

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IZAIAS GOMES ARCANJO

PROCESSO DE EaD COLETIVO
NA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS CARDIOVASCULARES

FORTALEZA

2014

IZAIAS GOMES ARCANJO

**PROCESSO DE EaD COLETIVO
NA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS CARDIOVASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará (NUTEDS/UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^a. Me. Tania de Araújo Barboza.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

A698p Arcanjo, Izaias Gomes.
 Processo de EAD coletivo na atenção aos eventos agudos cardiovasculares./ Izaias Gomes
Arcanjo. – 2014.
 25f.: il. color., enc.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização). – Universidade Federal do Ceará,
Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em
Saúde, Curso de Especialização Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Orientação: Profa. Me. Tania de Araújo Barbosa.

1. Doenças Cardiovasculares. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Aprendizagem. 4.
Comportamento Cooperativo. I. Título.

RESUMO

Desde o ano de 1994, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) passaram a ser organizadoras de demanda, planejadoras, educadoras e agentes de transformação social provocando mudanças na atenção às pessoas com doenças crônicas degenerativas, dentre estas as circulatórias. Neste contexto, o Projeto “MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” (PMM) e o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) fazem parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema único de Saúde (SUS), que tem foco na interiorização da medicina, aperfeiçoar médicos na ESF e indução de processos conjuntos entre gestores e ESF para qualificação das equipes, respectivamente. As doenças cardiovasculares, segundo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS, foram as principais causas de morte em Fortaleza entre 2004 a 2011. Este projeto tem como objetivo qualificar equipes de Atenção Primária a Saúde (APS) na atenção integral aos eventos agudos de doenças cardiovasculares. Apresentado sob a forma de módulos de educação à distância desenvolvidos coletivamente para enfatizar práticas da ESF e aprendizagem colaborativa.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Doenças Cardiovasculares. Aprendizagem Colaborativa.

ABSTRACT

Since 1994, the teams of Family Health Strategy (FHS) became demand organizers, planners, educators and social change agents changing the way of treating people with chronic degenerative diseases, including these with circulatory disease. In this context, the Project "MAIS MEDICOS DO BRASIL" (PMM) and The PMAQ (National Program for Improving Access and Quality of Primary Care), are part of a broad pact aiming improving service to users of the NHS that focus on internalization of medicine, health improvement in the FHS and co-participation between managers and ESF for qualifying teams, respectively. Cardiovascular disease, according Datasus, was the main cause of death in Fortaleza from 2004 to 2011 This project aims to qualify PHC teams in comprehensive health care for acute cardiovascular disease events. Presented as distance education modules collectively designed to emphasize team practices and collaborative learning.

Keywords: Family Health Strategy. Cardiovascular Diseases. Collaborative Learning.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	05
2	PROBLEMA.....	05
3	JUSTIFICATIVA.....	07
4	OBJETIVOS.....	08
4.1	GERAL	
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	09
6	METODOLOGIA.....	13
7	CRONOGRAMA.....	14
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	15
9	AVALIAÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS.....	18
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como foco a interiorização da medicina, a melhora da relação percentual médico/cliente e o aperfeiçoamento médico no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) fortalecendo a ideia de saúde operada como qualidade de vida e do conceito abrangente de saúde. As equipes de saúde da família, desde o ano de 1994, passaram a ser organizadoras da demanda local, planejadoras das ações de saúde, educadoras populares e agentes de transformação social sendo capazes de resolver até 80% dos problemas de saúde da população (PORTALSAUDE, 2014).

O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), lançado em 2011, age por meio da indução de processos conjuntos entre gestores e ESF para qualificação das equipes da ESF caracterizadas pela baixa capacidade de realizar acolhimento dos problemas agudos, falta de prioridades, metas e resultados definidos em comum acordo pela equipe, gestores e comunidade (BRASIL b, 2012).

A unidade de atenção primária à saúde (UAPS) Maria Viviane Benevides Gouveia – pertence à regional V, localizada na zona oeste de Fortaleza, tem 12.312 habitantes. No ano de 2013, a prefeitura de Fortaleza implantou um modelo de atenção às condições crônicas e aos eventos agudos vinculando o sistema Manchester de classificação de risco para atender ações de demanda espontânea nas UAPS do município (FORTALEZA, 2014).

Para se conhecer a realidade vivenciada, principais problemas e necessidades da comunidade da microárea 540, desta UAPS, foi realizado um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida (ER), que direcionou a temática escolhida.

2 O PROBLEMA

Os dados levantados pelo método da Estimativa Rápida na microárea 540, coletados a partir de registros escritos (DATASUS-SIAB, 2012), consultas e observação da área, no período de setembro a novembro/2013 tiveram como produto o risco cardiovascular aumentado, apontando como doenças mais prevalentes a hipertensão, o diabetes e as cardiomiopatias, sendo mais prevalentes os pacientes com idade acima de 50 anos (figura 1).

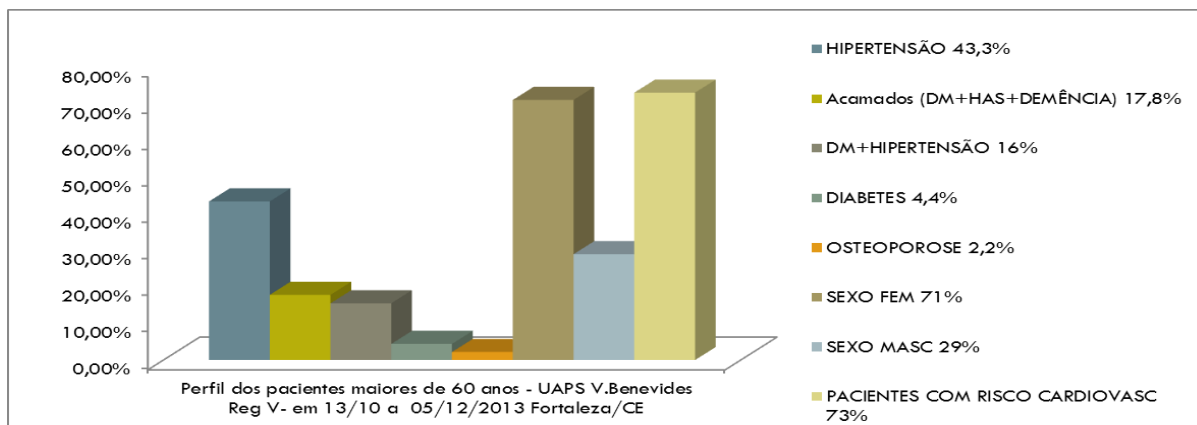


Figura 1: fonte UAPS Viviane Benevides – SMS/Fortaleza-CE

A UAPS está coberta, em sua área de abrangência, por 01 hospital distrital, 01 centro de atenção psicossocial (CAPS) e 01 centro de referência de Assistência social (CRAS) e UPA- 24h.

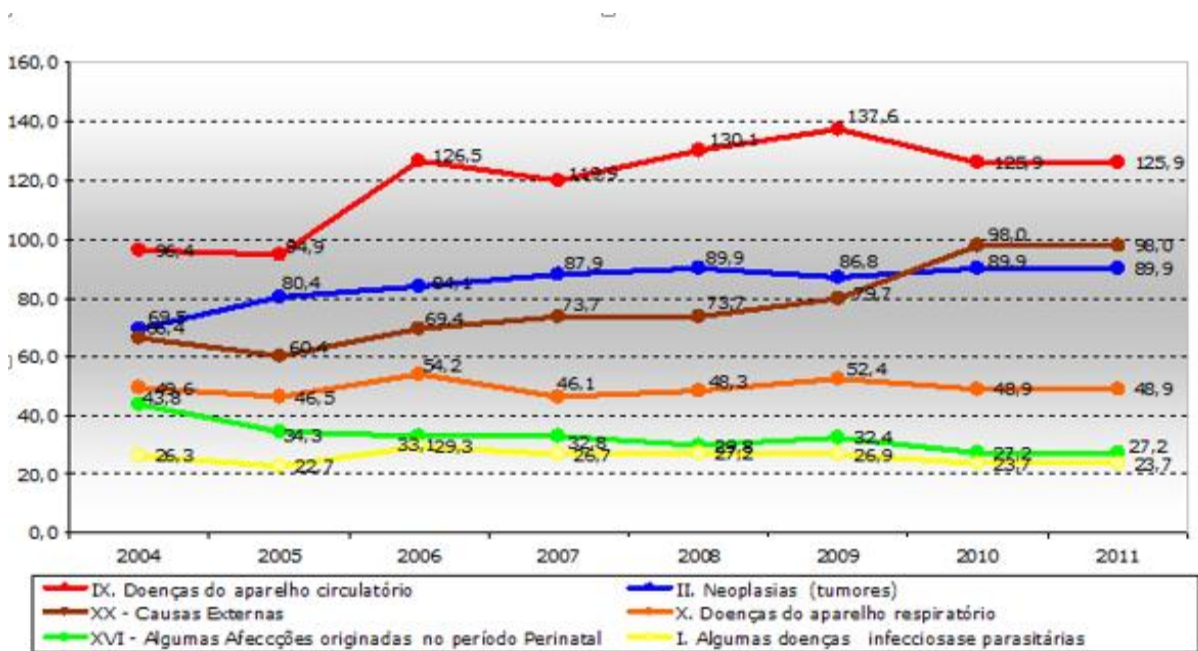


Fig. 2: Coeficiente de Mortalidade das Causas Básicas (CID 10). Fortaleza, 2004 a 2011.

FONTE: SMS/COPS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINSN

*Dados Sujeitos a alterações (atualizado em 13/08/2012)

O Conselho Local de Saúde da unidade, em 11/12/2013, avaliou alguns problemas como de alta importância dentro da capacidade de enfrentamento da comunidade inclusive com discussão da prioridade de um veículo de transporte à disposição 24h na UAPS e atenção à urgência cardiovascular. As causas cardiovasculares, concordante com membros do

Conselho de Saúde estão constituindo a principal causa de mortalidade em Fortaleza, capital (figura 2, Célula de Vigilância Epidemiológica / SMS/COPS, 2012).

Quadro 1: Problemas: Equipe 540 – Comunidade da Vila Manuel Sátiro, Fortaleza/CE.

Problemas	Importância
Riscos de eventos cardiovasculares agudos	Alta
Violência / drogas	Alta
Risco de doenças infecto-contagiosas	Alta
Déficit de capacitação das equipes do posto	Alta

As doenças do aparelho circulatório (DAC) foram as principais causas de morte nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, em 2009, estando entre as 10 principais causas de mortes (WHO, 2010).

Os governos pactuaram, em setembro de 2011, na Assembleia Geral das Nações Unidas, uma proposta de redução de mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) de 2% ao ano até 2022 (CECCON, 2013).

Em 2011, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registrou no Brasil 260.072 casos de internação por doenças isquêmicas do coração (DIC). Sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM), atualmente, a segunda causa de morte cardiovascular (48/100.000).

O índice de mortalidade no Brasil em 2010 é de 79.668, no nordeste 20.552, no estado do Ceará 2.778, constituindo a principal cauda de mortalidade em Fortaleza, capital (Figura 1). As causas cardiovasculares atribuíveis à aterosclerose foram responsáveis por 193.309 mortes. As Doenças Cardiovasculares (DCV), síndromes coronarianas agudas, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, foram as principais causas de morte nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento (MANSUR & FAVARATO, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Sendo a porta de entrada do SUS, estando em contato permanente com a saúde da população adstrita e conhecendo e acompanhando de perto pacientes com doenças crônico degenerativas, e ainda participando de um programa de educação continuada, as equipes que constituem a ESF possuem todos os requisitos para consolidar ações voltadas para a prevenção e controle das DCV, modificando sua prevalência e reduzindo suas taxas de

mortalidade e morbidade por meio de medidas que visem à prevenção, bem como ações de promoção de saúde na população de risco. Esse processo deve ser compartilhado por uma rede de atores de modo a construir coletivamente o significado e a importância das informações que se apresentam à população (CARVALHO, 2012).

Este projeto oferece uma ferramenta conjunta de melhoria do cuidado em pacientes agudos e crônicos, além de contribuir com a saúde e preservação da qualidade de vida da população atendida. Busca-se processos educacionais, que em curto prazo corroborem na prevenção das doenças cardiovasculares, com uma consciência geral, integração nos níveis de atenção e no reconhecimento de usuários como membros das equipes de saúde. Em médio prazo, melhora nas relações colaborativas e indicadores de qualidade. Em longo prazo, empoderamento da comunidade e qualificação das equipes da ESF com educação continuada (OMS, 2008).

A intervenção se justifica visando a qualificação de equipes na atenção às urgências cardiovasculares que ao mesmo tempo contribua para prevenção e capacitação também da comunidade. Os recursos utilizados seriam o de ensino à distância (EAD) e a lógica do ESF em processo educacional coletivo – trabalho em equipe, aprendizagem em equipe, avaliação em equipe (considera-se membros da comunidade como parte da equipe).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar equipes participantes do PMAQ e PMM, regional V, em Fortaleza, na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir doenças cardiovasculares;
- Reduzir morbidade e mortalidade cardiovascular;
- Promover formação coletiva e integral no sentido da humanização, integralidade, resolubilidade e participação popular como linha de cuidado às DCV;
- Implementar, junto à secretaria de saúde de Fortaleza, o Programa Municipal de Qualificação Coletiva nos eventos agudos das Doenças Cardiovasculares.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 TRABALHO EM EQUIPE

É definido como uma modalidade de trabalho coletivo configurando, através da comunicação no seu cotidiano, à construção de um projeto assistencial comum. Há o reconhecimento de posições diferentes, em relação a um mesmo objeto, sem que nenhum saber prevaleça sobre outro. O objeto Saúde Pública é resultante de uma soma de “olhares” e métodos aportados pelos profissionais das diferentes disciplinas ou práticas (LUZ, 2009).

O trabalho em equipe, cujos membros reconhecem suas funções, responsabilidades e limitações, multiplica as chances de um bom resultado, demonstrando eficácia na comunicação e na dinâmica. As melhores equipes são formadas por membros que demonstram respeito mútuo, trabalham juntos e compartilham informações de maneira amistosa e prestativa (AHA, 2012).

5.2 APRENDIZADO EM EQUIPE

Conforme normatização vigente do SUS, na organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) destaca-se a atenção básica desenvolvida sob forma de trabalho em equipe dirigido a populações de territórios definidos (BRASIL, 2012).

O processo de ensino e aprendizagem pode ser definido como modo em que o ser humano adquire novo conhecimento, desenvolve competências e muda o comportamento. A perspectiva da inteligência coletiva no domínio educativo é o da aprendizagem cooperativa. Interações entre sujeitos em um meio físico e social mais imaginativo, mais capaz de aprender e inventar (MUSSOI, 2013).

Ocorre cooperação entre os interlocutores, quando os envolvidos passam a se ajudar mutuamente, objetivando construir um conhecimento coletivo. O pensamento complexo deve conduzir-nos a melhores modos de atuação sobre a realidade no sentido de mudá-la para melhorar, de transformá-la, buscando mais subsídios para entender o diálogo e para entender os processos de aprendizagem coletiva (FAVERO, 2006).

Quadro 2: Concepções de Aprendizagem

Concepções que orientam o ensinar e o aprender	
Cognitivista	Sócio histórica
Sujeito – Objeto	Sujeito – Outro – Objeto
3ª via - Conhecimento está na ação dos sujeitos sobre os objetos.	Ruptura - Conhecimento = relação dialética sujeito X meio historicamente construído.
Ênfase: ação do sujeito.	Ênfase: relações interpessoais.
Sujeito: = ativo, individual e cognitivo.	Sujeito: interativo, ser social construtor da individualidade, interações entre indivíduos mediados pela cultura.
Psicologia: Piagetiana	Psicologia: Sócio histórica
Educação: construtivismo	Educação: progressista
Equipe: construtora de conhecimentos	Equipe: construção partilhada de conhecimento
Pedagogia: centrada no aluno	Pedagogia: centrada na atividade dos indivíduos em interação
Relações: igualdade	Relações: intersubjetivas
Conhecimento = construção individual	Conhecimento = construção social
Aprender	Ensinar / Aprender

Fonte: UFC, 2010

As tecnologias interativas vêm evidenciando, pela tríade básica equipe, comunicação (interatividade) e autonomia, como o cerne de qualquer processo de educação através da interação e interlocução entre todos os que estão envolvidos. Mas a mudança mais radical é quanto ao foco para construção coletiva do conhecimento, numa sociedade em constante evolução em que o aprendizado é permanente (Quadro 1).

5.3 AVALIAÇÃO EM EQUIPE

A AHA, 2010, recomenda que alunos façam auto-avaliação pré-curso como base sistemática de formação de uma equipe de RCP (reanimação cardiopulmonar) eficaz. E após uma intervenção uma ação diplomática dentro da equipe com um “debriefing” crítico construtivo é por vez necessária.

Esse estado de permanente mudança, motivo pelo qual práticas educativas para o trabalho em equipe, numa sociedade que privilegia a inovação, favorece a construção coletiva de aquisição de competência e mudança de hábito, quando então, se pode realmente afirmar que houve aprendizado numa dimensão pedagógica, tecnológica e didática (BRASIL, 2012).

5.4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA APS - SAMU

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera garante o atendimento imediato ao usuário com risco elevado, promove o trabalho em equipe e, principalmente, possibilita a construção de redes internas e externas de atendimento. A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção à urgência (PNH, 2009).

5.5 SINDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

SCA refere-se a doenças que ocorrem como resultado de isquemia miocárdica aguda. Inclui um espectro de apresentações clínicas que varia de angina estável (AE), Angina Instável (AI), o Infarto Agudo do Miocárdio sem elevação do segmento ST (IAM SSST) e Infarto Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST(IAM). Recentemente têm-se estimulado os sistemas de saúde a enfatizarem a avaliação do impacto provocado pelos agravos de saúde na vida diária dos pacientes pela APS (SILVA et. Al., 2011).

Os pacientes que sofrem de SCA vivenciam sintomas característicos como picos de baixa perfusão miocárdica, com relato de intensa precordialgia em opressão, irradiada ou em queimação, dispneia e cansaço (DESSOTTE, 2011).

O diagnóstico precoce até o tratamento adequado e em tempo hábil contribui para minorar as chances intervenções invasivas e de sequelas no paciente. É imprescindível a interação de vários domínios, como a comunidade, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), serviço de transporte de emergência, laboratório de hemodinâmica e hospitais com unidade de terapia intensiva (UTI) (MARCOLINO et. al., 2013).

5.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública em nosso país e em todo o mundo. A mortalidade por

DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente (ANDRADE et. al, 2013).

A probabilidade de associação do Diabetes Mellitus (DM) e da HAS é de 50%. A associação dessas patologias requer atenção especial, pois sua concomitância potencializa danos relevantes, micro e macrovascular, acarretando em morbidade cardiovascular (SANTOS, 2012).

Tabagismo, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia podem levar à disfunção do endotélio, promovendo alterações de suas propriedades homeostáticas normais. Um endotélio propício para o recrutamento de células inflamatórias circulantes é formado. Ocorre então o aprisionamento de LDL no espaço subendotelial e formação de trombos, o que reduz a produção de substâncias vasodilatadoras (especialmente óxido nítrico) e aumenta a produção de substâncias vasoconstritoras (MARTINS, 2013).

5.7 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC).

Evidências recentes indicam que a Insuficiência cardíaca (IC) é uma condição comum, de alto custo e progressiva, iniciando-se a partir da presença de fatores de risco habituais, como HAS, DM e dislipidemia (Estágio A), seguida de mudanças assintomáticas na função e na estrutura cardíaca (Estágio B) e, então, aparecimento dos sinais e sintomas (Estágio C), incapacidade e morte (Estágio D). Com frequência, a IC é acompanhada de comorbidades distintas que interferem no tratamento e na evolução natural da doença. Pacientes internados por IC descompensada são frequentemente portadores de hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana crônica ou Diabetes Mellitus. Além destas, insuficiência renal crônica, asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica e doença arterial oclusiva periférica. Estas comorbidades dificultam o tratamento e agravam o prognóstico de seus portadores (ANDRADE, 2013).

5.8 ACIDENTE CEREBROVASCULAR (AVC).

O Ministério da Saúde orienta a formatação de Serviços de Referência para o Tratamento do acidente vascular cerebral (AVC) sob a forma de duas portarias oficiais: a 664 e a 665 de 12 de abril de 2012, com isto, nosso país faz parte de um seleto grupo de nações

com um programa nacional e público para a atenção aos milhões de pessoas com fatores de risco ou acometidos por AVC (CARVALHO, 2013).

O círculo vicioso que se impõe entrelaçando o sobrepeso/obesidade, as dislipidemias e a inatividade física culmina com o aumento da prevalência de DM,HAS e suas consequências, manifestadas por IC, SCA e AVC (ANDRADE, 2013).

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Quadro 3: Desenho de Operações

Resultados esperados	Operações
Aumentar diabéticos cadastrados	Capacitar equipes para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com diabetes. Educar e promover de hábitos de vida saudáveis, auto-cuidado e a busca de casos suspeitos de Diabetes Mellitus
Aumentar hipertensos cadastrados	Capacitar da equipe para identificação de pessoas com exposição a fatores de risco e orientação para o autocuidado (reduzir consumo de sal, controlar o peso, praticar atividade física regular, evitar tabagismo e uso excessivo de álcool, etc).
Garantir atendimento de demanda livre.	Criar vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento de urgência. Capacitar equipes para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas. - Garantir condições adequadas para o atendimento às urgências nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).
Diminuir encaminhamentos de urgência.	Criar vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento de urgência. Capacitar equipes para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas. - Garantir condições adequadas para o atendimento às urgências nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).
Diminuir encaminhamentos para internação hospitalar	Criar vínculo e caráter de porta de entrada da Atenção Básica ao primeiro atendimento. Capacitar equipes para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas. Implantar protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas nos protocolos implantados.

Fonte: Adaptado do relatório PMA2 do SIAB (anexo BRASIL, 2012)

É importante reconhecer iniciativa que demande, proponha e desenvolva ações de educação para equipes e município incorporando dispositivos de apoio e cooperação. Sintonizar e mediar ofertas educativas com o momento e contexto das equipes, como

“estratégia de gestão”. Embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho (aprendizagem significativa). Um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012).

7 CRONOGRAMA

7.1 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO E GESTÃO DO PLANO

Quadro 7: Plano Operativo

5 Atividades	Datas	Responsáveis
Apresentação do projeto ao Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família (CEPISF)	06/01/2015	Izaias
Divulgação para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde	00/00/0000	Izaias / Tania
Apresentação ao Ministério da Saúde, ao CONASS e CONASEMS e Comissão Intergestores Tripartite.	00/00/0000	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde
Divulgação à imprensa/ Publicação	00/00/0000	Izaias / Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde

Encontros tutoriais (quadro 3) com início em datas e locais a serem definidos de acordo com as necessidades municipais. As atividades presenciais deste curso ocorrerão na Unidade de Atenção Primária com tutor indicado.

Quadro 8: Encontros Tutoriais

Módulos	Períodos
1º. Apresentação	01 encontro / Pré teste
2º. Introdução	02 encontros presenciais de 15/15dias + teste on-line
2º. SCA	02 encontros presenciais de 15/15dias+ teste on-line
3º. HAS	02 encontros presenciais de 15/15dias+ teste on-line
4º. IC	02 encontros presenciais de 15/15dias+ teste on-line
5º. AVC	02 encontros presenciais de 15/15dias
6º. Avaliação	01 encontro / Pós teste e Auto avaliação

Atividades de autonomia coletiva, de 15/15 dias alternando com os encontros tutoriais. Atividades de Treinamento em datas e locais a serem definidos.

7.2 DIVULGAÇÃO DO CURSO

- Apresentação do TCC
- Divulgação para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e COSEMS.
- Apresentação ao MS, CONASS, CONASEMS e Comissão Intergestores Tripartite.
- Divulgação à imprensa / Publicação / Apresentação do programa em congressos.
- Publicações internacionais.

Quadro 10: Cronograma de Ações

Atividades	Datas	Responsáveis
Divulgação para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde	00/00/0000	Izaias
Apresentação ao MS, ao CONASS e CONASEMS e Comissão Intergestores Tripartite.	00/00/0000	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde
Divulgação à imprensa/ Publicação	00/00/0000	Izaias / Secretarias Mun. e Est. de Saúde
Seleção primeira turma + termo de compromisso	00/00/0000	Núcleos de Ensino e Pesquisa (NEP) do SAMU
Pré-teste	00/00/0000	Núcleos de Ensino (NEP) do SAMU
Início da primeira turma	00/00/0000	Núcleos de Ensino e Pesquisa (NEP) do SAMU
Avaliações da primeira turma	00/00/0000	Núcleos de Ensino (NEP) do SAMU
Certificado de participação por equipe	00/00/0000	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Quadro 4: Recursos para Operações

Operação/projeto	Recursos críticos
Qualificar equipes na prevenção e atenção às doenças cardiovasculares	Parcerias entre secretarias municipais de Saúde, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Universidade de Federal do Ceará, articulando com os Núcleos de Ensino e Pesquisa do SAMU 192.

Vive-se em uma era educacional facilitada pelo surgimento da Internet como dispositivo de mediação. As relações pedagógicas centradas em atividades de interação de equipes, construção partilhada de conhecimento e na relação dialética sujeito X meio historicamente construído. Uma ruptura de preceitos anteriores com possibilidades de aulas colaborativas e interações síncronas e assíncronas visando coletivos (UFC, 2010).

A secretaria de saúde de Fortaleza (SMF), no âmbito do SUS, articula diretamente, com seis secretarias executivas regionais, uma rede formada por 92 centros de saúde que abrigam equipes da ESF atingindo mais de 35% da população da capital (FORTALEZA, 2012).

8.2 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO - DESCRIÇÃO DO CURSO

A matriz curricular do curso será composta por 05 (cinco) temas/disciplinas, apresentadas sob a forma de módulos, que compõem a unidade didática.

Este plano prevê uma ação intersetorial, da SMF e do Ministério da Saúde envolvendo o PMM no contexto do PMAQ de melhoria do processo de trabalho e gestão. Consiste em parcerias articulando com os Núcleos de Ensino e Pesquisa (NEP) do SAMU 192 Fortaleza (<http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br>) e Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da Universidade Federal do Ceará (NUTEDS/UFC), utilizando-se dos profissionais supervisores do PMM como tutores para realizar qualificação e enfatizar práticas de equipes na atenção e prevenção em doenças cardiovasculares, bem como o desempenho de indicadores contratualizados por intermédio de instrumentos de metas e compromissos de qualificação nos processos de trabalho do PMAQ (BRASIL b, 2012).

O público-alvo a ser impactado por esta qualificação será composto inicialmente, por sete equipes, regional V, participantes do PMAQ / PMM– equipes 540 e 573(UAPS Viviane Benevides), 577,564,565(UAPS Pedro Celestino), 504,507 (UAPS Jose Paracampos), 593,594 (UAPS Parque São José).

O Curso será ofertado pela SMF, desenvolvido em no mínimo 03 (três) e máximo de 6 (seis) meses, no período de 2014/2015, com módulos coletivos EaD online presenciais e atividades com e sem tutores utilizando-se de ambiente virtual de aprendizagem (AVA) Moodle da web.

Ocorrerá por intermédio de atividades de aprendizagem desenvolvidas em AVA, presencial e atividades de treinamento. Módulo I - Introdução ao Atendimento de Urgência (acolhimento com classificação de risco, Estruturação da rede local, SAMU). Módulo II - SCA. Módulo III - HAS. Módulo IV - IC. Módulo V –AVC.

Quadro 5: Recursos para Viabilidade

Operação/projeto	Recursos críticos
Qualificar equipes na prevenção e atenção às doenças cardiovasculares	Necessidade de tutores facilitadores em urgência para realizar qualificação e enfatizar práticas das Equipes. Atividades Virtuais, mediante acesso via senha, em plataforma modlle. Material didático das atividades (digital ou impresso), diretrizes, protocolos do SAMU. Espaço para atividade presencial na unidade de saúde com acesso à Internet e uso de manequins e outros equipamentos de simulação do aprendizado em ambientes de trabalho.

Cada professor tutor (supervisores médicos do PMM) se responsabilizará pelas equipes dos médicos de sua referência. Atividades coletivas com o tutor terão recursos on-line com duração total de 5 horas (uma hora para cada tema: Atendimento de Urgência, SCA, HAS. IC e AVC). Cada atividade terá um formato na aprendizagem baseada em problemas oferecendo informações práticas através da realidade dos casos clínicos do dia a dia. Contará com encontros consecutivos quinzenais em torno dos temas. Uma audiência de profissionais por equipe da ESF, incluindo 01 médico, 01 dentista, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 04 agentes de saúde e 01 auxiliar de consultório dentário. Este grupo encontrará para reuniões de 1h horas, duas vezes por mês.

No primeiro encontro oferece-se à equipe informações sobre a programação (introdução aos temas e situação problema). Durante um período de auto estudo / aprendizado cada equipe da ESF tenta encontrar informações que se adequam aos seus objetivos (em material didático, artigos, Internet). Em um segundo momento encontra-se sintetizando e integrando o conhecimento adquirido. Após a fase de síntese, avaliam o processo de aprendizagem e a maneira colaborativa procedida no grupo.

Exercícios de fixação de aprendizagem e atividades coletivas sem o tutor terão recursos virtuais sincrônicos e carga horária total de 5 horas, havendo uma consideração de carga total de 15 horas para o módulo todo e 75 horas para o curso, levando-se em conta o tempo de

assimilação e fixação do conteúdo (uma hora de estudo para cada hora de apresentação formal).

Além do conteúdo das aulas, os membros das equipes terão acesso individual, via senha, dentro do AVA ao material didático (digital ou impresso), diretrizes e protocolos em formato interativo seguindo o padrão da plataforma NEP(<http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br>) ou do NUTEDS/UFC (<http://www.nuteds.ufc.br/>) com carga horária de 5h.

As atividades de treinamento abordaram o atendimento das principais emergências cardiovasculares, incluindo as diversas modalidades pré-parada cardiorrespiratória (arritmias potencialmente letais, o tratamento inicial do IAM e IC descompensada); modalidades de parada cardiorrespiratória (fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso e assistolia) e o atendimento pós-parada cardiorrespiratória (hipotermia, estabilização hemodinâmica, respiratória e eletrolítica).

9 AVALIAÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS

Na data marcada do primeiro encontro tutorial (quadro 4), será realizado um pré teste coletivo on-line (dez questões objetivas de múltipla escolha, duração de 30 (trinta) minutos, relativas aos temas do curso onde serão abordados a epidemiologia, diagnóstico, farmacologia e tratamento).

A avaliação da aprendizagem será realizada por equipe. Sendo distribuídas notas de 0 (zero) a 10 (dez) ao final dos 5 módulos. Às equipes que não obtiverem nota sete, terão uma 2ª oportunidade de avaliação, através de um teste final on-line, composto por 50 (cinquenta) questões, cuja aprovação também será com nota igual ou superior a 70%. Para cada módulo, no momento em que a equipe entenda que conseguiu absorver os conceitos repassados, haverá um teste on-line, composto de 10 (dez) questões.

Ao término das atividades tutoriais, será reservado 01 encontro para autoavaliação e pós-teste. O pós-teste e pré-teste (totalizando 20 questões), diferem nas alternativas apresentadas de forma randômica, de modo que as equipes treinadas fixem com maior atenção na resposta. Ambos com finalidade em avaliar nível de conhecimento e desempenho das equipes, tutores e melhor abordagem nos temas. Aquelas equipes que obtiverem média inferior a nota 7 (sete) deverão ser submetidos a um novo curso em data oportuna e cumprir novamente todas as etapas delineadas.

A autoavaliação do grupo será a ferramenta pedagógica crítico-reflexiva das dimensões do trabalho de equipes e corresponderá a 60% da média. Contribui para soluções a partir da identificação de problemas com diferentes pontos de vista dos atores envolvidos em fazer saúde, responsáveis pela qualificação do SUS, reconhecendo prioridades e construindo estratégias para as maiores necessidades de educação permanente e apoio institucional (BRASIL b, 2012).

Quadro 6: Avaliações

Avaliações	Datas
Pré teste	00/00/0000
Avaliações on-line – modulo 1	00/00/0000
Avaliações on-line – modulo 2	00/00/0000
Avaliações on-line modulo 3	00/00/0000
Avaliações on-line – modulo 4	00/00/0000
Avaliações on-line – modulo 5	00/00/0000
Auto avaliação / Pós teste	00/00/0000
Segunda Chamada	00/00/0000
Certificação / Avaliação de indicadores.	00/00/0000

9.1 CERTIFICAÇÃO / MONITORAMENTO

O monitoramento da qualificação se dará pelos indicadores e metas pactuados nos compromissos assumidos pelas equipes e gestores participantes do PMAQ. É esperado nos resultados alcançados, reflexo do esforço das equipes e da gestão na melhoria da qualidade, deve haver coerência no desempenho de indicadores contratualizados (quadro 5) e acompanhamento sistemático das equipes. Entende-se que os processos avaliativos para certificação de equipes da ESF se concretizam em ambientes nos quais gestores e trabalhadores sintam-se motivados e se percebam essenciais. Prevê-se um termo de compromisso entre partes para o curso (BRASIL b, 2012).

Quadro 9: Indicadores – para monitoramento mensal das equipes pós-curso/2012

Indicador	Ações que promovem a melhoria do indicador
Proporção de diabéticos cadastrados	Capacitação das equipes para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com diabetes. Educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, autocuidado e a busca de casos suspeitos de diabetes mellitus
Proporção de hipertensos cadastrados	Capacitação da equipe para identificação de pessoas com exposição a fatores de risco e orientação para o autocuidado (reduzir consumo de sal, controlar o peso, praticar atividade física regular, evitar tabagismo e uso excessivo de álcool, etc.).
Indicador	Ações que promovem a melhoria do indicador
Proporção de consulta médica de demanda imediata.	Vínculo e caráter de porta de entrada da APS ao primeiro atendimento de urgência. Capacitação da equipe para acolhimento humanizado, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas. - Garantia de condições adequadas para o atendimento às urgências nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).
Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência	Vínculo e caráter de porta de entrada da APS ao primeiro atendimento de urgência. Capacitação da equipe para acolhimento humanizado, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas. - Garantia de condições adequadas para o atendimento às urgências nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).
Proporção de encaminhamentos para atend. especializado	Educação permanente, assim como assessoramento à gestão. - Implantação dos protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários.
Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	Vínculo e caráter de porta de entrada da APS ao primeiro atendimento. Capacitação da equipe para acolhimento humanizado, classificação de risco e atendimento resolutivo às urgências básicas. Implantação de protocolos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas nos protocolos implantados.

Fonte: Relatório PMAQ do SIAB (anexo BRASIL b, 2012), adaptado.

REFERÊNCIAS

- AHA. Part10. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.**: Acute coronary syndromes. *Circulation* 2010; 122(suppl3): S787-S817.
- AHA. **Suporte avançado de vida Cardiovascular** – Manual para profissionais de Saúde (impresso no Brasil) 2012 - disponível www.heart.org,cpr.
- ANDRADE, J. P. D. et al. **National physician qualification program in cardiovascular disease prevention and integral care.** *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 100(3), 203-211, 2013.
- BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** – Brasília: MS, 2012, (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1
- CARVALHO J. J. et. al. (Org.) **Palavra do presidente.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, nov. DE 2013. Disponível: <[www.http://avc2013.com.br](http://avc2013.com.br)>. Acesso em 05 mai. de 2014.
- CARVALHO, B. G. C.; MONTENEGRO, L. C. **Metodologias de Comunicação no Processo de Educação em Saúde.** *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2012. Mai/ago; 2(2): 279-287
- CECCON R. F. et al. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5):1411-1416, 2013
- DA SILVA, S. A. et al. **Avaliação da Qualidade de Vida após Síndrome Coronariana Aguda:** Revisão Sistemática. *ArqBrasCardiol*, v. 97, n. 6, p. 526-540, 2011.
- DATASUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de saúde.** Morbidade. Informações epidemiológicas. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203. Acesso em 17 dez. 2013.
- DESSOTTE, C. A. M.; DANTAS, R. A. S.; ANDRE, S. **Sintomas de pacientes antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda.** *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo , v. 45, n. 5, Oct. 2011.
- DOS SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. **Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro.** *RevEscEnferm USP*, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012.

FAVERO, R. V. M.; FRANCO, S. R. K. **Um estudo sobre a permanência ea evasão na Educação a Distância**. Novas tecnologias na Educação, v. 4, n. 2, p. 1-10, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde em Fortaleza. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/>>. Acesso em: Acesso em 17 dez. 2013.

LUZ, M. T. **Complexidade do campo da Saúde Coletiva**: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde soc. São Paulo, v. 18, n. 2, June 2009.

MANSUR, A. P. FAVARATO, D. **Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo**: atualização 2011. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo , v. 99, n. 2, Aug. 2012 .

MARCOLINO, M. et al. **Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte**. Arq. Bras. Cardiol, v. 100, n. 4, p. 307-314, 2013.

MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. B. **Pronto Socorro**: medicina de emergência / 3. ed. -- Barueri, SP: Manole, 2013.

MUSSOI, E. M.; FLORES, M. L. P.; BEHAR, P. A. **Comunidades virtuais**: um novo espaço de aprendizagem. RENE: revista novas tecnologias na educação [recurso eletrônico]. Porto Alegre, RS, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 - **Cuidados de saúde primários**: agora mais que nunca. Organização Mundial da Saúde, 2008.

PNH. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

UFC. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família**: o que é educação a distância? Fortaleza, 2010.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva ;2010.