma rede regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde, os quais devem ser regidos pelos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, conforme previsto na legislação do SUS.

A efetivação dos princípios da universalidade e igualdade perpassa a implantação de uma política descentralizada e articulada, cujo modelo se encontra delineado pela legislação do SUS e do Estatuto. Por consequência, esse modelo descentralizado sinaliza a importância da integração operacional de diversos órgãos para a efetivação do atendimento integral e prioritário da criança e do adolescente. No entanto, ainda que estejam definidos os direitos humanos fundamentais da infância e juventude brasileiras, verifica-se que no cotidiano esses direitos estão longe de serem garantidos (BRASIL, 2006).

Verifica-se um descompasso entre as garantias legais à saúde e a realidade cotidiana de adolescentes e de jovens isto se deve a múltiplos fatores, dos quais se destacam: a tradicional ênfase em programas de saúde direcionados à mulher e à criança; o mito de que as pessoas jovens não adoecem; o baixo percentual de profissionais da Atenção Básica capacitados para o atendimento; a noção de que apenas os “especialistas” e os centros de referência seriam suficientemente qualificados para atender às suas demandas; a falta de integração entre os serviços de saúde e as demais instituições públicas e não governamentais que atendem à população jovem (BRASIL, 2006, p. 19-20).

Essa totalidade de variáveis aponta para a necessidade de incluir, de forma mais abrangente e efetiva, a saúde de adolescentes e jovens nos instrumentos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de concretizar as ações propostas para esta parcela da população. Sendo que as questões prioritárias de atenção à saúde de adolescentes e jovens são: o crescimento e desenvolvimento saudáveis; a saúde sexual e reprodutiva; e a redução da morbimortalidade por violência e acidentes.

Toda promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis remete ao acompanhamento sistemático dos adolescentes nas unidades básicas de saúde, subsidiado pela utilização da caderneta de saúde do adolescente, reconhecida como instrumento de cidadania para essa população. Além das ações intersetoriais que devem complementar a integralidade da atenção no SUS e compor as estratégias desse modelo de atenção.

O que tange à saúde sexual e reprodutiva entende-se que está fundamentada na garantia e no reconhecimento dos adolescentes enquanto sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, capazes de assumir com responsabilidade e autonomia as próprias escolhas. Assim: garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, de ambos os sexos, no contexto dessa Política, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha para aqueles que não querem engravidar ou querem planejar uma gravidez, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, que deve ser assegurada de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada e vivenciada de maneira saudável (BRASIL, 2006).

Considera-se para tanto, que cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência de qualidade e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a saúde sexual e reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, oferecendo um serviço de contracepção e planejamento familiar específico para adolescentes e com acesso facilitado a estes (BRASIL, 2006).

De outro lado o trabalho com a prevenção de acidentes e violência na adolescência e juventude por meio de um conjunto de ações educativas voltadas para a mudança de atitudes e o desenvolvimento de habilidades. Conforme a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, “as ações a serem desenvolvidas são aquelas inerentes à promoção da saúde e voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, incluindo as ações destinadas ao tratamento das vítimas, nestas compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes resultantes desses eventos” (BRASIL, 2006, p. 30).

Como se pode observar, essas questões prioritárias, consideradas eixos de ação da Política de Saúde do Adolescente e Jovem, pressupõem o fortalecimento da atenção básica, por meio das ações intersetoriais que compreendem um trabalho de prevenção e redução das vulnerabilidades, além de prever a assistência a agravos relacionados ao uso do álcool e outras drogas, fatores de risco para acidentes de trânsito, ou seja, considerando a necessidade de implementar na saúde um novo olhar da Atenção Básica na ESF tendo por estratégia prioritária a atenção à saúde do adolescente (Brasil, 2006).

De acordo com tal política: A Atenção Básica deve, em especial, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C&D), garantir a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de ambos os sexos, incluindo o acesso a métodos contraceptivos, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas, e desenvolver ações educativas com grupos (BRASIL, 2006, p. 21).

Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), “a violação dos direitos das crianças e adolescentes está relacionada a várias condições básicas, sendo algumas delas, a prática de uma ação contrária ao direito assegurado ou mesmo a omissão e ameaça ante o cumprimento desses direitos” (BRASIL, 1990. p. 48).

No que tange à saúde, são identificadas algumas formas de violação desse direito, como se verifica com o seu não cumprimento. Para se definir as violações a esse direito, o SIPIA (Sistema de Informação para a Infância e Adolescência) considera a necessidade de um tratamento rigoroso para a explicação de cada uma das formas possíveis de violação dos direitos à saúde de crianças e adolescentes (BRASIL, 1997).

Sucintamente apresenta-se algumas, fazendo referência ao dispositivo da lei que é violado:

Não atendimento médico: falta de atendimento pré e perinatal (Art. 8º); falta de atendimento emergencial (Art. 11); falta de atendimento especializado (Art. 11); falta de acompanhamento médico de rotina (Art. 11); falta de equipamento (Art. 11)/ Atendimento médico deficiente (aplica-se aos casos em que são

provocados danos à vida e à saúde da criança ou adolescente por incorreção ou deficiência no atendimento prestado); cirurgias desnecessárias, danos cirúrgicos, esterilização de adolescente, intoxicação medicamentosa, interrupção de tratamento, diagnóstico incorreto, tratamento incorreto, falta de medicamento, falta de precedência no atendimento à criança e ao adolescente, falta de orientação aos pais no tratamento da criança (Art. 4º), negligência no atendimento. Além disso, são considerados danos à vida e à saúde de crianças e adolescentes: omissão de socorro, recusa de atendimento médico por razões filosóficas, ideológicas ou religiosas, falta de registro e/ ou denúncia de maus-tratos (Art. 13), falta de notificação de doenças infectocontagiosas, falta de saneamento básico etc. Práticas hospitalares e ambulatoriais irregulares: trata-se de ações por parte de hospitais e ambulatórios no que se refere a direitos de registro, de identificação e de acompanhamento; proibição de permanência do responsável em caso de internação (Art. 12), falta de alojamento conjunto no nascimento (Art. 10, inciso), inexistência ou não preenchimento de prontuário, não fornecimento de declaração de nascimento, entre outros./ Irregularidades na garantia da alimentação: são as ações ou omissões do Estado ou da sociedade que acarretam riscos ou danos à criança ou ao adolescente, por falta de alimentação e nutrição ou por suas más condições (Art. 9)./ Atos atentatórios à vida: são ações deliberadas que atentam contra a vida de crianças e adolescentes: homicídio, tentativa de homicídio, cirurgias com fins ilícitos. (BRASIL, 1997, p. 18-19).

Diante do exposto verifica-se toda vulnerabilidade a que estão sujeitos os adolescentes e jovens no contexto atual da sociedade brasileira. Sob este aspecto, podemos evidenciar a importância dos fatores externos, os quais constituem uma poderosa influência sobre o modo como adolescentes e, também, os jovens pensam e se comportam; os elementos que compõem o meio em que eles vivem: como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e os sistemas legal e político (BRASIL, 2006).

Tal quadro é traduzido pelos problemas mais comuns que acometem esse grupo etário, entre os quais podemos citar a gravidez na adolescência, o alcoolismo, a dependência química, além dos mais variados tipos de agravos à saúde do adolescente e jovem. Dessa forma, o paradigma da garantia dos direitos, que se refere à condição de cidadania das crianças e adolescentes, se inscreve na ordem dos limites da normativa jurídica e da política de atendimento. Entende-se dessa maneira que a gestão e funcionamento do sistema de garantia de direitos encontram-se,

atualmente, ameaçados pelos limites de caráter estrutural e conjuntural devido às tendências de flexibilização e focalização das políticas públicas (BRASIL, 2006. p. 78).

Conforme Nogueira (2003) no âmbito da saúde, as políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde são tendências que se configuram como verdadeiros entraves ao processo de implantação do SUS.

Faz-se necessário ressaltar a importância nos contornos dessa política, do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários por meio de ações de promoção e educação em saúde e prevenção de agravos revela-se uma estratégia de impacto no sentido de minimizar as iniquidades relacionadas ao preconceito, à exclusão e à discriminação.

Infere-se portanto que a promoção da saúde de adolescentes e jovens precisa incorporar ações no serviço de saúde e intersetoriais no combate às desigualdades e iniquidades relacionadas à raça, etnia, gênero e orientação sexual, e a outras formas de exclusão e discriminação. Valendo destacar que apesar de serem estas variantes de cunho sócio cultural, entende-se que são de grande impacto sobre o bem-estar psicológico e emocional – e, inclusive, sobre a dimensão física da saúde – tendo assim uma dimensão devastadora na vida desta população (BRASIL, 2006).

Iniciativas locais que fomentam a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção social, as atividades culturais e esportivas devem ser apoiadas e valorizadas. Os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos de referência e contra referência com essas iniciativas, quer sejam governamentais ou não (BRASIL, 2006, p. 22).

Verifica-se, porém, que na prática cotidiana, as iniciativas na área de promoção da saúde de adolescentes e jovens são tímidas e porque não dizer limitadas e, às vezes, inviabilizadas por conta da carência de recursos materiais e infraestrutura das unidades de saúde. Tendo os profissionais de saúde que enfrentar uma série de problemas, dentre os quais: a falta de espaço físico adequado, a falta de material educativo, insumos etc. Além disso, acrescenta-se a

ausência de uma rede de serviços de referência e contra-referência para dar suporte às referidas unidades.

Lamentavelmente as ações são fragmentadas e assistemáticas, pois muitas vezes limitam-se ao calendário de datas comemorativas e campanhas de saúde pontuais. A intersetorialidade defendida pela política de saúde é prejudicada pela ausência de um planejamento articulado que consiga envolver todas as unidades da rede de atenção básica e parcerias importantes como a escola, acarretando uma duplicidade de ações.

Além disso, as atividades desenvolvidas dentro dessas unidades, na maioria das vezes, limitam-se às palestras em salas de espera e à abordagem grupal para distribuição de preservativos, que não costumam atrair a atenção do público adolescente. A participação juvenil é restrita e não se efetiva nas instâncias de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde e controle social do SUS.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Elaborar um Plano de Ação, através de protocolo intersetorial para as necessidades da população, com base no Diagnóstico Situacional da Equipe para a cidade de Pedra Bonita, Minas Gerais.

4.2 Objetivos Específicos:

- Conhecer as famílias que tem crianças e adolescentes da área de abrangência da equipe;
- Identificar os motivos da evasão escolar, acionando os serviços de apoio e proteção da criança e do adolescente disponíveis na comunidade;
- Apresentar o protocolo aos serviços de apoio e proteção da criança e do adolescente.

5 METODOLOGIA

Para este estudo optou-se pela metodologia descritivo-exploratória, que conforme Gil (1998) descreve as características de determinadas populações ou fenômenos, proporcionando uma maior familiaridade com o problema pesquisado. Tal pesquisa será embasada em literatura pertinente sobre o assunto usando como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) estratégia de saúde da família, planejamento em saúde e determinantes sociais de saúde.

As informações foram obtidas inicialmente por meio da análise situacional em saúde do município, e do registro e descrição dos nós críticos, elencando-se um problema como prioritário para o estudo. O método utilizado para a construção desse diagnóstico foi a estimativa rápida.

Ressalta-se, que tal estimativa foi realizada em quatro etapas, sendo elas: busca e análise de dados em sistemas de informação e arquivos internos (incluindo faixa etária, escolaridade, empregos, morbidades, mortalidade, entre outros), pesquisa dos equipamentos sociais e grupos organizacionais do território. Além da observação direta dos problemas na comunidade e da construção do diagnóstico situacional.

Através da construção de um diagnóstico situacional o mais próximo da realidade local, foi possível à equipe traçar um perfil, e avaliar a governabilidade sobre os problemas identificados, estabelecer prioridades e se preparar para um planejamento de ações mais condizente com as necessidades da saúde coletiva daquela comunidade em específico.

Respondendo aos objetivos propostos elaborou-se um plano de ação que refletiu nas transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde da criança e adolescente, promovendo uma gestão integrada e a participação dos diversos setores em uma gestão integrada para esta clientela.

Finalizando a proposta, são apresentadas as reflexões obtidas através da aplicação das ações propostas no contexto em questão, que demonstram os saberes obtidos através do trabalho que aqui foi proposto.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional foi realizado pela Equipe Saúde da Família e a rede Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Pedra Bonita.

Entre os vários problemas enfrentados pelo município elencou-se para este trabalho o alto índice de evasão escolar, para o trabalho na lavoura, além de um importante consumo de álcool e drogas e um precário abastecimento e tratamento de água/rede de esgoto.

No âmbito do planejamento para os serviços de saúde, define-se como plano de saúde, o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período pré-estabelecido de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Bonita – MG mantém interface com diversos setores da sociedade organizada, visando a promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis, ou ainda, a promoção em conjunto de ações de prevenção. Por meio de parcerias ou convênios com entidades filantrópicas, de caráter assistencial ou educacional, de diversos modos, sempre tendo por princípio o alcance de sua missão.

Ressalta-se ainda que esta interação pode se dar por diversas formas, como por exemplo: ações em saúde típicas: palestras, cursos, campanhas, realizadas junto às escolas, ONG, clubes de serviços, órgãos públicos e empresas, por profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, focando educação em saúde, saúde nutricional, atividades físicas, práticas integrativas e complementares de saúde, etc.

Dessa forma, a partir da identificação dos nós críticos apresentados para o Município de Pedra Bonita-MG, elaborou-se um plano de intervenção que respondesse às demandas de saúde da criança e adolescente daquela cidade, através de diretrizes básicas como a intersectorialidade e acolhimento.

Na construção do projeto de intervenção a discussão e colaboração de toda a equipe da ESF foram de fundamental importância para o desenho de toda a

operação que se pretendia estabelecer. Assim inicialmente foram estabelecidos os objetivos, diretrizes e metas a serem alcançados. Identificando os recursos críticos, analisando a viabilidade de implementação do projeto operativo e do plano de intervenção em um trabalho interdisciplinar que respondesse ao objetivo proposto inicialmente.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010. p. 85).

PLANO DE INTERVENÇÃO	
OBJETIVO	Promover a saúde integral das crianças e adolescentes atendendo às necessidades básicas nas diferentes Ações Estratégicas.
DIRETRIZES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantir o acesso da criança e adolescente na rede de saúde do município. ➤ Intersetorialidade e integralidade. ➤ Garantir o fornecimento de fórmulas infantis para o primeiro e segundo semestre de vida de crianças com zero a um ano, por critérios biológicos, que impeçam o aleitamento materno. ➤ Garantir ações intersetoriais reintegrando trabalhadores de saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos) às atividades previstas de Saúde Escolar, de forma continuada. ➤ Fortalecer as ações integradoras com os programas de saúde afins, convênios com as

	<p>universidades serviços de saúde e escolas públicas, assim como outros órgãos intra e extra governamentais ligados a criança e adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inserir nas ações previstas pela Saúde Escolar, o atendimento multidisciplinar e interdisciplinar incluindo atendimento psicológico e fonoaudiológico. ➤ Fortalecer as ações de manutenção da criança e adolescente na escola através de ações conjuntas com os demais setores municipais como CRAS e Secretaria Municipal de Educação.
METAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilizar cadastro e agendamento para 100% dos recém-nascidos e mães. ➤ Realizar agendamento precoce e seguimento das crianças de risco da rede. ➤ Aumentar os indicadores de aleitamento materno proposto pela OMS no município em 2,5% ao ano. ➤ Reduzir as ocorrências 2,5% de doenças prevalentes em especial diarreia e doenças respiratórias em crianças de zero a cinco anos usuárias do SUS. ➤ Reduzir a obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes usuários da rede municipal de saúde, em 1% ao ano. ➤ Oferecer 100% dos óculos prescritos aos escolares do ensino fundamental da rede municipal. ➤ Reduzir as ocorrências de gravidez em adolescentes com ações multidisciplinares, 1% no período. ➤ Facilitar e ampliar acesso das crianças e dos adolescentes ao serviço de saúde, reduzindo agravos ligados a drogadição, doenças sexualmente

	transmissíveis, violência e acidentes.
RECURSOS CRÍTICOS	<ul style="list-style-type: none">➤ <u>Organizacional</u>: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada.➤ <u>Cognitivo</u>: criação de grupo operativo para troca de informações sobre os as diretrizes e metas a serem alcançadas.➤ <u>Financeiro</u>: para aquisição de material didático para palestras, folders informativos e deslocamento de equipes.➤ <u>Político</u>: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.

7 DISCUSSÃO

No âmbito da Saúde, as tendências atuais de focalização das ações de âmbito local as equipes de saúde apontaram diversas ações realizadas pelas mesmas como promotoras de saúde e intersetoriais. A maior parte se refere a ações de educação em saúde, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, orientações supervisionadas, realizadas em outros espaços, geralmente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino.

Outros locais foram mencionados para a realização destas atividades, como empresas, entidades comunitárias, igrejas, inclusive a própria unidade de saúde na interação com os programas desenvolvidos por outros membros da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde (hipertensos, gestantes, entre outros).

Evidenciando-se que os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.

Uma das justificativas para estas ações é que o espaço da escola pode facilitar o acesso a um maior número de crianças. Entretanto, na maioria das vezes, estas ações são desenvolvidas de forma isolada. Considera-se portanto, que ações de promoção de saúde ampliadas, com o envolvimento de toda a comunidade no processo de fazer do espaço escolar um espaço favorável à saúde, têm sido considerados mais efetivos.

Vale citar outras ações realizadas pelas equipes como ações de redução da mortalidade materno-infantil, orientações de consumo consciente e para o aproveitamento dos alimentos, reciclagem de lixo, incentivo na participação no conselho local de saúde, atividades com a pastoral da criança.

Através da realização da pesquisa ação, entende-se que a prática da intersetorialidade é um processo complexo que envolve várias questões que fogem ao controle da ESG. Sendo pois, possível perceber o surgimento de ações

potencialmente intersetoriais, mas a maioria delas ainda são centradas na interdisciplinaridade, em uma relação mais próxima dos atores sociais e entre os diversos profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde, mas sem um envolvimento de planejamento que permita o reconhecimento dos diversos saberes e da interlocução de outros setores envolvidos, gerando ações fragmentadas e de pouco impacto.

Na experiência profissional e de pesquisa na rede de atenção básica do município de Pedra Bonita, Minas Gerais, destacou-se a necessidade de uma análise situacional da saúde da criança e adolescentes de modo a subsidiar a construção do plano de ação intersetorial com indicadores de saúde do adolescente e a elaboração do Protocolo de Assistência à Saúde do Adolescente para normatizar a rotina de atendimento desse grupo em específico na ESF e demais serviços da rede SUS.

O grande desafio que se impões aos gestores e profissionais de saúde diante de tal perspectiva é qualificar as unidades básicas de saúde para que ofereçam uma atenção resolutiva e de qualidade, o que abrange a construção de uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população, por meio de parcerias intersetoriais que extrapolem os espaços impostos até aqui.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se pelo apresentado até aqui que as ações de saúde, por serem hierarquizadas, têm de ser organizadas de forma que o cidadão disponha do tratamento de forma integral, num processo contínuo, com referência e contra referência definidos em protocolos, e que o planejamento local disponha de capacidade de oferta que atenda as necessidades da população local. Dessa forma que para uma mudança do modelo de atenção, hoje focado no modelo médico assistencial, para um modelo centrado no indivíduo se faz necessária uma visão global e ampliada de toda a equipe para o atendimento em saúde.

Uma concepção ampliada de saúde, embasada em determinantes socioambientais e em outras áreas do conhecimento, além dos fatores meramente biológicos, é reconhecidamente a melhor forma de se estabelecer estratégias eficazes de promoção de saúde e esta visão ampliada foi manifestada pelas equipes cujas ações foram qualificadas como promotoras de ações intersetoriais.

Observa-se que a construção de ações intersetoriais permite pensar as necessidades da comunidade de forma mais ampla o que permite a tomada de ações de forma menos pontual, considerando toda sua complexidade.

Pelo estudo fica claro que o trabalho da Estratégia da Saúde da Família com as ações intersetoriais é um recurso facilitador para as equipes de saúde quando utilizado dentro de seus princípios norteadores. Destaca-se para tanto, que a descentralização proposta no SUS facilita, mas impõe uma necessidade de gestores locais informados e conscientes de uma gestão baseada no conhecimento territorial e na integração com a comunidade e reconhecimento de seus problemas, que busque soluções e iniciativas com os recursos e parcerias dentro de suas áreas de abrangência. Assim a gestão local de qualidade é um recurso importante e necessário para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

À guisa de conclusão infere-se que a prática da intersetorialidade precisa ser inserida na rotina de gestores e profissionais de saúde para que ações de promoção de saúde não se tornem a repetição de modelos conhecidos e pouco impactantes na melhoria de condições de saúde da população.

Finalmente, evidencia-se que a responsabilidade está sobre um novo olhar dos atores envolvidos, e de todos os setores em políticas voltadas a facilitar a articulação dos setores governamentais e não governamentais, no controle e responsabilização social, estimulando a educação continuada de profissionais de saúde no protagonismo dessas ações. Nesse estudo as respostas e ações das equipes e gestores locais apontaram a possibilidade de mudanças quando há envolvimento com conhecimento articulado e vontade política para mudar e melhorar as realidades locais.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**. v.12 n.2:455-464 Rio de Janeiro mar./ abr. 2007.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL – **Lei 8.080/90**. Conselho Federal de Saúde.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Sistema de Informação para Infância e Adolescência - SIPIA**. Manual do Usuário. Brasília: Ministério da Justiça, 1997.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CAMPOS, F.C.; FARIA. H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

NOGUEIRA, V., M. R. MIOTO, Regina. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os assistentes sociais.** MOTA, Ana Elizabete [et. al] (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

RAPOSO, C. T. M. **Infância e violência doméstica:** tendências e perspectivas na defesa dos direitos da criança e adolescentes no Município de Maceió. Dissertação de mestrado. Recife: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2003.