



Universidade de Brasília-UnB
Faculdade de Ciências da Saúde- FS
Departamento de Saúde Coletiva - DSC

JEFFERSON BRENO OLIVEIRA BARROZO

**O PAPEL DO VIGILANTE NA IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO ACESSO E ACOLHIMENTO DA
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.**

BRASÍLIA

2017

JEFFERSON BRENO OLIVEIRA BARROZO

**O PAPEL DO VIGILANTE NA IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO ACESSO E ACOLHIMENTO
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Saúde Coletiva
do Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília como requisito à
obtenção do grau de bacharel em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Muna Muhammad Odeh

BRASÍLIA

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

JEFFERSON BRENO OLIVEIRA BARROZO

O PAPEL DO VIGILANTE NA IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO ACESSO E ACOLHIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como requisito à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva, pela seguinte banca:

Muna Muhammad Odeh
Orientadora – Docente do Departamento de Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília, UnB.

Cicero Ayrton Brito Sampaio
Técnico do Ministério da Saúde – Coordenação
Nacional de Saúde do Homem,
CNSH/DAPES/SAS/MS.

Jaqueline Nicácio Pereira
Gerente da Atenção Primária em Saúde da Região
Leste.

Brasília, 29 de Novembro de 2017.

Á Samaria Gomes e Daniel Silva, minha família, meus exemplos e base de minha vida.

Á Ellen Barbosa e Gabriely Mota, pela amizade verdadeira.

Á Muna Odeh, pelo exemplo de profissional.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar, a Deus pela força, iluminação e persistência durante esta caminhada.

A minha família que sonhou comigo e esteve sempre com muito carinho e apoio, não medindo esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A minha orientadora que se dispôs desde o primeiro contato, me deu a oportunidade, me direcionou e acreditou em minha capacidade.

A Natalia Martins que prestou ajuda em minhas dificuldades na preparação do trabalho.

Ao Departamento de Saúde Coletiva, por estar sempre pronto para organizar as atividades e atender seus discentes da melhor forma possível.

Enfim, meus agradecimentos vão a todos que estiveram do meu lado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	p. 01
1.1 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	p. 02
1.2 - PNH: O ACESSO E ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	p. 03
1.3 - O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....	p. 05
1.4 - O PROJETO BRASÍLIA SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO DF.....	p. 06
1.5 - OS VIGILANTES COMO PEÇA FUNDAMENTAL A SAÚDE DO HOMEM.....	p. 08
1.6 - A EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	p.09
2. OBJETIVOS	p. 11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	p. 11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	p. 11
3. MÉTODOS.....	p. 12
4. RESULTADOS.....	p.13
5.DISSCUSSÃO.....	p.18
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p.20
7.ASPECTOS ÉTICOS.....	p. 21
8. REFERÊNCIAS.....	p. 22
9. APÊNDICES.....	p. 23

SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

POP – Procedimento Operacional Padrão

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Regiões Administrativas de Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O presente trabalho traz contribuições sobre o papel do profissional vigilante na implementação do eixo Acesso e Acolhimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), ressaltando potencialidades que na maioria das vezes estão ocultas no dia-a-dia e no planejamento das ações e atividades de um serviço de saúde. Argumenta-se pela incorporação do profissional vigilante como sujeito-chave na operacionalização da PNAISH cujos objetivos envolvem ações de proteção, promoção e prevenção em saúde tendo como precursor deste processo o Eixo Acesso e Acolhimento. O nosso sujeito de pesquisa se encontra na “porteira” do serviço, sendo ele o primeiro da equipe a ter acesso a respostas espontâneas advindas da população masculina em particular, são trabalhadores que prestam e recebem informações que os profissionais de assistência daquela unidade de saúde muitas vezes não chegam a conhecer. Este estudo busca fornecer dados coletados sobre o lugar privilegiado em termos de espacialidade e de contato inicial população-unidade de saúde o que permite o fortalecimento do vínculo do profissional vigilante com a população masculina, buscando interligar esse ato às estratégias de cuidado à saúde integral do homem, no esforço de quebrar barreiras de acesso e aumentar a busca ao cuidado em saúde por parte deste grupo em vulnerabilidade. A pesquisa é qualitativa, norteadas pelos métodos de observação participante (realizada nas 5 unidades de saúde do estudo); de conversas informais tendo como tema saúde do homem e finalmente o método de escuta ativa e registro de 5 oficinas em loco realizadas sobre doenças prostáticas. Com base nos dados coletados foram identificados variados papéis que os vigilantes das unidades de saúde estudadas vêm efetivando e que se enquadram no âmbito do eixo Acesso e Acolhimento da PNAISH. Os dados apontaram, no entanto, a necessidade para o aprimoramento das funções do vigilante de modo a integrá-los às ações da Equipe Saúde da Família como integrante chave para melhorar o acesso e acolhimento dos homens nas UBS em específico, sendo proposto para tal um curso de capacitação que poderá ser ofertado tanto nas unidades de saúde como nas empresas de terceirização que fornecem para a Secretaria de Saúde esses profissionais.

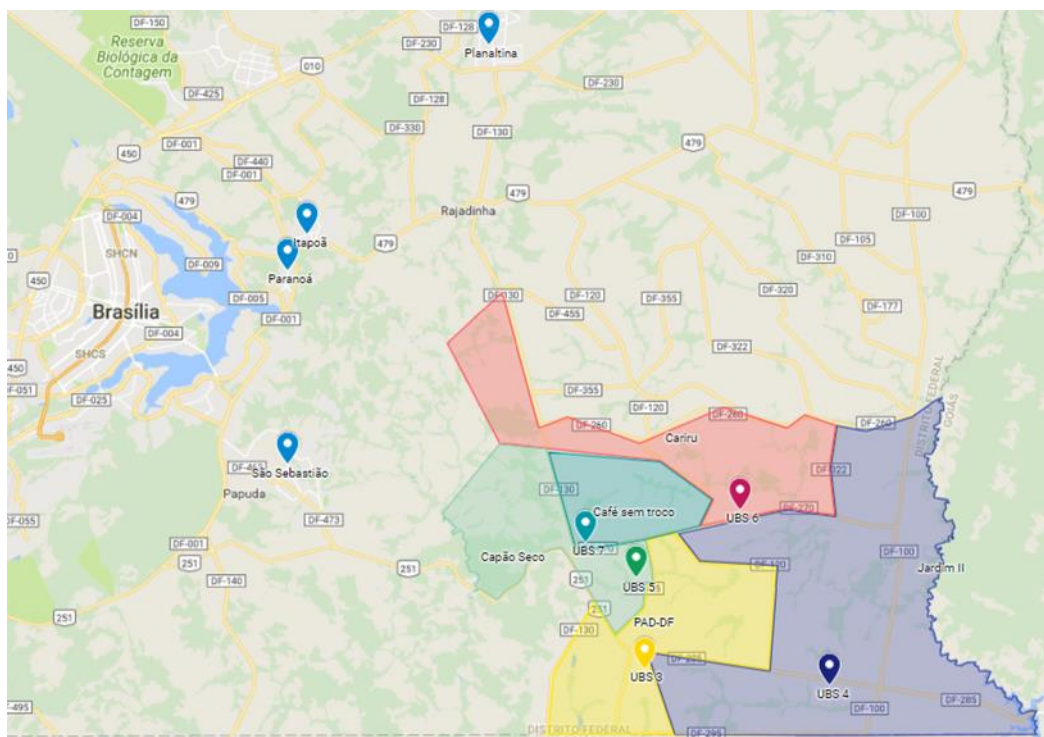
PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem; Acesso e Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Educação Permanente em Saúde; Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo o preenchimento de uma lacuna do conhecimento, buscando a análise aprofundada da participação ativa dos vigilantes das 5 UBS rurais do Paranoá, Região Leste (sendo elas, PAD-DF, Capão Seco, Jardim II, Café Sem Troco e Cariru) para melhorar o acesso e acolhimento dos homens nas UBS, no que discerne a potencialidade do acolhimento informal por parte deste profissional a partir das “porteiras” dos serviços de saúde.

Para melhor localização do local onde se baseou o presente trabalho, seguem informações pertinentes. A Região Leste de Saúde no DF é composta pelas Regiões Administrativas do Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico, a projeção para 2017 é que a população da região seja 237.699 habitantes. Essa região tem a segunda maior área rural do DF, com aproximadamente 64 mil habitantes segundo a Emater, são produzidos: arroz, feijão, milho, soja, trigo, café, hortaliças, frutíferas, além dos rebanhos bovino, suíno e aves, para consumo no DF e também para importação e exportação. Veja na figura 1 o mapa do DF com destaque para as 5 áreas mencionadas.

Figura 1 – Mapa do DF com destaque para as 5 áreas rurais de Paranoá.



Segundo a SES-DF, entre os problemas de serviços socioeconômicos enfrentados pela área rural constam: limitações de acesso e transporte público (não tem uma linha de ônibus específica para essa região, o ônibus que as pessoas conseguem acesso vai para Planaltina, não para o Paranoá ou São Sebastião, que são regiões mais próximas), pouca escolaridade e renda baixa no geral; deficiência de saneamento básico e uso abusivo de agrotóxicos por produtores rurais.

A Região Leste possui os seguintes equipamentos de saúde: 1 hospital geral de média complexidade, 1 UPA, 1 Casa de parto, 1 CAPS II, 1 CAPSAD e Samu. E 23 UBS, com 35 equipes de saúde da família.

1.1 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

Em 2009, o Ministério da Saúde no Brasil lança a PNAISH com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da rede SUS, com foco nos homens de 20 a 59 anos, buscando o enfrentamento de agravos, observou-se que as principais causas de mortalidade masculina nessa faixa etária são as causas externas (acidentes, violência...), doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. A Política da Saúde do Homem foi alinhada então a Política de Atenção Básica para fortalecer as ações de promoção, prevenção e proteção e as redes de serviços (BRASIL, 2009).

A PNAISH, busca a integralidade da atenção à saúde da população masculina, fortalecendo a atenção primária no que tange a promoção e prevenção dos problemas evitáveis, deixando que ocorra a entrada pela atenção especializada onde o quadro da morbidade estará mais agravado (Ibid).

A Política é guiada pelos princípios da universalidade, equidade, da articulação entre a rede, da informação e orientação, na captação precoce, capacidade técnica, disponibilidade de insumos, mecanismos de monitoramento e avaliação contínua, e por fim na elaboração e análise dos indicadores. A PNAISH é composta por 5 eixos estruturantes, sendo eles: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças Prevalentes; e por fim Prevenção de Violência e Acidentes (Ibid).

Para o direcionamento ao objetivo de nossa pesquisa, será dado maior aprofundamento e detalhamento sobre o eixo do Acesso e Acolhimento, que segundo a Coordenação Nacional de Saúde do Homem, objetiva reorganizar as

ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

1.2 - PNH: O ACESSO E ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Em 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) estava a frente da criação da Política Nacional de Humanização ou HumanizaSUS, com o concreto objetivo de possibilitar ao cotidiano dos serviços de saúde a gestão e o cuidado humanizado e coletivo. O foco aqui não era apenas voltado aos trabalhadores e gestores, mas também aos usuários deste gigantesco sistema de saúde onde se busca empoderá-los, permitindo a todos o espaço na formulação dos processos e planejamentos, minimizando a hierarquização e a desumanização do indivíduo (BRASIL, 2013).

Norteando-se ao objetivo de nossa pesquisa, a PNH vigora como diretriz o acolhimento:

Simplificadamente, acolher nada mais é do que estabelecer “aproximação” ao outro, para compreender sua legítima e singular necessidade de saúde. É uma atitude de inclusão, onde se possibilita a construção de relações interpessoais (Ibid).

O acolhimento é um ato precioso, mas que mostrou expressivamente dificuldades, por estarmos incluso em um Estado tomado por relações intersubjetivas advindas do capitalismo, responsável pela desconstrução de laços coletivos, mostrando-se necessário a reativação do cuidado (Ibid). Ainda segundo a mesma fonte, o acolhimento se dá por meio da escuta qualificada dos profissionais entre si e com os usuários de saúde, construindo relações de confiança, compromisso e vínculo, onde isso possibilitará a mediação de grandes disfunções do sistema, pois será disponibilizado o acesso correto e efetivo a necessidade do indivíduo, cooperando para a organização das atividades e ações do serviço.

Os conceitos de acolhimento e vínculo possibilitaram a criação de dispositivos para ampliar ainda mais esse cuidado, sendo eles: o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) em 1990, onde agentes comunitários tinham o objetivo de fortalecer o autocuidado, disseminando as práticas preventivas; e em 1994, um novo dispositivo veio para estruturar a atenção básica, o Programa de Saúde na Família (PSF) com foco na proteção e promoção integral e contínua em

saúde dos indivíduos e família (GOMES; PINHEIRO, 2005). A integralidade neste ponto foi um princípio que teve grande preponderância. *“Segundo o conceito, integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”* (p.289).

Para a melhoria do acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento e vínculo propõem inverter a organização e funcionamento do serviço, centrando-se no usuário, sendo necessário: *“a acessibilidade universal, onde o serviço acolherá, fará a escuta e dará uma resposta positiva; a organização do processo de trabalho, quebrando o paradigma de que o acolhimento é responsabilidade do médico, passando a ser da equipe profissional multiprofissional, sendo esta a “equipe do acolhimento”*. (Ibid).

Os vínculos no contexto da saúde podem propiciar a interpretação do comportamento social das “pessoas envolvidas” ou conhecida como “rede de relações sociais”. Essa rede nos explicita suas formas de organização, como se dá seus intercâmbios e as formas de troca socialmente aceitáveis (Ibid).

É da responsabilidade dos profissionais dos sistemas de saúde possibilitar esse acolhimento sensível e humano, e, por conseguinte estabelecer vínculos que irão fazer com que os usuários se sintam valorizados e protegidos, garantindo a continuidade destes indivíduos ao serviço e uma melhor prestação assistencial em saúde. O presente trabalho argumenta que no que concerne a saúde da população masculina em específico deve-se adotar a visão operacional de uma equipe ampliada que integre profissionais estratégicos como o vigilante para garantia da viabilização de acesso e acolhimento no âmbito da equipe da ESF (médicos, enfermeiros, gestores, nutricionistas, dentistas e técnicos).

1.3 - O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Para a PNAISH a porta de entrada da população masculina deve ser pela atenção básica por ser o serviço que deve estabelecer o primeiro contato com os homens, implicando no cuidado contínuo e na detecção e tratamento precoce de quaisquer agravos que esses indivíduos possam vir a manifestar, buscando minimizar a necessidade de referenciá-lo para um serviço especializado.

Em um momento de recharacterização histórico sanitária do Brasil, ano de 1994, o Ministério da Saúde vê-se a necessidade de possibilitar ao SUS uma nova

alternativa assistencial para a atenção primária, indo em desconcontro com todos os paradigmas existentes até aquele momento e passando a agregar maior valor a promoção em saúde, tendo assim como ideia final a criação e incorporação de um programa destinado a saúde familiar (LEITE; VELOSO, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um instrumento que busca fortalecer e dar seguimento com os princípios do SUS, mas arrasta ainda problemáticas entre os valores de gestão e política. O PSF perpassaria então por determinantes que envolvem os sujeitos sociais, e para que haja todo um preparo da equipe de saúde, fez-se necessário capacitar os profissionais para estar diante deste programa. O programa em discussão é descentralizado segundo a equipe, onde como ideia o MS busca preservar a interdisciplinaridade, o que irá conceber a integralidade, onde toda a equipe estaria posta a prestar assistência em saúde a um sequer indivíduo em conjunto (Ibid).

O PSF visa bastante o trabalho em equipe, conquista e valorizando a horizontalidade das relações de trabalho, sendo este um recurso que irá desconstruir o cuidado visível somente a figura do médico, possibilitando maior espaço à integralidade e resolubilidade efetiva. Antes o recomendado ao PSF seria que a equipe contasse com a equipe básica (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório odontológico e ACS), mas o MS decidiu expandir a possibilidade, onde o recomendado passaria a ser de acordo com a necessidade de demanda e organização do serviço de saúde (Ibid).

Diante a este assunto em discussão, é relevante uma apresentação básica e aprofundada sobre o projeto Brasília Saudável, elaborado justamente para ser um apoio central á gestão das ações e serviços da Atenção primária no Distrito Federal onde se baseou o presente trabalho.

1.4 - O PROJETO BRASÍLIA SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO DF

Em 14 de Janeiro de 2016, resguardado pelo Decreto 37.057, a atenção primária do DF foi fortalecida com o projeto Brasília Saudável, diante ao planejamento de ações alinhadas e coordenadas pela SES/DF, que buscou organizar, articular e aperfeiçoar o sistema (Urgência e Emergência, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar) se baseando em princípios que visavam o resguardo dos direitos em saúde, o rígido controle do Estado, assim como a ampliação, descentralização, resolutividade e autonomia das ações e serviços das Regiões de Saúde, a afirmação da cidadania baseadas nos Determinantes Sociais

em Saúde, reorganização dos fluxos, acesso e regulação do sistema, reestruturação dos equipamentos assistenciais locais, consolidação da Governança Regionalizada, transparência da gestão pela informatização das UBS, conversão progressiva da APS em ESF, e por fim o desenvolvimento de espaços coletivos que visassem a maior participação e controle social (SES-DF, 2016).

Atualmente, a saúde no DF possui instabilidades em consequência ao plano de gestão dos serviços que se mostra desregular sob as demandas da população. Segundo dados do CNES-DATASUS do ano de 2016, a APS possui baixa cobertura por ESF com apenas 30,7%, com abordagem assistencial de baixa resolutividade, condições precárias de trabalho, falta de apoio em especialidades médicas que também se encontra desagregadas da atenção hospitalar, fazendo com que a grande porta de entrada se dê pelo serviço especializado e não pela atenção básica como se espera (Ibid).

Sobre o acesso dos usuários, mesmo que o SUS tenha sido estruturado por regionalização, tanto a atenção básica como a especializada vivenciam desigualdades entre as Regiões de Saúde do DF. Dados estimam que 65% dos usuários que chegam até o serviço de emergência do DF, poderiam ter resolubilidade de suas necessidades de saúde na APS, percentual ainda baixo, pois segundo estudos nacionais e internacionais, a atenção primária é capaz de remediar ainda 80% dos problemas da população diante a sistematização e otimização de suas ações e serviços. As coberturas de APS na ESF não estão sendo suficientes nas regiões, por consequência das ofertas de assistência especializada, insumos e até mesmo a designação de profissionais de saúde que são viabilizadas primeiramente às regiões centrais. Com todos esses contextos, o Sistema de Saúde deixa de cumprir o exercício do princípio do Direito a Saúde promulgado pela Constituição de 1988 (Ibid).

Para melhoria dos processos de gestão no que tange o planejamento e organização dos serviços, assim como os processos de trabalhos, se faz necessário à reformulação da cultura organizacional instituída, que hoje é visivelmente marcada mais por atos e formalização de procedimentos organizacionais do que mesmo o compromisso com a efetividade dos resultados ao usuário. Sendo necessário a SES/DF empregar mais estratégias administrativas, gerenciais flexíveis e oportunas a APS interligando aos dispositivos de apoio da rede (Ibid).

A SES/DF tem a APS como fonte de organização do sistema de atenção em saúde, com foco na reestruturação e ampliação das portas de entradas do usuário no sistema, designando a atenção primária como o primeiro e mais amplo nível de contato do cidadão com o sistema. Devendo a APS determinar a condução, organização do cuidado e a vinculação do usuário com os demais níveis e serviços da Região (Ibid).

O projeto Brasília Saudável, deseja alcançar a ampliação da APS-DF orientada pela ESF nas Regiões de Saúde progressivamente até o final de 2018 estimulando a expansão da cobertura populacional dos 30,75% para os 62%, sendo de 100% nas áreas de vulnerabilidade econômica e social. Os processos de trabalho deverão ser qualificados e os gestores e profissionais das equipes de Saúde da Família serão inseridos em atividades de formação, aperfeiçoamento ou especialização, de acordo com as necessidades identificadas (Ibid).

O presente trabalho considera que, o vigilante poderá atuar como ferramenta-chave rumo a melhorias no atendimento a população masculina na atenção primária por ele ser um profissional de múltiplas funções e variados papéis: garantir a segurança das pessoas no serviço e do patrimônio, mas também por ele estar alocado na “porteira” ou portão de entrada do serviço de saúde com grande potencial para integrar as ações de acesso e acolhimento da ESF. No entanto, este profissional vigilante deve estar qualificado para estar junto à equipe acolhendo e prestando mesmo que de forma informal, modo no qual traz uma densidade de informação necessária ao serviço, prestando a assistência em saúde. Isso proporciona a reorganização do processo de trabalho e contribui para as ações de promoção, proteção e prevenção em saúde.

1.5 - OS VIGILANTES COMO PEÇA FUNDAMENTAL A SAÚDE DO HOMEM

Primeiramente, é necessária uma maior compreensão da profissão do vigilante e suas atividades exercidas visando um detalhamento simplificado da riqueza pessoal e institucional deste corpo profissional para os serviços de saúde.

A segurança privada no Brasil teve início em 1969 no período da Ditadura Militar, que se deram de acordo com as necessidades devastadoras da época. Consequentemente a isso, houve a importância de estabelecer o Decreto-Lei 1.034/69, onde a atividade formal passou a ser conhecida ao nome de “vigilância patrimonial” (VIEIRA; LIMA; LIMA, 2010).

O serviço de vigilância desenvolvido dentro de quaisquer instituições de saúde tem como finalidade vigiar, proteger e guardar os bens móveis e imóveis, evitando roubos e depredações, assim como prover segurança dentro dos limites das instituições, tanto para os profissionais que nele atuam, como para pacientes, acompanhantes e visitantes (Ibid).

As instituições, sendo elas públicas ou privadas, possuem normas próprias, elaboradas pela gerência de segurança ou supervisores, em conjunto com os vigilantes. Os serviços elaboram o POP - Procedimento Operacional Padrão, no qual constam todas as atividades e normas, desde ações de rotinas, como um simples telefonema, até situações mais extremas de necessidade de acionamento da Polícia Militar, porém a função do vigilante de modo genérico não se restringe a estas normas e padrões, porque existem tarefas que fogem do trabalho prescrito ao trabalho real, como por exemplo, segundo Vieira et. Al. 2010: "escutar e consolar, orientar e conscientizar, lidar com situações de insatisfação dos usuários com o serviço, intervir na resolução de problemas e desentendimentos desde os usuários e até mesmo os profissionais em si, repassar informações, acompanhá-los, atender chamadas da portaria e dos profissionais, e entre outras atividades".

No ambiente hospitalar exige-se que o vigilante tenha controle de tudo o que acontece, em função disso, ele desenvolve critérios para desempenhar melhor a sua função, como por exemplo, o número e frequência de rondas e a necessidade de acionamento de outro para dar apoio. O trabalho é necessariamente realizado em equipe, sendo que o vigilante deve interagir com todos, porteiros, profissionais de saúde, pacientes e seus acompanhantes, havendo entre eles constante troca de informações, visando à preservação da segurança de todos e do patrimônio (Ibid). Essa constatação é relevante para o presente trabalho, pois aponta para o fato de que as atribuições profissionais do vigilante em contextos de cuidados de saúde como no caso do meio hospitalar a pouco citado, já foram contempladas no sentido de abranger contato tanto com profissionais de saúde como com usuários e seus familiares. Sendo assim, a proposta nossa de ampliar essas funções na Atenção Primária- ESF para abranger os eixos Acesso e Acolhimento encontra-se apoiada desde a perspectiva das atribuições profissionais preconizadas.

Segundo Vieira et. Al. (2010) os vigilantes são trabalhadores submetidos a altos índices de rotatividade em seus postos de trabalho por decretações de falência, demissões, transferências, substituições e afastamentos. Essa situação é vista como

um problema, pois fragiliza os vínculos sociais e profissionais, por ser uma profissão que fortalece as relações de cooperação e confiança, diante a esta instabilidade ocasionada principalmente pelas empresas de terceirização, há uma desorganização e prejuízo nas relações interpessoais destes profissionais com a equipe. Essa rotatividade deve ser tomada em consideração no planejamento de cursos de capacitação para viabilizar a integração do vigilante nas ações das ESF para a saúde do homem pensando na oferta de tais cursos tanto nas unidades de saúde como nas empresas contratadas pelas secretarias de saúde para garantir a sua oferta contrapondo a instabilidade de continuidade deste profissional no mesmo local ou até no mesmo ramo.

O presente trabalho considera que os vigilantes independentemente de gênero, podem realmente ser profissionais para estar neste processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, porque estes proporcionam maior confiança e abertura aos homens por estarem sempre mantendo diálogos informais que vai além do cuidado em saúde. Trabalhar a capacitação destes profissionais pode estar sendo estratégia de maior acesso e vínculo da população masculina com o serviço contribuindo para garantir o acesso e acolhimento.

1.6 - A EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os processos de educação adquirem em seu ciclo de ensino-aprendizagem uma complexidade imensurável, modificando o ser humano e inserindo-os em uma determinada cultura (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013). A educação no campo da saúde visa à formação/educação dos profissionais sendo objetivada na agilidade e resolutividade das respostas às demandas e desafios, mas para isso se faz necessário o planejamento de políticas e programas educacionais que tenham realmente efetividades. Os processos de cuidado em saúde já criados são insatisfatórios, pois tornam o indivíduo sujeito passivo diante ao profissional, deixando-os dependentes, ou seja, os mesmos ficam sem preparo para ser sujeito tomador de conhecimento em saúde e ativo em seu autocuidado (Ibid).

Ainda segundo esses autores, os espaços de saúde devem valorizar e realizar projetos pedagógicos, compostos tanto de profissionais como de indivíduos do meio social, para estarem conjuntamente sistematizando uma educação para si, tornando fácil a modificação cultural do cuidado. Mas nota-se a forte influência das relações de poder, da falta de espaço e abertura dos profissionais para a construção

e resolubilidade coletiva das problemáticas, mostrando-se necessário implementar a educação permanente para modificação dos processos de trabalho, dando espaço para repensar e colocar em execução novas formas de intervenção nas práticas de saúde.

Conforme citadas pelas autoras, o conceito de educação permanente segundo Ceccim (2005, Apud, MEYER, et al, (2013) seria:

"[...] processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano".

Para MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013, basicamente, a educação permanente é uma gestão coletiva com importante estratégia política e metodológica, ou seja, seria a construção de relações e processos educativos elaborados para todos os sujeitos da produção de saúde, sendo eles gestores, trabalhadores e usuários, tendo como princípio a quebra da hierarquização participativa. É rico trazer os usuários para dentro da cultura das organizações, dando-lhes espaço para estarem com maior participação, pois é necessário mudar a gestão do trabalho e da assistência em saúde. As autoras acrescentam que é importante fazer valer os processos pedagógicos, e para isso é relevante criar espaços de formação não formais no interior dos serviços que agreguem todos os envolvidos para pensar nos problemas e buscar respostas coletivas, atendendo a demanda de todos segundo as especificidades. É com base nessa colocação que consideramos o vigilante apto para ser integrado nas ações de educação permanente na ESF e com enfoque na saúde do homem.

2. OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Caracterizar o trabalho dos vigilantes das 5 UBS da zona rural do Paranoá, Região Leste de Saúde, e verificar seu potencial como integrante da ESF na implementação do eixo Acesso e Acolhimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as formas existentes da atuação dos vigilantes nas Unidades mencionadas no que concerne o Eixo Acesso e Acolhimento da PNAISH desde o local onde se fixa no portão/porteira e na entrada, sob a perspectiva dos vínculos que estabelece e o perfil e comportamento dos homens que buscam atenção à saúde.
- Elaborar com base nos métodos aplicados nesta pesquisa, uma oficina de Capacitação participativa em Saúde do Homem para Vigilantes das ESF.

3. MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa segundo Godoy (1995):

(...) não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva do sujeito, ou seja, dos participantes da situação do estudo (p.58).

O método da pesquisa foi baseado na exploração dos dados descritivos, onde o pesquisador realizou um conjunto de vivências nas UBS da zona rural da Região Leste, realizando primeiramente o reconhecimento do local, abordando os cenários de cuidado de saúde e contextos socioeconômicos das comunidades, os participantes e variáveis de análise, para que possamos planejar e formular um curso de capacitação na base dessas realidades. A proposta foi baseada na observação participante do pesquisador, referenciais teóricos, conversas informais, diálogos ocorridos nas oficinas realizadas nas Unidades de Saúde.

Objetivo foi observar toda a rotina de trabalho dos vigilantes que compõem as 5 unidades, verificando as funções a eles atribuídas, os papéis que realizam no que concerne as dimensões de acesso e acolhimento. Também se procurou estabelecer conversas informais com os vigilantes sobre a natureza das suas interações com a população masculina e abrindo o espaço para ouvir sobre o escopo de seus conhecimentos sobre a saúde do homem.

4.RESULTADOS

Os resultados partiram de observações e análises em profundidade obtida a partir das vivências em território de pesquisa, dando embasamento para a formulação da proposta de capacitação em saúde baseada em observação participante, conversas informais com os vigilantes e escuta das ESF durante as oficinas realizadas em loco nas 5 UBS da zona rural do Paranoá-Região Leste. As atividades foram realizadas entre os meses de agosto à outubro de 2017. A seguir temos a vivência do pesquisador, onde foram pautadas e destacadas relevantes observações:

Vivência– *Visitas em loco às equipes e oficinas para conhecimento do território, atividade de Educação Popular, conhecimento dos processos de trabalho e orientações sobre a Linha de Cuidado em Saúde Integral do Homem;*

Essa vivência tinha como elemento a ida até às UBS e a realização de oficinas por parte dos formuladores, pesquisadores e estagiários do projeto piloto da Linha de Cuidado a Saúde Integral do Homem, sob parceria estabelecida entre o Ministérios da Saúde, HUB/Ebserh, UnB e Hospital Regional do Paranoá contemplando 5 ESFs da zona rural da Região Leste.

Em todas as unidades se deram a seguinte programação: apresentação do corpo de profissionais da unidade e dos integrantes do projeto; conhecimento da estrutura física (área externa, recepção, consultórios, sala de farmácia, sala de vacina, cozinha e banheiros); áreas de abrangência das ESFs; a localização das unidades que se encontravam sempre no centro da região propiciando a proximidade à escola (nível fundamental e médio), igreja (católica e evangélica) e centro comunitário; tamanho da população atendida, dando ênfase nos indivíduos do gênero masculino; apresentação dos programas e ações realizadas no serviço; relatório situacional de saúde dos homens da área e estratégias realizadas com foco na assistência á saúde do homem; após toda a apresentação, se dava início a oficina, onde no primeiro momento realizou-se uma roda para discussão da Educação Popular, dando espaço para a equipe expor situações, problemas encontrados ou soluções tomadas e duvidas do dia-a-dia referente à saúde do homem com uma breve apresentação da doença prostática e suas complicações, dando maior atenção aos sinais e sintomas e por fim expondo a proposta da Linha de Cuidado, no que tange toda a referência e contra referência dos serviços de

apoio, todo o processo regulatório, e as alternativas para promoção, proteção e prevenção, sempre com intuito no diagnóstico precoce e terapêutica rápida e efetiva.

Com base em uma pesquisa anterior sobre a busca de homens pela atenção primária no Paranoá-Região Leste¹ onde se constatou o papel estratégico do vigilante sendo ele o primeiro contato com as unidades de saúde, foi então proposto incluir esse profissional no escopo do projeto atual também. Com isso se fortaleceu o reconhecimento do potencial do profissional vigilante diante ao projeto, onde se viu a força e grande cooperação ativa em que este profissional pode estar implicando ao acolhimento por estar na porteira do serviço viabilizando o acesso dos homens para dentro da unidade e o convencimento e aceitação destes na adesão à assistência em saúde. Os vigilantes das 5 Unidades de Saúde deste estudo fazem parte atualmente da empresa de terceirização com o nome de “Ipanema” e cumprem escala 12/36 horas. As empresas nos quais estes vigilantes prestam serviço, possuem quadros de instabilidades por falência, ocasionando a rotatividade de profissionais, deixando estes no mínimo de 3 anos em seu posto de trabalho, segundo informações obtidas por parte da gerência geral dos serviços

Segue abaixo (Tabela 1) a relação de profissionais vigilantes segundo as UBS da zona rural do Paranoá - Região Leste:

Tabela 1 – Lista de Vigilantes das 5 UBS da zona rural do Paranoá- Região Leste em novembro de 2017.

LOCAL DA UBS	Nº DE VIGILANTES	GÊNERO
PAD/DF	4	Masculino
Café Sem Troco	4	Masculino
Cariru	4	Masculino
Jardim 2	4	Masculino/Feminino
Capão Seco	4	Masculino/Feminino
5 Unidades	20 Vigilantes	18 Homens e 2 Mulheres

¹ Projeto integrante do Programa Educação pelo Trabalho PET-Pró Saúde na UnB com o título: “**A Política Nacional de Atenção à saúde do homem. Construções de homens acerca da sua decisão de buscar ou não atendimento em atenção primária**” 2012-2014, financiamento SEGETS-Ministério de Saúde sob a coordenação de Muna Muhammad Odeh.

Constam abaixo também (Tabela 2) observações pautadas pelo pesquisador sobre as funções e atribuição dos vigilantes, assim como as projeções e potenciais destes orientadas no eixo Acesso e Acolhimento.

Tabela 2 – Funções e atribuições dos vigilantes, projeções e potenciais sob a perspectiva do eixo Acesso e Acolhimento da PNAISH.

ATUALMENTE	PROJEÇÕES/POTENCIAIS
Atribuição de papéis além da função de proteger e zelar os patrimônios e pessoas, mas também dispensar preservativos, prestar informações sobre atendimento, horário e profissionais, acolher e direcionar os usuários.	Ampliar as atribuições para se chegar a um profissional integrado às ações programáticas da unidade com enfoque em saúde do homem.
Familiaridade e relação cordial com a população e serviço, abertura a diálogo diferenciado com a população masculina com base na identificação (mesmo sexo e da mesma região ou moradia) e na confiança .	Propiciar maior envolvimento na rotina da equipe reiterando o papel do vigilante no processo de cuidado ampliado . Isto pode ajudar na garantia de retorno do homem tanto para consulta como para ações programáticas e atividades de promoção e de prevenção.
Comunicação informal e espontânea e que se limita a queixa-consulta não abrangendo desta forma a prevenção, promoção e proteção de saúde, conforme preconizado pela PNAISH.	Acesso à agenda de consultas possibilitando a marcação especificamente no caso de homens de primeira consulta ajudando a superar as barreiras institucionais que acabam por distanciar os homens dos serviços de saúde.
Prontidão e abertura para atender demandas do serviço tanto no seu local rotineiro no portão como no interior do posto de saúde.	Ampliar os conhecimentos sobre saúde do homem e, portanto, as funções do vigilante de modo a garantir a seu sentido de empoderamento e capacidade de responder a perguntas básicas, mas essenciais para a população masculina.
Conhecimentos básicos de saúde advindos do e adquiridos no convívio com a equipe.	Potencialidade incrementada com a obtenção de novos conhecimentos a partir dos eixos da PNAISH

A coleta de dados nesta pesquisa, com base na observação participante propiciou dados relevantes sobre o espaço físico designado para o vigilante, mas que ficamos sabendo não é fixo e sim móvel com possibilidade de estar na entrada perto do portão/porteira, mais adiante perto da porta da Unidade de Saúde propriamente dito e por fim, um terceiro cenário que foi detectado é aquele onde do lado de dentro, abrindo uma pequena janela o vigilante executa seu papel tendo ampla visão do exterior e sendo avisado da chegada e da partida das pessoas.

A seguir temos uma ilustração (Figura 2) da espacialidade do lugar físico onde o vigilante circula:

Figura 2 – Espacialidade do lugar físico de circulação dos vigilantes.



Diante às observações, tabelas e figuras apresentadas a cima, podemos fazer algumas análises. Contamos com um número de 20 vigilantes de ambos os gêneros, alocados atualmente nas unidades básicas de saúde da zona rural do Paranoá - Região Leste, número considerável de profissionais para cobrir os turnos matutino, vespertino e noturno do serviço. Vimos que são destinadas à partir da norma da profissão funções e atribuições a estes vigilantes, e a possibilidade de delineamento de projeções e potenciais que puderam ser sistematizados diante a observação

participante do pesquisador. Referente à espacialidade, podemos ver que todos os serviços possuem a porteira do espaço externo e a porta de entrada interna da unidade, o que possibilita reconhecermos que os vigilantes estabelecem contínua circulação pelos espaços do serviço. Todos possuem um espaço próprio, no qual a equipe providenciou cadeira e/ou mesa, dando-lhes liberdade e não deixando que estes sejam expostos a problemas de saúde ocupacional advindos do trabalho em postura somente ereta ou sentada. A estrutura das unidades possibilita a visibilidade panorâmica tanto da área externa como interna do serviço, fazendo com que o profissional veja quem permanecem fora, entra ou sai da unidade.

Os vigilantes já fazem informalmente ações voltadas para o que PNAISH entende como o Eixo Acesso e Acolhimento dos usuários, mas notou-se a necessidade de dar maior suporte teórico e técnico a este profissional. Temos vigilantes com familiaridade com a população, sendo ponto positivo por ser estratégia no qual se pode aproveitar a oportunidade do vínculo já estabelecido para fazer o convencimento, ou negativo por poder causar inibição de usuários na confiabilidade para discussão de assuntos restritos de saúde. Os vigilantes se mostraram receptivos para estarem participando de ações tanto de educação permanente como as formuladas para os usuários, ajudando o serviço com suas necessidades e alcance de grupos sociais ainda não alcançados e vinculados totalmente a unidade. Esses vigilantes ainda por estarem dentro desse serviço em troca de informação constante tanto com profissionais como usuários acabam criando uma densidade de experiência e conhecimento significativo.

Diante a esse compilado de informações, podemos partir para a sistematização de uma oficina que irá possibilitar instrumentos para a formulação da capacitação em saúde baseada em observação participante e confeccionar um Guia de Saúde do Homem para Profissionais Vigilantes das UBS. Essa qualificação irá visar o preparo dos vigilantes para estabelecerem o acesso dos homens que já chegam ao serviço para dentro da unidade e acolhe-los de modo humanizado e efetivo, desconstruindo barreiras institucionais e socioculturais, disseminando a ideia de que as UBS são também espaços masculinos.

O esboço da proposta de oficina formulada pelo pesquisador encontra-se nos apêndices deste trabalho.

5.DISSCUSSÃO

A partir das informações obtidas por meio da observação participante, podemos estabelecer interfaces com algumas propostas de alguns autores.

Segundo Adami (1993) e Ungler (1995), o acesso à saúde seria um sistema complexo classificado por variáveis, como o acesso geográfico (distância, tempo, e meios de locomoção, obstáculos, a serem transpostos, tempo de permanência fora do trabalho), acesso funcional (tipos de serviços oferecidos, horário de funcionamento e qualidade), acesso cultural (inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população) e acesso econômico (a totalidade dos serviços de saúde não está disponíveis a todos os cidadãos).

As variáveis explicitadas pelos autores acima nos remete a uma complexidade de particularidades sociais que devem ser levadas em conta no momento da análise e replanejamento de ações de acessibilidade a um serviço, levando-nos a pensar imediatamente no acolhimento.

Matumoto (1998) acredita que o acolhimento ele estabelece o encontro entre o trabalhador e usuário trazendo à tona as necessidades de ambos, as quais estão mediadas pelas diversas formas de organização dos serviços de saúde (p23).

As necessidades individuais citadas pelo autor podem ser decisórias no momento de escolhas do usuário e influenciadora nas experiências do profissional, sendo responsabilidade do serviço conhecer essas lacunas e articulá-las.

Vieira, Lima, Lima (2010) disponibiliza instrumentos para o momento de análise do processo de trabalho de um profissional. Vejamos a seguir:

Analisar o trabalho de alguém exige, portanto, considerar os meios disponíveis; a formação e a experiência profissional; as condições em que ele se realiza; a sua organização (ritmo, jornada, hierarquia, comunicação, as relações entre os membros de um coletivo), fatores diversos que afetam a pessoa, ampliando ou restringindo as possibilidades e os modos de agir em certas situações. A observação deve ser complementada pelas entrevistas de explicitação da atividade, nas quais é possível reconstruir, junto aos próprios trabalhadores, a explicação dos seus “fazer” ou o sentido de seus comportamentos (p.28).

Os autores acima nos sensibilizam a valorizar e preservar algumas vertentes essenciais de análise, nos remetendo a garantir um resultado compatível com a realidade do trabalhador vigilante e um norteamento ao instrumento de capacitação aqui proposta.

Os mesmo autores citados acima ainda reconhecem que na terceirização é evidenciado alguns elementos importantes que envolvem a atuação do vigilante em seu espaço de trabalho, vejamos a seguir:

“As empresas contratantes reconhecem que a formação dos vigilantes é insuficiente para prepará-los para o cotidiano profissional e que a atuação em determinado local demanda experiência e conhecimentos específicos. ”

Sob esta consideração, podemos ter convicção da insuficiência dos cursos de vigilância na qualificação dos profissionais no que tange a preparação destes para estarem atuando em cenários e contextos diversificados que podem exigir atividades que vão além do garantir a segurança e zelo de pessoas e patrimônios. Para isso a importância em pensar e disponibilizar as empresas uma especialização específica, no nosso caso com enfoque na saúde do homem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica dos temas chave deste trabalho, as observação participante e os diálogos informais, o papel do profissional vigilante neste processo de implementação do eixo Acesso e Acolhimento da Política Nacional Atenção Integral à de Saúde do Homem (PNAISH) no Programa de Saúde da Família das UBS da zona rural do Paranoá-Região Leste, nos faz reconhecer a potencialidade deste corpo profissional para estar ativamente junto com a equipe de saúde fazendo os princípios e diretrizes da política ser instituídos e funcionar efetivamente, gerando novos elementos que apostamos poderão ajudar a remover barreiras institucionais para a melhoria da saúde masculina.

Como vimos o eixo do acesso e acolhimento é o principal núcleo no qual este profissional será incorporado para estar viabilizando fortemente o acesso e o vínculo às unidades de saúde. Foi visto a possibilidade do planejamento de um curso de capacitação ao vigilante, dando-lhes maior apoio e habilidade para estabelecimento do acesso, diálogo e direcionamento, momento cuja relevância irá ser ponto decisório na escolha da aceitação do homem na adesão à consulta em saúde. Por ser um profissional constantemente em circulação nos pontos de acesso ao serviço, este pode estar determinando no convencimento dos usuários.

A nossa atenção primária hoje tem subsídios de apoio suficiente para estar sistematizando estratégias voltadas à saúde da família após a criação do programa Brasília Saudável. De acordo com os contextos de nossa pesquisa, é indispensável o desenvolvimento continuado da educação permanente dos profissionais, e partindo disto pensamos e estruturamos aqui a organização de uma oficina com os vigilantes que irão designar pautas para a formulação da capacitação voltada ao exercício de ações em torno da saúde do homem promulgadas pelo Programa de Saúde da Família.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), para que seja avaliado, buscando seguir com os valores éticos e morais em que toda pesquisa necessita. Serão também resguardadas todas as identidades dos sujeitos que farão parte da pesquisa, onde todos os entrevistados assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido que será elaborado e entregue ao indivíduo logo em que este aceitar fazer parte do estudo.

8.REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF: Biblioteca Virtual em Saúde, 2009. 92 p. (B).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília-DF: Biblioteca Virtual em Saúde, 2013. 16 f

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, Oct. 2009, acesso em 25 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. 17. ed. Rio de Janeiro-RJ: Comunicação, Saúde, Educação., 2005. 9 v.

LEITE, Rosana Farias Batista; VELOSO, Thelma Maria Grisi. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Campina Grandes-PB, p.374-389, 2008.

MEYER, Dagmar Estermann; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p.859-871, out/dez. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. . **Brasília Saudável: O Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Brasília- Brasil: SES-DF, 2016. 29 p.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca; LIMA, Francisco de Paula Antunes; LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **O Cotidiano dos Vigilantes: Trabalho, Saúde e Adoecimento**. Belo Horizonte: FUMARC, 2010. 320 p.

9.APÊNDICES

9.1 – PROPOSTA DE OFICINA.

**OFICINA PARA SISTEMATIZAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE
BASEADA EM OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE PARA VIGILANTES DAS 5 UBS DA
REGIÃO LESTE**

○ **Apresentação**

Seja bem-vinda (o) a Oficina de Preparação do Curso de Capacitação em Saúde Baseada em Observação participante para profissionais vigilantes. Tanto a oficina como a Capacitação tem por objetivo valorizar e capacitar os profissionais de vigilância alocados nos serviços de saúde, em especial os/as vigilantes das 5 UBS da Região Leste do Paranoá-DF, em atribuições valiosas enfocando a saúde do homem no eixo acesso e acolhimento. Para efetividade dos resultados da oficina e curso, contamos com a dedicação e envolvimento dos participantes. É um curso com inscrição gratuita, com carga horária total de 8 horas, devendo ser realizado em um dia no qual inclua todos os vigilantes.

Os organizadores e equipe desejam a todos uma ótima experiência e aprendizagem, que contribua grandemente para a implementação da Política Nacional de Atenção em Saúde Integral do Homem, fortalecendo ainda mais o Sistema Único de Saúde.

1. Coordenação

O Curso será ofertado sob a coordenação do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e contará com a parceria da Coordenação Nacional de Saúde do Homem/DAPES/SAS/MS, bem como da Gerência das 5 equipes de ESF e da Diraps-SES DF.

Para oferta do curso às empresas de terceirização no DF, buscaremos abrir um diálogo junto ao Sindicato dos Vigilantes do Distrito Federal (SINDESV-DF) O SINDESV-DF também deve ser a associação para estar em planejamento e mobilização junto com órgãos a parte neste processo de curso de atualização do

profissional vigilante. O sindicato deve estar ciente e em acordo com todos os programas, projetos e ações que integram os filiados e seus funcionários, para êxito final da capacitação.

2. Público-alvo

Vigilantes, representantes do MS e SINDESV-DF e ESFs.

O corpo de profissionais, independente de gênero, em que se busca qualificar para estar participando ativamente das ações de promoção, proteção e prevenção em saúde na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Programa de Saúde da Família terão oportunidade de maior conhecimento e capacidade teórica e prática para lidar e cooperar com a saúde da população masculina. Fazendo parte dos esforços para a construção de uma linha de cuidado saúde do homem que estão em curso abrangendo todos os membros das equipes rurais, a qualificação do vigilante vem a somar a este processo. Espera-se que o curso trará contribuições para somar a equipe na busca de melhora do quadro de morbimortalidade dos homens, diante a maior adesão e aceitação aos cuidados e tratamentos em saúde e além de possibilitar a maior inclusão dos indivíduos a estes serviços e a quebra de barreiras sociais e culturais.

3. Justificativa do Curso

Cumprindo com os direitos e deveres promulgados na Constituição Federal de 1988 e norteando-se sob a Lei 8.080 de 1990, o SUS deve mostrar-se efetivo na realização de seus princípios e diretrizes. Diante a seminários e oficinas de implementação da Política Nacional de Saúde Integral do Homem, vivências e observações nas 5 UBS da zona rural do Paranoá-DF, foi visto e reconhecido a forte potencialidade do profissional de segurança nas ações de saúde que envolvem os usuários do gênero masculino. Há a necessidade em capacitar estes profissionais que estão na porteira do serviço, caracterizado como a porta de entrada da rede, para estarem mais bem preparados para viabilizar o acesso e acolher, fazer a escuta das necessidades, o convencimento e direcionamento do usuário para dentro do serviço de saúde.

4.Objetivos

- a) Estimular os (as) profissionais vigilantes a resgatar os conhecimentos, práticas e habilidades adquiridas durante suas rotinas de trabalho e torna-los protagonistas do processo educacional.
- b) Qualificar o conhecimento sobre a PNAISH, aprofundando nos 5 eixos temáticos da política, históricos, dados epidemiológicos com enfoque nos determinantes sociais e econômicas como raça/etnia, condições de trabalho e pobreza.

5. Metodologia

A oficina e capacitação terá seu método baseada nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem garantindo o processo dialógico de aprendizagem e a transformação da prática. Para isso será estimulado a todo o momento a participação individual e coletiva, utilizando da dinamização e de apresentações em PowerPoint curtas e explicativas para exposição do conteúdo da PNAISH.

6.Programação

HORARIOS	ATIVIDADES
07h30min	Boas Vindas e Acolhimento.
08h30min	Abertura
09h00min às 11h40min	Momento 1: Primeira Atividade <u>Duração:</u> 3 horas <u>Organização:</u> 3 grupos (5 integrantes) <u>Atividade:</u> Discutir as facilidades e dificuldades para o acesso dos homens em utilizar a UBS enfatizando as experiências conforme vividas. Cada integrante deve ter espaço para expressar-se individualmente na discussão. O grupo deverá fazer uma relatoria sintetizada com os pontos discutidos para apresentação aos outros grupos (<i>tempo para apresentação: 15 minutos cada</i>).
12h00min	Pausa para Almoço

13h00min às 15h00min	Momento 2: Apresentação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) <u>Duração:</u> 2 horas Apresentação Resumida em PowerPoint <u>Conteúdo:</u> Histórico; Eixos Temáticos da PNAISH e Apresentação dos 2 Guias (ACS e Pré-Natal do Parceiro) <u>Momento de Diálogo:</u> espaço para comentários e perguntas.
15h00min às 17h00min	Momento 3: Segunda Atividade <u>Duração:</u> 2 horas <u>Organização:</u> 3 grupos (5 integrantes) <u>Atividade:</u> Elaborar 5 passos para proposta dos componentes chave para a Capacitação do Vigilante e apresentar no espaço coletivo.
17h30min	Dinâmica de encerramento
18h00min	Avaliação da Oficina e Curso

7. Conteúdo

- Resgate das próprias vivências em seu campo de trabalho sobre o acolhimento e convencimento dos homens diante a aceitação ou negação à assistência em saúde;
- Política em si;
- Exposição das necessidades e qualificações que se enquadrem melhor ao profissional.

7.1 Estratégias de Aprendizagem

- Dinâmica em grupo;
- Liberdade de criação de um instrumento para si;
- Exposição de slides;
- Apresentações;

8. Duração do Curso

O curso terá duração de 8 horas, com data ainda a ser agendada pela coordenação.

Resultados esperados: Participantes com capacidade de expor ativamente seu conhecimento e opinião crítica, tomar maior conhecimento dos pontos essenciais da PNAISH e saber usá-las no dia-a-dia, serem capazes de criar algo para si, segundo algo que vá de encontro com suas vontades e necessidades do serviço, aplicando, qualificando o acolhimento e possibilitando o maior acesso dos indivíduos do gênero masculino nas UBS.

9. Agradecimentos

Ministério da Saúde
HUB/Ebserh
SINDESV-DF
UBS da Região Leste

10. Certificação

Os participantes que estiverem presentes na oficina e capacitação serão contemplados com certificado de participação pela UnB em parceria com o Ministério da Saúde.

11. Bibliografia Recomendada

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** Princípios e Diretrizes. Brasília-DF: Biblioteca Virtual em Saúde, 2009. 92 p. (B).

9.2 – ROTEIRO DE PESQUISA.



Universidade de Brasília-UnB
Faculdade de Ciências da Saúde- FS
Departamento de Saúde Coletiva – DSC

Disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Saúde Coletiva (DSC).

Discente: Jefferson Breno Oliveira Barrozo

Orientadora: Muna Muhammad Odeh

Objetivo: Caracterizar o trabalho dos vigilantes das 5 UBS da zona rural do Paranoá, Região Leste e verificar seu potencial como integrante da ESF na implementação do Eixo Acesso e Acolhimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

2. Questões Éticas

RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016

Art. 1 Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Parágrafo único. **Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema**

CEP/CONEP:

I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

[...]

VIII – **atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.**

§ 1 o Caso, durante o planejamento ou a execução da atividade de educação, ensino ou treinamento surja a intenção de incorporação dos resultados dessas atividades em um projeto de pesquisa, dever-se-á, de forma obrigatória, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP.

3. Metodologia

Questionários aplicados aos profissionais vigilantes das Unidades Básicas de Saúde das zonas rurais da Região Leste, sendo elas, PAD-DF, Cariru, Café sem Troco, Capão Seco e Jardim 2. Será resguardado o sigilo das respostas e identidades dos participantes, a fim de melhorar a fidedignidade de respostas a questões socialmente controversas.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Idade: _____ anos **Gênero:** ☐ Feminino ☐ Masculino **Tempo de trabalho na UBS:** _____

Possui outras profissões: _____

1. Mora na região da UBS em que trabalha?

☐ Sim ☐ Não

2. Conhece os moradores da comunidade que frequentam a unidade de saúde?

☐ Sim ☐ Não

3. Quantos homens aproximadamente comparecem por mês ao serviço?

☐ 0 - 5 Homens ☐ 10 - 15 Homens ☐ mais de 20 Homens
☐ 5 - 10 Homens ☐ 15 - 20 Homens

4. Qual a faixa etária destes homens?

☐ 10 – 14 anos ☐ 15 – 19 anos ☐ 20 - 29 anos ☐ 30 - 59 anos ☐ 60 ou mais

5. Quando os homens chegam ao serviço, estão acompanhados ou sozinhos?

6. Quando eles vêm sozinhos, costumam entrar normalmente ou param e te fazem perguntas?

7. E quando eles vêm acompanhados da esposa/parceira ou parentes, eles ficam esperando aonde?

8. Quais os assuntos de saúde mais frequentes estes homens conversam com você?

9. Segundo sua opinião, estes homens se sentem confortáveis para conversar sobre saúde com você? Justifique sua resposta.

10. Você os convence a entrar para a unidade e passar por consulta com a equipe? Se sim, de que forma?

11. Porque acha que os homens sentem dificuldade de vir até a UBS da região?

12. Você acredita que o vigilante pode ter um papel na melhoria da saúde do homem? E a vigilante? Justifique sua resposta.

13. Para poder se juntar a equipe na melhoria da saúde do homem, você acha que é necessário o (a) vigilante fazer uma capacitação? Que tipo de capacitação?

14. O curso preparatório de vigilância é suficiente para as atividades e ações do dia-a-dia? Possui atualização periódica?

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO! 🙌