

ANO I | Nº 01 | Novembro 2009

Revista Catarinense de Saúde da Família



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
www.saude.sc.gov.br



Estratégia da Saúde da Família alcança 100% dos municípios catarinenses

*Experiências inovadoras de
equipes da Saúde da Família*



Luiz Henrique da Silveira

Governador do Estado

Leonel Pavan

Vice-governador

Luiz Eduardo Cherem

Secretário de Estado da Saúde

Carmen Emília Bonfá Zanotto

Diretora-geral da Secretaria de Estado da Saúde

Maria Teresa Locks

Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação

Rosina Moritz dos Santos

Superintendente de Planejamento e Gestão

Maria Arlene Pagani

Gerente de Coordenação da Atenção Básica



Revista Catarinense de Saúde da Família

Conselho editorial

Carmen Emília Bonfá Zanotto

Diretora-geral da Secretaria de Estado da Saúde

Rosina Moritz dos Santos

Superintendente de Planejamento e Gestão (SES/SC)

Pio Pereira dos Santos

Mestre em Saúde Pública (SES/SC) - Coordenador

João Carlos Caetano

Doutor em Saúde Pública (SES/SC)

Gilson Carvalho

Doutor em Saúde Pública (SP)

Maria Cristina Calvo

Doutora em Saúde Pública (UFSC)

Lisete Contin

Especialista em Saúde Pública (SES/SC)

Secretária Executiva

Edição e editoração: Santa Comunicação

Impressão: Gráfica IOESC • Tiragem: 5 mil exemplares

Distribuição: dirigida e gratuita

Na Internet: www.saude.sc.gov.br, www.twitter.com.br/saudepublicasc

E-mails: revistasfsc@saude.sc.gov.br, saudedafamilia@saude.sc.gov.br

Fones: (48) 3212.1695, 3212.1697, 3212.1690, 3212.1691

Editorial

Movida pelos mais nobres princípios, como a integralidade, qualidade, equidade e participação social, a Atenção Básica, por intermédio da Estratégia Saúde da Família, vem avançando de forma contínua e significativa nos últimos anos. Em Santa Catarina não é diferente. As equipes de Saúde da Família, que aproximam os cidadãos do atendimento básico em Saúde e ajudam na prevenção de doenças, têm influência direta sobre a qualidade de vida da população e sobre dados expressivos, como a mortalidade infantil.

Se Santa Catarina tem mantido, nos últimos anos, um dos menores índices de mortalidade infantil do País, com percentual próximo aos 11%, isso é mérito inegável das equipes de Saúde da Família, que assumem na prática os cuidados com a Saúde em um território previamente delimitado. Através do convívio estreito com estas comunidades, os agentes (ACSs) também têm a importante missão de desviar o foco da doença, e disseminar conceitos de prevenção e cuidados a serem adotados na rotina de todo cidadão.

Essa dinâmica, executada por equipes multiprofissionais, vem ultrapassando os limites classicamente definidos para a Atenção Básica, ampliando as fronteiras do atendimento, permitindo diagnósticos mais precoces, proporcionando encaminhamentos com maior resolutividade e, o melhor, aproximando o Sistema Único de Saúde do conceito que o sustenta, a universalidade.

Por isso, quero reconhecer aqui a importância de uma publicação como esta, que divulga ações bem sucedidas no âmbito da Atenção Básica, compartilha experiências e estimula os ACSs a vislumbrarem resultados cada vez mais consistentes. Que este suplemento, vocacionado ao intercâmbio contínuo, consiga cumprir sua missão e se consagrar como aliado dos incansáveis profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.



Luiz Eduardo Cherem
Secretário de Estado da Saúde

Sumário

Apresentação	5
Estratégia da Saúde da Família está presente em todos os municípios do Estado	6
Santa Catarina e a Atenção Básica	8
<i>Relatos de Experiências</i>	
Promoção da Saúde na Atenção Primária: compromisso e vínculo com a comunidade (Florianópolis)....	12
Projeto Exercitando a Saúde: a atividade física como fonte de saúde e de qualidade de vida (Luzerna)	22
Campanha de Prevenção e Combate ao Câncer de Mama e de Colo Uterino (Palmeira).....	26
Mobilização para a Saúde: Alimentação Saudável na Qualidade de Vida (Piratuba).....	30
Avaliação da Atenção Básica	37

Apresentação

A Revista Catarinense de Saúde da Família é uma publicação institucional da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Ela pretende ser uma publicação impressa, com meta de periodicidade quadrimestral, contendo relatos de experiências desenvolvidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios catarinenses, análises da situação da Estratégia no Estado e veículo de orientações técnicas da ESF, abrindo a perspectiva do debate num cenário de mudança do modelo assistencial.

A proposta da Revista foi lançada por ocasião da realização do III Encontro Estadual da Saúde da Família, realizado no final de 2008, em Florianópolis. Este primeiro número, lançado no IV Encontro Estadual da Saúde da Família, seguramente marcará a evolução da implantação da Estratégia em nosso Estado. Ele inicia singelo, como foi o início da Saúde da Família, mas será referencial.

Esta primeira edição apresenta trabalhos elaborados por equipes de diferentes municípios e também textos elaborados pela equipe da SES-SC: sobre a situação da implantação da Estratégia no Estado e sobre a Política do Estado em relação à

atenção básica. Os trabalhos foram selecionados entre os que já estavam na Gerência de Atenção Básica ou que foram enviados após a publicação de edital no portal da SES-SC na Internet. Os trabalhos que não foram selecionados para este primeiro número poderão ser publicados em números vindouros. Os trabalhos selecionados nos encontros macrorregionais de 2009 serão publicados na próxima edição, conforme acordado com a Gerência de Coordenação de Atenção Básica (GECAB).

Em nome do Conselho Editorial, expresso a confiança no sucesso dessa iniciativa, tão necessária para o êxito da Saúde da Família, assim como a palavra para a ação. A participação das equipes e dos secretários municipais é fundamental, e desde já fica o nosso agradecimento. Faz-se necessário tornar público o apoio dos professores que gentilmente se dispuseram a participar do Conselho Editorial. Mais uma tarefa nas suas agendas de militantes da saúde pública. Em nome da SES-SC, fica aqui o nosso agradecimento e eles. Votos de sucesso à GECAB nessa empreitada. À Lisete, a palavra de reconhecimento pela dedicação.

Pio Santos

Coordenador da Revista Catarinense de Saúde da Família



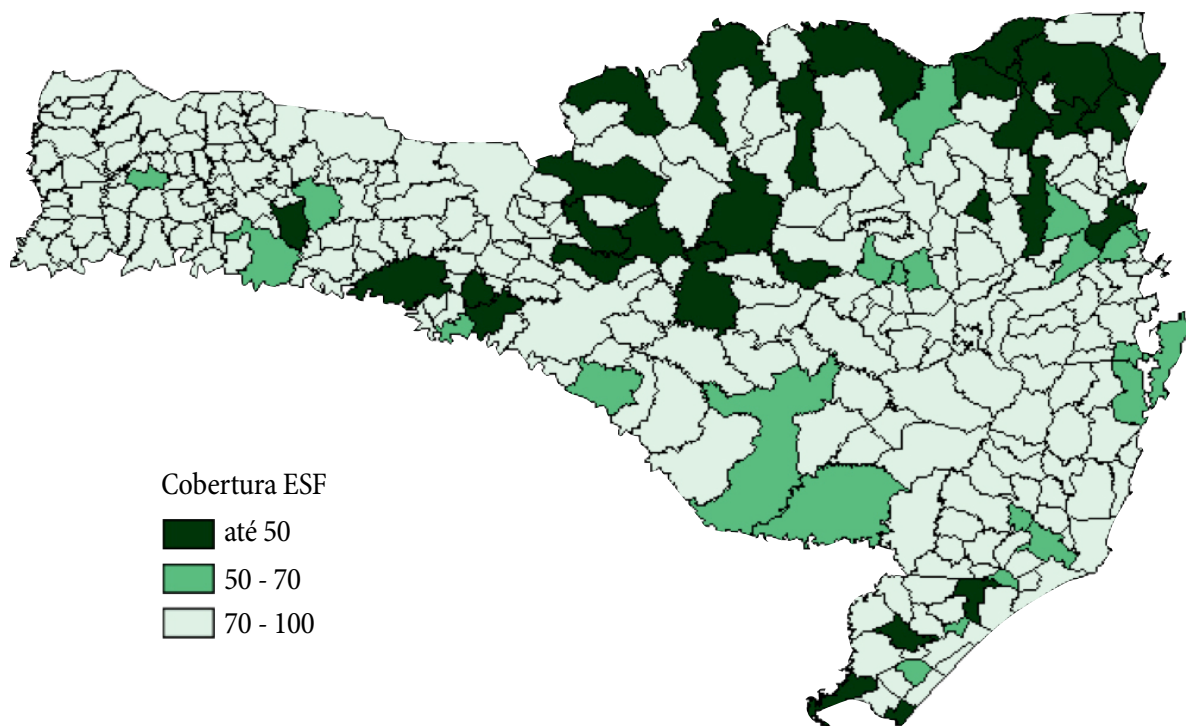
Estratégia Saúde da Família está presente em todos os municípios do Estado

Santa Catarina é o primeiro estado do país a contar com a Estratégia Saúde da Família (ESF) em todos os municípios. A conquista foi oficializada em outubro de 2009, a partir do credenciamento, junto ao Ministério da Saúde, de equipes em Mirim Doce, única cidade que ainda não oferecia o serviço. A Estratégia Saúde da Família conta com profissionais aptos a atuar na promoção da saúde, na prevenção, na recuperação e na reabilitação das doenças e agravos mais frequentes. Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas e técnicos em higiene dental, bem como Agentes Comunitários de Saúde, acompanham um determinado número de famílias, sempre na mesma comunidade.

Para serem credenciados pelo Ministério da Saúde, os municípios tiveram de apresentar um projeto especificando a área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente; descrever a estrutura mínima das unidades de saúde onde atuam as equipes de saúde bucal; definir as ações mínimas do trabalho das equipes; apresentar uma proposta de fluxo de usuários para garantia de referências aos serviços odontológicos de maior complexidade; definir o processo de avaliação do trabalho; e descrever a forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais.

Nos últimos anos, a Secretaria de Estado da Saúde e os municípios catarinenses vêm investindo de forma significativa na Atenção Básica. Em 1994, as primeiras cidades a contarem com as equipes foram Ascurra, Chapecó e Blumenau.

Distribuição dos Municípios nos extratos de cobertura da ESF Santa Catarina em 2008



Quatro anos depois, apenas 5,9% dos catarinenses tinham acesso às equipes de Saúde da Família. Atualmente, 1.329 equipes atendem 73% da população residente no Estado. Além disso, há 739 equipes de Saúde Bucal da Família e quase 10 mil agentes comunitários de saúde em Santa Catarina.

“Depois da conquista da implantação das ESFs em todos os municípios, nossa meta agora é possibilitar que um número maior de pessoas tenha acesso ao serviço, com o estímulo às prefeituras para a criação de mais equipes”, afirma a Secretária de Estado da Saúde em exercício, Carmen Zanotto.

Além da quantidade, é prioridade a qualidade dos serviços. Para ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, começaram a ser implantados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com eles, é possível incluir a participação de outros profissionais de saúde no acompanhamento das pessoas de determinada comunidade, como médicos especialistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assis-

tentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e educadores físicos. Santa Catarina já conta com a adesão de 93 municípios.

www.saude.sc.gov.br (Atenção Básica / Saúde da Família)

Fone: (48) 3212-1695 / 3212-1690 / 3212-1691

E-mail: psfdi@saude.sc.gov.br • siabsc@saude.sc.gov.br • saudedafamilia@saude.sc.gov.br

Equipe:

Maria Catarina da Rosa
Assistente da Gerência

Terezinha de A. V. Junckes
Chefe de Divisão Saúde da Família

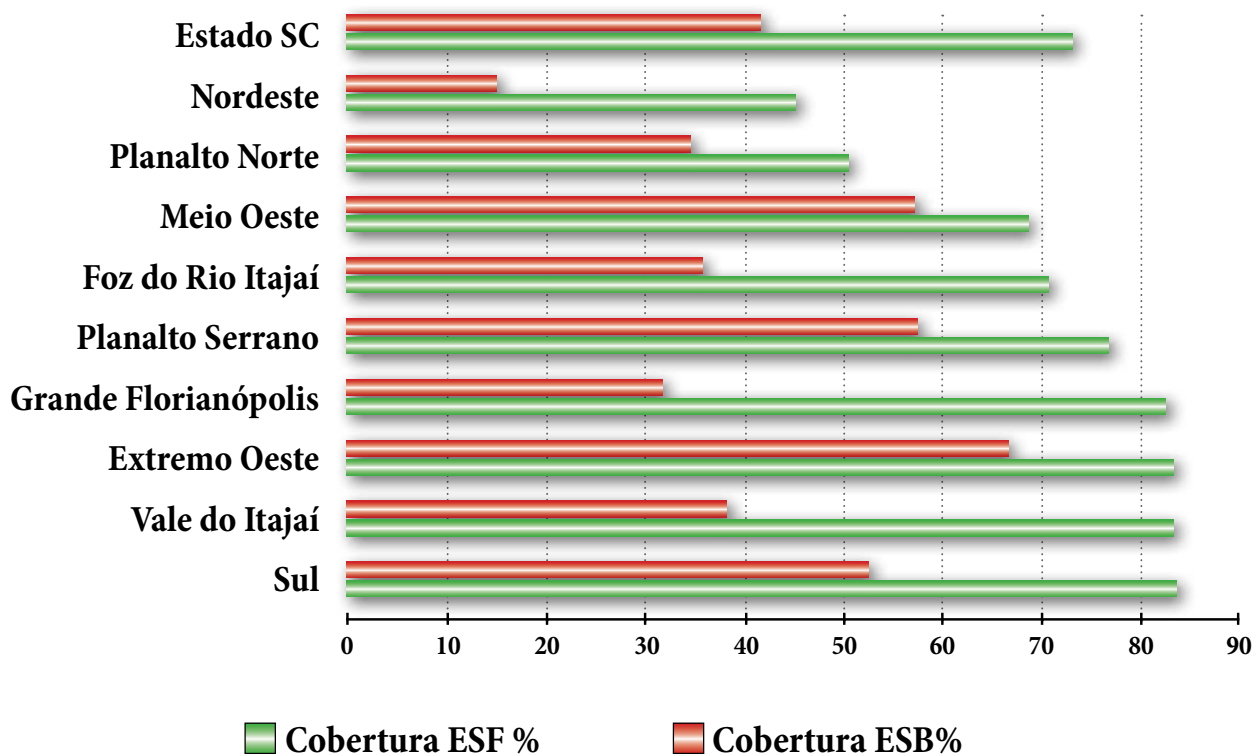
Mirvaine Panizzi
Chefe de Divisão de Avaliação AB

Cecília Izé May

Elaine C. S. Silveira

Maria Seloio Coelho

Cobertura populacional de Equipes de SF e SB segundo macrorregião • SC, julho 2009



Santa Catarina e a Atenção Básica

Desde sempre se fala em prioridade para a atenção básica. Desde o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) e, mais tarde, na Estratégia da Saúde da Família (ESF), fala-se em prioridade para ela. Desde sempre os dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) buscaram encaminhamentos concretos para apoiar a ESF. Desde sempre os municípios, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assumiram as maiores cotas das tarefas de organizar, administrar e financiar a atenção básica.

A atual direção da SES-SC vem definindo e implantando, desde 2003, atividades que conformam uma real Política de Estado, visando expandir, fortalecer e consolidar a atenção básica. Essa política concretiza-se nas deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 24 de abril de 2009. São as deliberações de números 20, 21, 22 e 23. Expõem-se a seguir os principais aspectos dessa Política.

Assume-se a Estratégia da Saúde da Família como “A” estratégia para expandir e consolidar a atenção básica/atenção primária no Estado. Ela é a única formulação estruturada, em nosso País, para a construção do novo modelo assistencial que atende às diretrizes conceituais e legais do SUS. A construção desse novo modelo assistencial somente terá consistência se apoiada numa extensa e sólida atenção básica/primária. A rede de atenção básica não é estanque; ela evolui no sentido de tornar-se mais resolutiva, seja nas intervenções de promoção da saúde, nas de prevenção de doenças e agravos e nas de cura e reabilitação, seja na posição de centro de todo sistema de saúde.

A Deliberação nº 20 nomeia as atividades que a SES-SC vem desenvolvendo e as transformam num encaminhamento permanente. Guardar que por se tratar de deliberações da CIB, estes encaminhamentos transformam-se em política do Estado e não mais em decisões isoladas da atual gestão da SES-SC.

Eis as atividades:

1. Incentivo financeiro estadual ao fortalecimento da

atenção básica, inclui as equipes de Saúde da Família (SF), Saúde Bucal (SB) e os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASFs - Santa Catarina) e às unidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) microrregionais.

2. Criação de prêmios aos municípios e às equipes da Saúde da Família.
3. Realização de encontros macrorregionais/regionais e estadual da Saúde da Família.
4. Realização do monitoramento geral das equipes da Estratégia Saúde da Família.
5. Realização de avaliação da atenção básica.
6. Publicação e/ou apoio para publicações de revista e/ou documentos de divulgação da estratégia de saúde da família e de troca de experiências das equipes e dos municípios.
7. Criação de outras atividades ou prêmios que venham ser decididos na CIB.

O repasse de incentivos financeiros começou em 2004, para o grupo de municípios incluídos no Programa Catarinense de Inclusão Social (PROCIS). A lei, de janeiro de 2002, somente foi implementada em 2004 na parte que tocava à saúde. Desde o final do ano de 2007, a SES-SC vem repassando recursos fundo a fundo aos municípios, mensalmente, para apoiar a ESF. Seguindo uma programação financeira, o montante dos recursos tem aumentado ano a ano, passando de R\$ 7 milhões em 2007 a R\$ 21 milhões em 2009. A proposta para 2010 é de R\$ 28 milhões. Cabe-rá ao próximo governo, a partir de 2011, definir o ritmo de acréscimo de novos financiamentos.

Nesses dois anos, a CIB definiu prioridade do uso desses recursos para as atividades de capacitação das equipes de saúde da família. A falta de profissionais qualificados para bem desenvolver as atividades da estratégia tem sido apontada como um dos principais obstáculos. Com esse encaminhamento, os municípios contam com recursos financeiros suficientes para superar essa dificuldade. Não se trata somente de gastos para a realização de cursos e seminários. Busca-se, sim, criar uma cultura de edu-

cação permanente para todos os integrantes do sistema. Infraestrutura física (salas, equipamentos audio-visuais), aquisição de livros e revistas, além de cursos e treinamentos, são as principais atividades a serem financiadas com esses recursos.

Destinar recursos para financiar a expansão dos NASF é uma inovação que já mostra uma grande aceitação por parte dos municípios. Os NASFs devem ser vistos como um passo necessário para a ampliação do poder resolutivo das equipes de saúde da família. Assim também são os CAPS. Inicialmente são priorizados os pequenos municípios, que encontram dificuldades para implantar o NASF de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde. A proposta em implantação possibilita que todos os municípios catarinenses ampliem o poder resolutivo de suas equipes de uma maneira progressiva.

A diretriz de premiar municípios e equipes é uma ma-

neira de estimular o desenvolvimento da atenção à saúde. Essa premiação vem em decorrência de duas atividades estruturais do sistema. Em relação aos municípios, a avaliação regular e sistemática do sistema municipal de saúde, no caso, da atenção básica/primária. Em relação às equipes, da produção intelectual, isto é, da produção de relatórios consistentes de situações epidemiológicas, dos trabalhos desenvolvidos e dos resultados alcançados.

A SES-SC, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolveu uma proposta de avaliação da atenção básica utilizando uma base conceitual inovadora. Ao mesmo tempo em que aplica essa nova metodologia, atua no seu aperfeiçoamento, buscando torná-la mais eficaz e aplicável a todos os tipos de municípios. Já é considerável o volume de relatórios e documentos elaborados pelas equipes, a meta é que toda e qualquer equipe tenha uma produção intelectual crescente. Ser apto para analisar a situação de saúde da



STOCKEXPERT

comunidade, definir as intervenções, revisar os processo de trabalho e avaliar os resultados, é condição necessária para desempenhar duas das funções das equipes: ser o ponto de comunicação entre as unidades de atenção e a de coordenação da atenção à saúde. A distância é grande, mas os passos para vencê-la já estão sendo dados.

A criação da Revista Catarinense da Saúde da Família é uma estratégia eficaz para difusão das experiências das equipes. Prometida no III Encontro Catarinense de Saúde da Família, em 2008, esse grande desafio toma forma e os esforços necessários para fazê-la forte virão do esforço comum da SES-SC e dos municípios. Diferente tal como a estratégia da saúde da família. E, como tal, nem sempre compreendida. Amanhã será absolutamente simples, normal.

Os encontros das equipes, regionais e estadual, preenchem duas necessidades da rede de atenção básica/primária. Uma técnica, espaço de debate, de trocas de experiências. Outra emocional/afetiva, fortalecer o sentimento de pertinência, de fazer parte de grupo de pessoas, de uma luta, de uma vitória comum.

Promover a coesão das pessoas que enfrentam um mesmo problema é condição *sine qua non* para o sucesso. Ontem e hoje. Proliferam-se cursos e seminários nas organi-

zações privadas e públicas. No setor saúde, no SUS, é rotina a realização dessas atividades nos setores gerenciais, mas não na atenção básica. Existem atividades dirigidas dos setores gerenciais que necessitam do preparo da atenção básica. É preciso ir além. Afinal, coloca-se para a atenção básica a função de coordenação da atenção à saúde.

O monitoramento resume-se numa detalhada fotografia das equipes: seu território, sua base operacional, sua composição e organização e suas atividades. Esse detalhamento é imprescindível tanto para a SES-SC como para os municípios identificarem os pontos fracos e fortes da rede da estratégia saúde família. E, assim, dirigirem melhor os esforços para superar os obstáculos, sejam eles de estrutura física ou de recursos humanos, sejam eles de organização e de funcionamento. De iniciativa esporádica do Ministério da Saúde, passa agora a atividade regular coordenada pela SES-SC.

As deliberações nº 21, 22 e 23 detalham os processos de repasses dos recursos e o seu monitoramento. Todas elas estão disponíveis no link CIB/Deliberações do portal da SES-SC (www.saude.sc.gov.br).

Pio Santos

Médico sanitaria



Relatos de Experiências

Promoção da Saúde na Atenção Primária: compromisso e vínculo com a comunidade

O trabalho da equipe de saúde da família do bairro Pântano do Sul – Florianópolis/SC

Renata Borges

Médica de família e comunidade

Vanessa Rosar Matos Dias

Enfermeira e coordenadora do C. S. Pântano do Sul

Andréia Chaves

Agente comunitária de saúde

Andréia Ribeiro

Agente comunitária de saúde

Josiane Catarina da Lapa

Agente comunitária de saúde

Nilzete Mariano de Araújo

Agente comunitária de saúde

Rita de Cássia R. Sutil

Agente comunitária de saúde

Sueli Dilma Martins

Agente comunitária de saúde

Vanderléia de Souza Lopes

Agente comunitária de saúde

Introdução

A saúde é um bem precioso, almejado por todos. É um bem de difícil definição, na medida em que depende de uma série de condições políticas, sociais, culturais, econômicas, ambientais e individuais, entre outras tantas. Além disto, a saúde é “um direito de todos e um dever do estado”, como definido na Constituição Federal do Brasil (1988).

A Constituição de 1988 incorporou demandas da reforma sanitária que incluíram: o conceito de saúde entendido na perspectiva da articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) organizado segundo as diretrizes de descentraliza-

ção com mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social (Mendes, 1994; 47).

A despeito da formulação do arcabouço jurídico-legal, a partir da lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), a operacionalização do SUS, isto é, a formulação do modelo assistencial que abarcasse os pressupostos levantados no movimento da Reforma Sanitária e ratificados na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), não foi concretizada tão facilmente. Algumas propostas foram desenvolvidas, com alguns projetos e experiências municipais e estaduais de assistência implementados no intuito de responder às demandas colocadas até então (Mendes, 1994; Vianna e Dal Poz, 1998).

Entre as experiências desenvolvidas surgiu o traba-

lho com agentes comunitários de saúde, iniciado de forma articulada no estado do Ceará, já em 1987. Originário da iniciativa de “frente de trabalho”, em função da situação crítica da seca, a partir dos fundos de emergência do governo federal, o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) era desenvolvido por mulheres que realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do Ceará (Ministério da Saúde, 2005). O sucesso do programa no Ceará, a necessidade em incorporar outros profissionais que apoiassem o trabalho dos agentes comunitários e de uma proposta de organização dos sistemas locais de saúde fez com que o Ministério da Saúde percebesse no PACS uma alternativa para implementação concreta do SUS (Vianna e Dal Poz, 1998). A atuação dos agentes comunitários envolvia a família e a comunidade, não apenas o indivíduo, adotando a noção de área de cobertura, mas não envolvia o profissional médico, sendo a supervisão dos agentes realizada pelo enfermeiro. Além disto, o PACS passou a exigir, para que fosse possível sua implantação no município, requisitos como: funcionamento dos conselhos municipais de saúde, existência de uma unidade básica de referência do programa, disponibilidade de profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa (Vianna e Dal Poz, 1998; Conill, 2008).

Outro programa desenvolvido na cidade de Niterói (RJ), a partir de 1992, chamado Programa Médico de Fa-

mília, foi concebido na perspectiva de modelo para a Atenção Primária. Com estrutura similar à medicina de família cubana e com assessoria técnica de especialistas cubanos, influenciou, juntamente com o PACS, o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi definido, então, como “modelo de assistência à saúde que busca desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível da atenção primária” (Ministério da Saúde, 1994 apud. Conill, 2002).

A velocidade de expansão do PSF comprovou a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, com cerca de 300 equipes, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, atingindo 20.000 equipes, no período 1998-2002. O Programa mudou de nome e passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível, combatendo a ideia de focalização da atenção básica para populações excluídas do consumo de serviços (Departamento de Atenção Básica/Portal Ministério da Saúde, acesso 05/03/09).

Em 2006, em decorrência de ampla revisão e consolidação de documentos e portarias anteriores sobre atenção básica, é consolidada uma proposta da Política Nacional de

FOTOS: ARQUIVO PESSOAL



Atenção Básica (PNAB, Port. GM 648/2006). A atuação da equipe de saúde da família ficou definida desta forma: “Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”

O trabalho de equipe é fundamental para que ações desenvolvidas possam, efetivamente, ter impacto na qualidade da assistência de saúde prestada à população, bem

como, o vínculo da equipe com a população adscrita é condição *sine qua non* para que ações de promoção de saúde sejam efetivas. Estas ações buscam trabalhar condições potencialmente danosas à saúde das famílias atendidas pela equipe com o objetivo não apenas de prevenir os agravos, mas de promover uma melhor qualidade de vida para as pessoas. Assim, só é possível promover uma melhor qualidade de vida a partir do momento em que os profissionais de saúde conhecem a população que atendem, desenvolvem vínculo e compromisso com os problemas de saúde “sentidos” pelos usuários, indo além dos programas muitas vezes estabelecidos a partir de critérios eminentemente técnicos.

A equipe de saúde da família do bairro Pântano do Sul tem essa característica peculiar, possui um forte vínculo com a população. As agentes comunitárias de saúde, atuando nas sete micro-áreas que integram a área de abrangência da unidade, estabelecem um elo entre a comunidade e a unidade de saúde, facilitando a comunicação, favorecendo a organização e o planejamento das atividades desenvolvidas. No intuito de melhor situar este trabalho, que engloba, além do relato da experiência das atividades da equipe, uma pesquisa de morbidade referida realizada pelas agentes comunitárias sob coordenação da enfermeira supervisora, vamos contar a história desta equipe e sua forte inserção comunitária.

FOTOS: ARQUIVO PESSOAL



O bairro Pântano do Sul tem, atualmente, sete micro-áreas. A equipe 230, localizada na Regional Sul, município de Florianópolis, tem nas agentes comunitárias de saúde um alicerce fundamental para que seu trabalho possa se desenvolver. Isto se deve a forte inserção na vida comunitária, à experiência de trabalho como agente de saúde e ao compromisso com as famílias que moram na área. A enfermeira, também coordenadora do centro de saúde e moradora do bairro, atua nesta função há quatro anos e, assim como as agentes, conhece bem a região. A auxiliar de consultório dentário trabalha há alguns anos no local e a auxiliar administrativo, a funcionária mais antiga do centro de saúde, conhece praticamente todos os moradores mais velhos e ainda guarda “de cabeça” muitos números de prontuários médicos. O motorista do carro-ambulância atua um pouco como “anjo da guarda”, além de participar da vida cotidiana do bairro, pois é morador do local.

Os funcionários lotados mais recentemente no centro de saúde - a médica, atuando há 1 ano e 7 meses; e as técnicas de enfermagem, técnica de higiene dental, dentista, assistente administrativa, estagiária administrativa e auxiliar de serviços gerais, que iniciaram o trabalho no centro de saúde há alguns meses - sentem-se integrados, na medida em que participam ativamente das atividades, sugerindo, planejando e organizando de forma conjunta.

Para demonstrar o espírito que motiva a equipe 230, transcrevemos aqui depoimentos das agentes comunitárias que são reveladores ...

“Eu comecei meu trabalho como agente de saúde fazendo o cadastro azul em 1999 na micro-área 1, que abrangia a Costa de Dentro, Solidão e Saquinho. Em 2001 pedi as contas e fui morar em outra cidade por dois anos. Em 2003, voltei, passei pelo teste seletivo novamente, e em 2004 voltei a trabalhar na micro-área 1, onde estou até hoje (Nilzete)”.

“Estou nesta profissão há 10 anos, trabalhei por quase todas micro-áreas e hoje atuo na micro-área 2. Faço meu trabalho com satisfação. Gostaria de resolver todos os problemas que encontro, mas nem sempre conseguimos. Minha maior dificuldade no que faço é de aceitar a perda de meus idosos, por quem tenho muito carinho, pois todos fazem parte da minha vida (Rita)”.

“Eu trabalho como agente de saúde há seis anos. No início do meu trabalho comecei nos Açores, onde fiquei por um mês. Logo apareceu a oportunidade de trabalhar na comunidade da Costa de Cima e num trecho da Rod. SC 406, micro-área 3, onde estou até hoje. A comunidade é um pouco isolada das demais e também muito carente de tudo. São pessoas simples, que aceitam muito bem as minhas visitas (Vanderléia)”.

“Meu trabalho como agente de saúde começou em outubro de 2004, na micro-área 4, que fica localizada na Costa de Dentro e Balneário Açores. Ser agente de saúde é conhecer as famílias, orientar sobre a importância da prevenção das doenças e tentar ajudar da melhor forma possível. Quando isso não for possível, encaminhar a pessoa até o centro de saúde (Andréia Chaves)”.

“Eu sou agente de saúde há nove anos. Solidão é a minha micro-área, onde trabalho há uns cinco anos. Cuidado das crianças como se fossem minhas e em cada visita aprendo coisas muito boas, que nós guardamos para a vida toda. Os idosos são como se fossem biblioteca, contam histórias que a gente fica maravilhada, e que o tempo não apaga e que os livros não contam (Andréia Ribeiro)”.

“Eu comecei a trabalhar em maio de 1999 nessa profissão, na micro-área Balneário Açores. Depois fui trabalhar na micro-área 6, onde estou até hoje. Eu gosto muito do meu trabalho, pois me sinto orgulhosa quando consigo ajudar ao próximo (Josiane)”.

“Eu trabalho desde 2004 como agente de saúde. Minha micro-área fica no Sertão do Ribeirão, bem isolada, a micro-área 7. No local tem 64 pessoas e 25 famílias, uma escola e uma igreja (Sueli)”.

O trabalho de cada membro da equipe é fundamental. O trabalho do agente comunitário deve ser valorizado, não apenas em função de sua inserção comunitária, mas, também, do caráter institucional (Silva e Dalmaso, 2006). Nesta perspectiva, nenhuma ação isolada, por melhor boa vontade que tenham os sujeitos, surtirá o efeito esperado.



Assim, seria imprescindível a inserção da equipe, não só do agente comunitário, em projetos intersetoriais, expressão de política pública global que, assumida pelos diferentes setores de governo e sociedade, poderia contribuir para o lidar com as questões relativas à saúde, à qualidade de vida e à cidadania da população (Silva e Dalmaso, 2006; 198).

Justificativa

Dos princípios norteadores do SUS, a saber: universalização, equidade e integralidade; a integralidade seria “aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde” (Ayres, 2008; 7). A noção de integralidade, como menciona Teixeira (2004; 18), nos sinaliza duas perspectivas. A primeira nos direciona à integralidade do sistema de serviços de saúde, e a segunda nos remete à integralidade das práticas de saúde, isto é, a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços. A construção da integralidade na perspectiva do sistema e das práticas é hoje um dos maiores desafios para o SUS. Como menciona a autora, o debate que envolve a integralidade abarca questões estruturais e conjunturais complexas. Não é nosso intuito aprofundar tais questões neste trabalho, mas justificar nosso intento na perspectiva de refletir sobre a Estratégia de Saúde da Família como elemento central para adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas de saúde da população, contribuindo para reforma das práticas de saúde, tendo como norte a universalização da atenção básica e a integralidade das ações e serviços. Neste sentido, é preciso superar o modelo medicalizador para outro que incorpore a promoção e vigilância à saúde, seguindo a proposta da Política Nacional da Atenção Básica, como diretriz para atuação das equipes de saúde da família.

A concepção de práticas sanitárias é um conceito chave para pensar a organização do enfrentamento dos problemas de saúde no espaço do distrito sanitário. Segundo o conceito de Mendes (1994; 176), práticas sanitárias seriam o conjunto de processos de trabalho, articulado em operações, que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efei-

tos da existência deles num território determinado. Estas práticas incluiriam a vigilância à saúde e a atenção à demanda. A vigilância à saúde está voltada para a intervenção sobre os problemas de enfrentamento contínuo, levantados no âmbito de grupos populacionais do distrito sanitário, especialmente a micro-área; já a atenção à demanda se refere aos problemas de enfrentamento ocasional, sobre os efeitos dos problemas ao nível individual, autopercebidos, no espaço do território área. As duas práticas convivem no espaço do distrito sanitário, a atenção à demanda ancorada no modelo clínico e individual e a vigilância, no modelo sanitário, atuando sobre grupos populacionais definidos em função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais (Mendes, 1994; 181).

As ações de vigilância à saúde incluem, e se articulam, com aquelas de promoção da saúde. Isto é, nesta perspectiva é preciso que se busque não apenas trabalhar com a intervenção sobre agravos à saúde, mas que as ações envolvam os riscos sanitários presentes nas condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos (Teixeira, 2004). Significa, então, “envolver a população na identificação, explicação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas, sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades” (Teixeira, 2004; 20).

O trabalho aqui desenvolvido se insere nessa linha, isto é, o vínculo com a comunidade e o compromisso em elaborar estratégias de forma conjunta, equipe e população, para enfrentamento de problemas de saúde prevalentes e contínuos no território área, indo ao encontro de necessidades que são “outras”, que os técnicos muitas vezes não dominam, mas que pertencem à vida cotidiana e que são fundamentais para que se possa, efetivamente promover saúde (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; 33).

Objetivos

- » Relatar a experiência da equipe de saúde da família do centro de saúde Pântano do Sul, incluindo a trajetória e a atuação dos seus membros no bairro;
- » Relacionar as atividades desenvolvidas pela equipe no âmbito do centro de saúde e na comunidade, enfatizando a importância do vínculo com a população;

- » Descrever a pesquisa realizada pelas agentes comunitárias de saúde sob a coordenação da enfermeira supervisora, elaborando cadastro domiciliar, levantamento populacional e morbidade referida;
- » Analisar os dados obtidos por micro-áreas, delineando o perfil epidemiológico da população atendida;
- » Descrever a importância do diagnóstico de saúde comunitário para o planejamento das ações da equipe na área;
- » Relacionar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe baseadas no diagnóstico de saúde realizado.

O trabalho da equipe de saúde

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde estão integradas àquelas propostas na Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, a peculiaridade do trabalho encontra-se na integração e adaptação ao modo cotidiano de vida dos moradores. O núcleo populacional do bairro tem na atividade pesqueira uma de suas atividades principais e conserva, embora de forma menos intensa atualmente, um “modo de vida ilhéu” (Lisboa et al, 1996/CECA/FNMA).

A equipe é formada por sete agentes comunitárias de saúde, 1 enfermeira que também é a coordenadora do centro de saúde e supervisora das agentes, 1 médica de família e comunidade, 3 técnicas de enfermagem, 2 auxiliares de consultório odontológico, 1 dentista, 1 assistente administrativa, 1 auxiliar administrativa, 1 estagiária administrativa, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 motorista do carro-ambulância.

De acordo com estimativa do IBGE (Secretaria Municipal de Saúde, 2008) o bairro conta com uma população de 3.026 habitantes e em torno de 9,4% desta população encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, pouco acima da média do município, fazendo com que o atendimento aos idosos ocorra de forma preferencial. O atendimento aos idosos tem o apoio do geriatra que realiza visitas domiciliares com as agentes comunitárias, integradas com a médica da equipe, uma a duas vezes no mês.

Em função da estimativa populacional, portanto, o bairro conta com uma equipe de saúde da família, estando adequado o indicador equipe de saúde da família/população. Este fato é fundamental para que o trabalho possa ser implementado de forma organizada e o acesso ao serviço de saúde

de seja garantido para todas as pessoas residentes na área de abrangência. Outro fator relevante para que as atividades planejadas possam ser implementadas e terem efetividade é a existência de agentes comunitárias em todas as micro-áreas e como já descrito, a experiência e vínculo das mesmas com a população.

A forma peculiar de construção das moradias, onde os membros da mesma família se estabelecem num terreno comum, é característica do núcleo do bairro localizado na parte mais tradicional, onde fica localizado o centro de saúde, convivendo com famílias que se estabeleceram mais recentemente em loteamento de classe média, como o dos Açores. Este tipo de ocupação da terra, de forma comunal, é apontada como inserido na formação econômico-social açoriana, caracterizando bem o bairro do Pântano do Sul, onde ainda se faz a renda de bilro, se faz a novena e o sino da igreja anuncia a missa (Lisboa et al, 1996/CECA/FNMA).

O centro de saúde ainda não é informatizado e, por isso, os prontuários são de papel e o registro manual; e é um dos mais antigos do município, aguardando-se brevemente a construção de um prédio novo. De certa forma, a unidade enquadra-se nesta concepção que transita entre a tradição da vida açoriana e a modernização representada pela informatização, já que temos acesso à internet e conexão com os sistemas da Secretaria Municipal de Saúde.

O acolhimento das pessoas é realizado diariamente, assim como o agendamento de consultas. Toda a equipe participa do acolhimento, no sentido da interação e escuta do usuário que chega ao centro de saúde, tanto os funcionários administrativos quanto da área da enfermagem. As técnicas de enfermagem realizam esta “primeira” conversa, orientando as pessoas, aferindo sinais vitais e glicemia capilar quando necessário, encaminhando para atendimento médico ou de enfermagem quando a situação assim o exige. A valorização do trabalho de cada um, a confiança, a troca de conhecimentos são condições primordiais para que essa atividade possa fluir, sem sobrecarregar a equipe e não se constituir em apenas um pronto atendimento.

O acolhimento é realizado na perspectiva do cuidado. Isto é, “*como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação*”.



ração da saúde” (Ayres, 2004; 22/grifo do autor). Assim, o acolhimento acontece em toda situação de interação entre os usuários e o centro de saúde, e através das demandas apresentadas pelas agentes de saúde em contato com os usuários diariamente.

Na medida em que os espaços de encontro e conversação entre os membros da equipe e entre equipe e usuários foi acontecendo, as atividades de promoção e prevenção da saúde foram sendo implementadas. Assim, o grupo de gestantes e atendimento das mesmas ficou concentrado numa “tarde das gestantes”, garantindo um espaço onde suas necessidades possam ser expressas, com a participação dos maridos e familiares quando assim o desejarem. A troca de conhecimento entre os participantes enriquece e contribui para diminuir dúvidas e ansiedades.

Como extensão do grupo de gestantes, realizamos o grupo de puericultura, onde a família participa, especialmente as mães com seus bebês, mas também com as crianças maiores para discutir sobre questões de saúde. O grupo de puericultura acontece mensalmente, com a participação da pediatra que faz o matriciamento do centro de saúde, durante uma tarde na semana. Outros profissionais participam do grupo, como a dentista, a enfermeira, a médica e as agentes comunitárias, que se revezam. O grupo antitabagismo também é realizado no bairro, onde o índice de fumantes é alto.

O grupo de adolescentes e o grupo de promoção de alimentação saudável estão entre as atividades iniciadas recentemente. O grupo de adolescentes é desenvolvido pelas técnicas de enfermagem, abordando temas relacionados com sexualidade, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, prevenção à gravidez na adolescência, hábitos saudáveis, etc., iniciou no dia 3 de junho de 2009 com grande sucesso. O grupo de promoção de alimentação saudável iniciou com o apoio e organização da nutricionista que realiza matriciamento no centro de saúde, sendo que os dois grupos tem as agentes comunitárias também como participantes e organizadoras. Outra atividade comunitária implementada através das visitas domiciliares, que são realizadas por técnicas, enfermeira, agentes e médica, são aquelas realizadas aos acamados pela dentista e técnica de higiene dental com equipamento para realização de alguns procedimentos básicos na casa do usuário.

Uma das atividades mais mobilizadoras realizadas pela

equipe, sob a coordenação da enfermeira, é o dia de vacinação. Tanto a campanha para vacinação dos idosos quanto a campanha nacional de vacinação contra a poliomielite, em suas duas etapas nacionais, são oportunidades para realizar atividades recreativas comunitárias. O diferencial é que estes dias de “festa” acontecem graças a participação e contribuição da população do bairro, sendo as agentes de saúde as intermediadoras deste processo. Em geral acontece uma grande festa, onde as famílias participam, sendo a recreação e alimentação gratuitas. O vínculo da equipe com a população da área, é preciso frisar aqui, é o vínculo do compromisso, não restrito simplesmente ao critério da adscrição do indivíduo, mas ele acontece e se fortalece no dia-a-dia do trabalho, no estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível (Costa, 2004; 14).

A partir deste contexto e das dificuldades para avaliar estatisticamente as metas do trabalho realizado pela equipe, em função da discordância dos dados de estimativa populacional para o bairro, foi organizada uma pesquisa para coleta de dados por família, no domicílio, levantando o número de moradores, sua faixa etária, além dos problemas de saúde relacionados. Esta pesquisa foi realizada pelas agentes comunitárias com a supervisão da enfermeira e traçam o perfil epidemiológico dos moradores residentes, a partir da auto-percepção do seus problemas de saúde e aponta os principais grupos populacionais do bairro, condições fundamentais para o planejamento das atividades da equipe (ver Quadros 1 e 2).

Os dados levantados pela pesquisa apontam para o expressivo percentual de idosos no bairro. Se considerarmos a população mais idosa, isto é, as pessoas com mais de 80 anos, o bairro conta com 38 pessoas, sendo 22 mulheres e 16 homens. Considerando a população total, este número representa 1,69% da população, sendo mais expressivo que os menores de 1 ano de idade. O bairro conta com vários grupos de idosos que se reúnem semanalmente para atividades recreativas e viagens de passeio. Além disso, na agenda médica são priorizadas vagas diárias para consulta dos idosos.

Em relação aos problemas de saúde levantados na pesquisa acima mencionada, podemos ver no Quadro 3 as 10 primeiras causas apontadas.

Com a tabulação e análise dos dados observou-se que entre as cinco primeiras causas de adoecimento mais fre-

Quadro 1: População do bairro Pântano do Sul por micro-área, sexo e faixa etária, 1º semestre 2009

Faixa etária	< 1 ano		1-4 anos		5-9 anos		10-14 anos		15-49 anos		50-59 anos		>60 anos	
Sexo	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Micro-área 1	4	3	7	5	16	13	17	23	114	110	17	20	19	17
Micro-área 2	1	4	8	6	8	10	18	24	112	122	33	25	45	35
Micro-área 3	6	4	7	7	10	15	17	16	128	153	15	24	21	22
Micro-área 4	2		9	8	12	7	10	17	109	90	26	26	21	25
Micro-área 5	1		2	5	4	5	7	8	51	56	29	24	18	29
Micro-área 6	1		4	9	7	8	5	7	85	90	23	18	32	23
Micro-área 7	1				3		2	5	15	19	2	5	6	5
Total por sexo e faixa etária	13	14	37	40	60	48	76	100	614	640	145	142	162	156
Total geral por faixa etária	27		77		118		176		1.254		287		318	

Fonte: Dados coletados em pesquisa domiciliar nas micro-áreas, bairro Pântano do Sul, pelas agentes comunitárias de saúde – 1º semestre, 2009

Quadro 2: Percentual populacional por faixa etária, bairro Pântano do Sul, 1º semestre 2009.

	< 1 ano	1- 4 anos	5- 9 anos	10-14 anos	15-49 anos	50-59 anos	> 60 anos	Total
Nº total	27	77	118	176	1.254	287	318	2.257
Percentual	1,2%	3,4%	5,2%	7,8%	55,6%	12,7%	14,1%	100%

Fonte: Dados coletados em pesquisa domiciliar nas micro-áreas, bairro Pântano do Sul, pelas agentes comunitárias de saúde – 1º semestre, 2009.

quentes, por micro-áreas, estão a hipertensão arterial, diabetes mellitus, problema osteomuscular, problema respiratório, problema de visão, sofrimento psíquico e tabagismo. O tabagismo tem sido um dos principais desafios para o trabalho da equipe, desenvolvendo os grupos de apoio ao fumante e facilitando o acesso para a obtenção de goma, adesivo para reposição de nicotina e medicação quando necessário. Relacionado ao alto índice de tabagismo, encontramos o problema respiratório, especialmente a bronquite crônica, enfisema e a bronquite asmática. O trabalho da equipe, principalmente das agentes comunitárias nas visitas domiciliares, tem sido de esclarecer sobre os malefícios do fumo não somente para o próprio fumante, mas para os familiares que convivem com ele.

Entre as causas de sofrimento psíquico, a depressão é a mais prevalente. Como os problemas relacionados à depressão e ansiedade estão elencados como fatores de agravamento de muitas patologias crônicas que incluem doenças cardiovasculares, a equipe iniciou a discussão e planejamento de um grupo de saúde mental, com o apoio do psiquiatra e psicóloga matriciadores (Duncan, Schmidt e Giugliani, 2004). Este grupo já teve sua primeira reunião realizada e acontecerá quinzenalmente, com a participação ativa das agentes comunitárias de saúde, da médica e enfermeira.

A partir da pesquisa realizada podemos então desenvolver ações conjuntas que possam ir de encontro às necessidades dos moradores, adaptando algumas atividades e priorizando outras. Através das reuniões de planejamento mensal



Quadro 3: Problemas de saúde mais comuns, por ordem de ocorrência, segundo as micro-áreas, bairro Pântano do Sul, 1º semestre 2009

Micro-áreas	Micro- área 1	Micro- área 2	Micro- área 3	Micro- área 4	Micro- área 5	Micro- área 6	Micro- área 7
Hipertensão arterial	1º	1º	2º	1º	1º	2º	2º
Diabetes Mellitus	5º	2º	6º	6º	4º	3º	4º
Problema osteomuscular	4º	3º	1º	3º	6º		1º
Sofrimento psíquico	6º	8º	4º	4º	5º	4º	
Problema cardíaco/colesterol	8º	7º	7º	7º	6º	4º	3º
Problema respiratório	2º	5º	5º	3º	3º	1º	3º
Tabagismo	3º	6º	3º	2º	2º	2º	2º
Alcoolismo	10º		8º	8º			4º
Problema digestivo	7º	9º	9º		6º	5º	4º
Problema de visão	7º	4º	7º	5º	7º	6º	1º
Câncer	9º	10º		9º		7º	

Fonte: Dados obtidos em pesquisa realizada pelas agentes comunitárias de saúde, bairro Pântano do Sul – 1º semestre 2009.

com toda a equipe e das reuniões semanais entre as agentes comunitárias, enfermeira, dentista e médica quando é realizada a avaliação das atividades desenvolvidas e organizadas de forma sistemática semanalmente.

Considerações finais

Em consonância com os objetivos traçados anteriormente, acreditamos que conseguimos demonstrar através dos registros aqui realizados a importância do trabalho em equipe. A própria realização deste trabalho, inclusive, não seria possível sem a participação dos membros da equipe. A discussão constante das dificuldades e situações vivenciadas no dia-a-dia são fundamentais para que o grupo possa se identificar e criar vínculos. Estes vínculos, com certeza, não são apenas profissionais, ultrapassam em muito esta dimensão.

Uma das questões primordiais para que o trabalho da equipe de saúde da família possa se concretizar, tendo um papel decisivo na construção da cidadania, é a permanência dos profissionais no bairro onde trabalham, bem como a adequação população/equipe, conforme indicada na Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, nada disto seria

possível sem o compromisso da equipe no trabalho cotidiano. Este compromisso, como acontece com a equipe do Pântano do Sul, tem levado os profissionais a refletirem sobre as atividades que desenvolvem, questionando a melhor forma de atuar e procurando acolher as demandas e necessidades percebidas, evitando, na medida do possível, não adequá-las à oferta do serviço, mas, criativamente, buscar as respostas em caminhos ainda não trilhados.

O trabalho de equipe e o diagnóstico de saúde comunitário permitem a formulação de soluções assistenciais, sejam elas de recuperação e/ou de promoção da saúde, partilhadas entre os profissionais, mas também com o próprio usuário que se sente acolhido e ouvido. Rompe-se, assim, a tendência à “burocratização” do processo de gerenciamento do trabalho das equipes de saúde da família citado frequentemente por alguns autores (Teixeira, 2004; Silva e Dalmaso, 2006).

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde integrados na comunidade conseguem resgatar a autonomia do seu trabalho, conjugando suas ações com as necessidades e com os problemas de saúde da população. Abre-se caminho para que inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e téc-

nico-assistenciais no âmbito das práticas de saúde sejam possíveis, envolvendo a população como protagonista da proteção, preservação e cuidado à sua saúde individual e coletiva (Teixeira, 2004;21).

Membros da equipe 230

Daniela Saibert (assistente administrativa); Andréia K. Lemos (técnica de enfermagem/responsável por grupo de adolescentes); Gladis de Jesus (técnica de enfermagem); Priscila R. Valverde (técnica de enfermagem/responsável por grupo de adolescentes); Maria José Capistrano (auxiliar administrativo); Zenaide Cordeiro (auxiliar de consultório dentário); Jeovana Peixoto (técnica de higiene dental); Fernanda Alves (dentista); Bruna Vargas D'Ávila (estagiária administrativa); Edvaldo Pedro de Oliveira (motorista); Izolina Chaves (auxiliar de serviços gerais); Manoel Brandão (psiquiatra); Cristina Simon (pediatra); Rodrigo Derech (geriatra); Etel Metello (nutricionista).

Discussões, tabulação de dados, organização e redação do trabalho:

Renata Borges

Discussão do trabalho e coordenação de pesquisa:

Vanessa Rosar Matos Dias

Discussão do trabalho, realização de pesquisa e tabulação de dados:

Andréia Chaves, Andréia Ribeiro, Josiane Catarina da Lapa, Nilzete Mariano de Araújo, Rita de Cássia R. Sutil, Sueli Dilma Martins, Vanderléia de Souza Lopes.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de Saúde. *Saúde e Sociedade*. 13(3): 16-29. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Para Comprender el sentido práctico de las acciones de Salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*. 4(2): 159- 172. 2008.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: Discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18. 2002.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: Desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.24. 2008.
- COSTA A. M. (2004) Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*. 13(3): 5-15.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE /DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Portal do Ministério da Saúde. Acesso em 05/03/09 e 24/03/09.
- DUNCAN B. B., SCHMIDT M. I. E GIUGLIANI E. R. J. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre. ARTMED. 2004.
- IBGE, estimativa populacional para Florianópolis 2008.
- LISBOA A. M. Et al *Uma cidade numa ilha: relatório sobre os problemas Sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina*. CECA/FNMA. Editora Insular. 1996.
- MENDES E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das Práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. S.P./Rio. HUCITEC- ABRASCO. 1994.
- FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, *Saúde da Família. Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos*. 2ª Ed. 2005. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 648 de 28/03/06. Política Nacional de Atenção Básica.
- SCHRAIBER, L. B. e MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes- Gonçalves, R. B. *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica. Saúde em Debate-Série didática*. São Paulo. HUCITEC. 2ª ed. Cap. 1; 29-47. 2000.
- SILVA, J. A. e DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde. O Ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2006.
- TEIXEIRA, C. F. (2004) Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a Integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Edição especial/jan. a abr. Ministério da Saúde.
- VIANNA, A. L. D. e DAL POZ, M. R. (1998) A Reforma do Sistema de Saúde No Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 8(2): 11-48.



Projeto Exercitando a Saúde: a Atividade Física como Fonte de Saúde e de Qualidade de Vida

Alessandra Daros Nunes
(Estratégia Saúde da Família – Luzerna-SC)

Introdução

O modo de viver da população tem se constituído em fonte de inúmeras enfermidades e condições limitantes de vida. O ritmo acelerado do dia-a-dia faz surgir problemas muito comuns, como o estresse e a depressão. Estes, associados à alimentação desequilibrada, inatividade física, obesidade e a elevados índices de colesterol, configuram-se em importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, principalmente, assim como para algumas demências.

A prevenção de doenças e suas complicações têm sido nos últimos anos alvo das medidas de promoção de saúde no campo da saúde coletiva em todo o mundo, e também em nosso País. As mudanças de perfil epidemiológico, a onerosidade advinda de tratamentos e intervenções, têm nos mostrado que atuar na atenção primária ainda é a melhor saída, e quando nos reportamos aos ganhos em termos de saúde seu significado é inquestionável. Algumas iniciativas isoladas e, há pouco tempo, as originadas do Ministério da Saúde, vêm para alterar antigas concepções e práticas na saúde. A atividade física, por exemplo, está sendo vista como um determinante de saúde possível e muito pouco trabalhado; ganha força por se tratar de um condicionante modificável de vida. Esta prática, portanto, não se limitada aos muros das escolas como puramente disciplina ou como escolha de alguns poucos cidadãos, mas cada vez mais é encarada como meio de alcançar uma melhor qualidade de saúde e de vida. Os serviços de saúde e de educação do município de Luzerna fomentam ações de natureza preventiva e de promoção de saúde através da mudança de hábitos. A prática regular e consciente de atividades físicas é uma grande aliada.

As doenças cardiovasculares constituem-se na principal

causa de morte do mundo industrializado, englobam a doença arterial coronária, o acidente vascular encefálico, a doença arterial periférica, a doença renal e a insuficiência cardíaca congestiva (WHO 2006). Estes problemas respondem por cerca de 30% dos óbitos nos países desenvolvidos. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as doenças cardíacas e os acidentes vasculares encefálicos matam mais de 17 milhões de pessoas a cada ano no mundo, sendo que 20 milhões de pessoas sobrevivem a estas patologias anualmente, muitas necessitando de cuidado médico contínuo e dispendioso (WHO 2006; DATASUS 2006).

As doenças cardiovasculares e o diabetes apresentam etiologia multifatorial e possuem vários fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Estima-se que 75% dos novos casos destas patologias ocorridos nas décadas de 70 e 80 em países desenvolvidos poderiam ser explicados por dieta e atividade física incorretas.

“A OMS recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida. Diferentes tipos e quantidades de atividade física são necessários para obter diferentes resultados na saúde: a prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, na maior parte dos dias, reduz o risco de doenças cardiovasculares e câncer de cólon e mama. O treinamento de resistência muscular e do equilíbrio pode reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional nos idosos. Maiores níveis de atividade física podem ser necessários para o controle do peso.” (WHO 2006)

Tomando apenas o município de Luzerna, do total de internações hospitalares ocorridas entre março de 2005 e março de 2006, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 19,6% das internações ocorridas na população com idade igual ou superior a 20 anos (DATASUS 2006), sendo que estas patologias responderam por 41,7% dos óbitos no município, na população com idade igual ou superior a 20 anos, em 2003 (DATASUS 2006). As estratégias para controle destas enfermidades no município englobam a adoção de diversas medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como o estímulo a atividade física, sob a supervisão de professor de educação física e profissionais de saúde, ou mesmo na ausência deles, com iniciativas individuais e em grupos menores e na população em geral. Atualmente, 15% da nossa população é formada por pessoas com idade superior aos 60 anos (SIAB, 2007). Sabe-se que a expectativa de vida em Luzerna é de 78 anos (IBGE, 2007). Teremos uma população de idosos, com suas particularidades, como um quadro de doenças crônico-degenerativas e procura por serviços ambulatoriais mais frequentemente. Daí se dá a relevância de ações de caráter preventivo.

O objetivo do projeto foi realizar ações de prevenção de doenças e agravos, e de promoção de saúde, facilitando o acesso aos recursos disponíveis para aumento do grau de atividade física. Para isso, buscou elaborar material educativo e informativo sobre as vantagens da prática regular de atividade física e disponibilizá-lo à população em geral; criar e readequar espaços públicos de lazer e esportes para a população em geral; disponibilizar profissionais de educação, como o professor de educação física para consulta individual; criar banco de dados para diagnóstico, análise e controle; formar novos grupos de atividade física sob supervisão continuada ou não e manter os já existentes; realizar reuniões mensais entre equipe de técnicos do projeto para o monitoramento do mesmo; implementar o grupo da caminhada assistida e a praça onde está localizada a academia pública; e viabilizar condições para o desenvolvimento de efetivas ações de promoção de saúde.

Desenvolvimento e Resultados

O projeto “Exercitando a Saúde” iniciou-se há dois anos e tem sido implementado graças à parceria estabelecida

entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, Cultura e Esportes. Inicialmente o município não possuía qualquer ação estruturada para o estímulo e realização de atividade física continuada. A equipe da Estratégia Saúde da Família idealizou um projeto piloto, com 20 participantes, com encontros semanais em uma pista de atletismo da escola municipal, com presença do enfermeiro, de técnicos de enfermagem e de um professor de educação física, sendo este cedido pela secretaria municipal de educação. Os 20 participantes foram convidados pelos agentes comunitários de saúde, que inicialmente deram preferência a pessoas que haviam expressado o desejo de iniciar algum tipo de atividade física, mas que, por motivos variados, não o faziam. Foi realizado um cadastro dos mesmos e assim tem sido a cada novo integrante. Os participantes foram então avaliados pelas equipes das ESFs do município e orientados pelo professor de educação física sobre o nível inicial de atividade para cada um. Semanalmente a atividade física era supervisionada e os participantes eram incentivados a realizarem caminhadas, seguindo as recomendações individuais, em mais dias da semana, de forma individual ou em grupo.

O grupo inicial de 20 indivíduos cresceu desde então e hoje conta com mais de 90 participantes assíduos, o que corresponde a cerca de 5% da população do município com 40 anos ou mais. Atualmente 90% dos participantes são do sexo feminino, a idade média é de 50 anos, 35% são hipertensos, 8% são diabéticos. A grande maioria ressalta os benefícios da atividade física, quer em medidas qualitativas, como melhora da autoestima, da sensação de bem-estar, da socialização e outras. De forma prática observamos redução do uso de medicações em vários indivíduos, principalmente para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e depressão. Dados de redução de mortalidade deverão ser observados no futuro, pois este é um objetivo a longo prazo, e ainda é pequeno o tempo de existência do grupo.

Alguns dos benefícios são exemplificados pelos depoimentos a seguir:

“Eu me sinto bem melhor depois que comecei a caminhar. A gente chega em casa mais disposta até pra trabalhar (risos).” (I.B., 42 anos)



“Eu tinha muitas dores nas pernas e nas costas. Quando comecei a caminhar com o pessoal achei que não ia dar, mas depois, com o tempo, fiquei ótima.” (C.O, 62 anos)

“Não tinham (o serviço de saúde) coisa melhor pra inventar; a gente se diverte, encontra os amigos, sem contar que faz muito bem pra nossa saúde. Depois disso, comecei a andar todo dia.” (N.H, 65 anos)

“Caminhar com todo mundo junto é bom porque a gente sozinha não se anima muito. Eu só não caminha quando chove.” (M.H, 41 anos)

“Eu achei que nessa minha idade eu nunca ia fazer academia, mas, pra mim, tá sendo bom. A gente, com a idade, vai ficando meio dura.” (A.G, 70 anos)

“A academia é muito boa porque a gente vem quando quer, e se não sabe fazer o exercício o professor ajuda. Pra mim está muito bom.” (M.C, 55 anos)

Inicialmente a estrutura do grupo era basicamente a pista de atletismo e os profissionais disponíveis. Com o êxito inicial, houve maior apoio, tanto no âmbito municipal quanto estadual e federal, com recursos financeiros que permitiram a aquisição dos equipamentos necessários, desde balanças portáteis, esfigmomanômetros, glicosímetros, adipômetros e frequencímetros, até a aquisição de uma academia da terceira idade, em 2007, que foi instalada numa praça municipal. Os recursos financeiros também são importantes no sentido de permitir a realização de medidas de estímulo aos indivíduos, como compra de camisetas, bonés, protetor solar, sorteio de brindes e outras medidas visando o aumento da participação.

Atualmente o professor de educação física, que antes participava semanalmente, está disponível diariamente, permitindo melhor orientação e maximizando os benefícios. Além disso, indivíduos que não necessariamente participam do grupo, mas que desejam orientações específicas sobre a sua saúde e atividade física, têm acesso facilitado a este profissional.

O projeto de academias da terceira idade que, em últi-

ma análise, nasceu do projeto piloto de um grupo de caminhada, apresenta grande repercussão populacional, com várias comunidades solicitando instalação de academias semelhantes próximas às suas residências, o que está em efetivação pelo poder municipal. Assim cria-se uma “mentalidade saudável” entre a população, que é estimulada a praticar atividade física e tem, gratuitamente, oportunidade de realizá-la, sob a orientação de profissionais capacitados. Os benefícios são inúmeros, mas destaca-se a melhora da autoestima, da socialização, a redução do uso de medicações. A longo prazo, espera-se a redução da mortalidade cardiovascular precoce.

O objetivo atual é o crescimento do programa, visando abranger o maior número possível de indivíduos, o que será conseguido através da implantação de novas academias da terceira idade e da criação de novos grupos de caminhada.

Parcerias

O presente projeto vem sendo desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Luzerna, através da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social e da Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Esportes. A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza os profissionais de saúde que compõem o quadro da Estratégia Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Educação e Cultura disponibiliza o espaço físico (pista de atletismo) e um professor de educação física.

Sustentabilidade do Projeto

A garantia de sustentabilidade do projeto é dada por não tratar-se de projeto novo, mas já em execução pela Prefeitura Municipal de Luzerna, sendo o objetivo do presente a ampliação do mesmo. O poder público municipal vem de forma consistente apoiando estratégias preventivas, possuindo atualmente equipes de ESF cobrindo 100% da área do município, sendo a estratégia municipal de controle da hipertensão referência para outros municípios da região. As equipes de ESF encontram-se engajadas com os projetos já em andamento e motivadas para sua ampliação. O Conselho de Saúde do município, através de reuniões mensais, toma conhecimento e aprova medidas de prevenção e redução de eventos nocivos.

Referências

- Ardern CI, Katzmarzyk PT, Janssen I, Ross R. Discrimination of health risk by combined body mass index and waist circumference. *Obesity Research* 2003; 11(1): 135 – 42.
- Ashton WD, Nanchahal K, Wood DA. Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women. *Eur Heart J* 2001; 22(1): 46 – 55.
- Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3): 206 – 13.
- Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Rosa MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil – the Bambuí Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77 (6): 576 – 81.
- DATASUS - Ministerio da Saúde. Disponível em: <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabne/tabnet.htm>> [2006 jun 16]
- Filho JRN. Fatores de risco cardiovasculares em crianças de 6 a 14 anos de idade, Luzerna, 2007. (Dados preliminares)
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <URL: <http://www.ibge.gov.br>> [2006 jun 16]
- SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2001; v. 77.
- SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82 suppl IV.
- SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003.
- SIAB – Sistema de informação e Atenção Básica, Luzerna, 2007.
- WHO – World Health Organization. Cardiovascular Diseases. Disponível em: <URL:<http://www.who.int/topics/cardio-vascular-diseases/en/>> [2006 jun 18]



Campanha de Prevenção e Combate ao Câncer de Mama e do Colo Uterino

Rubiara Duarte

Amália Cristina de Barcelos

Equipe de estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira – SC

Introdução

O momento histórico atual exige soluções imediatas e adequadas às necessidades relacionadas à miséria, às doenças, aos desequilíbrios da natureza, aos problemas de superpopulação, de alimentação, de escassez de água, de acúmulo de lixo orgânico e virtual, do uso de material tóxico, de produção de energia, de tráfico e consumo de drogas, de aumento da violência, da criminalidade e morte. A desestruturação da sociedade acarreta riscos para a saúde física e emocional da população, comprometendo a evolução da humanidade em relação ao futuro. “Mudanças no modo de vida produziram um novo padrão de doenças que impõe a necessidade de entender esse processo, para, efetivamente, promover a saúde, prevenir a doença e a morte precoce.” (Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2008).

A Legislação Brasileira, na Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990 indica que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. A promoção da saúde deve ocorrer por meio de políticas sociais e econômicas que diminuam os riscos de adoecimento e morte. A organização do setor deve considerar os critérios de universalidade, equidade, e integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando os indivíduos como iguais, oferecendo tratamento humano e respeitando as diferenças individuais. “A saúde contribui tanto para os direitos de cidadania, quanto para geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas para o Estado brasileiro.” (Ministério da Saúde, 2008-2011)

A saúde está relacionada à qualidade de vida, sendo considerada sob uma perspectiva bem mais ampla e complexa, envolvendo vários fatores vinculados ao cotidiano do indi-

víduo como: saúde física e psicológica, nutrição, educação, trabalho, índice de desemprego, consumo, economia, transporte, habitação, vestuário, lazer, segurança social, liberdade humana, política e social. “Não se pode considerar o indivíduo separadamente de seu contexto social, econômico e ambiental.” (VASCONCELLOS e GEWANDSZNAJDER, 1982).

O conceito de saúde reprodutiva usado na atualidade concebe a mulher em uma perspectiva bem mais ampla e integrada, transcendendo o aspecto meramente biológico e anatômico, e envolvendo também os direitos humanos e noções de cidadania.

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.” (CIPD, 1994 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), inaugurando um novo espaço para tratar da saúde da mulher.

“O novo programa para saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de ou-

tras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” (CIPD, 1994 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A saúde e a educação são determinantes no processo de desenvolvimento social e geradores de bem-estar aos indivíduos.

“Não basta ter uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza, a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida.” (Ministério da Saúde, 2008-2011).

Sendo componente essencial para a viabilização do processo educativo, a informação é uma ferramenta de extrema importância na comunicação humana, podendo ser fonte geradora de opinião e atitude. Quando falamos em saúde, a informação é um recurso que, se utilizado de forma elaborada e articulada, possibilita mudanças de comportamento bastante significativas.

Um fator que favorece a assimilação correta de um determinado conteúdo é a adequação da informação técnica de acordo com as condições individuais da população a ser atingida, ou seja, torná-la acessível ao leigo, viabilizando a elaboração e a apropriação correta da realidade tanto no âmbito individual, quanto no coletivo.

“A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população, só é possível a partir de boas informações e no momento oportuno.” (Ministério da Saúde, 1992).

Ainda existem diversas situações em que a mulher, necessita ser orientada e acompanhada, áreas que precisam expandir, no sentido de atender os casos de infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde men-

tal, doenças infecto-contagiosas, bem como, nas questões relacionadas à discriminação sexual e racial.

“... a Área Técnica de Saúde identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.” (CIPD, 1994 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O presente trabalho visa relatar e avaliar a experiência em saúde ocorrida junto à comunidade feminina, a partir das ações realizadas pela equipe multidisciplinar e demais profissionais da saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Secretaria da Saúde do Município de Palmeira, situado no interior do estado de Santa Catarina. As ações de conscientização e mobilização aconteceram em caráter individual e coletivo, considerando o baixo índice de adesão das mulheres a realização dos exames Papanicolaou e de mama na localidade.

A iniciativa da campanha de prevenção e de combate ao “câncer de mama e do colo uterino”, justifica-se também pela busca de qualidade na prestação de serviços, reorganizando o modelo de atenção básica, oferecendo um atendimento humanizado, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e resgatando o comprometimento por parte da equipe profissional junto à população.

Os objetivos da campanha foram:

- » Prevenir e combater o câncer de Mama e do Colo Uterino, por meio de ações individuais e coletivas que incentivem a tomada de consciência e mudança de atitude frente ao cuidado com a saúde da mulher;
- » Controlar o avanço da doença por meio de estratégias de detecção precoce dirigidas à população feminina;
- » Prestar assistência, orientação e encaminhamento adequados à situação de saúde da mulher com base no trabalho em equipe multidisciplinar, dedicando atenção integral e humanizada à paciente.

Relato da experiência

A iniciativa da campanha surgiu no ano de 2006 em função do baixo índice de mulheres que realizavam os exames



preventivos de mama e do colo uterino no município de Palmeira. Dentre os principais determinantes da baixa adesão aos exames foram detectados os seguintes fatores: vergonha de expor o corpo diante dos profissionais e equívocos relacionados à conduta ética dos mesmos; falta de informação e esclarecimento a respeito dos exames; ausência de hábito preventivo no contexto familiar; falta de encaminhamento médico; e, ainda, o medo por parte das pacientes, tanto referente ao procedimento a ser realizado, quanto diante da possibilidade de descobrir a doença. Tais fatores contribuíram, durante anos, para a manutenção de tal concepção da mulher palmeirense diante de sua saúde e da realização de exames preventivos.

A equipe, estando alerta para tal situação de resistência e negligência por parte das mulheres com a própria saúde, mobilizou-se para criar estratégias de impacto, com ênfase na conscientização e mudança de comportamento da população feminina diante da importância da realização do exame.

Na primeira etapa dos trabalhos a equipe realizou reuniões com o propósito de programar o encontro com o público alvo, tendo como meta levar informação técnica abordando temas como: a importância da realização do exame Papanicolaou e de mama, resgate da credibilidade e confiança junto a equipe de saúde, questões relacionadas à resistência, constrangimento, medo e dor, o esclarecimento de equívocos vinculados a informações distorcidas repassadas de paciente para paciente, gerando dúvidas e a não adesão aos exames.

E em segundo momento o trabalho foi direcionado para o lançamento da “Campanha de Prevenção e Combate do Câncer de Mama e do Colo Uterino - mulher em tempo de Prevenção”, usando como incentivo a doação de camisetas para as mulheres que realizassem o exame preventivo. O objetivo era o de mobilizar a comunidade feminina com faixa etária compatível à realização dos exames, propondo uma tarde voltada para informação e confraternização, fazendo parte da programação ainda, o lanche e o sorteio de brindes, patrocinados pelo comércio local e fornecedores da Secretaria Municipal de Saúde. O evento contou com a presença de autoridades do município, equipe de saúde e especialistas na área de enfermagem, bioquímica, fisioterapia e psicologia. As temáticas abordaram orientações e procedimentos referentes à realização dos exames preventivos, lâminas de exames alterados, características de útero doente e saudável, auto-estima e tipos de alongamentos.

Resultados

De acordo com dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira, durante o ano de 2004 foram realizados 65 preventivos, caracterizando a baixa adesão à prática preventiva em saúde, visto que não existia ainda a campanha de conscientização junto à população feminina da comunidade. No ano de 2005 foram colhidos 140 preventivos, havendo um crescimento no índice de exames realizados, porém sem iniciativas que mobilizassem o público alvo.

Em 2006, quando ocorreu o lançamento da primeira campanha, foram efetuados 248 preventivos, configurando um aumento relevante na adesão aos exames e maior atenção voltada para a prevenção em saúde. Em relação a 2007, por ocasião da segunda campanha, alcançou-se o total de 330 exames colhidos, demonstrando um crescente avanço e mudança concreta de atitude por parte da população feminina frente às ações preventivas. A terceira campanha foi realizada em março de 2008, sendo que desse período até o mês de maio, foram colhidos 200 preventivos, apresentando uma situação regular, estimando-se que, nos próximos meses, seja alcançado e até mesmo ultrapassado o quantitativo do ano de 2007. A partir de registros obtidos junto à Secretaria de Saúde do município, até o ano de 2008 foram cadastradas 479 mulheres que realizaram os exames Papanicolaou e de Mama.

O maior resultado obtido no decorrer das campanhas foi referente ao ano de 2007, com o somatório de 330 preventivos colhidos e orientações relacionadas ao câncer de mama. Dentre as 479 mulheres registradas, 330 realizaram o exame. As 149 pacientes que deixaram de fazê-lo, estão relacionadas a situações de óbitos, de pessoas que não residem mais na localidade ou que realizaram o exame em consultórios particulares e as que, de fato, não voltaram a submeter-se ao exame preventivo.

Tabela 1: Exames preventivos realizados no período de 2004 a 2008

Ano	Total de Preventivos
2004	65 exames
2005	140 exames
2006	248 exames
2007	330 exames
2008	200 exames *

Considerações Finais das reladoras da experiência

Ao relatar a experiência ocorrida junto à comunidade feminina do município de Palmeira e adjacências foi possível compreender uma nova possibilidade de prática de prevenção e combate ao câncer de mama e do colo uterino. Os serviços de saúde e suas equipes, por meio de estratégias de intervenção, podem tornar favorável a relação da mulher com a perspectiva da prevenção em saúde. A Secretaria Municipal de Saúde e seus profissionais podem viabilizar o diálogo e esclarecimento da comunidade feminina e a melhoria nas condições de intervenção da equipe de saúde.

Nossa percepção é de que as pacientes submetidas a exames preventivos vêm aderindo de forma significativa e interessada às ações e programas voltados à saúde da mulher, filhos e família em geral. A resistência, o medo e a desinformação inicialmente constatados, vêm cotidianamente sendo superados, desmitificados e substituídos por atitudes positivas, favoráveis e determinantes para a saúde da mulher. Observamos que há um crescente avanço e uma mudança concreta de consciência e de atitude em uma parcela significativa de mulheres frente à própria saúde. Elas encontram-se mais localizadas e ativas no tocante às questões de orientação, prevenção e manutenção da saúde, considerando ainda a sua responsabilidade e as consequências decorrentes da negligência.

Quanto à equipe de saúde, esta deve estar constantemente se qualificando em caráter técnico e de humanização, para melhor atender e suprir as necessidades da população feminina e da comunidade em geral. Um profissional bem qualificado e com uma formação humanizada, consegue realizar suas tarefas com eficácia, sendo referência de segurança, de ética e de credibilidade para a paciente, que por sua vez, passa a colaborar e torna-se disseminadora de informações que incentivarão a mesma atitude das demais mulheres.

Concluimos que existem ainda desafios a serem superados e metas a serem alcançadas no sentido de tornar cada vez mais acessível e natural às mulheres falar sobre direitos sexuais e reprodutivos. E, também, sobre prevenção a

doenças crônicas e transmissíveis, planejamento familiar, parto humanizado, violência doméstica e sexual entre outras situações que envolvem a mulher, bem como, as devidas providências que viabilizem sua saúde, sem sentir-se violada física e/ou psicologicamente. Diante das alterações nos padrões atuais de vida, com ênfase nos fatores relacionados ao trabalho, à nutrição, à industrialização e ao consumo, à exposição das pessoas às situações geradoras de estresse e fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, é preciso investir em estratégias de detecção precoce. Afinal, quanto mais cedo for diagnosticado o câncer, maior será a possibilidade de cura, o aumento da sobrevida e o bem-estar da paciente.

Contudo, avaliamos de forma positiva e otimista a situação atual em que estamos desenvolvendo os trabalhos e a perspectiva futura de avanço das campanhas de prevenção e de combate ao “câncer de mama e do colo uterino”, através de iniciativas de sensibilização e valorização das mulheres que residem no município catarinense de Palmeira.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva: **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011** - 2 ed. - Brasília: editora do Ministério, 2008.
- CIPD, 1994 apud **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Azambuja, Maria. I. **Atenção à Saúde no Brasil: entre o custo orçamentário e a geração de riqueza**, 19/08/2004.
- GEWANDSZNJDER.F.;VASCONCELLOS,J.L.**Programas de Saúde** – Segundo Grau. São Paulo: Ática, 1982.
- Portal da Saúde – www.saude.gov.br. Legislação.
- SUS - Sistema Único de Saúde - www.sespa.pa.gov.br/sus/sus/sus



Mobilização para a Saúde: Alimentação Saudável na Qualidade de Vida

Rosane Lopes Duarte
Enfermeira - PSF 2

Cláudia Storch Augsten
Médica - PSF 2

Cleiton Pooter
Cirurgião-dentista - PSF

Nilda de Souza
Auxiliar de enfermagem - PSF 2

Introdução

***“No mundo, metade morre de fome,
metade morre de obesidade,
não podemos simplesmente
sentar para jantar...”***

Autor Desconhecido.

No ano de 2006, a Equipe de Saúde da Família iniciou um projeto inovador, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos moradores de uma determinada comunidade do Município de Piratuba/SC.

Para tal a Secretaria Municipal de Saúde contou com a participação efetiva de outras áreas da Prefeitura Municipal, como a Secretaria Municipal de Educação, a Secretaria Municipal de Agricultura, a EPAGRI e a Secretaria Municipal de Infra-Estrutura

A inspiração para a realização deste trabalho teve início em uma visita domiciliar rotineira a um casal de aposentados da Linha Uruguai, sabidamente alcoolistas, o qual empolgaram-se com a proposta da agente comunitária de saúde para que utilizassem o terreno adjacente à moradia, que estava ocioso, para o cultivo de uma horta. Aceitaram o desafio com a promessa de que a Equipe de Saúde da Família acompanharia esta empreitada e registrasse por meio

de fotografias o resultado da horta. Em função deste empreendimento a família foi orientada sobre bons hábitos alimentares e foi realizada uma reportagem no jornal do Município elogiando o bom exemplo do casal. Toda esta atenção para com esta família proporcionou ótimos resultados como: o abandono do alcoolismo da família citada e a repercussão na comunidade onde grande parte da população local interessou-se por cultivo de hortas caseiras.

Esta comunidade localiza-se às margens do Rio do Peixe adjacente à antiga ferrovia, construída em 1910 ligando São Paulo ao Rio Grande do Sul, e era um grande centro industrial e comercial, oportunizando renda aos moradores. Com a desativação dessa ferrovia, a comunidade sofreu uma crise econômica resultando em: desemprego, alcoolismo, êxodo rural, baixa auto-estima, maus hábitos alimentares, alto índice de doenças crônico-degenerativas e uso indiscriminado de medicamentos alotrópicos.

Após a realização do diagnóstico da comunidade e a avaliação (prévia) do trabalho desenvolvido, verificamos o potencial de expansão do cultivo de hortas em toda a comunidade, pensando na melhoria da qualidade de vida da população alvo.

Essa foi a semente geradora das ações realizadas desde então: envolvimento de outras comunidades do interior, aperfeiçoamento das ACS na área, divulgação das ações no Município, palestras com grupos pré-formados, folders, paradas educativas, entre outras.

Na época, o que nos impulsionou foi a idéia criativa da Agente Comunitária local e a aceitação da comunidade em participar da experiência proposta. Apesar de não imaginarmos a repercussão positiva, sempre nos dedicamos muito para o sucesso das atividades, registrando as ações e resultados e pensando na ampliação das mesmas. Através desta forma de trabalho, ou seja, engajado com as necessidades primordiais para promoção da saúde dos municípios, surgiram naturalmente as possibilidades de apresentação do projeto, bem como participação de concursos, entrevistas em rádio, jornais e TVs, sem ter um aspecto de um trabalho “frio”, nascido ao acaso, que tem como objetivo único o cumprimento de um objetivo específico.

Apresentação

A história de Piratuba começou em 1910 quando foi construída a Estrada de Ferro São Paulo - Rio Grande do Sul. A empresa responsável pela obra, a “Brazil Railway Company” montou um acampamento para seus operários na região e formou-se um núcleo que passou a se chamar Vila do Rio do Peixe.

Desde sua colonização por alemães e italianos, atraídos pela propaganda feita em torno desta região e das terras férteis, vieram para cá levas de colonos movidos pela possibilidade de expansão agrícola que no Rio Grande do Sul estavam esgotadas, havendo assim aqui uma elevada procura por compra de terrenos as margens da ferrovia, instalando-se aqui inúmeras famílias a procura de novos horizontes que mais tarde impulsionadores do desenvolvimento e comercialização projetaram este local ao crescimento de uma Vila, onde este núcleo aqui formado permaneceu até 18 de Fevereiro de 1949, quando o lugar foi elevado à categoria de município, passando a chamar-se Piratuba que em Tupi-Guarani significa abundância de peixes.

A grande virada na história de Piratuba aconteceu em 1964 quando a empresa Petrobrás procurava petróleo na região. O achado foi, na realidade, um lençol de águas termais a 674 metros de profundidade que acabou trazendo definitivamente o turismo para Piratuba.

No inverno ou no verão, as águas de Piratuba permanecem sempre à temperatura de 38° C. Além do lazer, os banhos termais têm propriedades terapêuticas, sendo indicados para tratamento de pele, reumatismo, úlceras, hi-

pertensão arterial, eczemas, entre outros problemas relacionados à saúde.

A rede hoteleira, uma das maiores do estado de Santa Catarina, com 13 hotéis, 05 pousadas e 02 apart hotéis com mais de 2000 leitos garante uma estadia confortável aos visitantes.

Piratuba não é somente água termal. O município, agora, conta também com a Usina Hidrelétrica Machadinho, distante 18 quilômetros do parque termal, onde se formou um lago de 56 km² propício a atividades náuticas e pesca. Também na agricultura, Piratuba tem uma grande atividade econômica, desenvolvida através do cultivo de milho, feijão, além da bovinocultura de leite e suinocultura.

Piratuba situa-se no meio-oeste catarinense, pertencente a macro-região da AMAUC (Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense), com aproximadamente 4.700 habitantes, com fluxo turístico de 250.000 pessoas ao ano.

A saúde, no Município de Piratuba evoluiu muito nos últimos anos, tanto pelo aumento de profissionais habilitados, como pela estrutura física e técnica. Conta, hoje, com uma Unidade Mista de Saúde, com 1.300m² de área construída, onde reúnem todos os setores da saúde e assistência social, um Pronto Atendimento bem equipado, leitos de observação e sala para pequenas cirurgias.

O PSF de Piratuba é composto de 02 Equipes, com 15 Agentes Comunitárias de Saúde, Equipe de Saúde Bucal e conta com o apoio da administração municipal, Secretário de Saúde e tem como colaboradores: 02 digitadoras, 02 assistentes sociais, 01 psicóloga, 01 fisioterapeuta, 01 farmacêutico, 04 motoristas, 01 carro próprio e uma Unidade Móvel de Saúde que fica à disposição das Equipes para realização de triagem médica e odontológica de escolares, realização de campanhas no interior, como a do preventivo do câncer uterino e tratamento odontológico nas escolas e comunidades. As 02 Equipes de Saúde da Família, juntamente com as ACS, proporcionam cobertura de 100% do município, com aproximadamente 1337 famílias cadastradas*.

O Programa de Saúde da Família no Município de Piratuba atua na Unidade Mista de Saúde, no centro da cidade, porém com identificação externa e interna, situada na Av. 18 de fevereiro, 396. conta com salas exclusivas para médicos, enfermeiras e cirurgião dentista do PSF, bem como um



auditório para 77 lugares, data show, tela e note book para palestras e reuniões na Unidade e para trabalhos de campo. Possui veículo exclusivo e totalmente identificado.

Recentemente, implantamos o NASF Estadual, composto por psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e professora de Educação Física. Na verdade, já trabalhávamos em conjunto mesmo antes da composição do Projeto NASF, onde realizamos vários trabalhos em equipe multidisciplinar. Está implantado, no município, também o sistema de avaliação - AMQ e o sistema de planejamento - PROGRAB, que nos auxilia muito na avaliação de nossas ações e ajudam a direcionar nosso planejamento futuro, com o auxílio de toda a Equipe.

As Equipes de PSF dividiram as regiões em PSF 1, que abrange a cidade e bairros e PSF 2, que atua no interior do Município. Esta última foi a primeira equipe a ser implantada em Piratuba, no ano de 2002, devido à maior dificuldade no acesso à saúde, e é ela a autora deste projeto.

Justificativa

A alimentação e a nutrição de qualidade são requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde de uma população.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), homologada em 1999, que integra a Política Nacional de Saúde, nos dá as diretrizes para as práticas alimentares saudáveis, junto com a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais, através de ações intersetoriais que propiciam o acesso universal aos alimentos.

Baseada na diretriz da PNAN que fala da promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, em conjunto com a intersetorialidade, tentamos inserir o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como atividades na prática, como pirâmide alimentar, composição dos alimentos, plantação dos mesmos... com o principal objetivo de prevenir problemas nutricionais, desde a desnutrição até a obesidade.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, há uma transição epidemiológica nutricional que se confirma com o decréscimo da prevalência desnutrição/baixo peso em todas as faixas etárias e regiões, com o significativo aumento de sobrepeso e obesidade, principalmente em mulheres de renda mais baixa. Sendo assim, os problemas de saúde

deixam de ser caracterizados com alta morbidade e mortalidade por doenças infecciosas, em detrimento da elevação do predomínio de doenças crônicas não transmissíveis.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que os maus hábitos alimentares são as principais causas de doenças crônicas como as cardiopatias, o diabetes, a obesidade e o câncer.

Conforme uma abordagem ampliada do Ministério da Saúde, a alimentação não se delinea enquanto uma “receita” pré-concebida e universal para todos, pois deve respeitar alguns atributos coletivos e individuais impossíveis de serem quantificados de maneira prescrita. Contudo, identificam-se alguns princípios básicos que devem reger esta relação entre práticas alimentares e a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Uma alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares assumindo a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico conceitual. A alimentação se dá em função do consumo de alimentos (e não de nutrientes). Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes; contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos destes.

A alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são, pois, as principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes em nosso município, como as cardiovasculares, a obesidade, a diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer, que contribuem substancialmente para a incapacidade física, psicológica e destacando econômica do município. Outras doenças frequentes relacionadas com a má alimentação e a falta de atividade física em nosso meio são a cáries dentárias e a osteoporose. Entre esses fatores figuram o maior consumo de alimentos hipercalóricos pouco nutritivos com alto teor de gordura, açúcares e sal.

A alimentação e a atividade física influenciam na saúde, seja de maneira combinada ou cada uma em separado. Assim, enquanto os efeitos da alimentação e da atividade física em saúde podem interagir, sobretudo no caso da obesidade, a atividade física aporta benefícios adicionais independentes da nutrição e da dieta alimentar, havendo riscos nutricionais consideráveis que não guardam

relação com a obesidade. A atividade física é fundamental para melhorar a saúde física e mental das pessoas.

Devemos considerar, também, que, fazendo uma analogia às doenças transmissíveis e seus modos de prevenção (ex: imunizações); as morbidades não transmissíveis, ou crônicas, têm um alto custo para a saúde. Sendo assim, pretende-se demonstrar o custo-benefício da prevenção baseada na alimentação saudável e atividade física.

Em relação à população alvo, sabemos que são famílias que se encontram na área rural, descendentes, na sua maioria, de imigrantes italianos, alemães e caboclos. Têm hábitos alimentares peculiares, onde as gorduras, carboidratos e proteínas são a base alimentar. Trabalham como agricultores, avicultores, suinocultores e muitos sobrevivem com a aposentadoria dos mais velhos. A baixa escolaridade é grande, assim como o êxodo rural, sendo que os mais jovens migram para a cidade em busca de trabalho, onde a proporção populacional de 60% (interior) e 40% (sede) se inverteu nos últimos 5 anos.

Esta situação levou a sérias consequências que aqui citamos: desemprego, alcoolismo, baixa auto-estima, maus hábitos alimentares, doenças crônico-degenerativas e uso indiscriminado de medicamentos, na área rural.

Após a realização do diagnóstico da população foram planejadas as ações que efetivamente mudassem os hábitos, sem a pretensão de mudar a cultura, tentando de alguma forma inserir nossas idéias em suas vidas cotidianas.

Reconhecemos na Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, uma estreita relação quanto aos objetivos e ações que desenvolvemos ao longo destes dois anos. Sabemos, portanto, que estamos no caminho certo.

Objetivos

- » Melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das famílias das comunidades do Município, em especial na área rural, reduzindo os riscos de doenças não transmissíveis através de mudanças de hábitos;
- » incentivando a atividade física, a produção, oferta e consumo de alimentos saudáveis, produzidos em unidades de hortas caseiras e pomares, como: verduras, legumes, ervas medicinais e frutas da estação;
- » Aumentar a atenção e o conhecimento sobre alimenta-

ção e atividade física para intervenções preventivas na saúde pública;

- » implementar planos de ação em nível regional, municipal e comunitário que sejam sustentáveis e compreensíveis pela população alvo;
- » utilizar a intersetorialidade entre Secretarias Municipais, sociedade civil e mídia para auxiliar no desenvolvimento dos planos de ação;
- » monitorar os resultados das ações desenvolvidas, registrando dificuldades e acertos para reprodução do projeto em larga escala.

Desenvolvimento

Na prática, o objetivo das nossas ações se resume em diminuir a ingestão de gorduras saturadas e *trans*-saturadas, substituindo-as pelas insaturadas; aumentar o consumo de hortaliças, legumes e cereais integrais; limitar a ingestão de açúcar simples; limitar o uso do sal e buscar o equilíbrio energético para manter o peso, baseando-se na utilização correta da pirâmide dos alimentos (em anexo). Com respeito à atividade física, orientar e estimular sua prática de maneira regular, conforme seu estado de saúde para melhorar o quadro funcional do organismo.

Em julho de 2006, iniciamos a implantação de unidades de hortas caseiras, chamado PROJETO HORTAS, por uma equipe multidisciplinar, atingindo 48 famílias cadastradas por adesão voluntária, na Linha Uruguai, Microárea 07, do Município de Piratuba. A intenção prática do trabalho era a conscientização sobre a importância da saúde, da higiene, da habitação adequada, do meio ambiente, da alimentação e prática de atividade física, melhorando assim, a qualidade de vida da população adstrita.

As ações desenvolvidas pelo Projeto foram realizadas nas residências. Com o aval da Prefeitura Municipal, o setor da agricultura ficou encarregado de distribuir adubo, telas e palanques segundo as necessidades de cada família, custeando os mesmos, para pagamento posterior destas famílias beneficiados com o próprio produto entregue nas escolas municipais utilizando-os nas merendas escolares.

O acompanhamento destas famílias foi feito de forma individual, onde foram registradas as hortas por meio de fotos que então foram publicadas no jornal da cidade e de forma comunitária com reuniões e palestras.



Como motivação, as famílias foram contempladas com 10 tipos de mudas de ervas medicinais, ofertadas e distribuídas pela agricultura, sob acompanhamento da agente comunitária de saúde em conjunto com um folder explicativo sobre a ação de cada erva.

Após este processo, foi realizada reunião mensal entre a equipe multidisciplinar avaliando o andamento do projeto e a adesão ao mesmo.

Foram realizadas palestras para orientação das famílias que aderiram ao programa sobre o que constitui uma alimentação saudável e sua importância, seguindo as normas nutricionais da pirâmide dos alimentos e enfatizando as propriedades das frutas, legumes e verduras cultivadas pelas mesmas.

Para registrar os resultados dos trabalhos, confeccionou-se um breve documentário, com a participação de relatos sobre a experiência com os moradores da própria comunidade, divulgando a nível estadual em Festival de Vídeos e Cinema Rural.

A Equipe do PSF, juntamente com as ACS, participou, no dia 14 de junho de 2007, do 1º Seminário do Alto Uruguai Catarinense de Ervas Medicinais, realizado em Concórdia, com a finalidade de regatar o uso correto das plantas medicinais, devido ao uso indiscriminado de medicamentos alopáticos no nosso Município.

Após resultados positivos em 2007, a primeira ampliação do PROJETO HORTAS foi a integração das hortas caseiras e pomares, com incentivo da Prefeitura Municipal, também oferecendo telas, palanques e adubo aos beneficiários de um projeto habitacional realizado na área rural. Foram construídas 37 casas populares, com auxílio da Caixa Econômica Federal e recursos do Município, para as famílias com ínfima remuneração e condições precárias de vida, sendo que em todas foram disponibilizadas a confecção das hortas e pomares, com a finalidade de proporcionar habitação digna em conjunto com hábitos alimentares saudáveis, de maneira sustentável, proporcionando melhora real na qualidade de vida. Paralelamente, atividades educativas foram disponibilizadas às famílias beneficiadas como palestras com a Assistente Social e equipe do PSF para garantir mudanças de hábitos, concomitantemente à mudança de habitação. Foram abordados assuntos como: manutenção da propriedade, higiene, mudança de hábitos

alimentares e a importância da ingestão de verduras, legumes e frutas para a promoção da saúde.

Com todas estas ações referentes a hábitos alimentares para proteção e promoção de saúde, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) também deram sua importante contribuição. Além de darem suporte nas famílias quanto à confecção e acompanhamento das hortas, dividiram-se em grupos e realizaram estudos referentes aos assuntos trabalhados nos projetos para melhor poder informar as famílias. Os trabalhos foram apresentados nas Reuniões de Equipe, e utilizados para orientação da população alvo, nas reuniões semanais de Hipertensos e Diabéticos, realizadas a cada 60 dias em 10 comunidades do município, nos Clubes de Mães, Idosos e outros.

No mesmo ano, a Secretaria de Educação juntou-se ao projeto das hortas, implantando-as nas áreas das escolas municipais do interior e da cidade, com auxílio dos alunos e orientação educativa da Equipe do PSF.

No ano de 2008, o trabalho seguiu com um planejamento maior. O objetivo era ampliar o conceito de alimentação saudável para todo o município, abrangendo, também, o PROJETO HORTAS para todas as comunidades da zona rural. As ACS cadastraram em torno de 10 famílias em cada microárea para expansão do PROJETO HORTAS nos moldes anteriores, continuando com o apoio da Prefeitura Municipal e suas Secretarias.

No dia 02/04/2008, foi realizada uma visita com as Agentes Comunitárias de Saúde visando estudo e conhecimento das mudas de chás cultivadas no Colégio Agrícola de Concórdia e suas utilizações.

Além disso, foi escolhido o dia 31 de março de 2008 -Dia Mundial da Nutrição- para realização de uma Parada Educativa, com distribuição de folders sobre Alimentação Saudável e entrega de 1.500 mudas de hortaliças para a população. Este evento rendeu entrevistas em jornais e rádio, bem como o interesse da população em geral, pois todas as ACS entregaram um exemplar do folder em cada residência do Município.

Através destes folders, pretendeu-se trabalhar Alimentação Saudável com vários grupos, como: escolas, Encontro de Mulheres, eventos e outros, tentando sensibilizar a população quanto à importância para a melhora da qualidade de vida.

Resultados

Todos sabemos que mudar conceitos e hábitos de uma população é algo difícil, que leva tempo e necessita de muita perseverança. Nestes dois anos de planejamento e execução dos trabalhos, temos como resultados obtidos:

- » incorporação do conceito da alimentação saudável nas famílias;
- » redução da morbidade e mortalidade atribuídas às doenças não transmissíveis da população alvo;
- » reeducação alimentar segundo as tradições culturais da comunidade;
- » implantação das hortas caseiras em um público alvo dando início à estratégia principal;
- » conscientização das famílias sobre o cultivo dos vegetais, frutas e ervas medicinais;
- » adesão à atividade física, controle de peso e hábitos alimentares;
- » implementação da idéia de alimentação saudável, atividade física promovendo qualidade de vida na base educacional do Município;

» redução do uso de medicamentos químicos;

» melhoria da auto-estima da população alvo.

Verificou-se após 06 meses de andamento do trabalho, que algumas famílias tiveram redução dos níveis de colesterol e triglicerídios, práticas regulares de exercício físico (caminhadas), mudança de hábitos na alimentação familiar, troca de receitas entre as famílias, baixa dos níveis de pressão arterial, diminuição da demanda na Unidade Sanitária, embelezamento da propriedade e aumento da auto-estima. Notaram-se, também, mudanças nos cardápios Escolares nos Encontros de Idosos e Clubes de Mães, inserindo alimentos mais naturais, frescos, com pouca gordura e açúcar. Hoje, os participantes dos grupos de Hipertensos e Diabéticos, além de estarem mais controlados, sabem dos riscos de uma alimentação desregada. Houve sim, um aumento na procura do Posto de Saúde, porém não para a cura de doenças, mas para realização de exames preventivos e de controle, e principalmente busca de orientação sobre formas de prevenção da saúde para uma maior qualidade de vida.

FOTOS: ARQUIVO PESSOAL



Importante ressaltar que mudanças significativas trazem bons resultados, quando se trata de Qualidade de Vida, pois através da mobilização das comunidades já ampliamos este projeto para mais cem hortas caseiras, em processo de inter-setorialidade, nas demais comunidades do interior do município. Vale destacar que “**Piratuba é bom viver aqui**”.

Considerações Finais

O desafio do Programa de Saúde da Família, hoje, é de revisar os conceitos da interação saúde-doença, com base na Educação para a Saúde, numa interação de trabalhadores da saúde, com seu público, em um suporte multidisciplinar onde todos ganham e todos aprendem.

Temos o desafio de mudar a concepção da atenção à saúde, através de mudanças nas práticas profissionais atuais, com uma nova formação para o futuro. Baseado neste entendimento, o PSF vem para revolucionar o planejamento das ações em nível local para poder adequar os serviços às necessidades da população em geral, avaliando o impacto das ações realizadas.

O Projeto Mobilização para a Saúde, Alimentação Saudável na Qualidade de Vida, encaixa-se perfeitamente nesta nova maneira de trabalhar, onde temos a prevenção, proteção e recuperação da saúde na educação continuada como base para obter resultados positivos a médio e longo prazo, tratando principalmente da mudança de hábitos de uma determinada população.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **O que é uma Alimentação Saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: Uma abordagem ampliada.** Brasília, maio 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 2ª edição revisada.- Brasília: 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável.** Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília-DF, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global para a Alimentação Saudável, atividade física e saúde.** 57ª Assembléia Mundial de Saúde. Genebra 2004.
- ROGGE, Cláudio Victor. **Piratuba Terra Boa**, 1ª edição. Piratuba, 2008
- WEB <<http://www.piratuba.sc.gov.br/>>
- WEB <<http://www.saude.gov.br/>>

Avaliação da Atenção Básica

Apresentação

O Projeto de Avaliação da Atenção Básica teve início em consultoria do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (SPB-UFSC) à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC), em 2004, como parte do PROESE, no componente de Fortalecimento da Avaliação e Monitoramento. A consultoria incluía formação e desenvolvimento de capacidade em monitoramento e avaliação e construção de modelo próprio de avaliação para o Estado de Santa Catarina. A proposta desenvolvida foi orientada pela compreensão de que os níveis estratégicos, táticos e operacionais do sistema de saúde deveriam ser envolvidos no processo de construção do modelo, e de que o modelo deveria ser objeto e produto no processo de formação dos quadros institucionais.

A concepção que suporta a Matriz Teórica do projeto é de que a Atenção Básica deve ser avaliada a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

São consideradas a garantia de acesso e a redução de risco a partir da intersetorialidade, da participação da comunidade, da equidade, da integralidade e da universalidade.

No primeiro momento foi realizada ampla consulta aos diversos setores e áreas de atuação da SES-SC, que resultaram em uma coleção de 160 (cento e sessenta) indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios catarinenses. Esses indicadores foram classificados nas dimensões e subdimensões da Matriz Avaliativa da Atenção Básica, discutida e pactuada em oficinas de consenso com diretores, gerentes e técnicos da SES-SC.

A classificação e os indicadores propostos foram aperfeiçoados em oficinas de trabalho, com a participação de técnicos e gerentes dos diferentes setores e áreas de atuação da SES-SC, professores de diversos departamentos da UFSC, e alunos de pós-graduação. Foram quatro meses de oficinas semanais, que resultaram em uma matriz de avaliação com 40 indicadores, divididos como apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Matriz Avaliativa da Atenção Básica em Santa Catarina

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	GESTÃO DO PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação intersetorial (4 indicadores)	Criança (3 indicadores)	Criança (3 indicadores)
Participação popular (4 indicadores)	Adolescente (3 indicadores)	Adolescente (3 indicadores)
Recursos Humanos (4 indicadores)	Adulto (3 indicadores)	Adulto (3 indicadores)
Infraestrutura (4 indicadores)	Idoso (3 indicadores)	Idoso (3 indicadores)

A primeira aplicação da matriz de avaliação aconteceu em 2006, com coleta de dados do ano de 2005 em uma amostra de 70 municípios catarinenses. Esses dados foram consolidados e analisados em uma tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Engenharia de Produção. O trabalho foi indicado como representante do programa ao Prêmio Tese Capes 2008, e recebeu menção honrosa no Prêmio Tese SUS de 2008.

Em 2007 foram realizadas novas oficinas para aperfeiçoamento dos indicadores, contando novamente com a participação de gerentes e técnicos da SES-SC, professores e alunos da UFSC. Os dados relativos aos indicadores reformulados foram coletados em 2008 para processar a avaliação do desempenho da gestão da atenção básica dos municípios em 2007. Todos os municípios foram convidados a preencher o formulário de dados da pesquisa, e seus resultados subsidiaram a premiação aos 10 (dez) melhores desempenhos na atenção básica em 2007. Em 2009 será realizada nova premiação a partir da avaliação do desempenho municipal com base nessa proposta de avaliação.

Metodologia

A avaliação da gestão municipal da atenção básica à saúde foi realizada sob um prisma definido por duas dimensões: (i) provimento da atenção básica à saúde e (ii) gestão do sistema municipal de saúde, que, respectivamente, representam o dever do município de reduzir o risco de doenças e de outros agravos e de tornar igualitário e universal o acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A gestão municipal é avaliada sob quatro critérios de desempenho gerencial: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Nesse contexto, *eficiência* é o critério de desempenho econômico que revela a otimização da capacidade instalada; *eficácia* é o critério de desempenho político que revela a realização das metas quantitativas e qualitativas; *efetividade* é o critério de desempenho social que revela a maximização dos resultados; *relevância* é o critério de desempenho cultural que revela a maximização dos impactos.

Medidas de eficiência, de eficácia, de efetividade e de relevância foram definidas em trabalho conjunto com servidores da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, para cada um dos 12 tipos de ação definidos na Matriz Ava-

liativa da Atenção Básica. Os dados foram coletados de duas formas, a saber: nos sistemas oficiais da SES-SC; e nos sistemas municipais de saúde. Esses últimos foram coletados por meio de formulário eletrônico, disponibilizado na página da SES-SC nos meses de julho, agosto e setembro de 2009. Seu preenchimento foi obrigatório, uma vez que os dados solicitados não estão disponíveis nos sistemas de informação da rede informatizada. O acesso ao preenchimento do formulário ocorreu mediante inclusão de senha específica para cada município, fornecida exclusivamente ao Secretário Municipal de Saúde, em seu e-mail institucional.

Os dados coletados nos sistemas de informação são submetidos a testes de consistência para eliminar possíveis erros de digitação ou contabilidade de casos. Os testes são conduzidos com análise de série histórica e de variações entre grupos. Sempre que há indicação de irregularidade os dados são conferidos e comprovações podem ser solicitadas aos setores competentes. O conjunto de dados, formado pelos coletados nos sistemas e pelos fornecidos pelos municípios, conformam o banco de dados que dá origem à avaliação. Neste banco, os municípios são agrupados em extratos por porte populacional: até 3 mil habitantes, de 3 a 6 mil habitantes, de 6 a 10 mil habitantes, de 10 a 20 mil habitantes, de 20 a 50 mil habitantes, e mais de 50 mil habitantes. Os indicadores são de dois tipos: binários (sim ou não) e quantitativos (contínuos, discretos ou percentuais). O processo de julgamento é realizado por comparação entre os municípios de porte populacional semelhante. Para os indicadores binários, os valores são atribuídos como “zero”, para a situação não desejável, e “um”, para a situação desejável. Para cada um dos indicadores quantitativos propostos, em cada extrato populacional, os valores são ordenados e classificados em “situação boa” para os 25% melhores no grupo, “situação ruim” para os 25% piores no grupo, e “situação regular” para os 50% restantes no grupo. Para cada situação é conferido um escore: “zero” para os piores; “meio” para os regulares; “um” para os melhores.

A avaliação do município é resultado da soma dos escores recebidos nos grupos de indicadores, com peso “um” para os indicadores de Gestão do Sistema Municipal e peso “dois” para os indicadores de Provimento da Atenção Básica. Desta forma, a pontuação máxima para o grupo de indicadores de Gestão do Sistema Municipal é 16 (dezesesseis),

correspondendo a um ponto para cada um dos indicadores; e a pontuação máxima para o grupo de indicadores de Provimento da Atenção Básica é 48 (quarenta e oito), correspondendo a dois pontos para cada um dos indicadores. O intervalo de valores possíveis na avaliação do desempenho municipal na atenção básica é de 0 a 64 pontos.

A pontuação permite identificar a posição de cada município relativamente aos seus semelhantes para corrigir seus processos e alcançar melhores resultados. Como estímulo à aplicação de mecanismos de avaliação & monitoramento e ao aperfeiçoamento da gestão na atenção básica, a SES-SC utiliza as pontuações para premiar as melhores

práticas em Santa Catarina. Em 2008 foram premiados 1 (um) município em cada macro-região. Para 2009, serão premiados 9 (nove) municípios de melhor desempenho nos extratos definidos na tabela abaixo.

As próximas avaliações também poderão subsidiar mecanismos de estímulo e os critérios de premiação são sempre definidos pela CIB em pactuação com o COSEMS.

Resultados

Os resultados da avaliação serão divulgados no IV Encontro Estadual da Saúde da Família. O detalhamento será apresentado no próximo número da revista.

POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO	PREMIAÇÃO
Até 10 mil habitantes	Prêmios aos 3 (três) melhores
Entre 10 mil e 25 mil habitantes	Prêmios aos 2 (dois) melhores
Entre 25 mil e 50 mil habitantes	Prêmios aos 2 (dois) melhores
Entre 50 mil e 100 mil habitantes	Prêmio para o melhor
Acima de 100 mil habitantes	Prêmio para o melhor

Maria Cristina Marino Calvo

Pesquisa: NEPAS (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde)



**SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE**
www.saude.sc.gov.br

