ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MAYRA SOLANGE DA COSTA E SILVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NA II REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

GARANHUNS - PE
2017

MAYRA SOLANGE DA COSTA E SILVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NA II REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública .

Orientadora:

Prof.ª Me. Elaine Cristina Tôrres Oliveira.

GARANHUNS - PE

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

S586e Silva, Mayra.

Educação permanente em saúde para reabilitação de crianças com a síndrome congênita do Zika Vírus na II Regional de Saúde de Pernambuco. Garanhuns, 2017.
39f.:il.

Orientador (a): Elaine Oliveira.
Projeto de Intervenção (Curso de Especialização em Saúde Pública) –
Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.
.

1.Saúde Pública 2. Zika Vírus 3.Síndrome Congênita 4. Reabilitação 5. Educação Permanente. I. Título.

ESPPE / BNC CDU –614:616.988(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

RESUMO

O presente projeto objetivou apresentar um contexto atual do impacto que a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) exerce sobre o aspecto emocional, a qualidade de vida, as estratégias de enfrentamento e à rede de apoio às famílias das crianças afetadas. Um surto alarmante e inédito de Saúde Pública ocorrido em 2015, apresentando um conjunto de sinais e sintomas além da microcefalia. Ancorado no avanço dos estudos realizados, busca-se refletir sobre intervenções que contribuam para a descentralização dos serviços de reabilitação, afim de obter repercussão e ganhos para as crianças, famílias e equipes de saúde envolvidas. Neste sentido propõe-se o aperfeiçoamento técnico das equipes de reabilitação municipais, considerando as especialidades para estimulação às crianças com a SCZV, bem como, garantir ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil e reabilitação nas redes de atenção à saúde. Nestes casos específicos, evidencia-se a necessidade da articulação e diálogo entre as unidades especializadas e a Atenção Básica para o acompanhamento qualificado e integral dessas crianças, considerando tal complexidade pouco conhecida da SCZV. As ações de capacitação e qualificação a serem desenvolvidas no seminário serão utilizadas como forma de qualificar os serviços de reabilitação através do aperfeiçoamento do profissional e do uso de técnicas adequadas para o estímulo dessas crianças.

Palavras Chaves: Saúde Pública. SCZV. Reabilitação. Educação Permanente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4

2 JUSTIFICATIVA 6

3 OBJETIVOS 7

3.1 OBJETIVO GERAL 7

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7

4 REVISÃO DE LITERATURA 8

4.1 SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E SEUS COMPROMETIMENTOS 8

4.1.1 Desenvolvimento Auditivo 9

4.1.2 Desenvolvimento Visual 10

4.1.3 Desenvolvimento Neuropsicomotor 11

4.2 AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A REABILITAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 13

4.3 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE 16

4.4 APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL: IMPACTOS NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E QUALIDADE DE VIDA 18

5 METODOLOGIA 21

5.1 TIPO DE ESTUDO 21

5.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO 21

5.3 PROCESSO / ATIVIDADE / PROGRAMA OBJETO DA INTERVENÇÃO 24

5.4 PERÍODO 24

5.5 CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO 25

5.6 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS 26

5.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO 28

6 RESULTADOS ESPERADOS 29

7 VIABILIDADE 30

8 CRONOGRAMA 31

9 ORÇAMENTO 32

10 FINANCIAMENTO 33

REFERÊNCIAS 34

ANEXO I - Declaração de Anuência 39

1 INTRODUÇÃO

Para que se possa intervir em prol da descentralização dos serviços de reabilitação para crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) na II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (II GERES), inicialmente, é necessário entender o contexto no qual estamos inseridos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2015 e 2016, 44 países apresentaram a ocorrência do primeiro surto do vírus Zika, e 57 países relataram casos confirmados de contaminação, incluindo países onde o vírus estava presente antes mesmo da pandepidemia (OMS, 2016).

No Brasil, entre outubro de 2015 e setembro de 2017, mais de 14 mil casos suspeitos de SCZV foram notificados, dos quais 2.381 foram no estado de Pernambuco. Até setembro de 2017, foram confirmados 2.869 casos de bebês com alterações no crescimento e desenvolvimento, no país, possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika, sendo 421 em Pernambuco. Ao analisar as notificações realizadas no Brasil, entre 2010 e 2014, foram registrados uma média de 175 casos por ano de microcefalia em recém nascidos, o que equivale a um coeficiente de prevalência de 54,6 casos a cada 100 mil Nascidos Vivos (NV) (BRASIL, 2017).

Entre as regiões do Brasil com maior número de casos notificados, a região Nordeste, obteve o maior coeficiente entre os NV (139 casos por 100 mil). Apesar da notificação obrigatória para microcefalia (relacionada ao vírus Zika) ter sido implantada a partir de 2015, os dados revelaram o aumento repentino do número de casos no país, o que alarmou toda a sociedade em virtude do surto estabelecido (MARINHO, 2016).

Venâncio (2016) ressalta que, em novembro de 2015, o Brasil declarou situação de emergência em saúde pública devido ao aumento da ocorrência de casos de microcefalia. Em fevereiro de 2016, a OMS lançou um alerta epidemiológico, destacando a possibilidade de desenvolvimento de malformação neurológica congênita associada à infecção de gestantes por um novo patógeno, o vírus Zika (OMS, 2016). Em abril de 2016, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) uma agência do departamento de saúde e serviços humanos dos Estados Unidos, evidenciou por meio de pesquisas, a existência de uma correlação entre a microcefalia e o vírus Zika (MLAKAR et al., 2016).

Na perspectiva de enfrentar a problemática relacionada ao aumento de casos de microcefalia associados a SCZV, o Ministério da Saúde do Brasil, organizou uma ação emergencial para conter novos casos, oferecer suporte às gestantes e aos bebês e intensificar as ações de combate ao mosquito transmissor. Por meio do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, o Brasil passou a atuar na prevenção e combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, na melhoria da assistência às gestantes e crianças e na realização de estudos e pesquisas nessa área. (BRASIL, 2016b)

Nesse contexto, foram elaborados protocolos, que passaram por revisões e atualizações, com o objetivo de orientar as ações para a atenção às mulheres em idade fértil, as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos com a síndrome. Em dezembro de 2016, foi lançada a versão mais atual (até o presente trabalho) das orientações de vigilância em saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública, com novas definições para notificação, investigação e classificação de casos, assim como, novas orientações para investigação laboratorial e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. À medida que novos estudos são desenvolvidos, novas diretrizes de atualização podem ser publicadas (BRASIL, 2016c).

A microcefalia é definida como uma condição neurológica rara em que o perímetro cefálico do recém-nascido é menor, quando comparado ao padrão da mesma faixa etária e sexo. A malformação congênita da caixa craniana afeta o desenvolvimento do cérebro do feto ainda em formação, podendo provocar déficit cognitivo, auditivo e visual, atraso no desenvolvimento neurológico, psíquico e motor, além de paralisia, convulsões, epilepsia, autismo e rigidez muscular.

Mesmo diante da gravidade ocasionada pela SCZV, é possível minimizar consideravelmente o comprometimento neuropsicomotor por meio de estímulos precoces ao desenvolvimento motor, sensorial, perceptivo, proprioceptivo, linguístico, cognitivo, emocional e social, incluindo o uso de tecnologia assistida, como órteses e próteses, promovendo a “harmonia do desenvolvimento entre vários sistemas orgânicos funcionais dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) (BRASIL, 2016a).

O posicionamento a ser tomado, diante da problemática, irá considerar as peculiaridades regionais, tendo como pergunta norteadora: quais estratégias podem contribuir na descentralização do serviço e possibilitar um impacto favorável na qualidade de vida das famílias de crianças com a SCZV?

2 JUSTIFICATIVA

Este projeto versa sobre uma intervenção voltada à Educação Permanente dos profissionais dos serviços de reabilitação especializada para crianças com a SCZV, residentes nos municípios que compõe a II GERES do estado de Pernambuco. Tomando por fundamento a busca por qualidade de vida e melhor resposta das crianças às terapias, a escolha do tema foi baseada nas dificuldades observadas pelo Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia (NAFCM), através do convívio com as famílias afetadas.

Quem nasce com SCZV precisa ter atenção e cuidado intensivos, há uma rotina exaustiva de exames, consultas, sessões de estímulo precoce e tratamentos. Diante da percepção da realidade em que as famílias estão inseridas, por vezes, em condições de fragilidade emocional, social, financeira e conjugal, observa-se uma drasticamente mudança de qualidade de vida, onde as mães passam a viver, desde o diagnóstico, quase que exclusivamente para seus filhos, muitas vezes anulando suas próprias vontades.

Envolvidas em uma rotina de cuidados, as mães enfrentam longos deslocamentos diários, por um período indeterminado, para garantir assistência de profissionais de saúde especializados, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e outros, indispensáveis para o desenvolvimento da criança.

Além de promover o aperfeiçoamento dos profissionais das policlínicas e centros de reabilitação municipais pertencentes a II GERES, este projeto de intervenção também procura envolver, através de oficinas de diálogos, os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dos municípios. Almeja-se um melhor funcionamento na referência e contra referência das ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil e da reabilitação nas redes de atenção à saúde, e consequentemente, possibilitar a articulação entre os serviços de reabilitação já existentes na II GERES e a ampliação do acesso aos serviços.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Promover transformação nas práticas dos profissionais em ação na rede especializadas de serviços de saúde da II GERES, no âmbito da SCZV, através do desenvolvimento de competências e formação destes trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer articulação dentro do território com atores sociais, recursos materiais e humanos.
- Realizar capacitação dos profissionais das policlínicas e centros de reabilitação municipais, considerando as especialidades para estimulação às crianças com SCZV, presentes na II GERES, no intuito de contribuir para a descentralização desses serviços.
- Possibilitar ações integradas e intersetoriais voltadas para o acompanhamento do desenvolvimento infantil preconizadas pelo protocolo de Atenção Básica, para as crianças com a SCZV nas redes de atenção à saúde da II GERES.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E SEUS COMPROMETIMENTOS

A malformação congênita da caixa craniana afeta o desenvolvimento do cérebro do feto ainda em formação, onde a maioria dos casos apresenta-se como consequência de infecções congênitas, ou seja, adquiridas pela mãe durante a gestação e transmitidas verticalmente, especialmente nos três primeiros meses. Dentre as principais doenças infecciosas que podem ocasionar a microcefalia estão meningite, HIV, varicela, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus e herpes zoster (MATKOVSKI, 2015).

Contudo, outras causas, menos frequentes, também podem ocasionar o problema, como: exposição à radiação, envenenamento por metilmercúrio, desnutrição severa, consumo de cigarro, álcool ou drogas, má-formação da placenta, hipóxia grave, doenças genéticas como as síndrome de Rett, West, Edwards, *Cornelia de Lange*, *Cri du chat*, *Rubinstein-Taybi*, *Seckel*, *Smith-Lemli-Opitz* e Down, como também, fenilcetonúria (FARIAS, 2016). Os sintomas variam bastante de indivíduo para indivíduo e em alguns casos podendo levar a criança a óbito. Contudo, “algumas crianças portadoras de microcefalia possuem inteligência e desenvolvimento normais” (MARCON, 2016, p.2).

De acordo com LINDEN et al. (2016), a SCZV, de modo geral, danos cerebrais extremamente severos, com poucas chances de um bom desenvolvimento das funções neurológicas. O vírus destrói células cerebrais, lesionando a substância branca cortical e subcortical do cérebro, onde há depósito de cálcio (calcificação). Esta é uma das características que distingue bebês com microcefalia ligada à Zika daquelas observadas em bebês com microcefalia proveniente de outras infecções.

> Danos cerebrais graves foram encontrados na imagem na maioria das crianças nesta série de casos com infecção congênita presumivelmente associada ao vírus Zika. Os achados mais comuns foram as calcificações cerebrais na junção entre cortical e subcortical branca associada a malformações do desenvolvimento cortical, muitas vezes com padrão giroscópico simplificado e predominância de pachygyria[1] ou polimicrogiria[2]

[1] Má formação congênita do hemisfério cerebral, resultando em convulsões invulgarmente espessas do córtex cerebral.

[2] Má formação que foge ao padrão anatômico normal, caracterizada por muitos microgiros em torno da fissura sylviana, responsável pela codificação articulatória e pela programação motora da linguagem falada.

> nos lobos frontais. Outros achados foram aumento da cisterna magna, anormalidades do corpo caloso (hipoplasia[3] ou hipogênese), ventriculomegalia[4], mielinização[5] tardia e hipoplasia do cerebelo e do tronco encefálico. (CENTRO DIAGNOSTICO MULTIMAGEM et al., 2016, tradução nossa)

Por consequência, com já mencionado, há probabilidade da criança acometida ter déficit cognitivo, auditivo e visual, atraso no desenvolvimento neurológico, psíquico e motor, como veremos adiante com mais detalhes.

4.1.1 Desenvolvimento Auditivo

Uma pesquisa realizada em Recife-PE, no Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e publicada em agosto de 2015 na revista *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), ligada ao CDC, apontou que 5,8% de um universo amostral de 69 bebês com diagnóstico confirmado da SCZV apresentaram perda auditiva neurossensorial. Esses dados relevam que "[...] essa prevalência é de um ou dois casos a cada mil crianças nascidas vivas na população em geral". Com esses resultados, pode-se considerar que ter Zika durante a gravidez é, um fator de risco para perda auditiva congênita da criança (LEAL et al., 2016, tradução nossa).

> Durante esse período, o sistema auditivo central encontra-se maleável às modificações, que dependerão da quantidade e da qualidade dos estímulos ofertados e captados; por isso, é fundamental a detecção precoce de qualquer alteração [...]. O teste da orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal (TNA) é o procedimento realizado no segundo ou terceiro dia de vida do recém-nascido, e consiste na utilização de procedimentos simples e rápidos, a fim de que se possa detectar possível perda auditiva, realizar o diagnóstico aos 3 meses e, então, iniciar o processo de reabilitação até os 6 meses de vida da criança (NORTHERN; DOWNS, 2005 apud BRASIL, 2016b, p. 11).

No desenvolvimento esperado, recém-nascidos nascem com o sistema auditivo formado, ocorrendo sua maturação em nível de tronco encefálico em função de estímulos sonoros nos primeiros 24 meses de vida. Verifica-se que "o período de

---

[3] Diminuição da atividade formadora dos tecidos orgânicos (pele, músculos, etc.)

[4] Alteração patológica fetal, caracterizada pelo aumento pequeno ou significativo do tamanho dos ventrículos laterais do cérebro, que conduz à distúrbios neurológicos.

[5] Formação da estrutura lipoproteica que envolve os axónios e aumenta a velocidade de condução dos impulsos nervosos.

maior plasticidade neuronal da via auditiva compreende a faixa etária que vai do nascimento aos 2 anos de idade" (BRASIL, 2016b, p. 11).

Com essa avaliação auditiva, o fonoaudiólogo pode promover os estímulos auditivos sensoriais, a motricidade oral adequada, além de orientar a família sobre os cuidados com a audição durante e depois do processo de reabilitação.

4.1.2 Desenvolvimento Visual

Estudos realizados pela Fundação Altino Ventura (FAV), em Pernambuco, com crianças nascidas com alterações provenientes da SCZV, publicado no arquivo brasileiro de oftalmologia e no *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) ou Centro Nacional de Informação Biotecnológica do Estados Unidos, no início de 2016, relatam que há inúmeras alterações da função ocular, quantitativa e qualitativa atribuídas à síndrome. Entre as alterações foram observadas o "estrabismo de causa neurológica, problemas de retina (epitélio pigmentar) e atrofia parcial ou total do nervo óptico. O grau da lesão é variável de acordo com o período gestacional em que ocorreu a infecção, tendo sido observado grau de comprometimento maior quando a infecção ocorre no 1º ou no 2º mês de gestação" (VENTURA et al., 2016).

O desenvolvimento do sistema visual não acontece de forma espontânea, é um processo contínuo, iniciado ainda na vida intrauterina até o décimo ano de vida, aproximadamente, sendo os cinco primeiros os mais importantes, no qual ocorre um processo permeado por fatores de maturação neurológica e ambientais. Em virtude desse processo de desenvolvimento, a verificação, pelo oftalmologista, das necessidades e potencialidades da acuidade visual por meio de avaliação funcional é necessária. O teste do reflexo vermelho ou teste do olhinho, ainda na primeira semana de vida, pode detectar e prevenir diversas patologias oftalmológicas, assim como o agravamento dessas alterações (BRASIL, 2016b).

> Estudo realizado com crianças com infecção congênita presumida por ZikV revela haver sequelas oftalmológicas incluindo lesões macular bilateral e perimacular, atrofia coriorretiniana, bem como anormalidades do nervo óptico.9 Os achados [...] indicam lesões em estruturas responsáveis pela análise e interpretação das informações captadas pelos olhos, como tálamo, cerebelo e a região córtico subcortical. Esses dados reforçam os resultados

> da avaliação da visão funcional atestando que os prejuízos identificados no estudo podem trazer limitações na aquisição de atividades funcionais e no processo de aprendizagem. (BOTELHO et al., 2016)

Por meio da avaliação visual, atribuída ao profissional de saúde apto à estimulação precoce, evidencia-se o real potencial da criança junto à família que muitas vezes estão encobertas pela expectativa de respostas iguais a de crianças sem comprometimentos.

> [..] cada criança com baixa visão responde de forma particular aos estímulos visuais. O reconhecimento do uso funcional da visão irá esclarecer como a criança realiza o alcance de um objeto, como se desloca em seu ambiente, suas necessidades de iluminação, distância, posicionamento, contraste e ampliação. Essas informações são importantes para todos aqueles que convivem com a criança, família, creches, terapeutas que poderão, conforme orientação do profissional, estimular adequadamente a criança no seu dia a dia. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2016b, p.45-46)

4.1.3 Desenvolvimento Neuropsicomotor

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) em Recife-PE, publicou na Revista brasileira de saúde materno infantil, em novembro de 2016, um estudo com quatro bebês com até quatro meses de vida, de mães que apresentaram sintomas de infecção por Zika vírus, durante o primeiro ou segundo trimestre gestacional. As crianças apresentaram hipertonia[6] e hiperreflexia[7], déficit e desenvolvimento atípico das funções manuais. Contudo, a deglutição e visão não seguem o mesmo padrão, provavelmente associados às alterações encefálicas e à localização das calcificações do tecido cerebral, provenientes da microcefalia. No primeiro trimestre de vida, já foi possível observar sintomas de lesões cerebrais severas “a partir de anormalidades presentes no tônus muscular, nos reflexos primitivos, nas reações posturais e na motricidade voluntária” (BOTELHO et al., 2016).

Na mesma perspectiva das secções anteriores, o aspecto neuropsicomotor de crianças com a SCZV é desenvolvido através da estimulação precoce. Isso porque, esta “[...] promove a harmonia do desenvolvimento entre

[6] Aumento anormal do tónus muscular e da redução da sua capacidade de estiramento (rigidez).
[7] Reflexos excessivos dos tendões profundos ou do músculo.

vários sistemas orgânicos funcionais (áreas motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social" (BRASIL, 2016b, p. 09). O reconhecimento de alterações nestas áreas, ao longo do crescimento das crianças, impõe ações de intervenção. Nesse sentido, a estimulação precoce é uma:

> [...] abordagem de caráter sistemático e sequencial que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (LIMA; FONSECA, 2004; RIBEIRO et al., 2007; HALLAL; MARQUES; BRACHIALLI, 2008 apud BRASIL, 2016b).

As intervenções serão realizadas através dos serviços especializados em reabilitação, referência de cuidado às crianças e orientações aos familiares nos processos de estimulação precoce. Para atingir ações significativas, tais serviços, tomando como base as "Diretrizes de Estimulação Precoce para Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor", publicada em 2016 pelo Ministério da Saúde, devem:

> 1. Produzir, em conjunto com o usuário, familiares [...], e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades funcionais de cada criança, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia [...] em diferentes aspectos da vida; 2. Garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; 3. Melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual; 4. Estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território; 5. Realizar ações de apoio clinico-assistencial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; 6. Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; 7. Articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças [...] com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. 8. Sempre que necessário, o transporte sanitário poderá ser utilizado pelas famílias de crianças que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2016b, p.16-17).

Os pontos acima refletem uma atuação integrada e intersetorial com os serviços da rede de assistência, com o foco de prevenção e promoção da saúde e atuando em diferentes pontos, “para realização de estimulação precoce, matriciamento às equipes de saúde e orientação às famílias de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente da síndrome congênita pelo vírus Zika” (BRASIL, 2016b, p.14).

4.2 AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A REABILITAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (1987) a “reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para o desenvolvimento e o bem-estar biopsicossocial”.

Viabilizar a oportunidade de se ter um desenvolvimento adequado é talvez o mais importante que se possa oferecer a uma criança. Um desenvolvimento satisfatório na primeira infância[8] acrescenta à formação de um indivíduo com seus potenciais desenvolvidos, com maior probabilidade de “tornar-se um cidadão mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades da vida, reduzindo-se assim as disparidades econômicas e sociais da nossa sociedade” (MARCONDES, 1991, p.35).

> Acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina (sic) que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando portanto (sic) mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, é fundamental que neste período o profissional de saúde, juntamente com a família e a comunidade na qual está inserido, faça a vigilância do desenvolvimento de suas crianças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 10).

O conceito de desenvolvimento infantil é complexo, varia conforme o referencial adotado e os aspectos que se queira abordar. Para a pediatria, tem-se a definição clássica de Marcondes et al. (1991), que diz que “desenvolvimento é o

[8] Nome dado aos primeiros anos de vida, em particular, os cinco primeiros.

aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas". Para o neuropediatra, certamente, o desenvolvimento está relacionado a maturação do sistema nervoso central; da mesma forma, "[...] o psicólogo, dependendo da formação e experiência, estará pensando nos aspectos cognitivos, na inteligência, adaptação, interrelação com o meio ambiente [...]" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 11).

Mussen (1995, p.21), reitera e define o desenvolvimento infantil como "mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e são relativamente duradouras. " É sabido que, em geral, recém-nascidos portadores da SCZV, apresentam alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e qualquer programa de estímulo ao desenvolvimento da criança deve ter seu início ainda nos primeiros dias de vida.

De acordo com Ventura et al. (2016), crianças acometidas pela SCZV que tenham apresentado exames neurológico e/ou oftalmológico alterados devem ser submetidas a terapias semanais, de acordo com as áreas específicas de deficiências, seja ela auditiva, visual ou neuropsicomotora. No primeiro trimestre de vida, os exames devem ser feitos mensalmente. Depois, esse acompanhamento deve passa a ser realizado a cada três meses até 1 ano e 6 meses de idade. Posteriormente, a avaliação deve ser feita a cada quatro meses até os 3 anos de idade. Os exames passam a ser realizados duas vezes por ano até os 6 anos.

É crucial que esse acompanhamento do desenvolvimento infantil ocorra desde cedo, o que possibilita maior garantia de acesso à avaliação, diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2016b).

Para tanto, existem as articulações das redes de saúde, no intuito de estabelecer um "cuidado integral e articulado entre os serviços da atenção básica e especializada, da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS" (BRASIL, 2016b, p.11).

Por meio desse cuidado integral em rede, torna-se possível a verificação de conquistas e ganhos de funcionalidade, autonomia e inclusão das crianças que apresentam deficiência.

O cuidado na Atenção Básica, no âmbito de sua responsabilidade sanitária, vai desde o pré-natal até as consultas de crescimento e desenvolvimento das crianças, no intuito de identificar, cedo, situações que precisam ser acompanhadas de forma regular e especializadas, a partir das necessidades diagnosticadas. Apoiando esse cuidado, faz-se necessário enfatizar a atuação das

equipes do NASF, que assumem junto as eSF a responsabilidade compartilhada no cuidado às crianças desde o pré-natal até a reabilitação, contribuindo para uma ação integrada, sob a lógica de rede, com resolutividade (BRASIL, 2010).

As equipes dos NASF, de formação multidisciplinar, são definidas pelos gestores municipais, baseadas nos critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais. Têm sua atuação definida "[...] compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSF. É importante evidenciar que "o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às eSF" (BRASIL, 2010, p.7). Outrossim, os NASF são matriciadores das policlínicas e centros de reabilitação municipais.

> Os NASF foram criados [...] com o objetivo de apoiar a consolidação da atenção básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família (eSF) [...], está atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012, p.7).

Por fim, nessa linha do cuidado, a Atenção Básica tem a capacidade de "promover o acolhimento, orientação, acompanhamento e continuidade do cuidado às crianças com atrasos no desenvolvimento e suas famílias, promovendo a busca ativa dessas crianças e suas famílias" (BRASIL, 2016b, p.15).

Para que o acompanhamento se torne resolutivo, devem existir articulação e ações integradas da RAS do SUS, da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e das demais políticas e ações intersetoriais, visando proteção social A atuação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) é importante, tendo em vista que, em sua atuação, participa da identificação de entraves que dificultam o acesso e processo de acompanhamento da criança na reabilitação, bem como, na construção de alternativas para lidar com essas dificuldades. Além disso, realiza orientação quanto aos benefícios assistenciais e sobre a possibilidade de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC),

quando atenderem aos critérios estabelecidos. A Figura 1, abaixo, sintetiza melhor este contexto (BRASIL, 2016).

Figura 1 – Ações integradas e intersetoriais na linha do cuidado

Fonte: Adaptado da apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - CASPS - DPE – SES/PE com grifos da autora.

O cuidado em saúde vai além da criança, sendo direcionado também às famílias que, cada uma com sua dinâmica e estrutura, reage de uma forma singular ao processo de saúde e cuidado da criança com deficiência, merecendo também o olhar de atenção. Nesta abordagem:

> As eSB/SF deverão ainda oferecer às famílias apoio psicossocial sempre que necessário acolhendo as angústias, dúvidas e medos por meio de uma escuta qualificada. As eSB/SF poderão necessitar do apoio matricial de profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos CAPS ou mesmo de outros profissionais e serviços do município. Os casos mais graves de sofrimento psíquico ou outros transtornos mentais que excedam sua capacidade de atenção devem ser referenciados para os CAPS ou outros serviços especializados (BRASIL, 2016b, p.15-16)

4.3 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Brasil (1990), ressalta que conforme a Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90, que regulamenta SUS, os princípios da descentralização devem ser entendidos como uma redistribuição de deveres constitucionais das ações e serviços entre as

instâncias de governo, a partir do conceito de que quanto mais próximo do fato a decisão for tomada, maiores serão as chances de lograr êxito. Portanto, o que é da alçada de abrangência nacional é de responsabilidade do Governo Federal; o que abrange um Estado ou uma região estadual está sob responsabilidade do governo estadual e o que é abrangência de um município é responsabilidade do governo municipal, devendo haver um "[...] nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, o que se chama municipalização da saúde" (BRASIL, 1990, p.5).

> Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país – feita de forma integrada entre a União, estados e municípios – é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com este princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade. A partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Neste sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida: na União, pelo ministro da saúde; nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos municípios, pelos secretários municipais de saúde. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelece um novo arranjo para a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientelas definidas. No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição de regiões de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d).

O modelo de gestão implantado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco para o SUS divide os 185 municípios pernambucanos, incluindo o arquipélago de Fernando de Noronha, em 12 gerências, respeitando as peculiaridades regionais, no intuito de atuar de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias, além de facilitar ações e campanhas (PERNAMBUCO, 2014).

A fim de monitorar todos os procedimentos relacionados às famílias e crianças com a SCZV, a SES instituiu, em maio de 2016, o Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia (NAFCM) que coordena e acompanha, de modo regionalizado, as crianças notificadas com a síndrome, além de prestar apoio às famílias e desenvolver estratégias para garantir seus direitos (PERNAMBUCO, 2016).

Buscando contribuir para a sistematização do cuidado integral às crianças notificadas com microcefalia e as respectivas famílias, o NAFCM, composto por um apoiador regional, atua em parceria com os municípios na busca ativa das crianças nascidas vivas com suspeitas ou confirmação de microcefalia, resgatando seus vínculos com as referências de saúde e seguridade social, a partir do diagnóstico, acesso aos serviços de exames, consultas, tratamentos de reabilitação e monitoramento dos casos notificados em investigação, confirmados e descartados (PERNAMBUCO, 2016).

Para os recém-nascidos que ainda não tiveram diagnóstico concluído, o NAFCM trabalha para agilizar a investigação, realizando mutirões de atendimento para essas crianças ou orientando os familiares sobre o fluxo necessário, além de encontrar soluções para as problemáticas existentes, identificar possíveis dificuldades e promover o aperfeiçoamento do próprio atendimento da rede estadual de saúde (PERNAMBUCO, 2016).

4.4 APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL: IMPACTOS NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E QUALIDADE DE VIDA

Ações de capacitação para a atuação diante da SCZV configuram-se como uma forma de qualificar o serviço de reabilitação para a melhoria do manejo do profissional e do uso de técnicas adequadas para o estímulo das crianças acometidas.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde, como prática de ensino-aprendizagem, é um processo educativo, focado no trabalho, baseado na aprendizagem que propõe transformação das práticas dos profissionais em ação na rede de serviços de saúde, através do desenvolvimento de competências e formação destes trabalhadores do SUS.

É um conceito relevante que busca refletir a relação direta entre a educação e o trabalho em saúde. A proposta é de que as capacitações dos profissionais de saúde sejam pensadas e elaboradas com base no levantamento de necessidades e na problematização do processo de trabalho existente, tendo como objetivo, produzir transformação na prática profissional e na organização do

trabalho, utilizando práticas pedagógicas centradas na problemática existente com foco na resolutividade e nos princípios do SUS.

Nesta perspectiva, desde a identificação do surto em 2015, capacitações são ofertadas pela SES de Pernambuco, em parceria com a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), para proporcionar a troca de experiência entre os diversos profissionais da RAS. A ideia se baseou na tentativa de dar início a um processo de padronização do atendimento às crianças com microcefalia em todo o Estado, segundo (AACD, 2016).

Para além do cuidado biológico, faz-se necessário voltar o olhar para impacto social e emocional, a repercussão sobre a qualidade de vida, a carga financeira das famílias e o preparo das equipes de saúde para lidar com o desafio de avaliar e instituir métodos de intervenção ao longo do tempo.

Do ponto de vista de Pereira, Teixeira e Santos (2012), há certa falta de consenso no conceito de qualidade de vida e muito se deve a sua complexidade e amplo uso em diversas áreas de estudo. Definições na literatura apresentam-na, tanto de forma global, evidenciando a satisfação com a vida, como dividida em componentes, que em conjunto, indicariam uma aproximação do conceito geral.

> A forma como a qualidade de vida é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação. Dependendo da área de interesse o conceito, muitas vezes, é adotado como sinônimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, dentre outros e seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida (MICHALOS; ZUMBO; HUBLEY, 2000; SCHMIDT et al., 2005 apud PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241).

Baseando-se no conceito de qualidade de vida como indicador de bem-estar físico e mental, além dos relacionamentos sociais e saúde, é importante ressaltar que muitas dessas famílias não têm condições financeiras, tão pouco estrutura social ou familiar para fazer frente ao desafio de cuidar de uma criança portadora da SCZV. Além da rejeição e do preconceito, essas mães normalmente já foram abandonadas pelo pai da criança, algumas são usuárias de drogas, não têm família e já possuem muitos filhos (SANCHES, 2016).

> Quando um bebê com comprometimentos graves nasce, ocorre um impacto significativo na vida dos pais, que esperavam uma criança diferente daquela que nasceu. Por consequência, as figuras parentais e outros familiares

> próximos acabam por enfrentar angústias e uma gama de sentimentos ambíguos. Há preocupações em relação à sobrevivência e ao futuro da criança, há desconhecimento sobre como cuidar; coisas que podem acarretar sentimentos de culpa, de impotência e dependência de terceiros. Tal contexto, tem potencial para gerar angústia, ansiedade e estresse aos cuidadores principais, nem sempre centradas nas representações materna e paterna originais, aquelas sobre o filho imaginado e desejado (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELA, 2010 apud BRASIL, 2016, p. 113).

Diante de todo cenário vivenciado pelas famílias, da sobrecarga em uma rotina exaustiva de idas para o tratamento dos filhos, atravessando deslocamentos, muitas vezes diários, fora do município de residência, é possível refletir que todo o processo de cuidado intensivo atrelado a esses deslocamentos impactam no funcionamento familiar e na qualidade de vida das mães e demais responsáveis pela condução da criança aos serviços especializados. Por isso a importância de cuidar de quem cuida da proteção e promoção de saúde mental nos pais dessas crianças. Como confirma Brunoni (2016):

> O suporte socioemocional auxilia no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para as dificuldades de manejo da vida diária em pais de crianças com déficit intelectual. Desse modo, além do acompanhamento da criança, faz-se necessária a atenção aos grupos de pais para verificar indicadores de problemas emocionais e de qualidade de vida, estruturando-se uma rede de suporte social para promover saúde mental nessas famílias.

No intuito de amenizar o desgaste físico e emocional das famílias, o fortalecimento dos serviços de reabilitação já existentes na II GERES, a partir da qualificação dos profissionais e ampliação de técnicas adequadas, pretende-se ofertar os serviços de assistência especializada às crianças acometidas pela SCZV, nos municípios em que residem, visando a melhor qualidade na condução do processo do cuidado.

5 METODOLOGIA

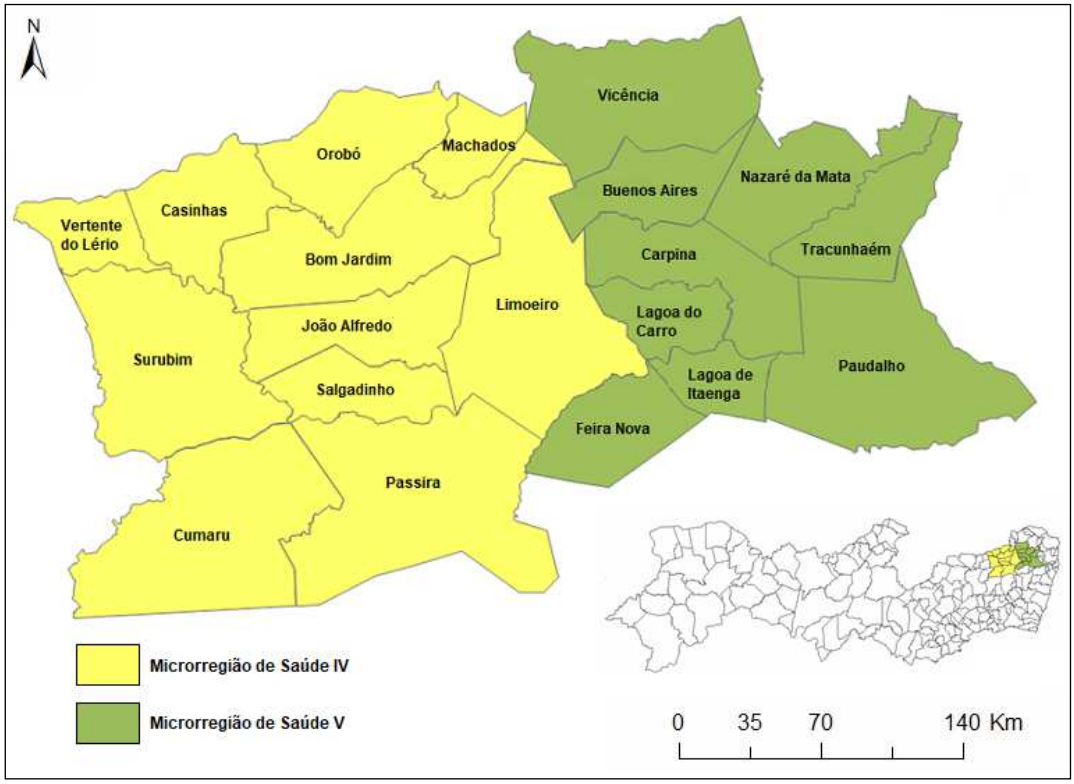
5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção que tem como base a busca por mudança ou transformação de determinada realidade. Será realizado por meio de ações que envolvem a presença efetiva das pessoas ou grupos implicados com o problema proposto e que, após análise da realidade, realizam ações compartilhadas para promover mudança do contexto vivido (CARVALHO; RABECHINI, 2008).

5.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO

O projeto será implementado na II GERES tendo como público alvo, os profissionais de reabilitação que atuam nos 20 (vinte) municípios da região, distribuídos conforme apresentado na Figura 2, abaixo.

Figura 2 – Mapa da II Regional de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Adaptado do Plano Diretor de Regionalização (PDR), 2011.

De acordo com estimativas do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) divulgadas em 2016, esta região de saúde possui uma população de 594.597 habitantes e uma extensão territorial de 3.226,25 km², compondo uma densidade demográfica de 184,29 Hab/Km², com um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R$ 8.495,46 (IBGE, 2013). A Tabela 1 a seguir, apresenta algumas características imprescindíveis para compreensão de cada município da II GERES:

Tabela 1 – Distribuição da população da II Regional com densidade demográfica, IDH e quantidade de unidade de saúde da família implantada por município.

Município	População	Densidade Demográfica (Hab/Km²)	IDH	Nº de eSF*
Bom Jardim	38.976	169,49	0,602	11
Buenos Aires	13.050	134,54	0,593	6
Carpina	81.884	516,51	0,680	18
Casinhas	14.247	118,81	0,567	6
Cumaru	12.332	58,80	0,572	5
Feira Nova	21.836	190,96	0,600	7
João Alfredo	33.217	227,52	0,576	11
Lagoa de Itaenga	21.308	360,65	0,609	9
Lagoa do Carro	17.654	229,77	0,602	6
Limoeiro	56.203	202,53	0,663	18
Machados	15.571	226,46	0,578	5
Nazaré da Mata	32.174	204,95	0,662	10
Orobó	23.717	164,99	0,610	10
Passira	28.935	87,61	0,592	11
Paudalho	55.493	185,06	0,639	17
Salgadinho	10.588	106,77	0,534	3
Surubim	63.780	231,42	0,635	20
Tracunhaém	13.643	110,27	0,605	5
Vertente do Lério	7.693	106,93	0,563	4
Vicência	32.296	134,78	0,605	9
TOTAL	**594.597**	**184,29**	**0,604****	**191**

* ESF – Equipe de saúde da Família.
** O valor total da II GERES referente ao IDH corresponde à média dos 20 municípios.

Fonte: IBGE, 2016 - Estimativas de população / IBGE, 2010 - Densidade demográfica / Atlas Brasil, 2013 - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento / MS/SAS/DAB, 2017.

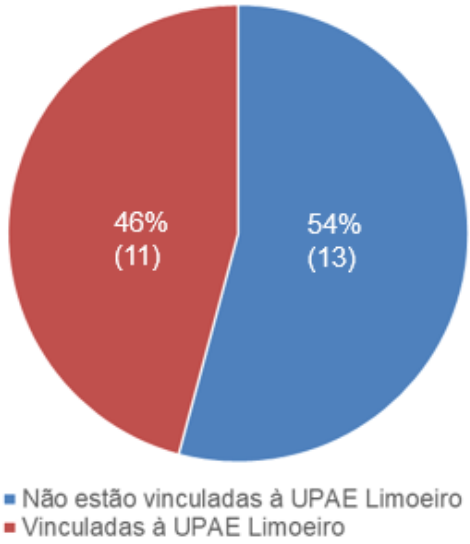
Considera-se imprescindível a participação dos municípios que já atuam com crianças acometidas pelas SCZV, como multiplicadores, base e auxílio no processo de capacitação, uma vez que, já executam esse serviço. Os Gráficos 1 e 2 abaixo, mostram o atual cenário de deslocamentos intermunicipais na busca pelos serviços de reabilitação, considerando que a implantação da UPAE Limoeiro para

este público alvo trouxe inúmeros benefícios, devido à proximidade, qualidade e oferta de serviços multiprofissionais; no entanto, há de ser um complemento para a reabilitação necessária de ser ofertada pelos municípios.

Gráfico 1 - Cenário atual na II GERES de deslocamentos intermunicipais na busca por serviços de reabilitação.

Fonte: Elaboração da autora, considerando os dados atualizados em outubro de 2017.

Gráfico 2 - Cenário atual na II GERES de deslocamentos intermunicipais na busca por serviços de reabilitação na UPAE Limoeiro.



Fonte: Elaboração da autora, considerando os dados atualizados em outubro de 2017.

Diante do exposto, pretende-se contribuir para a qualidade de vida das crianças acometidas pela SCZV e seus familiares, através do aperfeiçoamento dos

profissionais das policlínicas e centros de reabilitação municipais na II GERES, e com isso, possibilitar o acesso aos serviços de reabilitação próximos as suas residências, a fim de amenizar o desgaste físico e emocional, além dos custos inerentes aos deslocamentos.

5.3 PROCESSO / ATIVIDADE / PROGRAMA OBJETO DA INTERVENÇÃO

A proposta é de que as capacitações dos profissionais de saúde sejam pensadas e elaboradas com base nas necessidades e na problematização existente, a partir do levantamento anterior realizado com os municípios, considerando o medo e insegurança, por parte dos profissionais de reabilitação, em atuar com a SCZV, tendo como objetivo, produzir transformação na prática profissional, utilizando práticas pedagógicas com foco na resolutividade e nos princípios do SUS.

A capacitação abordará o fluxo do cuidado, englobando os atores envolvidos no processo de assistência e buscando promover um canal de diálogos entre os serviços especializados e as unidades de saúde da família. É importante que o cuidado seja contínuo, havendo um ciclo de cuidado do serviço especializado à Atenção Básica e vice-versa, a partir de diálogos e informações compartilhadas acerca da saúde da criança.

A puericultura, por exemplo, é um acompanhamento fundamental para as crianças com a SCZV, devendo o profissional de saúde fazer uso da caderneta de saúde da criança, instrumento valioso a ser fortalecido nas discussões com as unidades de saúde da família e também junto às famílias, por conterem informações de suma importância e que visa acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, desde o seu nascimento.

5.4 PERÍODO

A estratégia de Educação Permanente, no âmbito das capacitações voltadas à SCZV, vem sendo incorporada no processo de trabalho da respectiva regional de saúde, sendo sua implementação prevista para o planejamento estratégico em dez/2017, mês em que será iniciada a execução. O período da

intervenção prevê continuidade em caráter permanente, considerando que existem atualizações de técnicas necessárias para condução e atuação dos profissionais envolvidos.

5.5 CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção será, inicialmente, apresentada proposta a gestora da II GERES, visando adesão e apoio na liberação da pesquisadora para organização de rodas de conversa, oficinas, seminários e capacitação prática dos profissionais de reabilitação, conforme objetivos específicos deste trabalho. A oficina, o seminário e a capacitação técnica, a priori, ocorrerão de forma única, tornando-se periódica conforme descobertas e avanços científicos na área, afinal trata-se de uma patologia nova e ainda em fase de estudos, apesar de todo conhecimento já publicados e protocolados.

Os instrutores convidados para capacitação serão os profissionais já capacitados pela AACD que atuam na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) de Limoeiro, bem como, os profissionais municipais que já atuam com esse público, os quais, além de multiplicarem o conhecimento e técnicas, buscarão o diálogo em conjunto, em prol da continuidade do cuidado das crianças na rede municipal.

O seminário será destinado a fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos que trabalham com reabilitação, estimulação precoce e que atuam nos serviços de Atenção Especializada dos municípios da II GERES. Os profissionais serão capacitados quanto ao acompanhamento e o monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como para o manejo técnico da reabilitação e orientação às famílias de crianças comprometidas pela SCZV. Será visto, em conjunto com os profissionais, os perfis e níveis de gravidade das crianças acometidas na II GERES, buscando refletir o modo de avaliar a evolução destas no tratamento.

O encontro será realizado no auditório da II GERES, onde acontecerão oficinas destinadas a cada área de atuação. Serão abordados assuntos técnicos pertinentes à reabilitação destas crianças. Os instrutores devem promover o

conhecimento das terapias e exercícios para atenuar o comprometimento neuropsicomotor e aumentar a qualidade de vida das crianças.

Após a capacitação, a divulgação e disseminação da disponibilidade dos serviços de reabilitação em toda a rede de assistência serão feitas por meio dos colegiados. As metas e suas respectivas ações para alcançá-las, atreladas a cada objetivo específico deste trabalho, estão descritas no quadro adiante:

Quadro 1 – Descrição de metas e ações relativas aos objetivos específicos.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Metas	Ações
Promover transformação nas práticas dos profissionais em ação na rede especializadas de serviços de saúde da II GERES, no âmbito da SCZV, através do desenvolvimento de competências e formação destes trabalhadores do SUS.	Fazer articulação dentro do território com atores sociais, recursos materiais e humanos.	Realizar parcerias com conselhos profissionais na região para obter apoio técnico, bem como, atuar em conjunto com os municípios no levantamento das necessidades de capacitação para a oferta do serviço de reabilitação no âmbito da SCZV.	Organizar a necessidade da capacitação da rede através dos colegiados e Comissões Intergestores Regionais (CIR)
	Realizar capacitação dos profissionais das policlínicas e centros de reabilitação municipais da II GERES, considerando as especialidades para estimulação às crianças com a SCZV, no intuito de contribuir para a descentralização dos serviços de reabilitação.	Capacitar, através de 01 (um) seminário técnico no mês de dezembro/2017, 2 (duas) turmas de 50 profissionais, totalizando 100 participantes que atuam nos serviços públicos de reabilitação municipais presentes na II GERES, considerando as especialidades para estimulação às crianças com SCZV.	Articular a logística da capacitação, local, palestrantes, recursos materiais e divulgação para execução da qualificação.
	Possibilitar ações integradas e intersetoriais voltadas para o acompanhamento do desenvolvimento infantil preconizadas pelo protocolo de Atenção Básica, para as crianças com a SCZV nas redes de atenção à saúde da II GERES.	Disseminar para 100% da rede de assistência a disponibilidade dos serviços.	Divulgar as informações da rede de assistência às crianças com a SCZV através de mídias, colegiados, CIR e visitas às unidades de saúde da família que possuem casos de SCZV vinculados.

Fonte: Elaboração da autora.

5.6 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Ao analisar a problemática da SCZV na II GERES, através do monitoramento do NAFCM, é possível observar a existência, até o momento, de 24 casos confirmados, distribuídos em 13 dos 20 municípios desta região, de acordo com os dados do boletim informativo da 36ª Semana Epidemiológica (SE) de 2017, apresentado na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2 – Distribuição dos casos vivos notificados, confirmados, em investigação e descartados da SCZV na II Região de Saúde de PE.

Município	Notificados	Confirmados	Descartados	Em investigação
Bom Jardim	3	3	0	0
Buenos Aires	1	1	0	0
Carpina	13	4	9	0
Casinhas	2	0	2	0
Cumaru	2	1	1	0
Feira Nova	9	1	7	1
João Alfredo	7	1	6	0
Lagoa de Itaenga	8	1	6	1
Lagoa do Carro	3	0	3	0
Limoeiro	11	4	7	0
Machados	1	0	1	0
Nazaré da Mata	7	1	6	0
Orobó	1	0	1	0
Passira	5	0	4	1
Paudalho	10	2	8	0
Salgadinho	0	0	0	0
Surubim	10	3	7	0
Tracunhaém	1	0	1	0
Vertente do Lério	2	1	1	0
Vicência	3	1	2	0
TOTAL	**99**	**24**	**72**	**3**

Fonte: Informe Epidemiológico RN com Microcefalia/SCZV até 09/09/2017 (SE 36).

Através do levantamento minucioso feito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), também foi possível quantificar os profissionais de reabilitação disponíveis, de acordo com suas especialidades, incluindo profissionais do NASF, conforme Tabela 3, adiante:

Tabela 3 – Quantidade de profissionais nos serviços de saúde municipais da II GERES, incluindo os profissionais dos NASF.

Município	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo	TO	Psicólogo	Nutricionista
Bom Jardim	5	1	0	3	1
Buenos Aires	3	0	0	1	1
Carpina	6	0	1	1	1
Casinhas	4	1	1	2	1
Cumaru	1	1	0	2	1
Feira Nova	5	2	0	1	1
João Alfredo	7	4	2	3	1
Lagoa de Itaenga	3	1	0	5	1
Lagoa do Carro	4	2	0	3	3
Limoeiro	15	6	3	10	9
Machados	4	0	0	2	1
Nazaré da Mata	9	3	0	3	4
Orobó	10	2	0	3	2

Município	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo	TO	Psicólogo	Nutricionista
Passira	6	2	0	3	2
Paudalho	8	3	0	6	4
Salgadinho	1	0	0	1	1
Surubim	12	3	1	11	6
Tracunhaém	2	0	0	1	1
Vertente do Lério	4	1	0	2	2
Vicência	7	2	0	4	2
TOTAL	**116**	**34**	**8**	**67**	**45**

Fonte: CNES, 2017.

Utilizando a estratégia da Educação Permanente em Saúde e suas práticas pedagógicas para contribuir no acesso aos serviços de reabilitação com qualidade técnica dos profissionais e qualidade de vida dos envolvidos no cuidar. Pretende-se intervir em uma amostra de 100 profissionais (37%), distribuídos em 2 turmas de 50 participantes. É importante pontuar que o presente projeto, piloto na II GERES, busca atingir inicialmente este quantitativo. Após monitoramento e avaliação, pode-se abranger para os demais profissionais do universo amostral.

5.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

O monitoramento será realizado trimestralmente, a partir de oficinas compostas pelos profissionais capacitados das Policlínicas e Centros de Reabilitação municipais presentes na II GERES, na busca de promover diálogos, discussão de casos, revisões e atualizações de técnicas de atuação destes com as crianças portadoras da SCZV. A partir das discussões e trocas de práticas cotidianas será possível monitorar e avaliar a capacitação realizada (intervenção inicial) para, em seguida, estabelecer possíveis ações de melhorias.

Outrossim, será possível realizar o monitoramento e avaliação através da puericultura e acompanhamento mensal da Atenção Básica, no que se refere ao desenvolvimento das crianças a partir da frequência nos serviços vinculados e da qualificação dos profissionais. Em paralelo ao processo de trabalho, será avaliada a eficácia da capacitação, realizando levantamentos quanto ao número de oferta aos serviços especializados.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Este projeto de intervenção tem o intuito de favorecer maior articulação entre a rede de saúde regional, buscando resolutividade nas ações compartilhadas entre a Atenção Primária e Atenção Especializada, sob a lógica da rede de cuidado integral.

Pretende-se, com a realização deste projeto, contribuir com a descentralização dos serviços de reabilitação para crianças portadoras da SCZV, através do aperfeiçoamento técnico dos profissionais da rede de saúde da II GERES, garantindo a qualificação dos serviços de reabilitação através da melhoria da atuação do profissional e do uso de técnicas adequadas para o estímulo das crianças. Espera-se que as famílias que possuem crianças portadoras da SCZV sejam beneficiadas, uma vez que, busca-se minimizar o desgaste físico e emocional destas famílias envolvidas, favorecendo melhores práticas de reabilitação e contribuindo diretamente na melhoria da qualidade de vida das famílias, bem como, no rendimento e desempenho das crianças no momento da reabilitação.

7 VIABILIDADE

Observa-se viabilidade política para implementação do presente projeto de intervenção, pois retrata ações vistas como necessárias diante da percepção do acompanhamento referente ao segmento dessas crianças. Trata-se de um tema recorrente na regional, sendo enfatizada a necessidade de atenção e aprimoramento dos profissionais devido à busca de mudanças nos processos de trabalho das equipes e de priorização no modelo de saúde centrado no sujeito e nas suas necessidades. O projeto será apresentado à gerente regional da II GERES para avaliação da viabilidade financeira e disponibilidade de recursos da própria Rede de Saúde quanto à viabilidade operacional.

8 CRONOGRAMA

Quadro 2 – Cronograma de execução do Projeto de Intervenção.

Atividades	2017												2018			
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Construção do Pré-projeto																
Entrega do Pré-projeto																
Levantamento Bibliográfico																
Revisão de Literatura																
Entrega do Projeto de Intervenção																
Compartilhamento do PI à gerente da II GERES																
Defesa do PI																
Compartilhamento do PI no Planejamento Estratégico																
Ação 1																
Ação 2																
Ação 3																
Acompanhamento dos Resultados																

Fonte: Elaboração da Autora.

9 ORÇAMENTO

Quadro 3 – Orçamento estimado de execução do Projeto de Intervenção.

Item	Descrição	Valor (R$)
01	Deslocamento dos profissionais palestrantes.	200,00
02	Materiais (blocos de anotação, canetas, impressos diversos).	100,00
03	Fornecimento de chá, café e biscoito para os participantes.	50,00
Total		**350,00**

Fonte: Elaboração da Autora.

10 FINANCIAMENTO

Todos os custos referentes à elaboração deste projeto de intervenção serão articulados junto à II GERES para possível implementação.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE. **Casos de Microcefalia na AACD**. São Paulo. 2016. Disponível em: <https://aacd.org.br/casos-de-microcefalia-na-aacd/>. Acesso em: 09 fev. 2017.

BOTELHO, Ana Carla Gomes. et al. Infecção congênita presumível por Zika vírus: achados do desenvolvimento neuropsicomotor - relato de casos. 2016. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**.v.16, s.1, Recife, nov.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000800004&lng=pt&nrm=is&tlng=pt>. Acesso em: 13 mai. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional De Assistência À Saúde. **ABC do SUS:** Doutrinas e Princípios. Brasília-DF. 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília-DF. 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____, Ministério da Saúde. **Microcefalia:** Ministério da Saúde confirma 1.749 casos em todo o país. Brasília-DF. 2016a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/job/webradio/24878-microcefalia-ministerio-da-saude%20confirma-1-749-casos-em-todo-o-pais>. Acesso em: 07 nov. 2017.

_____, Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Brasília-DF. 2012. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce de crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília-DF. 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de Saúde Pública de importância nacional.** Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou Alterações do sistema nervoso central (snc)**. Brasília-DF. 2016d. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 12/2017.** Brasília, v.48, n.12, ano 2017, p.3, jan. 2017. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/2017_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etiologias-infecciosas_SE12.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRUNONI, Decio et al. **Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. Rio de Janeiro, vol.21, n.10, ano 2016, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003297&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CARVALHO, M. M.; RABECHINI, R. Jr. **Construindo Competências para Gerenciar Projetos:** teoria e casos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CENTRO DIAGNOSTICO MULTIMAGEM. et al. *Congenital Zika syndrome with arthrogryposis: retrospective case series study*. British Medical Journal. 2016; 353:i1901. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1901>. Acesso em: 13 mai. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução n.80, de 9 de maio de 1987. **Diário Oficial da União** n.093 - de 21/05/87, Seção I, p.7609. Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-80--de-09-de-maio-de-1987--70.html>. Acesso em: 16 fev. 2017.

CURSO atualiza trabalho de reabilitação de bebês com microcefalia em PE. Rede Globo, Recife, 10 jun. 2016, NETV 2ª Edição. Disponível em: <http://g1.globo.com/pernambuco/noticia/2016/06/curso-atualiza-trabalho-de-reabilitacao-de-bebes-com-microcefalia-em-pe.html>. Acesso em: 9 abr. 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4>. Acesso em: 30 ago. 2017.

FARIA, Leonardo. **Microcefalia: 18 causas além do Zika vírus**. 2016. Disponível em: <http://meucerebro.com/microcefalia-zika-virus-outras-causas/>. Acesso em: 16 fev. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Descentralização.** Rio de Janeiro. s.d. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em: 09 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Densidade Demográfica.** 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4>. Acesso em: 30 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de População.** 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4>. Acesso em: 30 ago. 2017.

LEAL, Mariana C et al. *Hearing Loss in Infants with Microcephaly and Evidence of Congenital Zika Virus Infection — Brazil, November 2015–May 2016*. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2016; 65: 917–919. DOI: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6534e3>. Acesso em: 15 fev. 2017.

LINDEN, Vanessa Van Der et al. Congenital Zika syndrome with arthrogryposis: retrospective case series study. **British Medical Journal**. 2016; 354:i3899. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i3899>. Acesso em: 13 mai. 2017.

MARCON, Aline. **Pessoa com deficiência portadora de microcefalia causada pela contaminação pelo zika vírus**. São Paulo. 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51644/pessoa-com-deficiencia-portadora-de-microcefalia-causada-pela-contaminacao-pelo-zika-virus>. Acesso em: 16 fev. 2017.

MARCONDES, Eduardo et al. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E, coordenador. **Pediatria básica**. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 35-62.

MARINHO, Fátima et al. **Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015**. São Paulo. 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/fdx3q/pdf/araya-9788579831157-05.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.

MATKOVSKI, Dayana. **STORCH – Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes (Parte 2)**. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <http://www.medportal.com.br/blog/obstetricia/storch-sifilis-toxoplasmose-rubeola-citomegalovirus-e-herpes-parte-2/>. Acesso em: 16 fev. 2017.

MLAKAR, Jernej et al. *Zika Virus Associated with Microcephaly*. ***New England Journal of Medicine***. 2016; 374:951-958. Disponível

em:<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600651#t=abstract>. Acesso em: 08 nov. 2016.

MUSSEN, Paul Henry et al. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3a ed. Traduzido por Rosa MLGL. São Paulo: Herbra; 1995.

NUNES, João. A Epidemia de Zika e os Limites da Saúde Global**. Lua Nova**, São Paulo, n.98: p.21-46, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00021.pdf>. Acesso em: 07 abril. 2017.

OLIVEIRA, Cecília Maria Carvalho Soares; OLIVEIRA, Maria Aparecida de. **Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas:** Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI). São Paulo: UNIFESP, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C., 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2016. ***Zika Epidemiological Update***, 21 Abr, Washington, D.C., PAHO/WHO. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599:regional-zika-epidemiological-upd__ate-americas&Itemid=41691>. Acesso em 20 abr. 2017.

PEREIRA, Érico Felden; TEXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de Vida: abordagens, conceitos e avaliação. 2012. **Revista brasileira de. Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. **Crianças com microcefalia da Mata Sul ganham festa de Natal** Recife. 2016. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/criancas-com-microcefalia-da-mata-sul-ganham>. Acesso em: 16 fev. 2017.

_____, Secretaria Estadual de Saúde. **II GERES.** Recife. 2014. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/ii-geres>. Acesso em: 09 fev. 2017.

_____, Secretaria Estadual de Saúde. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ). Recife. **Informe técnico** n.6, 2017. Disponível em: <https://media.wix.com/ugd/3293a8_7ef21bddf25248a1b04c04ce1528a9af.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. **UPAEs,** Recife. 2015. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upaes>. Acesso em: 15 fev. 2017.

SANCHES, Mariana. **Famílias abandonam crianças com microcefalia e paralisia cerebral**. 2016. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/familias-abandonam-criancas-com-microcefalia-paralisia-cerebral-18447204>. Acesso em: 15 fev. 2017.

VENÂNCIO, Rivaldo. **O Brasil vive uma epidemia de microcefalia?** Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/Brasil-vive-epidemia-de-microcefalia>. Acesso em: 16 fev. 2017.

VENTURA, CV et al. *Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra- uterus Zika virus infection*. **Arq. Bras. Oftalmol**., v.79, n.1, p.1-3, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26840156>. Acesso em: 16 fev. 2017.

ANEXO I

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde
II Gerência Regional de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NA II REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**, realizado por **MAYRA SOLANGE DA COSTA E SILVA**, sob a orientação do **PROF.ª ME. ELAINE CRISTINA TÔRRES OLIVEIRA**, a ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). E afirmo que esta instituição tem condições e apoia construção do referido trabalho.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que os envolvidos/as se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para a construção do Projeto de Intervenção.

Limoeiro, 05/01/2017.

Atenciosamente,

Fabianni Meneses Costa
Gerente da II Regional de Saúde

II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
Rua Padre Nicolau Pimentel, S/N, José Fernandes Salsa, Limoeiro – PE
Fone: (81) 3628.8843 E-mail: 2regionaldesaude@gmail.com
IIGeresLimoeiro
IIgeres_Limoeiro