

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ISRAEL FERREIRA MARQUES JUNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO COMO METODOLOGIA NO INTERNATO EM
SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

São Luís

2017

ISRAEL FERREIRA MARQUES JUNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO COMO METODOLOGIA NO INTERNATO EM
SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do Maranhão
como requisito para a obtenção do grau de
Médico.

Orientador: Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza

Co-Orientadora: Profa. Dra. Laura Lamas
Martins Gonçalves

São Luís

2017

Junior, Israel Ferreira Marques

Plano de intervenção como metodologia no internato em saúde pública:
relato de experiência / Israel Ferreira Marques Junior – São Luís, MA

00f

Orientador: Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza

Co-Orientadora: Profa. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves

Artigo (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de
Medicina, 2017.

Palavras-chaves

1. Internato. 2. Formação. 2. Metodologia de Ensino.

ISRAEL FERREIRA MARQUES JUNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO COMO METODOLOGIA DE FORMAÇÃO NO
INTERNATO EM SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina, da Universidade Federal do
Maranhão para a obtenção do grau de Médico.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ms. Adriana Lima Dos Reis Costa
Mestre em Saúde Materno Infantil
Universidade Federal Do Maranhão

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares De Britto e Alves
Doutora em Medicina
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Rosângela Cipriano De Souza
Doutora em Medicina Tropical
Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Edileuza e Israel, pelo amor demonstrado sempre a mim e as minhas irmãs, por cada esforço, por cada gota de suor, apoio nos piores momentos, por nos mostrar o melhor caminho que é ao lado de nosso Deus.

Às minhas irmãs por estarem sempre comigo, apesar de toda a distância. Nós brigamos, mas nos amamos demais.

À cada familiar querido que me ajudou nesta caminhada. À minha avó Otília (in memoriam) que tinha o sonho de estar aqui neste momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar, me ajudar no enfrentamento de cada dificuldade que me foi apresentada. Tenho a certeza que nada foi fácil, porém, pude perceber o auxílio e o conforto dado nos momentos de maior dificuldade, em que o choro escorria pelo meu rosto e não via soluções.

Aos meus pais. Israel, por ser um grande lutador na busca de sustentar uma família, de ensinar aos seus filhos o melhor caminho a seguir. O senhor é o meu maior exemplo. Te agradeço por tudo meu pai. Edileuza, mãezinha, não foi fácil né, muito tempo passou e eu sempre longe, a cada aniversário, datas especiais, falecimento da vovó e eu nunca tendo a oportunidade de estar perto, ao seu lado. Mas aqui de longe via sim, o seu apoio no meus piores momentos. Grande exemplo de trabalhadora, muitas vezes deixava sua saúde de lado para poder proporcionar um cuidado melhor aos seus filhos. Obrigado mãezinha, pai, por me fazer o homem que me tornei, por me guiar nos caminhos de Deus, por serem meus maiores exemplos, e apoio constante nos momentos de tristeza.

Agradeço às minhas irmãs. Apesar da distância que vivemos atualmente, sinto em cada momento o amor que existe entre nós. As vezes não nos falamos, mas sabemos que temos orado um pelo outro. Beatriz, Renatinha, vocês são minhas parceiras com quem sempre sei que posso contar. Tudo isso é nosso, é pra nossa família.

Agradeço às minhas famílias Marques e Andrade. Que sempre foram solícitas em me ajudar em todos os momentos mais difíceis que passei. Para representar à todos agradeço ao Tio João, por seu um exemplo profissional, um exemplo de caráter e por toda ajuda que ele me deu durante esses anos. Ao tio Elias por ter emprestado o carro quando precisávamos vir em São Luís correndo para fazer a matrícula, ao tio Paulo que deixou seu trabalho para acompanhar a mim e meu pai nessa viagem de última hora. À tia Ana Cristina por estar sempre pronta a me ouvir e disposta a me ajudar como se eu fosse um filho, seja com um dinheiro, seja com uma ligação durante a madrugada, seja com o cuidado de vir aqui em São Luís. Agradeço ao Tio Eldean, Elizete, Ariovaldo, às tias Efigênia, Jane, Luciana, Janaína, ao meu primo Samuel. Todos vocês, minha família, foram essenciais nessa jornada que está chegando ao fim. Desde o cursinho em Goiânia,

morando com a Tia Ana até esse momento em que estou escrevendo meu agradecimento do meu trabalho de conclusão do Curso.

Agradeço à professora Laura por ser sempre paciente com esse aluno que por muitas vezes deixava para fazer as coisas de última hora, por ser a minha orientadora, no real significado da palavra. Estando ao meu lado durante todas as fases do trabalho, sentando ao meu lado para ensinar e me ajudando a transformar esse trabalho em um momento muito prazeroso de aprendizado. Lembro bem que aceitou prontamente a missão de ser minha orientadora e veio comigo até o fim dessa jornada. Só posso ser eternamente grato Dra. Como sempre digo, obrigado desde já.

Agradeço ao professor Tadeu, que prontamente aceitou me orientar nesse trabalho em tão pouco tempo e com o “caminho já andando”. Em pouco tempo pude aprender bastante com o Senhor e admirar como em uma simples leitura pode trazer tantas observações e alterações bastante significativas. Muito obrigado Mestre.

Agradeço aos meus amigos, colegas de turma, irmãos que ganhei na minha vida. Marcos Antônio, meu maior incentivador, auxílio sempre presente quando parecia que nada tava dando certo e também o maior cobrador. Chamado com carinho de nosso Orientador, esteve sempre disposto a nos ajudar e colocar no rumo da apresentação do TCC. Além de todas as caronas, dúvidas solucionadas e apoio incondicional. À Rebeca com seu jeito calmo e doce, juntos desde a semana do Calouro, sem solícita em tudo e pronta a sempre colaborar com seu próximo. Não consigo me lembrar de pessoa tão organizada. À Gabrielle, amiga de coração simples e encantador. Minha parceira de trio, de plantões, de lanches, de deixar tudo para última hora. Muitos momentos se passaram durante esses seis anos, e vocês estiveram sempre ao meu lado, muito obrigado por fazerem parte dessa caminhada. Agradeço também à Mônica, Dinamara, Camila, Eric, Gabriela Melo, Verbena, Nathália, Ana Paula, Marshal, Dandara. À toda minha turma 94, Fuzileiros, vocês marcaram minha vida!

Agradeço aos meus “brows”. Nelsinho, Glauber, Yuri, Osvaldo, Zé, Victor, Vinicius, Diego, muito obrigado irmãos. Vocês foram essenciais nessa caminhada e fizeram parte de muitos dos meus melhores momentos aqui, além de alguns

momentos bem complicados em que foram apoio constante. Como é dito em um grande filme “Nossos caminhos a partir de agora serão diferentes, mas para sempre seremos amigos”. Irmãos.

Agradeço à Isabelle, muito obrigado por estar junto nessa caminhada, sendo confiante, parceira, e sempre podendo contar com você. À Emília, parceira de anos, valeu. À Melina, colega de faculdade que será a melhor dermatologista da história, obrigado. À Fernanda e à Aninha, nossos grandes almoços e nossa amizade, obrigado. Ao meu pequeno grupo, Filhos de Israel, cada membro que fez parte desde o início da minha vida aqui em São Luís e que foi a melhor forma de ocupar a saudade que sempre exacerbava nas noites de sexta-feira.

Agradeço à Patrícia, por estar sempre disponível em me ajudar principalmente no início dessa jornada. Quando ficava doente e você me obrigava a ir com a senhora no hospital. Muito obrigado. Elisângela e Wellington, muito obrigado por terem me recebido tantas vezes em sua casa, fazendo me sentir como alguém da família e sempre dispostos a dar bons conselhos. Muito obrigado.

Agradeço a toda a Igreja Adventista do Colégio Adventista de São Luís, cada membro que me recebeu ali e me fez me sentir muito melhor apesar de estar tão longe de minha família. Fazendo dali a minha segunda casa. Artur, Margareth, Jó, Alzira, como representantes da minha igreja do coração.

Agradeço a todos que fizeram parte desses 6 anos de lutas e aprendizado. Sempre lembrando dos professores que nos instruíram e guiaram até o final dessa jornada. Aos residentes que participaram dessa caminhada, durante todo o internato. Aos amigos queridos que não foram citados, mas que moram no meu coração.

Agradeço à Quézia Fernanda, ainda não sei se estamos namorando ou não, mas a certeza que ela fez parte e me ajudou a animar quando estava fraco e me animou ainda mais quando estava produzindo. Você é parte desse trabalho e parte da minha vida. Só tenho a agradecer por ser minha companhia, meu sorriso meigo, minha proteção quando me sinto mais fraco. Eu amo você. Obrigado amor.

Como sempre findo lembrando da minha avó, ela partiu há mais ou menos 1 ano, porém a lembrança de sua calma e mansidão permanece conosco. Aquele

sorriso simples e um beijo que transmitia tanto amor são somente alguns exemplos de ações que para sempre estarão guardadas em nosso coração. Ela tinha o sonho de ver esse neto dela formado e aqui estou eu, agradecendo e relembrando da senhora. É para você vovó. Obrigado.

MUITO OBRIGADO!

“A função do médico é curar. Quando ele não pode curar precisa aliviar. E quando não pode curar nem aliviar, precisa conformar. O médico precisa ser especialista em gente.”

Adib Jatene

“Mas ouça meu filho Jacó, escute; sim, você, Israel, meu escolhido pessoal. O Eterno, o seu Criador, tem algo a dizer: o Deus que o formou quer ajudar você”.

Isaías 44:1-2

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ARTIGO PLANO DE INTERVENÇÃO COMO METODOLOGIA ATIVA

DO INTERNATO EM SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	14
RESUMO.....	15
ABSTRACT.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVO.....	20
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4.1 Definindo o objeto de intervenção.....	22
4.2 As rodas de conversa.....	26
4.2.1 Roda de conversa com as gestantes: acolhimento às dúvidas, anseios e primeiros esclarecimentos.....	27
4.2.2 Roda de conversa com enfermeiras, NASF e diretoria: a percepção da importância do compartilhamento.....	29
4.2.3 Roda de conversa com os ACS: inquietação na busca de novas soluções.....	32
4.3. Debatendo o plano.....	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

FIGURAS

Figura 1	Esquema traçando as etapas a serem realizadas durante o plano de intervenção.....	24
-----------------	---	----

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Conselho Estadual de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CCIH	Centro de Controle de Infecções Hospitalares
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UAB	Unidades da Atenção Básica
PI	Plano de Intervenção
SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
MS	Ministério da Saúde
ACS	Agente Comunitários de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
LACEN	Laboratório Central
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
CEMARC	Central de Marcação de Consultas
RN	Recém-Nascido
UM	Unidade Mista
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística

ARTIGO

**PLANO DE INTERVENÇÃO COMO METODOLOGIA DO INTERNATO EM
SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

(A ser submetido à Revista Saúde e Sociedade)

**PLANO DE INTERVENÇÃO COMO METODOLOGIA DO INTERNATO EM
SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**INTERVENTION PLAN AS METHODOLOGY OF THE INTERNAL IN PUBLIC
HEALTH: EXPERIENCE REPORT**

Israel Ferreira Marques Junior¹
Tadeu de Paula Souza²
Laura Lamas Martins Gonçalves³

¹ Graduando em Medicina na Universidade Federal do Maranhão. imarquesjunior@hotmail.com

² Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFMA. tadeudepaula@gmail.com

³ Doutora em Saúde Coletiva. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFMA. laulmg@gmail.com

RESUMO

Trata-se de um relato da experiência de construção de um Plano de Intervenção em uma Unidade Básica de Saúde com enfoque na reorganização do atendimento às gestantes sob suspeita de contaminação pelo vírus Zika, realizado durante o Internato em Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão, entre os meses de fevereiro e maio de 2016, no município de São Luís. Tem o objetivo de analisar a estratégia de construção do plano de intervenção como metodologia de ensino na formação médica. Foi utilizado como instrumento de pesquisa o Diário de Campo. Durante o acompanhamento de consultas na Unidade de Saúde, foram identificadas dificuldades na notificação, encaminhamento e orientação das gestantes com suspeita de Zika. A partir de conversas com alguns profissionais da UBS foi construído e implementado um Plano de Intervenção. Foram organizadas Rodas de Conversas com gestantes, profissionais da UBS e do NASF e agentes comunitários de saúde. A construção coletiva desse Plano de Intervenção resultou no aprendizado de competências em saúde coletiva. Permitiu uma aproximação da formação do médico e as necessidades de saúde de uma comunidade, com a compreensão das questões de determinação de algumas doenças. A saída do hospital como cenário de prática permitiu o desenvolvimento de práticas de saúde mais centradas no usuário e menos em procedimentos, conectada à necessária articulação em rede, em equipe, e entre alunos e preceptores.

Palavras-chave: Formação; Internato; Metodologia de Ensino

ABSTRACT

This is an account of the experience of building an Intervention Plan in a Basic Health Unit focusing on the reorganization of care for pregnant women suspected of Zika virus contamination during the Internship in Public Health of the Federal University of Maranhão, Between the months of February and May 2016, in the municipality of São Luís. Its objective is to analyze the strategy of construction of the intervention plan as teaching methodology in medical training. The Field Diary

was used as a research tool. During the follow-up of consultations at the Health Unit, difficulties were identified in the notification, referral and orientation of pregnant women with suspected Zika. Based on conversations with some UBS professionals, an Intervention Plan was built and implemented. Wheels of Conversations with pregnant women, UBS and NASF professionals and community health agents were organized. The collective construction of this Intervention Plan resulted in the learning of collective health skills. It allowed an approximation of the training of the physician and the health needs of a community, with the understanding of the questions of determination of some diseases. The hospital's exit as a practice scenario allowed the development of health practices that were more user-centered and less in procedures, connected to the necessary networking in a team, and between students and preceptors.

Keywords: Formation; Internship; Teaching Methodology

1. INTRODUÇÃO

O curso de graduação em Medicina, em seus últimos períodos, é composto pelo estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, denominado Internato médico, sendo parte integrante e obrigatória do Currículo de Graduação (Demarzo, 2010).

O internato médico tem por finalidade o treinamento em serviço, para sedimentação dos conhecimentos adquiridos no decorrer do Curso, sendo conseqüentemente dirigido para as atividades eminentemente práticas. O estudante, ou interno, tem a oportunidade de vivenciar de forma mais concreta a prática do aprendizado em Medicina, deixando de ser apenas um mero observador para atuar de forma mais ativa. (Costa et al., 2012)

Nesses estágios, o estudante está em contato direto com o trabalho e prática médica, sendo responsável por uma parcela importante da sua formação profissional e fazendo parte da realidade de um serviço médico (Barreto, 2012). Pode ser realizado tanto em serviços próprios ou conveniados e devem ter supervisão direta do docente da própria escola/ faculdade (Resolução CNE/CES Nº 4, 2001).

Segundo a Resolução nº 3 de 2014, do Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Saúde, a graduação em Medicina possibilita formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética e graduandos com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (Resolução CNE/CES Nº 3/2014). Entretanto, a concepção de saúde hospitalocêntrica e centrada em procedimentos ainda ocupa centralidade na cultura acadêmica (Costa, 2012). A formação em saúde, e mais especificamente a dos médicos, reproduz ainda uma visão mais centrada nas técnicas biomédicas que nos valores da saúde coletiva ou em formas ampliadas de compreensão da saúde e do cuidado (Koifman, 2006).

Internato em Saúde Pública, no décimo período da graduação em Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) procura enfrentar esse desafio da formação em saúde. O Internato em Saúde Pública é parte integrante do currículo do curso de Medicina sendo de responsabilidade do Departamento de Saúde Pública. Tem a carga horária de 360 horas e duração de 11 semanas. Tem por principal objetivo proporcionar ao estudante de medicina a oportunidade de integrar o aprendizado da saúde pública com o ensino da prática médica (UFMA, 2016).

Durante o estágio, os alunos são divididos em grupos de até 6 alunos para seguirem aos campos de estágio, principalmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também as Unidades de Vigilância em Saúde (Serviço de vigilância epidemiologia, Centro de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e Unidade de gestão de riscos assistências do Hospital Universitário da UFMA, Vigilância Sanitária do Município de São Luís.

A maior parte da carga horária se dá em Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís. A atividade é realizada sob a responsabilidade de um ou mais preceptores membros das Equipes de Saúde da Família e supervisionada por docentes do Departamento Saúde Pública da UFMA. A maior parte da carga horária em Unidades da Atenção Básica (AB) justifica-se pelo fato da UAB ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde (Starfield, 2002; Mendes, 2010; Brasil, 2012). Logo, a inserção nesse campo de prática possibilita um aprendizado sobre a gestão do cuidado em rede, articulando recursos do território e da rede de saúde.

O internato em Saúde Pública possibilita a saída dos alunos do ambiente hospitalar e uma concepção ampliada do processo saúde-doença, com discussão e experimentação de trabalho em equipe, a partir, sobretudo, da discussão de casos com profissionais de diferentes áreas da saúde, elaboração de planos de intervenção (Gomes, 2012) e de Projetos Terapêuticos Singulares (Carvalho, 2009) a partir do envolvimento com equipes da Estratégia de Saúde da Família de quatro Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís do Maranhão. Permite também uma aproximação com os usuários da comunidade adscrita à Unidade de Saúde a partir do acompanhamento de consultas clínicas ou grupos terapêuticos, de visitas domiciliares, ou de rodas de conversa.

A experiência de formação em Unidades Básicas de Saúde permite a realização de atividades que operem na perspectiva coletiva e individual, com oportunidade de aprendizagem de conteúdos que constituem as três disciplinas de suporte da Saúde Pública: Epidemiologia – coleta e análise de dados, determinantes e condicionantes dos agravos à saúde; Gestão, Planejamento e avaliação - organização do trabalho em equipe multiprofissional e Ciências sociais - cultura, representações sociais, religião, hábitos e costumes.

Durante o estágio são realizadas discussões semanais entre alunos e docentes e também entre alunos e preceptores locais. O início do estágio é marcado pela produção de um diagnóstico situacional da realidade vivenciada pela UBS, a partir do qual os alunos, em parceria com os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e sob supervisão dos docentes, buscam a identificação de situações-problema, tomados como desafios à serem enfrentados. A partir de um diagnóstico, há a elaboração de um plano de intervenção para enfrentar o desafio identificado. A produção de um diagnóstico e de um Plano de Intervenção (PI) são apostas metodológicas do Internato, que visam que o aluno adquira a competência de saber identificar problemas em saúde pública e elaborar ações para enfrentá-los. Os PI visam interferir em uma realidade e tem como características a praticidade, aplicabilidade e potencial de resolução de problemas enfrentados por profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Oliveira; Oliveira, 2015).

Os PI, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), são estratégias concretas de viabilização de movimentos e ações que apontam metas, sempre como expressão de políticas, dos compromissos e de prioridades coletivamente definidas e compartilhadas. Não se restringe a matrizes ou planilhas de programação de ações, são instrumentos que apontam espaços/momentos de reflexão sobre o processo de trabalho a partir de diferentes rodas, que oportunizam a inclusão dos diferentes sujeitos. O PI é um analisador de possibilidades, dificuldades, favorabilidades, viabilidades e também como espaço para se qualificar para negociações e pactuações que dispararem processos/movimentos. (Brasil, 2010).

Segundo Paim (2006) o planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia; é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade. O planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação.

Ao se admitir o planejamento como um processo, destacam-se quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo se identificam e se explicam os problemas presentes em uma dada situação e se observam as oportunidades para a ação, respondendo às perguntas quais (problemas) e por quê (ocorrem). No momento normativo definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que deve ser feito. No momento estratégico trata-se de estabelecer o desenho e os cursos de ação para a superação de obstáculos, expressando um balanço entre o que deve ser e o que pode ser feito. E o momento tático-operacional caracteriza-se pelo fazer, quando a ação se realiza em toda a complexidade do real, requerendo ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação. Como as organizações e ações de saúde são dinâmicas, o planejamento pode começar por qualquer um desses momentos. Por serem definidos e pactuados coletivamente, possibilitam a co-responsabilidade entre os atores envolvidos (Paim, 2006).

Trata-se, portanto, do relato e análise da experiência de construção de um Plano de Intervenção com enfoque na reorganização do atendimento às gestantes na UBS sob suspeita de contaminação pelo vírus Zika, realizado no Internato em Saúde Pública dos acadêmicos de medicina da UFMA, entre os meses de fevereiro e maio de 2016, no município de São Luís.

2. OBJETIVO

Analisar a estratégia de construção do plano de intervenção como metodologia de ensino na formação médica, a partir do relato de experiência dos alunos de internato de saúde pública de medicina em uma UBS de São Luís/MA na

construção de um plano de intervenção para reorganização do fluxo de atendimento à gestante com suspeita de infecção pelo Zika vírus em uma UBS.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa a partir do relato da experiência de construção de um Plano de Intervenção enquanto ferramenta pedagógica no Internato em Saúde Pública.

Segundo Minayo (2001) a pesquisa qualitativa em saúde trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o Diário de Campo, um caderno, uma caderneta, ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades (Minayo, 2001). É uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar (Pezzato, 2011). Os registros no Diário de Campo foram realizado do período de 29 de fevereiro de 2016 a 02 de maio de 2016, durante 64 dias num total de 25 páginas. Nele foram registrados os eventos e atividades diárias na UBS, as observações, pensamentos e sentimentos durante a elaboração e execução do plano de intervenção.

A análise do material se fez a partir do referencial da Formação como Intervenção, a partir do qual as ações de formação são entendidas como dispositivos de problematização da experiência, a partir da intervenção nas práticas, de modo a gerar mudanças nos modos de atenção e gestão da saúde (Pavan et al 2010; Brasil, 2010). A formação tomada em sua potência de intervenção enfatiza a importância da ampliação dos modos de comunicação e de compartilhamento de experiências dos coletivos. O cotidiano dos serviços de saúde é matéria constituinte e primordial na construção de processos de formação que

buscam enfrentar os desafios da concretização dos Sistema único de Saúde (SUS), de modo que há uma indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar (Heckert e Neves, 2010).

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o número 300/2010.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Definição do Objeto de Intervenção

No ano de 2015, segundo dados do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), foi evidenciado um aumento substancial na prevalência de casos de microcefalia no Brasil, sobretudo no nordeste e em especial no estado de Pernambuco. A prevalência logo foi associada ao aparecimento de casos de infecção pelo vírus Zika (Brasil, 2015). Portanto, baseando-se na situação de aumento do número de casos de microcefalia, associados ou não à infecção pelo vírus Zika, foi necessário conhecer sobre a doença e informar à população como preveni-la e como prevenir em casos de suspeita de infecção.

O estágio aconteceu no início de 2016, momento em que a secretaria de saúde do município de São Luís estava elaborando um fluxograma e um protocolo que orientava o atendimento às gestantes com suspeita de Dengue/Zika/Chikungunya (Protocolo municipal: dengue, febre de chikungunya, doença aguda pelo vírus zyka e microcefalia. Versão nº 2, 2016), que seguia as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2015). Segundo o MS a função da AB na organização do cuidado as gestantes com suspeitas de infecção pelo vírus Zika implica numa qualificação do pré-natal no sentido de acolher, referenciar, diagnosticar, seguir o tratamento, manter o acompanhamento pós-referência. (Brasil, 2015).

Durante a vivência de acompanhamento de consultas médicas e de enfermagem no internato, foram identificadas dificuldades na notificação, encaminhamento e orientação das gestantes com suspeita de Zika. Alunos de Medicina e profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

identificaram a aflição das gestantes com o tema e perceberam que não sabiam ao certo para onde elas deveriam ser encaminhadas. Isso que causou incômodo, pois consultas eram realizadas, e não tínhamos certeza do que fazer naquela situação. Havia um grande número de informações desencontradas que levavam as gestantes a procurar a UBS, serem referidas para outro serviço e depois encaminhadas de volta para a UBS com informações desencontradas e sem uma orientação resolutiva. Entre a própria equipe não estavam acontecendo discussões aprofundadas sobre o tema, apesar do interesse e da grande repercussão do assunto no Brasil. Os profissionais de saúde relatavam dificuldades na notificação, manejo clínico e referenciamento das gestantes com infecção suspeita pelo Zika vírus para realização de exames, o que dificultava a efetivação do cuidado.

Apesar das orientações da secretaria, havia entraves na articulação entre os profissionais de saúde da UBS e entre as UBS e as unidades de referência para realização de exames diagnósticos para o cuidado às gestantes com suspeita de infecção pelo vírus. Não havia consenso sobre o modo como deveria ser realizada a notificação e nem para onde deveria ser feito o encaminhamento. Havia uma orientação da secretaria para encaminhar para uma unidade de referência, entretanto, algumas gestantes que foram encaminhadas voltavam dizendo que não haviam sido atendidas. Em conversas com as enfermeiras percebeu-se que apenas uma delas tinha conhecimento da existência do fluxograma/protocolo da secretaria.

A partir do acompanhamento ambulatorial das gestantes, percebeu-se que elas possuíam pouco conhecimento a respeito da infecção pelo Zika vírus e das causas de microcefalia, apenas reproduzindo alguns conceitos divulgados pela mídia (internet, televisão e jornais), compartilhando dúvidas e ansiedades para os profissionais de referência.

Assim, dificuldades na notificação, encaminhamento e orientação das gestantes com suspeita de Zika produziam incerteza e insegurança. Esses sentimentos eram compartilhados por gestantes, profissionais e alunos. Em conversas dos alunos com a preceptora da UBS e com a professora supervisora do internato entendeu-se, então, que essa era uma importante demanda para a formulação de um PI.

Além dos alunos, os atores diretamente envolvidos na construção do plano de intervenção foram: gestantes e trabalhadores de saúde vinculados à UBS, como enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde (ACS); e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em especial a assistente social.

A partir de conversas entre os atores referidos, foram organizadas algumas estratégias para dar conta do desafio a ser enfrentado: rodas de conversas com gestantes e com a equipe de enfermagem; contatos com a equipe de vigilância sanitária do município e também com a secretaria municipal de saúde; elaboração de material informativo e de um guia de encaminhamento das gestantes para a rede.

As rodas foram realizadas nas dependências da UBS, local de melhor estrutura física e com maior facilidade de acesso dos sujeitos envolvidos. Realizar planos de intervenção na comunidade constitui-se em um desafio.

As ações realizadas estão sumarizadas na Figura 1.

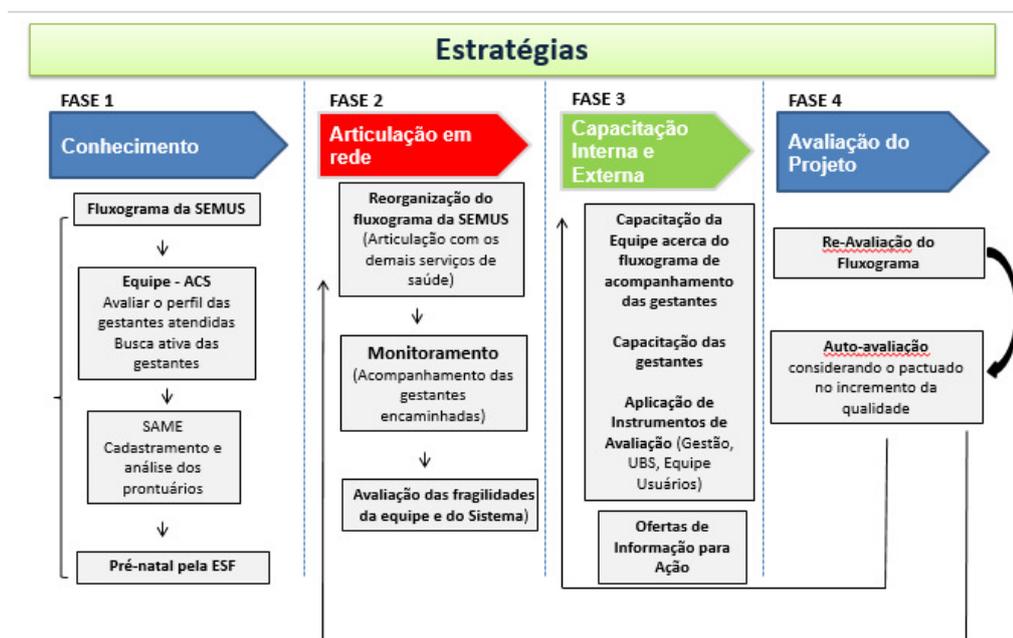


Figura 1. Esquema traçando as etapas a serem realizadas durante o plano de intervenção

As estratégias estão didaticamente separadas em fases, mas algumas aconteceram simultaneamente.

A fase 1 do plano tinha o propósito conhecer: i) o Protocolo da secretaria municipal de saúde e o respectivo fluxograma de encaminhamento para gestantes com suspeita de infecção pelo vírus Zika; ii) as gestantes do Distrito de Saúde do Centro através da busca ativa feita com os profissionais e com a equipe de ACS, e também a partir dos prontuários da UBS; e iii) a rotina de atendimento dos pré-natais na UBS.

A fase 2 contemplou buscar mais informações junto a secretaria municipal de saúde, buscando solucionar as dúvidas que surgiam durante as rodas de conversa que eram realizadas, reorganizar e adequar o fluxograma proposto no Protocolo da secretaria para a realidade do distrito de saúde; seguir o acompanhamento com as gestantes do território de adscrição da UBS e, por fim, identificar e pôr em análise algumas fragilidades de articulação entre a equipe da UBS e com a rede de saúde, discutindo nas rodas de conversa, os desafios a serem enfrentados.

A fase 3 consistiu em discutir com a equipe e com as gestantes da UBS as informações contidas no Protocolo fornecido pela secretaria municipal de Saúde e também as informações obtidas junto à Vigilância Sanitária. Também foi momento de avaliar o processo através das rodas de conversas formais e informais com os diferentes atores.

A fase 4 consistia em avaliar o plano, analisando o quanto foi um meio de intervir naquela realidade, identificando seus pontos fortes e fracos, bem como as limitações encontradas no processo de execução.

Algumas limitações identificadas foram: a falta de momentos com as gestantes para que elas pudessem ter mais espaços de acolhimento e acompanhamento das mesmas, talvez através de um grupo de gestantes com uma atenção especial ao contexto atual de infecção por vírus Zika; a ausência de mobilização dos profissionais médicos junto ao plano o que poderia ter ampliado o alcance do mesmo na atenção às usuárias. Por fim, foi o limite de tempo do estágio, pois os alunos não poderiam acompanhar os desdobramentos do plano após o fim do internato.

É importante salientar que os alunos do internato permanecem na UBS por um tempo determinado, enquanto os profissionais seguem no serviço mesmo depois da saída dos alunos. Assim, na pactuação dos objetivos e das ações é preciso incluir aquilo que seguirá sendo realizado, mesmo com a saída dos alunos. Pretendia-se que o PI, de fato, tivesse um alcance duradouro e eficiente no acolhimento e acompanhamento das gestantes com suspeita de infecção pelo vírus Zika.

4.2. As Rodas de Conversa

A partir das reuniões com a preceptora da UBS e com professores do Internato em Saúde Pública, foi elaborado um cronograma das Rodas de Conversas e de reuniões entre os acadêmicos e preceptores. Todas as semanas eram realizadas reuniões de acompanhamento da intervenção com as professoras do Internato, totalizando 10 reuniões.

De acordo com a metodologia proposta pelo Internato, de compartilhamento das experiências de identificação de problemas/desafios a serem enfrentados com a construção de Planos de Intervenção, os acadêmicos apresentaram a proposta do plano para os colegas que estavam em outras UBS. Com a presença de alguns preceptores das UBS e dos professores foi feita uma discussão para colocação em análise da pertinência e viabilidade dos planos e para sugestões de ações a serem desenvolvidas..

Após essa apresentação, enfermeira preceptora da UBS informou que ela e mais uma enfermeira iriam participar de um treinamento na Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde sobre o tema Zika. No dia seguinte ao treinamento, nos reunimos com ela para planejamento do cronograma de atividades e para que ela repassasse as informações obtidas no treinamento. Segundo a ela, foi apresentada uma parte de um protocolo sobre infecção pelo vírus Zika, porém o mesmo não pôde ser disponibilizado pela secretaria naquele momento para divulgação e debate nas UBS.

Além disso, no treinamento, foi informado que as gestantes notificadas na UBS seriam encaminhadas diretamente para o Laboratório Central (LACEN) do estado para coleta de amostras de sangue/urina, que seriam levadas para o

Instituto Evandro Chagas em Belém para realização do exame de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) e não seria realizada a sorologia, como vinha sendo informado na Unidade Básica às gestantes. Também foi informado que as ultrassonografias morfológicas seriam marcadas na Central de Marcação de Consultas (CEMARC) para gestantes que haviam sido notificadas. Após alguns dias, foi disponibilizado pela secretaria o protocolo, e assim foi possível embasar as atividades do plano no documento oficial do município de São Luís.

Para que as informações fossem compartilhadas com todos da UBS - profissionais, ACSs, trabalhadores administrativos, diretoria e gestantes - foi definido pelos alunos, em conjunto com a enfermeira preceptora, a partir de consultas informais a todos os atores acima mencionados, um cronograma de execução das atividades.

Todas as atividades previstas foram realizadas, entretanto, não sem desafios: algumas Rodas foram remarcadas, e repensadas estratégias de mobilização do público alvo. Além disso, as reuniões com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, inicialmente previstas para incluírem médicos e enfermeiras, acabaram acontecendo apenas com as enfermeiras, pois os médicos, invariavelmente, comunicaram não ter disponibilidade de horário.

4.2.1 Roda de Conversa com as Gestantes: acolhimento às dúvidas, anseios e primeiros esclarecimentos

A Roda com as gestantes ocorreu no auditório da UBS e contou com a presença de 31 gestantes. Algumas aguardavam atendimento, ausentando-se durante a palestra, outras estavam lá exclusivamente para participar da Roda. Todas foram convidadas durante as consultas ambulatoriais e em seus domicílios por agentes comunitários de saúde.

Estavam presentes também a enfermeira preceptora e alguns membros do NASF (assistente social, nutricionista, farmacêutica e psicóloga). Inicialmente, foi feita uma apresentação de forma simples esclarecendo assuntos pertinentes ao contexto da Zika: o mosquito *Aedes aegypti* (como identificá-lo, seu hábito mais diurno, predileção por água limpa, adaptação para reprodução em água suja, entre outras informações); possíveis locais de reprodução; métodos preventivos (para

focos de reprodução e para a própria picada do mosquito); doença aguda pelo vírus Zika e outras arboviroses com sintomatologia semelhante (dengue e chikungunya) e também informado sobre como proceder quando houver suspeita de infecção pelo vírus Zika (esclarecimentos sobre informações constantes no protocolo).

A apresentação ocorreu de forma dinâmica, tentando ao máximo envolver as gestantes presentes e mobilizá-las à participação com perguntas que também tinham a função de identificar o conhecimento delas sobre o assunto e quais suas dúvidas e anseios. Ela funcionou como disparadoras das conversas, funcionando como uma estratégia de produção de informações que, por seu caráter coletivo e deliberativo, propiciava a livre expressão de opiniões e a reflexão compartilhada, além das questões clínicas, mas também sobre o impacto da gestação na vida das mulheres. Ela funcionou como “um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir” (Merhy, 2002, p.189).

O Método da Roda (ou método Paideia, como também é conhecido) busca ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto (Campos et al., 2014). O objetivo do método é o aumento da capacidade de análise e intervenção ou, em outras palavras, da capacidade de (re)inventar-se (Cunha e Campos, 2010). O método procura analisar a dinâmica do desejo e do interesse próprio, estimulando, ao mesmo tempo, que se considere o desejo e interesse dos outros em uma dinâmica histórica e social (Campos et al., 2014).

Entendemos que essa Roda de conversa constituiu-se em um espaço de acolhimento e compartilhamento de dúvidas e anseios das gestantes. O acolhimento deve ser uma prática valorizada pelos profissionais, pois possibilita atender às reais demandas dos usuários (Rodrigues, et al., 2013). A equipe de saúde deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança (Brasil, 2015). Daí a importância de uma reunião com toda a equipe de saúde da família (já que não estavam todos presentes nessa Roda), para que o acolhimento

as gestantes nesse tema fosse transversal aos demais atendimentos na UBS e não se resumisse a esse encontro em específico.

O encaminhamento correto das gestantes com sintomas de infecção pelo vírus Zika é uma estratégia fundamental para enfrentamento dos problemas de saúde, pois o aumento da incidência de casos de infecção impõe a intensificação do cuidado à gestante durante o acompanhamento pré-natal, devido à possível associação com a microcefalia em recém-nascidos (Brasil/MS, 2015). Isso exige uma boa articulação da rede local.

4.2.2 Roda de Conversa com Enfermeiras, NASF e Diretoria: a percepção da importância do compartilhamento

Para dar conta da articulação da rede local, dois dias após da Roda com as Gestantes realizou-se uma Roda de Conversa com trabalhadores e com a direção da unidade. Estavam presentes quatro das seis enfermeiras alocadas na UBS, a assistente social do NASF e o diretor da Unidade. Foi necessário um esforço para se conseguir uma data que fosse acessível para todos, mesmo assim, duas enfermeiras não puderam participar e, então, pactuou-se que as informações abordadas e pactuações feitas seriam repassadas.

Nessa Roda foi apresentado o Protocolo Municipal: Dengue, Febre de Chikungunya, Doença Aguda pelo vírus ZIKA e Microcefalia, versão nº2/2016 da Prefeitura de São Luís. Foi verificado que apesar do protocolo existir desde março de 2016, a maioria dos profissionais da unidade tinham dúvidas ou até não sabiam sequer da existência do mesmo, bem como o fluxo de atendimento de gestantes com exantema e Recém-Nascido (RN) com microcefalia. Diante disso, foi realizada palestra expositiva sobre o protocolo, com entrega do documento para os profissionais e discussão das principais dúvidas.

Alguns pontos do protocolo precisavam ser discutidos, pois não estavam claros. A notificação seria feita na UBS ou só na Unidade Mista (UM) de referência, como dizia o protocolo? Qual seria então o papel da UBS? A coleta de exames seria realizada normalmente no LACEN estadual, ou seria na própria Unidade Mista como estava no Protocolo? E quanto às ultrassonografias morfológicas, já que no Protocolo constava que as mesmas só seriam feitas em usuárias internadas?

A partir da discussão, surgiram críticas ao protocolo, difícil entendimento. “Não poderia ser mais simples e direto?”. A preceptora havia recebido informações nas capacitações (ultrassonografia marcada na CEMARC, notificação na UBS, entre outras), mas essas não constavam no protocolo, ou até mesmo contradiziam as informações contidas no documento oficial da secretaria.

Durante a reunião, também foram discutidos dois casos de gestantes com suspeita de infecção aguda pelo vírus Zika que chegaram à UBS, foram atendidas pelas enfermeiras e as mesmas não souberam como agir. O primeiro caso foi de uma gestante que procurou a Unidade, encaminhada pelo LACEN com a folha de notificação e queria que a enfermeira a preenchesse com orientações contraditórias, demonstrando que a falta de informações estava também em outros pontos da rede. Essa enfermeira não notificou, pois não sabia se aquilo era o correto, e se haveria consequências caso não fosse.

O segundo caso foi referido por outra enfermeira que recebeu uma gestante encaminhada por uma médica que trabalha na região da UBS, para ser notificada, porém a usuária já estava com mais de 5 dias de evolução da doença e, segundo o Protocolo não deveria ser encaminhada para a UM com o objetivo de notificar e sim, seguir sendo acompanhada na atenção básica pois já tinha passado o prazo para notificação de “doença aguda pelo vírus Zika”. A enfermeira referiu que não sabia se deveria notifica-la ou não e no fim, acabou não notificando pelo mesmo motivo referido pela outra enfermeira.

Discutiram-se os casos e as falhas percebidas, e surgiram outras questões: descobrir se poderia notificar as gestantes após o quinto dia de apresentação dos sintomas (já que pela urina a coleta do material poderia ser feito até o 8º dia após o início dos sintomas); descobrir se seria possível notificar os casos de microcefalia que passassem despercebidos no pré-natal; confirmar onde fazer a ultrassom morfológica e quem seria a pessoa responsável por agendar/marcar os exames na CEMARC; saber se o protocolo fora discutido com trabalhadores para sua construção; como trabalhar a microcefalia na UBS, como trabalhar com mães de bebês com microcefalia; necessidade de unificar o local de coleta de exames para dengue, zika e chikungunya para facilitar o acesso da população; saber se estava sendo feita a sorologia na Unidade Mista, entre outras.

Durante a discussão, as dúvidas e questionamentos foram anotados e posteriormente encaminhados pela enfermeira preceptora à Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de fortalecer uma política de atenção às gestantes com suspeita de infecção pelo Zika vírus, tendo em vista as fragilidades apontadas na rede em consolidação.

Ao final da conversa, uma profissional elogiou a iniciativa da construção do PI e ressaltou a importância daquele momento de conversa e debate. Também se mostrou disposta a contribuir em outros momentos, dando ideias e sugestões.

Embora os médicos não tenham se feito presentes, a maioria das enfermeiras estavam e como elas coordenam ações e atividades e têm relacionamento direto com técnicos, ACS e médicos, consideramos estratégica a participação delas. Segundo Witt (2005) a enfermagem da atenção básica deve ter a competência de organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde; integrar a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde; ser capaz de assumir a gerência e a gestão do serviço de saúde. Entretanto, a pouca disponibilidade dos médicos para esses espaços de compartilhamento foi objeto de reflexão entre os alunos.

Além disso, entendemos que foi um momento muito importante para a UBS, pois não era costumeiro a realização de reuniões de equipe para discussões e planejamento (apenas de cada enfermeira com seus respectivos ACS). Como acadêmicos foi possível entrar em contato com a dimensão de gestão do cuidado em saúde, podendo efetivamente experimentar a indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho (BRASIL, 2009). Participamos ativamente da gestão do trabalho produzido na UBS discutindo a necessidade de melhorar a atenção prestada, debatendo com enfermeiras, participando das consultas médicas, sentando com os ACS, fazendo do Internato em saúde pública um meio de vivenciar uma realidade não somente de cuidado, mas também de pactuação, de planejamento e gestão em saúde.

O estágio na Unidade Básica de Saúde (UBS) e a experiência de construção do Plano de Intervenção oportunizaram a vivência de práticas transdisciplinares com as equipes de saúde na direção de efetivar linhas de cuidado no interior da rede SUS (Cecílio, 2001; Merhy, 1998).

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias. Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (Brasil, 2007). Por isso, a gestão compartilhada é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (Campos, 2000).

4.2.3 Roda de Conversa com os ACS: inquietação na busca de novas soluções

A Roda de Conversa com os agentes comunitários de saúde, atores como fundamentais para o acesso da comunidade aos serviços de saúde, realizou-se no intuito de orientá-los acerca do seu importante papel na busca ativa das gestantes para a realização do pré-natal no 1º trimestre, na busca de casos suspeitos de infecção pelo Zika vírus e também nas ações preventivas contra o mosquito *Aedes aegypti*, mas também para acolher seus anseios e experiências.

Estavam presentes 22 ACS (dos 25 cadastrados na UBS), a enfermeira preceptora e os alunos. Começou com uma fala sobre a importância do início do pré-natal no primeiro trimestre, reforçando a importância do papel dos ACSs em encaminhar as novas gestantes de sua micro área para a UBS. Debateu-se sobre o *Aedes aegypti*, seus possíveis focos de reprodução, métodos preventivos, de maneira semelhante ao apresentado para as gestantes e sobre a infecção pelo Zika em gestantes. Os ACS mostraram-se interessados em discutir e trocar conhecimentos. Foi apresentado o protocolo com o fluxo das gestantes com suspeita na rede municipal e realizada uma discussão sobre o mesmo.

Em um certo momento, ficou explícito uma insatisfação com o funcionamento do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), sendo chamado de “nó crítico” do processo de trabalho dentro da unidade. Um dos ACS disse que algumas usuárias chegavam ali e a primeira pergunta que as funcionárias do SAME

faziam era qual a equipe que a usuária estava adscrita, ao invés de saber o que ela estava procurando ou o que trouxe ela até a UBS. Foi possível identificar um grande descontentamento por parte dos agentes, criticando o fato do usuário não poder escolher o médico que ele preferia ser atendido, e outras questões.

A partir da proposta de uma Roda de Conversa sobre Zika, outras demandas vieram à tona e os ACS puderam expressar não apenas dúvidas sobre o processo de trabalho no tema proposto, mas também trouxeram outras questões que precisavam ser discutidas pela equipe: a necessidade de novas Rodas pois poucas eram realizadas; acolhimento correto às gestantes e à toda a população daquele distrito de saúde, algo que não vinha sendo feito; a melhora da qualidade do vínculo entre aqueles profissionais que juntos poderiam pactuar uma melhora do atendimento em saúde oferecido àquela população.

No fim da reunião, a enfermeira preceptora deu um exemplo de como as coisas estavam diferentes na UBS. Uma gestante com suspeita de doença aguda pelo vírus Zika havia chegado e tinha sido atendida por umas das enfermeiras, que procurou o auxílio da preceptora para discutir o caso e seguiram os passos indicados no protocolo da secretaria. A usuária foi encaminhada para a Unidade Mista (UM) (com encaminhamento contendo história da doença completa) para lá ser notificada e coletados os exames. O plano de intervenção estava gerando bons resultados!

Por fim, foi realizado uma reunião entre os alunos e a enfermeira preceptora para avaliar o plano, analisando às dificuldades enfrentadas na execução do trabalho, além das limitações que lhe eram implícitas, como o tempo de estágio dos alunos. Foi possível perceber que o PI de fato interviu, mesmo que pontualmente, no processo de trabalho naquela UBS, proporcionando as gestantes adscritas um melhor acompanhamento, orientação e referenciamento correto. Foi possível trabalhar não só o acolhimento, mas também perceber que quando o profissional encaminha um usuário para outro local pertencente à rede de saúde, ele precisa conhecer essa rede e as pactuações em torno dela.

A fim de contribuir com a Unidade Básica de Saúde e sedimentar o plano de intervenção como proposta duradoura de cuidado às gestante com suspeita de Zika também foram elaborados folders explicativos sobre os sintomas da infecção

pelo Zika Vírus e sobre os fluxos das gestantes na rede de saúde do município de São Luís – MA.

4.3 Debatendo o Plano...

As Rodas foram momentos importantes do processo de construção e execução do PI: de forma compartilhada, os conhecimentos circularam, possibilitando a construção de saberes e práticas inovadoras. A participação efetiva dos profissionais das equipes de saúde contribuiu para a execução do plano e repercutiu na atenção ofertada às gestantes com suspeita de infecção pelo Zika vírus. O intercâmbio entre alunos e trabalhadores permitiu aos primeiros captarem as diversas visões sobre o trabalho em saúde dos profissionais e o conhecimento aprofundado do cotidiano dos serviços de saúde (Carvalho, Campos e Oliveira, 2009).

O PI, aos poucos, configurou-se como a possibilidade de problematização do tema Zika/Microcefalia e as dificuldades de acesso aos demais pontos da rede de saúde, partindo da realidade vivenciada pelas gestantes e trabalhadores da UBS, mas também pelos alunos enquanto estagiários. Ele teve o intuito de democratizar e produzir informações acerca do tema proposto, visando instrumentalizar os sujeitos envolvidos em defesa de sua cidadania e do fortalecimento de seus direitos. Além disso, também teve a incumbência de, através do encontro de diferentes atores, articular redes, pessoas e recursos comunitários, construindo caminhos de ação e atenção mais integrados, bem como promover o desenvolvimento de ações e estratégias locais, que atendessem às necessidades da população. O PI contribuiu para a construção efetiva do vínculo entre os sujeitos envolvidos, resultando em benefícios para a unidade e para as usuárias e em aprendizado para os alunos, no exercício de um modo coletivo de aprender a partir da intervenção nas práticas, de modo a produzir mudanças nos modos de atenção e gestão da saúde (Brasil, 2010).

Exxperimentamos o reconhecimento da interdependência entre cuidados médicos e cuidados sociais e a necessidade de romper com barreiras conceituais, formais e operacionais entre programas verticais e políticas setoriais (Lloyd e Wait,

2005), a fim de garantir a efetividade da rede de atenção na integralidade e longitudinalidade do cuidado.

A implementação de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de planos terapêuticos que atendam necessidades mais singulares da população da área são indispensáveis para a qualificação do cuidado. As linhas de cuidado são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas (Silva, 2011).

Em um momento em que a prática médica leva a um caminho de progressiva dependência do médico à técnicas e recursos mais sofisticados, uma prática cada vez mais especializada (Machado, 1997) e em que o conhecimento científico e a pesquisa biomédica impossibilitam aos estudantes apreender todo o conteúdo atualizado das áreas do conhecimento médico (Gotardelo; Gaspar, 2012), o campo de prática na Atenção Básica na UBS auxiliou os alunos do Internato a vivenciarem uma realidade fora do ambiente hospitalar terciário, equivocando essa lógica de formação centrada no hospital.

Foi possível experimentar alguns dos desafios da concretização de marcos conceituais importantes da saúde coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase à integralidade e equidade; a superação do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”; entre outros princípios (Carvalho e Ceccim, 2006).

A partir do Plano de Intervenção foi possível experimentar nossa formação enquanto profissionais qualificados e críticos do ponto de vista técnico-científico, éticos, atuantes e comprometidos socialmente com a luta pela saúde (Ceccim, 2003); capazes de problematizar questões de saúde de nossa região, país e

mundo, atuando na proposição de mudanças com e para a sociedade (Koifman, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa articulação, acredita-se que tenha sido possível uma interferência positiva na gestão do cuidado às gestantes com suspeita de infecção pelo Zika vírus

A materialização da rede de serviços e recursos de saúde, formais e informais, a partir da participação efetiva de diferentes atores nas discussões, permitiu às gestantes saberem, de fato, a quem buscar naquele território para garantir a efetividade do cuidado e aos profissionais, a possibilidade de uma atenção adequada ao seu público adscrito.

As Rodas de Conversas foram momentos de compartilhamento de experiências, pois colocaram diferentes atores frente a frente, com seus medos, anseios, esperanças, dúvidas, aflições. Além disso, os estudantes de medicina se viram deslocados do foco no consultório e colocados a frente dos problemas enfrentados na gestão dos cuidados em saúde. Ao buscarem contribuir para a qualificação da gestão do serviço e do cuidado ao usuário, os alunos tiveram a oportunidade de intercambiar experiências com os profissionais da rede, realizar visitas domiciliares e conhecer serviços de atenção básica do município.

Foi possível realizar um aprendizado integrado à comunidade, produzindo conhecimento e saúde com e para a população (Ferreira, et al, 2007). Essa aposta pedagógica requer envolvimento dos educandos com a comunidade, fazendo-se reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas para a construção de sua aprendizagem, diferentemente dos processos de formação que envolvem breves estágios em centros de saúde-escola (Silva, 2000).

A experiência de construção e implementação do Plano durante o Internato, convocou à experimentação do trabalho da gestão em saúde em um processo interdisciplinar com profissionais de diferentes áreas da saúde, o que tornou possível o questionamento e compartilhamento do poder e do saber médicos com outros profissionais da saúde .

Essa pequena experiência evidencia o Plano de Intervenção como uma importante ferramenta de construção de saberes, de ampliação dos olhares

acadêmicos na formação e, sobretudo, de valorização de cada sujeito como único e indispensável na construção e implementação de uma gestão compartilhada do cuidado. Permitiu a formação do médico em articulação com as necessidades de saúde de uma comunidade. A saída do hospital como campo de prática permitiu o desenvolvimento de práticas de saúde menos centradas em procedimentos, conectadas à necessária articulação entre alunos e preceptores, em equipe, em rede.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1)

BRASIL. Política Nacional de Humanização: Documento Base. 3. ed. Brasília, 2007.

BRASIL/MS. Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia, 28 de novembro de 2015. [Internet]. Nota à imprensa. 2015 [cited 2015 Dec 6]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>

CAMPOS, G. W. S. Apoio Paidéia. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica — Diretrizes. Documento preliminar, 2005.

CAMPOS, G.W.S.; Figueiredo, M.D.; Pereira Júnior, N.; Castro, C.P. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:983-95.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S.; OLIVEIRA, G.N. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.29, p.455-65, 2009.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Organizadores). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006. p.149-82.

CECCIM R. B.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R., Mattos R. A. (Organizadores). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS: Abrasco; 2003. p. 211-226.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.;

MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p.39-64.

COSTA, J. R. B., et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. Rev. bras. educ. med. [online]. 2012, vol.36, n.3, pp.387-400. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000500014>.

COSTA, E. F. de O. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2012, vol.58, n.1, pp.53-59. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100015>.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho: Método Paidéia para co-gestão. Org & Demo, Marília, v. 11, n. 1, p.31-46, jun. 2010.

DEMARZO, M. M. P. et al. Internato Longitudinal. Rev. bras. educ. med. [online]. 2010, vol.34, n.3, pp.430-437. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300013>.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev. bras. educ. med. [online]. 2007, vol.31, n.1, pp.52-59. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100008>.

GOMES, A. P., et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Rev. bras. educ. med. [online]. 2012, vol.36, n.4, pp.541-549. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. E. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R. (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO, 2007, v. 1, p. 145-160

KOIFMAN L. Editorial. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2006 v .29, nº 1, p. 111-113

LLOYD, J.; WAIT, S. Integrated care: a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future, 2005. 22 p.

MACHADO, M. H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R. et al. (Organizadores.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas / Health planning for not specialists. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.767-782, tab. (Saúde em debate, 170).

PAVAN, C.; GONÇALVES, L. L. M.; MATIAS, M. C. S.; PAULON, S. Documento Orientador da Política de Formação da PNH. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1297-1314, Dec,2011.

ROBBINS, S. P. *Administração: mudanças e perspectivas*. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

RODRIGUES, J. S. M. et al. O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 270-280, 2013.

SÃO LUÍS, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo municipal: dengue, febre de chikungunya, doença aguda pelo vírus zyka e microcefalia. São Luís. Versão Nº 2, 2016.

SILVA, S. F. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec; 2001.

SILVA, R. F. Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

UFMA - Universidade Federal do Maranhão. Programa De Internato Em Saúde Pública. São Luís, 2016

WITT, R. R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das fundações essenciais de saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: EERPUSP; 2005.

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Obs: Declaração

	 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL	Nº. do Parecer: 300/10 Registro do CEP: 115/10 Nº do Protocolo: 002929/2010-50 Data de Entrada no CEP: 01/06/2010 Parecer: APROVADO	
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO		

I - Identificação:

Título do projeto: Implantação de currículo por competências no Internato em Saúde Pública da UFMA

Identificação do Pesquisador Responsável: Maria Teresa Soares de Brito e Alves

Identificação da Equipe executora: Maria Teresa Soares de Brito e Alves, Zeni Carvalho Lamy, Antônio Augusto Moura da Silva e Raimundo Nonato Sousa

Instituição onde será realizado: Departamento de Saúde Pública

Área temática: Grupo III Multicêntrico: Não Data de recebimento: 01.06.10

Cooperação estrangeira: Não Data de devolução: 22.10.10

II - Objetivos:

Geral: implantar currículo por competências no Internato em Saúde Pública da UFMA;

Específicos:

- analisar as potencialidades e deficiências no currículo atual do internato em saúde pública;
- conhecer a percepção dos professores e preceptores acerca da adequação e qualidade das competências priorizadas;
- avaliar a integralidade do cuidado prestado ao paciente hipertenso pelo interno do novo currículo.

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa para Implantação do currículo por competências no Internato em Saúde Pública da UFMA. É uma pesquisa educacional com abordagem qualitativa e quantitativa que se desenvolverá com alunos egressos do internato e alunos atuais, professores e preceptores. Será utilizado questionário eletrônico com perguntas estruturadas, com objetivos de analisar as potencialidades e deficiências no currículo atual do internato em saúde pública, conhecer a percepção dos professores e preceptores acerca da adequação e qualidade das competências priorizadas e avaliar a integralidade do cuidado prestado ao paciente hipertenso pelo interno do novo currículo. Os resultados obtidos vão colaborar no entendimento das dificuldades da formação médica, podendo ajudar a preveni-las no futuro, contribuindo para melhorar a assistência à saúde.

IV- Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares em particular sobre:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa para Implantação do currículo por competências no Internato em Saúde Pública da UFMA. Este projeto está bem escrito e muito bem delineado,

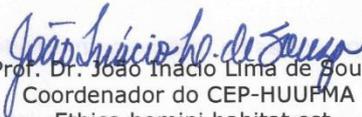
apresentando introdução, objetivos, metodologia clara e TCLE claro e compreensivo. Apesar de não haver nenhum benefício imediato na participação dos sujeitos, os pesquisadores acreditam que os resultados obtidos vão colaborar no entendimento das dificuldades da formação médica, podendo ajudar a preveni-las no futuro, contribuindo para melhorar a assistência à saúde, justificando tratar-se de um estudo com relevância ética, científica e social

V - Parecer Consubstanciado do CEP

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 22 de outubro de 2010


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

ANEXO B - NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Periódico: *Saude e Sociedade*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, Saúde e Sociedade tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.

e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;

h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e

i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na Saúde e Sociedade, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista Saúde e Sociedade, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). Saúde global. São Paulo: Manole, 2014.

- Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de fitness. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- Tese

SANTOS, A. L. D. dos. Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010.

Geneva: WHO, 2010. Disponível em:
<http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf

>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- Legislação (Lei, Portaria etc.)

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

• Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

• Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. Livro de resumos... São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A Saúde e Sociedade utiliza o modelo Open Access de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A Saúde e Sociedade não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Envio do material

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>