

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PATRICIA FEITOZA SANTOS

**LINHA DE CUIDADO PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES:
PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UBAJARA (CEARÁ)**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PATRICIA FEITOZA SANTOS

**LINHA DE CUIDADO PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES:
PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UBAJARA (CEARÁ)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Ms. Valéria Binato Santili
Depes.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **LINHA DE CUIDADO PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBAJARA (CEARÁ)** de autoria da aluna **PATRICIA FEITOZA SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis

Profa. Ms. Valéria Binato Santili Depes.

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	07
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

RESUMO

O presente trabalho traz como objetivo geral implantar uma Linha de Cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Ubajara/Ceará, visando a integralidade, longitudinalidade, acolhimento adequado com inserção da família no cuidado. Destaca a importância da elaboração de propostas inovadoras para o tratamento e acompanhamento dessas patologias e apresenta a Educação Permanente como estratégia de viabilização. Caracteriza-se como uma tecnologia de concepção, assim traz na metodologia a descrição de um plano de ação para a implementação dessa linha de cuidado na tentativa de se obter mudanças de postura por parte dos profissionais na abordagem dessas doenças. Considerou-se de extrema importância o desenvolvimento desse plano de ação para a qualificação da assistência e gestão. Espera-se alcançar como resultado positivo a ampliação de um modelo integral de atenção à saúde com apoio de uma equipe interdisciplinar, promovendo a aprendizagem significativa nos serviços e centralizada no paciente, família e comunidade.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são condições incapacitantes que requerem longo tempo de cuidado, bem como ação contínua da atenção primária, secundária, e serviço de reabilitação. O processo de cura é lento ou mesmo inexistente com a idade, e pode gerar incapacidade residual, e algumas vezes, episódios recorrentes da doença (FREITAS, MENDES 2007).

As doenças crônicas são as principais causas de mortes do mundo e geram elevados números de mortes prematuras, perda da qualidade de vida com alto grau de limitação das atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL 2011).

Dentre as doenças crônicas, encontram-se a Hipertensão e a Diabetes que merecem destaque na ampliação do cuidado, uma vez que também geram muitas mortes prematuras, incapacidades e diminuição da qualidade de vida dos pacientes portadores dessas patologias (FREITAS, MENDES 2007).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou no ano de 2010, 12.054.827 casos de Diabetes. Já a Hipertensão aparece como responsável por 53% de mortes, principalmente do sexo feminino, registados no período de 2000 a 2009, sendo o Nordeste, a região brasileira com maior número, acompanhada de Sul e Sudeste (IBGE, 2010).

Localizado na região Nordeste, o município de Ubajara, no Estado do Ceará (CE) conta com 31.247 habitantes. Dispõe de uma área territorial de 421 km², localizando-se na Chapada da Ibiapaba. Sua sede está a uma altitude de 847,5 m, possuindo um clima ameno, com temperatura média anual de 22°C, e densidade demográfica de 93,69hab/km (IBGE, 2010).

Ubajara (CE) conta com 25 estabelecimentos de saúde, distribuídos em 10 Estratégias de Saúde da Família (ESF) com Saúde Bucal, 06 postos de apoio para ESF, 02 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 01 Hospital Municipal, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Assistência Psico Social (CAPS) I, 01 Central de Assistência Farmacêutica, 01 Unidade de Vigilância (Vigilância Sanitária e Ambiental, Nutricional, Epidemiológica), 01 hospital Privado, e a Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2011).

Embora exista determinado modelo de atenção à saúde nesse município voltado para as condições agudas, há uma carência de modelos voltados para as condições crônicas, principalmente para Diabetes e Hipertensão.

Entende-se por modelos de atenção à saúde combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços e populações. Assim, o modelo de atenção à saúde consiste numa forma de combinar as técnicas e as tecnologias para resolver problemas e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas (PAIM, 2002).

Uma das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e presente no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HiperDia - desse município, encontra-se organizado por um cronograma previsto em todas as unidades básicas, sendo os pacientes atendidos semanalmente. Mesmo havendo esse programa organizado semanalmente, percebe-se que não há um atendimento pautado na longitudinalidade, integralidade, equidade e acolhimento adequado com aumento do vínculo e inserção da família e comunidade. Além disso, se faz necessária Educação Permanente em Saúde para os profissionais.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2013), o município tem 2.100 casos diagnosticados de Hipertensão e 900 casos de Diabetes, perfazendo um percentual de acometimento da população de 6,72% e 2,88%, respectivamente.

O modelo de atenção à saúde vigente está fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse modelo tem se mostrado insuficiente, para dar conta dos desafios sanitários atuais, e insustentável, para os enfrentamentos de problemas futuros (OMS, 2003).

Nessa proposta de melhorar e adequar os cuidados voltados principalmente para as condições crônicas, as Linhas de Cuidado parecem ser uma estratégia inovadora de superação do modelo hegemônico. Podem ser compreendidas como modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais (OMS, 2003).

Linha de cuidado pode ser entendida como o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde. Ela expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, objetivando atender as suas necessidades de saúde. Perpassa todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada em média a alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) (SILVA *et al*, 2013).

Assim, implantar e implementar uma linha de cuidado para esses pacientes é de extrema importância, pois desta forma busca-se enfrentar as repercussões globais causadas por essas

doenças; o impacto econômico para o SUS, famílias e comunidade; e principalmente as repercussões individuais que podem acarretar frustrações nos planos de vida.

Considerando a problematização apresentada, o presente trabalho tem como

OBJETIVO GERAL:

✚ Implantar uma Linha de Cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos em uma ESF no município de Ubajara (CE), visando a integralidade, longitudinalidade, acolhimento adequado com inserção da família no cuidado.

Traz como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

✚ Sensibilizar a gestão para implantação da Linha de Cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos em uma ESF.

✚ Formular um protocolo para implementação da Linha de Cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos de uma ESF.

✚ Implementar o protocolo da Linha de Cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos de uma ESF.

✚ Avaliar a Implantação da Linha de Cuidado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial de Saúde, em 2003, elaborou um relatório visando apoiar aqueles que tomam decisões na área da saúde e demais profissionais, considerando o aumento indiscutível do número de pessoas com doenças crônicas no mundo.

Partes desse relatório compõe a fundamentação teórica deste trabalho, por apontar para a mudança de paradigma no acompanhamento ao doente crônico. Aqui apresentar-se-á alguns dos elementos, ditos essenciais para o aprimoramento dos serviços de saúde com relação à necessidade de mudança de paradigma,

O sistema de saúde é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atende as necessidades de muitos pacientes, especialmente aqueles que apresentam condições crônicas. Pacientes, trabalhadores da saúde e, sobretudo, tomadores de decisão precisam reconhecer que o tratamento eficaz das condições crônicas requer um tipo diferente de sistema de saúde. [...] Os problemas crônicos mais preponderantes, como diabetes e hipertensão exigem contato regular e extenso durante o tratamento. Uma mudança de paradigma aumentará de forma substancial os esforços para solucionar o problema do gerenciamento das necessidades distintas dos pacientes ante os limitados recursos (OMS, 2003, p. 8).

Com relação ao gerenciamento do ambiente político,

A elaboração de políticas e o planejamento de serviços para pacientes com Hipertensão e Diabetes, ocorrem inevitavelmente em um contexto político, no qual todos inclusive as famílias e comunidade são os principais componentes do modelo assistencial previsto (OMS, 2003, p. 9).

Com relação ao desenvolvimento de um sistema de saúde integrado,

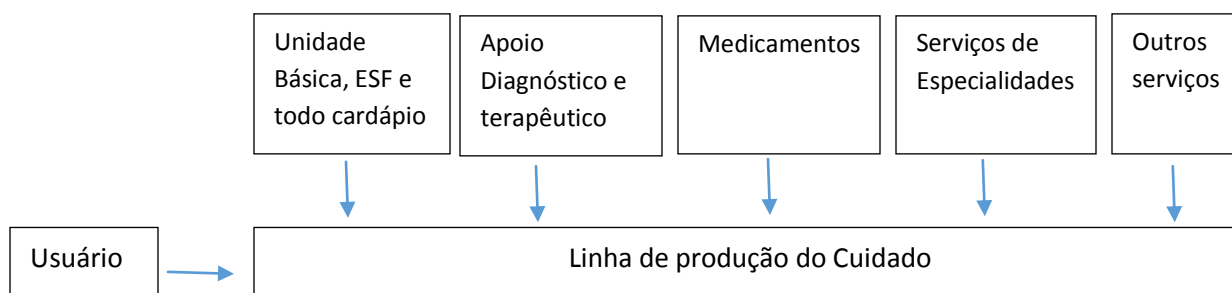
Os sistemas de saúde precisam se resguardar contra a fragmentação dos serviços. O tratamento das condições crônicas requer integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e os prestadores e através do tempo (a partir do contato inicial com o paciente). A integração também inclui a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema (e. g. serviços de internação, ambulatorial e farmacêutico), incluindo iniciativas de prevenção e incorporando os recursos da comunidade que podem nivelar os serviços gerais de saúde. Os resultados dos serviços integrados são saúde melhorada, menos desperdício, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes (OMS, 2003, p. 9).

É na Atenção Básica que se começa a integralidade da assistência com acolhimento e vínculo dos usuários operado por equipes multiprofissionais. Dessa forma o cuidado passa a ser visto como associação de vigilância à saúde com aspectos individuais. A partir disso, pode-se fundamentar um projeto terapêutico cuidador como propedêutica, na qual os exames de maior complexidade serão utilizados somente para ajudar o diagnóstico (FRANCO E JUNIOR, 2004).

Linha do cuidado (Figura 1) é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO E JUNIOR, 2004).

Dessa forma os fluxos são direcionados de acordo com o projeto terapêutico do usuário sendo que esses fluxos deverão garantir acesso às tecnologias necessárias (FRANCO E JUNIOR, 2004).

Figura 1- Linha de Produção de Cuidado



Fonte: Figura adaptada de Franco e Júnior, 2004.

Os prestadores de serviços, o pessoal da área de saúde pública e aqueles que apoiam organizações de saúde precisam de novos modelos de equipe de saúde e perícia para administrar as condições crônicas. Habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são necessárias para auxiliar os pacientes em condições crônicas, inclusive com Diabetes e Hipertensão (OMS, 2003).

Essas mudanças podem ser operacionalizadas através da Política Nacional de Educação Permanente, aprovada pela Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007, que conceitua Educação Permanente como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se

incorporam ao cotidiano das ações e do trabalho”. Esta política preconiza a aprendizagem significativa, ou seja, uma aprendizagem voltada para a realidade ou problemas evidenciados no trabalho (BRASIL, 2009).

A Política de Educação Permanente em Saúde tem como proposta a

ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e resalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios (BRASIL, 2009, p. 20).

O Ministério da Saúde (MS) trata a Educação Permanente em Saúde como a conexão entre educação e trabalho, articulando a formação para o conhecimento e o exercício profissional organizado com saberes técnicos e científicos, para produzir uma aprendizagem significativa, pautada na relevância social do ensino e em uma ética da vida e das relações (BRASIL, 2009).

Assim, ao tensionar o processo de formação dos trabalhadores da saúde, o MS pretende mudar o perfil dos profissionais para garantir a melhoria da qualidade dos serviços e processos de trabalho com vistas a assegurar uma atenção integral e de qualidade (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, considerando que a categoria profissional da enfermagem tem influenciado e sido influenciada pelos modelos de atenção à saúde, urge que o enfermeiro, como gestor da assistência de enfermagem e, muitas vezes, gestor ou gerente dos serviços de saúde, seja qualificado permanentemente no seu cotidiano de trabalho, apesar de haver algumas limitações estruturais e políticas há a necessidade, para de planejar e executar uma Linha de Cuidado para Pacientes com Diabetes e Hipertensão.

3 MÉTODO E RESULTADOS ESPERADOS

Segundo Niestche (2000) e Prado et al. (2009), dentre as tecnologias assistenciais, a tecnologia de concepção pode ser entendida como desenhos/projetos para o cuidado de enfermagem, bem como uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais.

Assim, entendemos que o método deste Trabalho de Conclusão de Curso e as etapas do plano de ação mesclam-se enquanto TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO, ou seja, o produto é o plano de ação que pretendemos desenvolver em Ubajara (CE), visando a implantação de uma Linha de Cuidados para Hipertensão e Diabetes.

Ainda traremos neste item, os resultados esperados para cada etapa do plano de ação, com o objetivo pedagógico de proporcionar uma melhor compreensão do plano proposto, motivo pelo qual o denominamos ‘método e resultados esperados’.

3.1 Cenário de Intervenção

Compõe o cenário de intervenção do plano de ação: a Secretaria Municipal de Saúde de Ubajara (CE); 01 Unidade Básica de Saúde (Quadro 1); Centro de Reabilitação Municipal; Central de Regulação e Marcação de Consultas e Hospital Municipal Francisca Belarmino da Costa.

Quadro 01- Unidade Básica de Saúde

ESF	População cadastrada	População de Hipertensos	População de Diabéticos	ACS
Jaburuna	2508	43	188	5

Fonte: SIAB 2013

3.2 Sujeitos de Intervenção

Profissionais e gestores da saúde no município de Ubajara (CE): Secretária Municipal de Saúde; representantes das Coordenações: da Atenção Básica, do Hospital Municipal, da Central de Regulação, do Núcleo de Apoio a Saúde na Família (NASF), do Centro de Reabilitação e da Central de Assistência Farmacêutica.

Profissionais de Saúde da ESF de Jaburuna; representantes do Conselho Municipal de Saúde; Presidente da Associação Comunitária da Comunidade de Jaburuna; pacientes hipertensos e diabéticos da ESF de Jaburuna.

3.3 Plano de Ação:

Para implementar a Linha de Cuidado para Hipertensão e Diabetes na ESF de Jaburuna foram proposta as seguintes etapas:

ETAPA 1: Sensibilização da Gestão da Saúde

Quadro 2 - ETAPA 1: Sensibilização da Gestão da Saúde

Atividade	Responsáveis	Proposta Pedagógica	Resultados Esperados	Prazo
Entregar o projeto de Intervenção concluído ao gestor	Elaboradora do projeto	Apresentação dialogada em PowerPoint e entrega física do projeto	Gestão Sensibilizada	15 dias após projeto finalizado
Entregar estatísticas de internações por complicações de diabetes e hipertensão no município	Elaboradora do projeto	Elaboração de um relatório com apresentação dialogada em PowerPoint	Gestão Sensibilizada com a série histórica do município	15 dias após projeto finalizado

Fonte: Quadro elaborado pela autora do plano.

ETAPA 2: Formulação do protocolo

Quadro 3 - ETAPA 2: Formulação do protocolo

Atividade	Responsáveis	Proposta Pedagógica	Resultados Esperados	Prazo
1. Propor uma agenda local de educação permanente em saúde para formular o protocolo	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Gestores ✚ Usuários ✚ Trabalhadores 	<p>Realização de oficinas de trabalho com encontros a cada 15 dias com os profissionais do NASF: Nutricionista, Educador Físico, Psicólogo, Fisioterapeuta (Esses profissionais descreverão suas contribuições em suas áreas para que em conjunto seja definido o que será realizado para os pacientes em todos os momentos, na abordagem clínica, no cuidado domiciliar com a família etc. Da mesma forma com todos os profissionais da saúde da família incluindo Saúde Bucal.</p> <p>Um representante da comunidade também será convidado para ajudar na abordagem da educação popular em saúde.</p> <p>Nessas rodas descreveremos também as dificuldades enfrentadas por todos os outros profissionais que teriam dificuldades na abordagem clínica, convívio social e aceitação do paciente para os cuidados considerados importantes para ele.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Levantamento das dificuldades vivenciadas e percebidas pelos gestores na organização dos processos de trabalho para hipertensos e diabéticos ✚ Os espaços de conselhos (municipal, locais) produzirão discussões que devem ser consideradas na definição da agenda local de educação permanente para formular o protocolo. ✚ As dificuldades sentidas e vivenciadas pelos trabalhadores de saúde serão consideradas na definição da agenda, já que o planejamento das ações de educação permanente para a linha de cuidado deve ser construído com as equipes. ✚ Análise do perfil epidemiológico desses pacientes 	03 meses

Fonte: Quadro elaborado pela autora do plano.

ETAPA 3: Implementação do protocolo

Quadro 4 - ETAPA 3: Implementação do protocolo

Atividade	Responsáveis	Proposta Pedagógica	Resultados Esperados	Prazo
1. Criar uma preceptoria de Enfermagem na lógica de apoiador Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Gestão ✚ Elaboradora do projeto ✚ NASF ✚ Hospital 	Contratação de um profissional enfermeiro que atue ajudando as equipes para a implementação do protocolo, que se reunirá uma vez ao mês com todas as equipes e gestão para apresentar dados críticos e evolutivos da implementação da linha de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Análise da Situação; ✚ Negociação de Prioridades; ✚ Identificação de Centros Práticos de Ação; ✚ Construções de Plano de Ação de acordo com as dificuldades encontradas durante a implementação do protocolo e Carta de Compromissos ✚ Desenvolvimento do Apoio para implementação do Protocolo; ✚ Avaliação e Acompanhamento do Processo de implementação do protocolo <p>(continua próxima página)</p>	01 Mês após sensibilização da gestão.

<p>2. Criar apoio matricial na tentativa de propor um trabalho interdisciplinar com as equipes de saúde da família. Entende-se por apoio matricial ajuda compartilhada de diferentes especialistas na produção de um cuidado singular, priorizando inclusive a autonomia dos sujeitos envolvidos. Apoio que difere da lógica hierarquizada de referência e contra referência de especialistas médicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚NASF ✚Hospital ✚Coordenações 	<p>Para cada paciente, inclusive os mais críticos em termos de complicações, será construído um conjunto de orientações baseadas em conhecimentos nutricionais, exercício físico, fisioterapia, saúde mental etc. Esse conjunto de orientações será construído baseado em um cronograma estabelecido pela equipe da ESF em uma sala de acolhimento multiprofissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ atendimentos e intervenções conjuntas entre preceptor e os profissionais das categorias implicadas nos casos clínicos; ✚ estudo e discussões de casos; ✚ troca de conhecimentos e orientações do preceptor sobre condutas perante os casos; ✚ construção de projetos terapêuticos em conjunto; ✚ programação de uma série de atendimentos ou procedimentos especializados com o profissional da enfermagem para discussão de técnicas e abordagens. 	<p>Periodicamente</p>
--	---	--	---	-----------------------

Fonte: Quadro elaborado pela autora do plano.

ETAPA 4: Avaliação da implantação da Linha de Cuidado para Hipertensos e Diabéticos

Quadro 5 - ETAPA 4: Avaliação da Implantação da Linha de Cuidado para Hipertensos e Diabéticos

Atividades	Responsáveis	Proposta pedagógica	Resultados Esperados	Prazo
Construção de um Instrumento para as equipes avaliarem a linha de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Coordenações ✚ Preceptorias de Enfermagem 	A preceptoria em enfermagem levantará todos os pontos que podem ser considerados como avaliativos e na reunião de gerentes montar-se-á o(s) instrumento(s) avaliativo(s) para ser(em) aplicado(s)	Instrumentos preenchidos e analisados	06 meses após a implantação do protocolo
Construção de um Instrumento para avaliar a satisfação do usuário e família	Coordenações Preceptorias de Enfermagem	A preceptoria em enfermagem levantará todos os pontos que podem ser considerados como avaliativos e na reunião de gerentes montar-se-á o(s) instrumento(s) avaliativo(s) para ser(em) aplicado(s)	Instrumentos preenchidos e analisados. Satisfação e/ou crítica do usuário e família para dar continuidade ao plano de cuidados e melhoria em sua qualidade de vida.	06 meses após a implantação do protocolo

Fonte: Quadro elaborado pela autora do plano.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Considera-se que para o tratamento e acompanhamento da Hipertensão e Diabetes são necessárias mudanças de paradigmas e modelos de atenção. Após a implementação do plano elaborado espera-se alcançar como resultado positivo a ampliação de um modelo integral de atenção à saúde com apoio de uma equipe interdisciplinar, promovendo a aprendizagem significativa nos serviços e centralizada no paciente, família e comunidade.

A partir dessa mudança espera-se também a promoção de melhor qualidade de vida para os pacientes portadores dessas patologias, o melhor gerenciamento dessas doenças pelos profissionais envolvidos e consequentemente redução de custos com a alta complexidade para o município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após levantamentos de discussões, dúvidas, engrandecimento do conhecimento ao longo dos módulos, percebemos a importância/ relevância dos estudos que foram realizados durante o curso de Especialização em Linhas de Cuidado, área doenças crônicas não transmissíveis. Tal estudo nos revelou e possibilitou uma impressionante capacidade técnica e científica para elaborarmos planos de intervenções, que usualmente não são realizados pelas equipes de saúde.

O conhecimento adquirido mostrou-nos o potencial de buscarmos melhorias nas intervenções de saúde e principalmente na enfermagem. A abordagem voltada para a lógica da construção de planos de intervenção qualifica consideravelmente a gestão dos serviços de saúde, a assistência, o que conseqüentemente refletirá na melhoria de vida da população.

A experiência de estar envolvida nessa trajetória de mudanças de modelos e/ou paradigmas é bastante gratificante, pois enriquece o trabalho, observando a integração ensino-serviço, ou seja, o trabalho com diversas possibilidades de aprendizado. Além disso, com a implementação das estratégias de educação permanente em saúde, a metodologia do plano elaborado trabalharemos com tecnologia leves, como pode ser considerado o cuidado.

Tudo isso nos mostra que se pode enobrecer o Sistema Único de Saúde, pois temos a possibilidade de mesclar as teorias com um trabalho vivo em nossas realidades. Contudo, sabemos que a proposta pode se esvanecer caso não haja a sensibilidade da gestão para pôr em prática o plano, uma vez que são necessários apoio de logística, financeiro, liberação da equipe para os momentos de roda e outros itens citados no plano de ação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Estados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/metodologia.shtm>> Acesso em: 10 dezembro 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/potal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf> Acesso em 12.jan.2014

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CNESNet. **Estabelecimentos de saúde do município de Ubajara – Ceará**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=231360&NomeEstado=CEARA.> Acesso em: 12.jan.2014

FRANCO. T. B; JUNIOR. H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas de cuidado. In: Merhy, E.E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2. ed. 2004.

FREITAS, M. C; MENDES, M. M. R: Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. latinoam. enferm**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 590-597, jul/ago. 2007.

NIESTCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí(RS): Unijuí, 2000.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial/organização mundial de saúde-Brasília, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf> Acesso em : 12.jan.2014

PAIM, J. S. Modelos Assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporado a proteção e promoção à saúde. In: Paim, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: COOPTEC. ISC, 2002. p.361-365.

PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

SILVA, D. M. G. *et al.* Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**. Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.