

ANO I | Nº 03 | Julho 2010

Revista Catarinense de Saúde da Família



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



Um Retrato da Estratégia Saúde da Família no Estado

*Resultados do monitoramento feito pela
Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde*

Leonel Arcângelo Pavan

Governador do Estado

Roberto Eduardo Hess de Souza

Secretário de Estado da Saúde

Rosina Moritz dos Santos

Diretora Geral da Secretaria de Estado da Saúde

Arion Bet Godói

Superintendente de Planejamento e Gestão

Maria Teresa Locks

Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação

Maria Arlene Pagani

Gerente de Coordenação da Atenção Básica



Revista Catarinense de Saúde da Família

Conselho editorial

Roberto Eduardo Hess de Souza

Secretário de Estado da Saúde

Rosina Moritz dos Santos

Diretora Geral da SES/SC

Pio Pereira dos Santos

Mestre em Saúde Pública (SES/SC) - Coordenador

Gilson Carvalho

Doutor em Saúde Pública (SP)

Maria Cristina Calvo

Doutora em Saúde Pública (UFSC)

João Carlos Caetano

Doutor em Saúde Pública (SES/SC)

Lisete Contin

Especialista em Saúde Pública (SES/SC)

Secretária Executiva

Organização: Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família

Edição e editoração: Santa Comunicação

Impressão: Gráfica IOESC • Tiragem: 3 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, 3212.1694, 3212.1690, 3212.1691

Editorial

Caros profissionais,

Ao assumirmos a Secretaria de Estado da Saúde, definimos algumas prioridades para esta gestão: investir na infra-estrutura e no reaparelhamento tecnológico dos hospitais, inclusive através da viabilização de parcerias internacionais; ampliar o quadro de servidores da SES, através de concurso público já lançado, para a contratação de quase 900 profissionais; consolidar o conceito de Governança, para aumentar a resolutividade do atendimento nos municípios; e reduzir a Mortalidade Infantil para um dígito, colocando Santa Catarina no patamar dos países de primeiro mundo.

Vocês, que atuam nas equipes de Saúde da Família, têm influência decisiva no alcance destas metas, porque conhecem como ninguém mais na área da saúde, a realidade da nossa população, os problemas que enfrentam nos seus lares, e os serviços disponíveis em seus bairros. Por isso, por contarmos com vocês como aliados essenciais nesta nova gestão da SES, queremos que participem do conceito de Rede Assistencial, a ser instituída em Santa Catarina: a Governança, que norteia o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

A ordenação deste sistema passa pela Estratégia Saúde da Família - ESF. Através do “diagnóstico” fiel das condições de saúde em uma determinada região, do atendimento básico e, quando necessário, do encaminhamento do paciente a outros serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, a ESF busca a integralidade da atenção e, consequentemente, maior resolutividade em cada caso.

O projeto piloto da Governança está sendo implantado nas regiões Norte e Nordeste de Santa Catarina, e os resultados desta ação darão embasamento para que o conceito também se concretize, gradualmente, em todas as regiões do Estado. Em abril foi realizada uma importante Oficina de Urgência e Emergência em São Bento do Sul. O objetivo é estabelecer uma logística para que 90% da população tenha acesso a um Ponto de Atenção, quando necessário, no período máximo de uma hora. O próximo passo é a adesão dos municípios ao projeto, a partir

do fortalecimento da Atenção Básica que oferecem.

Além da população em geral, serão beneficiados, em particular, as crianças e as gestantes, usuários do Sistema Único de Saúde. Na última década, a Mortalidade Infantil em Santa Catarina, passou de 15,7 em 2.000 para 11,0 em 2.009, constituindo-se na menor taxa do país. Mas queremos ir além.

Para termos um parâmetro, os dados mais recentes, de 2007, apontam um índice de Mortalidade Infantil de 46 óbitos para cada mil nascidos vivos no mundo, e de aproximadamente 20 óbitos para cada mil nascidos vivos no Brasil. Nossa meta, em Santa Catarina, é reduzir a Mortalidade Infantil para um dígito, não pelo status que este número poderia trazer, mas pela realidade que este dado revela: uma assistência digna, do pré-natal à infância, passando pelo parto humanizado. Os profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, são insubstituíveis neste processo e fundamentais para o avanço da Saúde Pública em nosso Estado.

Roberto Eduardo Hess de Souza
Secretário de Estado da Saúde



Em tempo: Aproveito a oportunidade para manifestar nossa alegria pela pronta recuperação do Dr. Gilson Carvalho, que integra o Conselho Editorial desta revista. Que o seu coração não nos dê mais sustos... e que recupere logo o fôlego e a força para continuar a escrever a sua brilhante trajetória profissional, que se confunde com a própria construção do SUS em nosso país.



Sumário

Apresentação	5
Estratégia Saúde da Família	6
<i>Relatos de Experiências</i>	
São Bonifácio	13
Vargem	15
Chapecó	18
Tigrinhos	23
Treviso	27
Camboriú	34
Caminhos para a Saúde do Homem	38
Avaliação da Atenção Básica	39

Esta 3ª edição da Revista Catarinense de Saúde da Família apresenta mais algumas das experiências exitosas dos municípios premiados no IV Encontro Estadual de Saúde da Família. E traz os primeiros resultados do monitoramento feito pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde, cujo relato terá continuidade na próxima edição. Aproveitamos para destacar as principais conquistas da Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS), responsável pela organização da revista.

Temos avanços para comemorar e desafios para enfrentar, como a ampliação do acesso da população às Equipes de Saúde da Família; o aumento da cobertura das Equipes de Saúde Bucal; a expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF/SC); o incremento do Cofinanciamento da Atenção Básica conforme a Deliberação CIB 67//10 de 19/02/2010, com a inclusão dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS); o incremento do Programa Catarinense de Inclusão Social (PROCIS); a implantação da Política Nacional de Saúde do Homem e; os resultados obtidos no monitoramento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Estado.

Para estimular os municípios no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), a GEABS dará continuidade ao processo de construção das Redes de Fortalecimento da APS nos Municípios das Macrorregiões Nordeste e Planalto Norte. Nesta perspectiva, também foi iniciada a Fase 2 do PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, direcionado para apoiar o desenvolvimento, implantação e execução das ações de Monitoramento/Avaliação da Atenção Básica / Saúde da Família e dos processos de Educação Permanente, visando fortalecer a capacidade técnica da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e dos municípios, nesses dois contextos, imprescindíveis para a qualificação das equipes de Saúde da Família.

Dentre as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família, destacamos a implementação do Cofinanciamento Estadual com a inclusão do NASF/SC para municípios de pequeno porte, destacando o aumento dos profissionais da área de Saúde Mental neste núcleo; a realização de Oficinas de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ); a realização de Treinamento Introdutório para as Equipes de ESF em parceria com a Escola de Saúde Pública da SES e CIES; e a elaboração da Cartilha da Estratégia Saúde da Família, prevista para o 2º semestre de 2010.

Confira outras realizações da GEABS:

Saúde Mental: Realização da IV Conferência Estadual da Saúde Mental – Intersetorial, nos dias 20 e 21 de maio de 2010; e do Curso de Especialização em Saúde Mental, promovido pela Escola de Saúde Pública da SES.

Saúde da Mulher: Cumprimento da Lei dos Acompanhantes no Atendimento ao Parto, pelas Unidades Hospitalares (neste ano completa 5 anos); e divulgação dos Sistemas de Informação do Câncer de Colo e Mama (SISCOLO e SISMA-MA) através da realização de seminários regionais.

Saúde da Criança e Adolescente: Realização do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS–PNAN 10 anos (Política Nacional de Alimentação e Nutrição), organizado pela Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição e Conselho Estadual de Saúde, oferecidos para as Gerências Regionais de Saúde e Municípios; realização de Oficina de Formação de Tutores na Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS); e de curso de sensibilização dos Gestores na iniciativa Hospital Amigo da Criança, para os hospitais que pretendem realizar credenciamento.

Saúde do Idoso: Realização de Encontros Regionais de Saúde da Pessoa Idosa na ESF; Realização de Seminários de Sensibilização dos Gestores Municipais de Saúde, na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; e implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa através da ESF.

Saúde Bucal: Realização das etapas preparatórias da SB Brasil/2010, Pesquisa Nacional em Saúde Bucal; avaliação das atividades de Saúde Bucal de 2009; e realização de cursos descentralizados de Técnico em Saúde Bucal em parceria com a Escola de Formação em Saúde (EFOS).

Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica: Compilação e divulgação dos dados de Monitoramento das Equipes de Saúde da Família em 2008, realizado de forma conjunta com o Ministério da Saúde; e compilação / disponibilização no site da SES das informações de capacidade instalada de serviços e equipes da ESF, cobertura e repasse financeiro estadual para os municípios.

Política Saúde do Homem: Divulgação da Política e realização do Plano Operativo.

Coordenação da Estratégia Saúde da Família



Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina

Características da implantação e funcionamento

Mirvaine Panizzi

Cirurgiã-Dentista, Mestre em Saúde Pública,
Técnica da Gerência de Coordenação de Atenção Básica - SES/SC

Pio Pereira dos Santos

Médico Sanitarista, Mestre em Saúde Pública
Secretaria de Estado da Saúde - SES/SC

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por meio da Gerência de Coordenação da Atenção Básica, em conjunto com o Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica, realizou, em junho de 2008, o Monitoramento da Estratégia Saúde da Família (ESF) - uma coleta detalhada de dados sobre a situação de cada equipe, gerando um grande banco de dados. Esse banco de dados é e será a base de estudos sobre a situação da implantação da ESF no Estado.

O estudo buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de Saúde da Família (SF) e Saúde Bucal (SB) no estado de Santa Catarina (SC) quanto à infra-estrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes, tendo em vista os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Além disso, foram comparados com os resultados obtidos em estudo realizado em 2001-02 (BRASIL, 2004).

Este primeiro artigo apresenta dados sobre a evolução da implantação das equipes, a existência de outros profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a população adscrita, com foco nos recursos materiais/equipamentos de que dispõe cada equipe. Outros aspectos da implantação serão publicados nas próximas edições da Revista Catarinense de Saúde da Família.

Método

Foi realizado um estudo transversal, no qual “as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento” (PEREIRA, 1995, p. 293). O estudo foi realizado em todos os municípios de SC (caráter censitário) com equipes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento composto de um questionário para a equipe de Saúde da Família (aplicado a um ou mais integrantes da equipe, preferencialmente enfermeiro(a) e/ou médico(a) no seu local de trabalho), bem como um questionário para a equipe de Saúde Bucal e um roteiro para Unidade Básica de Saúde com observação direta para algumas variáveis.

As questões foram divididas em: identificação da equipe; processo de trabalho, acesso a serviços e procedimentos, recursos humanos, infra-estrutura da unidade básica de saúde e outros recursos. As categorias pesquisadas foram:

1. Gestão: carga horária, vínculo contratual, faixa salarial, tempo de permanência.
2. Processo: ações desenvolvidas pelas equipes.

3. Estrutura: infra-estrutura física (aparelhos e equipamentos e instalações físicas).

Em junho de 2008, SC possuía 1.282 equipes de Saúde da Família, 678 equipes de Saúde Bucal e 9.332 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram visitadas 948 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1.194 equipes de Saúde da Família (93%) e 652 (93%) equipes de Saúde Bucal. A análise foi descritiva, sendo calculadas as proporções de algumas características das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal segundo municípios, região de saúde, macrorregião e estado, apresentados em forma de tabelas e gráficos. Aqui, estão descritos alguns resultados para o Estado ou para macrorregião.

Breve caracterização da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família teve início em 1994 e é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. É operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, e estão localizadas em uma área geográfica delimitada, caracterizando a área de abrangência.

Em Santa Catarina, as articulações sobre o então denominado Programa de Saúde da Família começou em meados daquele ano. Ao final de 1995 a cobertura populacional atingiu 2%. Em dezembro de 2009 a cobertura evoluiu para 71,8% (para o cálculo da cobertura populacional utilizou-se: número de pessoas cadastradas no SIAB / número de pessoas estimadas pelo IBGE x 100). Ainda em 2009, Santa Catarina foi o primeiro Estado brasileiro onde a Estratégia Saúde da Família se fez presente em 100% dos seus municípios. Ressalta-se que Santa Catarina possui a maior cobertura populacional da Região Sul.

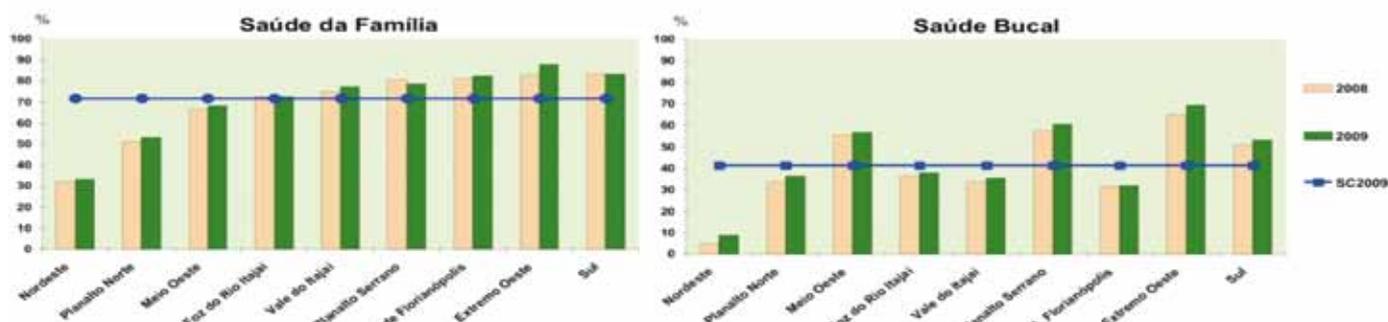
No ano do estudo (2008), SC possuía a cobertura populacional de 70,3%. Entre as macrorregiões (9) verificam-se disparidades, sendo que a Nordeste apresentou a menor cobertura (32,1% em 2008 e 33,4% em 2009), seguida do Planalto Norte (com 51,4% em 2008 e 53,3% em 2009). A situação nestas duas macrorregiões evidencia a necessidade de concentração de esforços no sentido da ampliação e fortalecimento da ESF. A melhor cobertura encontra-se nas macrorregiões Extremo Oeste (83,1% e 87,9%) e Sul (83,3% em ambos os anos).

A inclusão da Saúde Bucal na equipe de Saúde da Família em SC teve início em 2001. Em dezembro do mesmo ano estavam implantadas 162 equipes, atingindo uma

populacional de 10,3%. Ao final de 2008 o número de equipes evoluiu para 770, com cobertura de 39,3%, passando para 41,%% em 2009, e as equipes já estavam presentes em 274 dos 293 municípios catarinenses. Na distribuição por macrorregião, a evolução das equipes de Saúde Bucal não acompanha a cobertura das equipes de Saúde da Família (Figura 1). A maior cobertura em Saúde Bucal estava no Extremo Oeste (64,9% em 2008 e

69,5% em 2009), seguida do Planalto Serrano (57,7% em 2008 e 60,6% em 2009) e Meio Oeste (55,5% em 2008 e 56,7% em 2009), enquanto que para a Saúde da Família vêm em segunda posição as Macrorregiões Sul e Grande Florianópolis. Chama atenção à heterogeneidade na velocidade de implantação na Macrorregião Sul, que tem sido bem maior nas equipes de SF do que nas equipes de SB, bem como a baixa cobertura na macrorregião Nordeste.

FIGURA 1. Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, segundo macrorregião. Santa Catarina cobertura na, 2008 e 2009.



Algumas características da implantação

A Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina teve início em 1994, sendo pioneiros os municípios de Ascurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages. Os mesmos assinaram convênios de adesão em meados de 1994 e as primeiras equipes foram implantadas em 1995. No mesmo ano, os municípios de Canoinhas, Cocal do Sul, Itapoá e Xanxerê assinaram o convênio e receberam recursos para iniciar o PSF/PACS.

Em 2008, 14 anos após o início da implantação da ESF, 48,2% das equipes de Saúde da Família e 28% das equipes de Saúde Bucal já estavam há mais de 5 anos em funcionamento (Quadro 1). No estudo de 2001/02, apenas 9% das equipes de Saúde da Família estavam em atividade há mais de cinco anos e as equipes de Saúde Bucal encontravam-se em fase de implantação. É esperado que com esse tempo de funcionamento o cuidado em saúde na área de abrangência já esteja mais organizado de forma a atender melhor as necessidades de saúde da população, inclusive com possibilidade de indicadores positivos. Ressalta-se que 1% dos profissionais das equipes de SF e 27,5% das equipes de SB desconheciam o tempo de implantação da equipe em que atuavam. Esse desconhecimento aponta fragilidade na inserção dos profissionais de Saúde Bucal na ESF.

No estudo de 2001/02, 93,7% das equipes conheciam sua área de abrangência e 54% possuíam o mapa. Já em 2008, a maioria das equipes de Saúde da Família (98,2%) conhecia a delimitação de sua área de abrangência, e 70% das equipes relataram existir mapa da área de abrangência na UBS, no entanto, apenas em 34% das equipes o mapa era utilizado para planejamento a partir da identificação de ocorrência de casos e de áreas de risco.

Em 2001/02, 81,1% das equipes de Saúde Bucal conheciam sua área de abrangência e 31,6% possuíam mapa. Em 2008, novamente 80% das equipes de Saúde Bucal relataram conhecer a delimitação de sua área, e passou para 50% as equipes que possuíam mapa. A utilização do mapa para planejamento foi referida por 31%. Esses resultados indicam que

as equipes de Saúde Bucal não incorporaram integralmente o princípio básico da territorialização, e tanto as equipes de Saúde da Família quanto de Saúde Bucal relatam subutilização do uso da ferramenta “mapa da área de abrangência”.

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, as equipes de Saúde Bucal podem estar vinculadas a uma ou duas equipes de Saúde da Família. No estudo de 2001/2002 em torno de 50% das equipes de SB estavam vinculadas a uma equipe de SF, em 2008 a proporção salta para 74,7%. Ressalta-se que em 2008, 15,2% das equipes SB estavam vinculadas a duas equipes de SF, 4,3% a três ou mais ESF e 5,8% não indicaram: um bom passo rumo à meta de uma equipe de SB para cada equipe de SF.

QUADRO 1. Características da implantação da Estratégia Saúde da Família. Santa Catarina, 2008.

Tempo de implantação das equipes de saúde	Equipes
Equipes de Saúde da Família com tempo de funcionamento menor que 1 ano	16,0 %
Equipes de Saúde da Família com tempo de funcionamento entre 1 e 5 anos	35,2 %
Equipes de Saúde da Família com tempo de funcionamento maior que 5 anos	48,7 %
Equipes de Saúde Bucal com tempo de funcionamento menor que 1 ano	7,7 %
Equipes de Saúde Bucal com tempo de funcionamento entre 1 e 5 anos	62,7 %
Equipes de Saúde Bucal com tempo de funcionamento maior que 5 anos	29,6 %
Áreas de atuação das equipes de saúde	Equipes
Equipe da Saúde da Família em áreas exclusivamente urbanas	56,4 %
Equipes de Saúde Bucal em áreas exclusivamente urbanas	42,1 %
Existência de área de abrangência delimitada	Equipes
Existência de área de abrangência delimitada para atuação da equipe de Saúde da Família	98,2 %
Existência de área de abrangência delimitada para atuação da equipe de Saúde Bucal	79,2 %



❖ Adscrição populacional

De acordo com a Portaria nº 648/GM de 28/03/2006, uma equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000. A equipe de Saúde Bucal, inicialmente, era referência para duas equipes de Saúde da Família, contudo, a partir da Portaria nº 673/GM de 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as equipes de Saúde Bucal na proporção de 1:1 com relação às equipes de SF.

O Quadro 2 apresenta a distribuição das 962 equipes que responderam à questão sobre a população adscrita. Foram excluídas 231 (19,4%) equipes que não responderam à questão. Ao considerarmos a média preconizada de 3.000 pessoas por equipe, constata-se que quase 40% das equipes já estavam nessa situação, e que mais de 70% cobria uma população de até 4.000 pessoas, logo dentro do limite prescrito. Acima de 4.000 pessoas temos 28,2% das equipes de Saúde da Família, e é nessa faixa que devem se concentrar os esforços de adequação visando proporcionar condições mais adequadas ao desenvolvimento do cuidado em saúde. No estudo de 2001-02 a recomendação era de no máximo 4.500 pessoas por equipe e estavam de acordo com essa recomendação 80% das equipes. Em 2008, 792 (82,3%) equipes tinham até 4.500 pessoas adscritas. Assinala-se que em 2001-2 somente 5% das equipes não souberam informar a população adscrita, já em 2008 esse percentual sobe para 19,4%.

Em relação às equipes de Saúde Bucal, de um total de 652 aproximadamente 42% (274) não souberam responder o quesito sobre a população adscrita. O quadro 2 mostra os percentuais das que responderam. Verifica-se que em torno de 42% das equipes atendem a uma população adscrita de menos de 3.000 pessoas. Aproximadamente um terço das equipes ainda era responsável por mais de 4.000 pessoas. Devido ao grande percentual de equipes que não souberam informar a população adscrita, os dados perdem parte do seu valor descritivo da realidade. Isto reforça a ne-

QUADRO 2. Percentual do número de equipes segundo faixa populacional adscrita. Santa Catarina, 2008.

POPULAÇÃO ADSCRITA NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº. EQUIPES	%
< 2.400 pessoas	179	18,6
POPULAÇÃO ADSCRITA NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº. EQUIPES	%
entre 2.401 e 3.000 pessoas	202	20,9
entre 3.001 e 4000 pessoas	310	32,2
> 4.001 pessoas	271	28,2
Total	962	100
POPULAÇÃO ADSCRITA NAS EQUIPES SAÚDE BUCAL	Nº. EQUIPES	%
< 2.400 pessoas	88	23,3
entre 2.401 e 3.000 pessoas	71	18,8
entre 3.001 e 4.000 pessoas	92	24,3
entre 4.001 e 6.000 pessoas	71	18,8
> 6.000 pessoas	56	14,8
Total	378	100

cessidade de apropriação das noções de territorialização, responsabilidade sanitária e vínculo por parte das equipes de Saúde da Família e, especialmente, das equipes de Saúde Bucal.

Os resultados também mostraram que aproximadamente 77,9% (734) das UBS têm uma só equipe de Saúde da Família; 16,6% (156) têm duas equipes; 4,3% (41) têm três equipes; 0,71% (7) têm quatro equipes; 0,2% (2) têm cinco equipes. Apenas uma UBS trabalha com seis equipes, uma UBS com oito equipes e seis UBS não souberam responder. Ou seja, a grande maioria das UBS trabalha com uma ou duas equipes, sendo que apenas 5,5% referiram vinculação a três ou mais equipes no mesmo espaço físico.

Em relação à presença das equipes de Saúde Bucal nas UBS, das 791 que responderam a indagação, em 23,8% (188 UBS) não havia equipes de Saúde Bucal, em 67,9% (537) havia uma só equipe, em 7,3% (58) havia duas equipes. Apenas em seis UBS havia três equipes e em duas havia quatro equipes. Ressalta-se que em 157 UBS não houve resposta quanto à presença de equipes de Saúde Bucal.

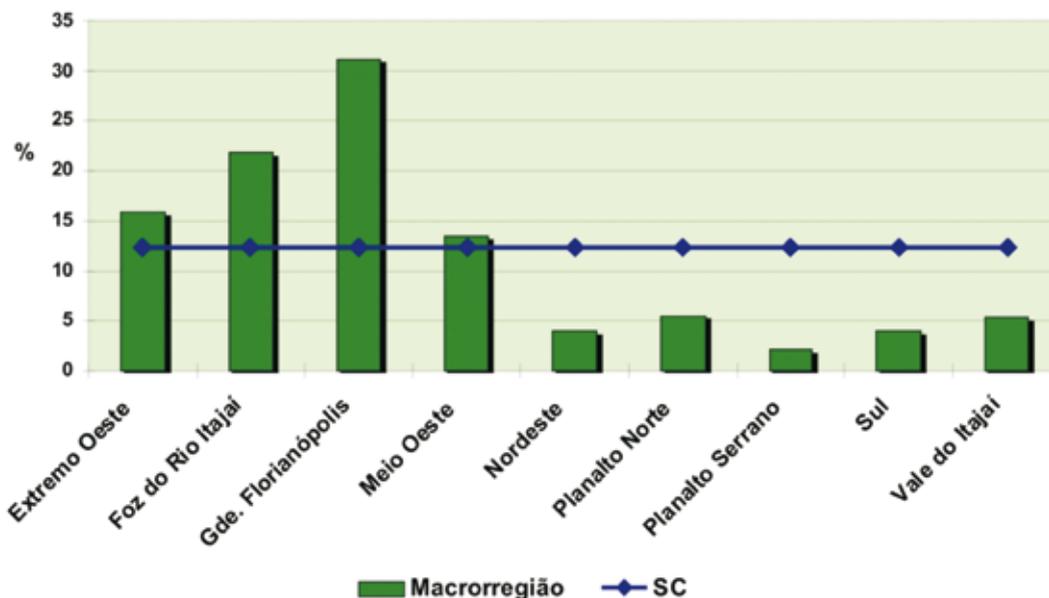
❖ Gestão da Unidade Básica de Saúde

Quando indagados sobre a presença de profissional exclusivo para função gerencial (coordenação) da UBS, 86,3% (818) das UBS relataram não contar com este profissional. A Figura 2 traz a presença deste profissional, com o percentual dentro de cada macrorregião e para o Estado de SC.

Na macrorregião Planalto Serrano temos apenas 1 UBS (do total de 48) com a presença de gerente exclusivo; na Planalto Norte são 2 UBS (de 36); na Nordeste 3 (de 76). A Grande Florianópolis apresenta este profissional em 48 das suas 154 UBS. Identificou-se que 12,4% das UBS (116) contavam com um profissional exclusivo para função gerencial, e destes, 50% relataram ter feito ou estar fazendo algum curso nas áreas de planejamento, organização e/ou gestão. Aqui, é preciso considerar que 78% das UBS atuavam com apenas uma equipe de Saúde da Família e, geralmente nessa configuração a gerência/coordenação da UBS é assumida por um dos profissionais da equipe (em sua maioria o profissional enfermeiro). A necessidade de um gerente/coordenador nessas pequenas UBS não é consenso entre os dirigentes e as equipes.

Dada à complexidade inerente da Atenção Primária à Saúde, sua execução demanda uma intervenção ampla e necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente e efetiva. Nesse sentido, a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, pela Portaria GM nº 154, de 24/01/2008, republicada em 04/03/2008, visa ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade. Complementando essa ação, por meio da Deliberação 023/CIB de 24/04/2009, o estado de Santa Catarina criou os NASF/SC para apoiar os municípios impedidos de cumprir os requisitos exigidos no Art. 5º e 6º da referida Portaria, financiando-os. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para

FIGURA 2. Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família com profissional exclusivo para função gerencial por macrorregiões e Estado. Santa Catarina, 2008.



atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Essa ação deve apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços.

Na Tabela 1 visualiza-se a proporção de outros profissionais, além daqueles das equipes de SF e de SB, que prestavam atendimento na UBS em 2008, no mínimo uma vez por semana. O médico pediatra, o médico ginecologista e o médi-

co clínico geral aparecem com proporções superiores a 20% no estado, indicando constituir apoio aos médicos generalistas das equipes, que apresentam dificuldades para atender as necessidades colocadas pela população. Destacou-se a presença do psicólogo. O fisioterapeuta e o assistente social se apresentaram praticamente na mesma proporção e 15% das UBS em SC já contavam com o farmacêutico. Essas proporções estão em expressivas mudanças devido à recente implantação dos NASF, principalmente dos NASF/SC

TABELA 1. Proporção de Unidades Básica de Saúde da Família com outros profissionais atendendo pelo menos uma vez por semana, por categoria profissional e macrorregião. Santa Catarina, 2008.

PROFISSIONAL	MACRORREGIÃO (%)									ESTADO SC
	Extremo Oeste	Foz do Rio Itajaí	Grande Florianópolis	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Planalto Serrano	Sul	Vale do Itajaí	
PSICÓLOGO	49,6	4,6	33,3	55,3	16,2	25,7	38,3	22,9	34,1	32,3
MÉDICO PEDIATRA	28,7	46,2	37,2	25,0	17,3	25,7	23,9	23,9	16,0	26,8
MÉDICO GINECOLOGISTA	35,5	36,9	27,6	23,1	12,0	17,6	36,2	20,9	16,7	24,6
MÉDICO CLÍNICO GERAL	18,0	16,9	22,4	30,8	16,2	47,1	29,8	15,0	17,4	20,9
FISIOTERAPEUTA	32,2	18,5	11,0	41,3	2,7	26,5	17,0	18,4	18,9	20,6
ASSISTENTE SOCIAL	44,6	4,6	12,8	35,9	6,8	8,6	19,1	10,4	22,0	19,4
FARMACÊUTICO	39,2	23,1	12,3	24,0	8,1	8,6	6,4	6,0	9,8	15,3
AGENTE CONTROLE ENDEMIAS	24,8	3,1	11,7	20,2	4,2	50,0	17,0	10,0	12,2	14,5
NUTRICIONISTA	32,2	23,4	9,6	15,4	5,4	22,9	8,5	8,0	13,6	14,5
ENFERMEIRO	9,8	14,1	12,2	17,3	6,8	42,9	10,6	9,0	3,8	11,3
FONOAUDIÓLOGO	11,6	3,1	5,8	24,0	0,0	11,8	12,8	4,5	12,1	9,1
EDUCADOR FÍSICO	1,7	26,2	6,4	6,7	20,3	11,8	8,5	2,5	8,4	8,0
PSIQUIATRA	4,1	3,1	16,7	1,9	0,0	2,9	0,0	3,0	0,8	4,6
TERAPEUTA OCUPACIONAL	0,0	1,6	1,9	1,9	8,0	0,0	2,1	0,5	0,8	1,6
MÉDICO HOMEOPATA	0,0	3,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,9
MÉDICO ACUPUNTURISTA	0,8	1,5	1,9	1,0	0,0	2,9	0,0	0,5	0,0	0,9



⊗ Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS)

A estrutura física da UBS deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde, atendendo as necessidades tanto da pró-atividade da equipe no seu trabalho junto à comunidade quanto do acolhimento das demandas espontâneas respondendo às necessidades de saúde da população, garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando necessário.

Em relação aos imóveis em que as UBS estavam funcionando, os resultados mostraram que de 917 UBS nas quais os profissionais responderam a questão, 115 (12,5%) estavam localizadas em imóveis alugados. A melhor situação foi encontrada nas macrorregiões Planalto Norte (nenhuma UBS alugada), no Planalto Serrano (1 UBS alugada) e na Foz do Itajaí (3 UBS alugadas). Atuavam em imóveis alugados seis UBS (5,3% de suas UBS) na macrorregião Extremo Oeste; nove (8,7%) na Meio Oeste; quatorze (9,2%) na Grande Florianópolis; trin-

ta (15,4%) na Sul; trinta (23,1%) na Vale do Itajaí e vinte e dois (29,7%) das UBS localizadas na macro Nordeste.

A Figura 3 mostra a proporção de itens não disponíveis nas UBS, de acordo com visualização (observação direta) dos entrevistadores no estudo. Foram observados os itens considerados mínimos para o atendimento em saúde em 951 UBS. Verificou-se inexistência de sala de acolhimento em 559 UBS, de sala de expurgo em 529 UBS, de sala de reuniões em 525 UBS, de sala para esterilização de material em 448 UBS, de sala para armazenar e dispensar medicamentos em 310 UBS, de sala exclusiva para vacinas com geladeira em 258 UBS, de consultório específico para atendimento de enfermagem em 240 UBS, de sanitário exclusivo para funcionários em 120 UBS e de cozinha ou copa em 96 UBS, entre outras deficiências. Estes dados estão em desacordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família, que traz orientações e sugestões acerca da distribuição dos espaços e do seu uso adequado nas UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

FIGURA 3. Proporção de Unidades Básicas de Saúde da Família que não possuem itens essenciais. Santa Catarina, 2008.



A existência de UBS que alberga uma equipe de SF que não disponha de sala exclusiva para consultório médico, consultório de enfermagem, de sanitários para o público e outras deficiências apontadas no estudo, coloca dúvidas sobre a sua função de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Por maior que seja a dedicação da equipe, essas deficiências desqualificam o atendimento.

Foram observadas 652 UBS que dispunham de equipe de Saúde Bucal. Na Figura 4 estão apresentados os itens faltantes para o atendimento básico em odontologia. A falta de instrumentais básicos para o atendimento, ao menos emergencial, de endodontia (tratamento de canal) em 240 UBS, periodontal (doenças da gengiva) em 40 UBS, cirúrgico básico em 11 UBS e, até mesmo falta de instrumentais de dentística em 11 UBS e de atendimento clínico em 3 UBS, levanta a questão de qual odontologia é possível sem a disponibilidade mínima necessária para resolução dos

principais problemas bucais da população. O aparelho de Raio-X estava ausente em 444 UBS, no entanto, pode ser que a UBS disponha de referência no município para esse apoio diagnóstico. Foi relevante a ausência de negatoscópio em 481 UBS. Todos os equipamentos elencados na Figura 4 são essenciais, e o Ministério da Saúde repassa recursos financeiros para aquisição desses equipamentos no momento da implantação da equipe de Saúde Bucal na ESF. A deficiência verificada afeta diretamente na qualificação do atendimento em Saúde Bucal. A Tabela 2 permite visualizar a proporção de materiais e equipamentos indisponíveis nas UBS por macrorregião e para o Estado como um todo, a partir da observação direta dos entrevistadores. O número das UBS que responderam a essa questão foi: 121 na macrorregião Extremo Oeste; 65 na Foz do Rio Itajaí; 154 na Grande Florianópolis; 104 no Meio Oeste; 76 na Nordeste; 35 no Planalto Norte; 47 no Planalto Serrano; 198 no Sul; 134 no Vale do Itajaí e no Estado de SC o total de 934.



FIGURA 4. Proporção de Unidades Básicas de Saúde da Família que não possuem itens essenciais para atendimento em Saúde Bucal. Santa Catarina, 2008.

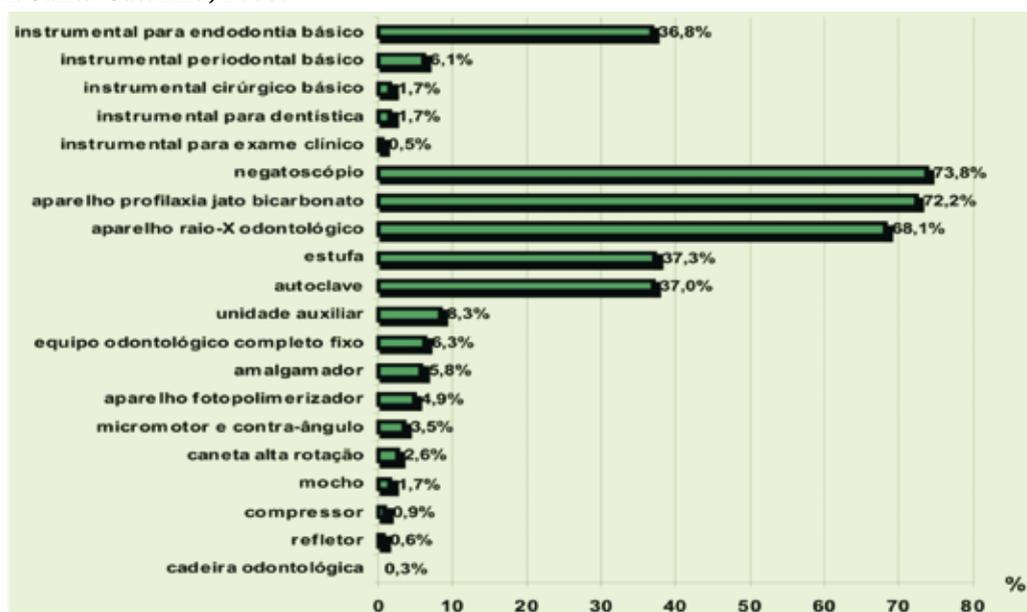


TABELA 2. Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família que não dispõem de itens essenciais, segundo macrorregião. Santa Catarina, 2008.

MATERIAL / EQUIPAMENTO	MACRORREGIÃO (%)									
	Extremo Oeste	Foz do Rio Itajaí	Grande Florianópolis	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Planalto Serrano	Sul	Vale do Itajaí	ESTADO SC
BALANÇA ADULTO	2,5	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
TERMÔMETRO	1,7	0,0	0,6	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,8	0,7
FITA MÉTRICA	0,8	3,1	0,6	1,0	2,6	2,8	0,0	1,0	0,8	1,2
BALANÇA INFANTIL	0,8	3,1	2,6	2,9	1,3	0,0	0,0	1,0	0,7	1,5
PINÇA	1,7	1,5	3,2	1,0	4,0	2,8	4,3	2,0	4,5	2,7
TESOURA	1,6	1,5	3,9	1,0	5,3	0,0	6,4	2,5	4,5	3,0
FOCO	2,5	3,1	7,1	2,9	1,3	5,6	0,0	3,0	0,8	3,1
APAR. AEROSSOL OU NEBULIZADOR	0,8	4,7	10,3	2,0	2,6	0,0	2,1	3,0	1,5	3,5
MESA GINECOLÓGICA	2,5	12,3	6,5	1,9	2,6	2,8	4,3	4,0	1,5	4,0
GLICOSÍMETRO	7,4	1,6	1,9	6,8	3,9	2,8	0,0	9,6	1,5	4,8
OTOSCÓPIO	5,0	3,1	6,6	6,7	10,5	11,4	2,1	5,0	3,7	5,7
SONAR	1,7	13,8	7,1	11,5	4,0	13,9	10,6	9,5	3,7	7,6
TERMÔMETRO GELADEIRA	21,3	20,0	25,8	22,3	18,4	5,6	15,2	40,0	23,5	25,2
AUTOCLAVE	22,1	43,1	25,8	9,6	10,5	25,0	47,9	55,0	29,9	31,4
KIT SUTURA	9,0	16,9	36,4	36,5	55,3	25,0	22,9	54,8	17,3	33,1
NEGATOSCÓPIO	52,1	47,7	33,3	40,4	43,4	55,6	38,3	34,3	24,1	38,3
ESTUFA	41,8	38,5	47,7	66,0	77,6	38,9	19,1	27,9	37,6	43,3
BIOMBO CONS. GINECO	36,4	32,3	49,0	54,8	48,7	30,6	51,1	41,6	39,4	43,3
ESTETOSCÓPIO PINARD	47,9	48,4	39,7	47,5	60,0	36,1	48,9	44,7	34,4	44,6
AMBÚ	31,7	41,5	35,9	43,3	64,5	52,9	44,7	70,9	39,1	47,9
LANTERNA	40,5	66,2	53,0	55,3	42,1	44,4	48,9	60,8	43,6	51,5
GELADEIRA P/ ARMAZENAR OUTROS	40,5	62,5	44,5	46,6	40,8	42,9	51,1	70,6	65,4	53,9
ESPÉCULOS GINECO INOX	59,5	55,4	42,2	73,1	48,0	51,4	76,6	79,7	43,1	59,5
PONTOS OXIGÊNIO	63,1	68,8	70,8	75,0	86,8	77,8	68,1	85,0	71,6	74,7
OFTALMOSCÓPIO	66,9	87,7	85,7	86,0	85,3	38,9	89,1	90,9	75,0	81,3
MONOFILAMENTOS	90,6	95,3	95,2	98,0	95,9	100,0	97,7	96,0	97,6	95,8



TABELA 3. Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família sem equipamentos audiovisuais e de comunicação, segundo macrorregião. Santa Catarina, 2008.

MATERIAL / EQUIPAMENTO	Extremo Oeste	Foz do Rio Itajaí	Grande Florianópolis	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Planalto Serrano	Sul	Vale do Itajaí	ESTADO SC
TELEFONE FIXO	6,7	19,4	7,3	9,9	8,2	20,0	4,3	24,6	3,7	11,8
MICROCOMPUTADOR	14,8	36,9	22,2	21,2	14,5	16,7	14,9	60,5	9,8	27,4
IMPRESSORA	13,4	35,8	32,9	23,7	21,6	13,8	31,1	58,1	21,1	30,6
TV	29,8	46,9	35,9	43,3	34,2	69,4	46,8	46,3	30,6	39,8
INTERNET	25,7	53,7	35,3	42,3	41,9	48,3	53,3	66,5	43,1	45,1
VIDEO CASSETE	49,2	71,9	62,8	64,1	68,4	86,1	66,0	74,9	63,4	66,0
DVD	7,67	81,3	87,2	83,5	76,3	91,7	76,6	84,9	73,9	81,4
CD PORTÁTIL	76,0	95,3	87,1	80,6	77,6	94,4	73,9	90,5	88,0	85,2

No geral, a ausência de itens imprescindíveis para o atendimento da população, foi verificada de forma mais acentuada na macrorregião Sul, seguida da Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Meio Oeste, Extremo Oeste, Nordeste, Foz do Rio Itajaí, Planalto Serrano e Planalto Norte. Os dados apresentados nas Tabelas 2 e 3 ressaltam situações inadmissíveis, tendo em vista a complexidade do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde.

Apenas os itens estetoscópio (com falta em apenas 1 UBS) e esfigmomanômetro/tensiómetro (com falta em 6 UBS) estavam presentes em praticamente todas as UBS. Já a falta de disponibilidade de meios diagnósticos para realização de exame físico e complementar (estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto, fita métrica, oftalmoscópio, otoscópio, glicosímetro) e para consultas ginecológicas e obstétricas (mesa ginecológica, espécuro, foco, estetoscópio de Pinard, biombo ginecológico, sonar) seguramente interfere negativamente na resolubilidade alcançada pelas equipes.

Ainda, a indisponibilidade de geladeira exclusiva para vacinas, termômetro de geladeira, nebulizador, material para retirada de pontos, material para pequenas cirurgias, kit sutura, ambu, monofilamentos, pontos de oxigênio, dificultam o desenvolvimento das ações consideradas básicas, incluindo pequenas urgências.

A disponibilidade, em número e condições adequadas de uso destes equipamentos, confere suporte no atendimento da equipe de saúde, e possibilita desde o desenvolvimento de ações coletivas, como imunização, até ações de urgência como nebulização e pequenas cirurgias, que qualificam o atendimento básico à população com grande impacto sobre o sistema local de saúde.

A existência, desde 2007, do co-financiamento estadual para as equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, provê recursos adicionais para a atenção à saúde desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família nos municípios, e é suficiente para proporcionar materiais e equipamentos adequados para as UBS. Mesmo que o recurso destinado seja, prioritariamente, para educação permanente dos profissionais, o seu repasse que é efetivado desde 2007 permite que as duas ações (educação permanente e disponibilidade dos insumos imprescindíveis) sejam desenvolvidas concomitantemente.

Considerações

Os dados mostram uma evolução favorável em relação à expansão da Estratégia Saúde da Família no Estado, com aumento progressivo da cobertura populacional. A população adscrita tende ao padrão recomendado. Se a maioria das UBS dispõe dos aparelhos e equipamentos básicos, um número expressivo não possui as salas minimamente requeridas. Mesmo em relação a equipamentos, é difícil pensar que a população entenda que uma UBS desprovida de itens básicos possa ser a sua porta de entrada no sistema de saúde. A mesma dúvida surge frente a uma UBS improvisada, sem espaços adequados, etc. Como o banco de dados identifica as UBS, temos o diagnóstico do que falta e onde falta, possibilitando uma intervenção dirigida para superar situações inaceitáveis de deficiência de espaço físico e/ou de equipamentos. O Estado de Santa Catarina/SES financia de forma expressiva a Atenção Básica, através do Co-financiamento da ESF e de investimentos específicos para as UBS, estrutura física e equipamentos. Um acordo entre a SES e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) poderia direcionar investimentos, superando essas deficiências incompatíveis com uma rede básica de qualidade.

O Estado de Santa Catarina num patamar desejável de estrutura física para a Atenção Básica é uma meta necessária e viável em curto prazo. Ousar tem sido o caminhar da ESF em Santa Catarina.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Monitoramento da implantação e do funcionamento da estratégia saúde da família em Santa Catarina – Manual de Orientação. Santa Catarina, 2008b.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 1995.

Grupo de Hidroterapia – Fisioterapia Aquática “Projeto Mais Viver”

Rodrigo David – Fisioterapeuta NASF

Mabel Magagnin Possamai – Enfermeira ESF

Agentes Comunitárias de Saúde

Resumo

Com a integração da equipe multiprofissional da saúde do município de São Bonifácio, juntamente com as parcerias realizadas, foi possível promover qualidade de vida para as pessoas através de saúde, lazer, interação do grupo e atividades globais direcionadas. Os resultados alcançados demonstram a melhoria das condições físicas, psicológicas, diminuição da dor e principalmente a autoestima das pessoas que participam das atividades de hidroterapia do Projeto Mais Viver. Diante da importância das atividades realizadas a ampliação do projeto é urgente e necessária para atender um maior número de pessoas que procuram este serviço.

Introdução

Os exercícios de fisioterapia aquática realizados em piscina aquecida com orientação profissional têm trazido ótimos resultados aos pacientes que precisam de reabilitação e, também, para manter a saúde. Sua prática por exercício ativo regular e supervisionado pode favorecer muitos benefícios com efeitos de curto e longo prazo.

Esta atividade combina os componentes e vantagens de numerosas teorias de tratamento e técnicas de exercícios que proporcionam aos pacientes alívio de dores, bem-estar físico e psicológico, além de outros. Por ser indicada no tratamento de pacientes com diversas patologias e com bons resultados é que a Secretaria de Saúde do Município de São Bonifácio implantou este serviço e pretende ampliá-lo para atender melhor sua população.

Justificativa

O Município de São Bonifácio possui, atualmente, 3.207 habitantes. Destes, 580 (18,08%) têm mais de 60 anos. Sendo um município com atividades essencialmente agrícola, as pessoas enfrentam longas jornadas de trabalho, que exigem muito esforço físico, afetando, com o passar do tempo, sua saúde. Surgem, com isso, muitos problemas ortopédicos e outros, fazendo com que as pessoas procurem pelo serviço de fisioterapia.

Diante da constatação do grande número de pessoas que necessitavam de atendimento fisioterápico, o município implantou, em 2003, o serviço de fisioterapia em seu território. Este serviço não foi suficiente para atender



as necessidades da população, que buscava em cidades vizinhas o atendimento de hidroterapia, pagando pelo mesmo. Surgiu, então, a necessidade de buscar novas alternativas para recuperação destes pacientes. Os idosos do município se organizaram e solicitaram aos gestores de saúde a formação de um grupo de hidroterapia, já que no município existe uma piscina aquecida de propriedade particular, mas que poderia ser usada pelo grupo, bem como equipe da saúde para prestar este atendimento.

Objetivos

- Oferecer exercícios de baixo impacto, ideal para pessoa idosa;
- Promover a saúde através de atividades grupais;
- Propiciar momentos de lazer e descontração aos pacientes;
- Realizar atividades direcionadas globais;
- Promover a integração dos pacientes no convívio em grupo e práticas terapêuticas.



Desenvolvimento

Diante da solicitação feita pelos idosos, para a implantação do serviço de hidroterapia no município, a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a equipe de saúde, realizou um estudo visando à viabilidade do projeto. Buscou parcerias com a Secretaria de Transportes e Obras, Prefeito Municipal, com o proprietário da piscina e com o Grupo de Idosos, os quais, juntos, prontificaram-se em oferecer todo o suporte necessário: físico, financeiro e humano.

Em abril de 2009 o Projeto Mais Viver já existente, iniciou o serviço de hidroterapia com atividades de terapia aquática para um grupo de 19 pessoas acima de 60 anos, onde era observada a orientação clínica e a necessidade de cada um. Por este serviço ser realizado no município, facilitou o acesso e a procura cresceu consideravelmente, surgindo a necessidade da ampliação. Atualmente, existem três grupos, divididos por sexo e específico conforme necessidade dos pacientes: pediátrico, ortopédico e cirúrgico, que conta, além do fisioterapeuta e da enfermeira ESF, com o apoio das ACS na realização dos exercícios.

Enfatizando os exercícios de baixo impacto, mas não leve, a atividade ajuda na queima de calorias e para adquirir e/ou recuperar o condicionamento físico e, de quebra, protege as articulações. Tecnicamente o que determina a diferença entre baixo e alto impacto é a intensidade com que os pés tocam no solo. Se não há contato (natação, hidroterapia) ou se durante a prática os pés quase nunca saem do chão (marcha atlética). Visamos às atividades globais as quais estimulam tanto parte sensorial quanto motora, esta tem por objetivo não apenas reabilitação, mas melhora da aptidão física, trabalhando todas as partes do corpo mem-

bros inferiores, membros superiores inclusive o tronco.

O atendimento acontece nas quartas feiras das 13h às 18h e o transporte é feito gratuitamente pela Prefeitura.

Resultados

Apesar de ser um projeto com poucos meses de atividade, já é possível destacar bons resultados tais como:

- melhoria da autoestima com sensação de bem-estar físico e psicológico;
- melhoria da mobilidade;
- independência;
- diminuição da dor e limitações;
- ganho de força e amplitude de movimentos;
- condicionamento físico, equilíbrio;
- convívio em grupo, descontração e lazer.

Considerações finais

Diante da importância destas atividades para a melhoria da saúde das pessoas, a ampliação do projeto torna-se necessária e urgente. A proposição é aumentar para dois dias de atendimento com a formação de novos grupos e solicitar recursos financeiros junto aos governos Estadual e Federal para a construção de local para atividades terapêuticas com piscina aquecida, mais próxima da sede do município para facilitar o acesso das pessoas, pois esta que está sendo utilizada fica distante 9 Km da sede e é difícil acesso nos dias de chuva. E a ampliação do quadro funcional com a contratação de um educador físico através do NASF/SC, para atuar junto à equipe existente ajudando nas atividades e implantando também a hidroginástica junto aos grupos.



Condicionamento físico

Prevalência de Comorbidades no Município do Meio Oeste Catarinense e Intervenção da Equipe Multidisciplinar

Rangel Segatti
Médico da ESF
Viviana Jorge de Jesus
Fisioterapeuta do NASF

Daiana Baggio
Enfermeira da ESF
Thiago Camillo
Dentista da ESF

Denis Ko Freitag
Farmacêutico do NASF
Fabiola Ferreira
Técnica de Enfermagem

Célia Kunnen
Psicóloga do NASF
Suzana Stefanos
ACS

Introdução

Conforme observado nos meses de inverno, ocorre um aumento da procura de pacientes aos serviços de saúde. Acredita-se que essa maior demanda deve-se, principalmente, ao maior acometimento de doenças do sistema respiratório, seja pela queda da temperatura que propicia a convivência de pessoas em aglomerações ou em lugares menos ventilados, ou, também, pela menor dissipação da poluição em temperaturas mais baixas. Esses fatores associados a dificuldade de umidificação do ar no trato respiratório superior humano pela presença de ar mais seco nessa época do ano, tornam-se os principais fatores para este aumento da demanda.

Nas últimas duas décadas, estudos estatísticos demonstram uma mudança importante no quadro de doenças, com o aumento na incidência das doenças crônicas e degenerativas. Estas mudanças no perfil epidemiológico da população se devem, principalmente, ao aumento da expectativa média de vida da população (CARDOSO, 2009). Sugere-se que a morbimortalidade associada às doenças crônicas poderia ser reduzida com a prevenção, incluindo mudanças no estilo de vida, principalmente na dieta e atividade física (MCGINNIS e FOEGE, 1993).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 e difundido por todo o território brasileiro, propõe um modelo de assistência integral, enfatizando atenção primária e a promoção da saúde familiar, tornando-se, com isso, a principal referência para o atendimento inicial da população. (COSTA NETO; MENEZES, 2000).

De acordo com dados da Prefeitura Municipal, Vargem é um município do Meio Oeste catarinense, com uma população estimada em 3.203 habitantes. Possui um clima mesotérmico úmido, sem estação seca, com verões quentes e invernos frios, facilitando a ocorrência de geadas e baixas temperaturas por um longo período durante o ano, o que contribui para uma grande demanda de atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Justificativa

A garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está diretamente relacionada à implan-

tação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos os profissionais e órgãos envolvidos. Torna-se evidente a necessidade de profissionais preparados para a efetivação de um sistema de saúde universal e equitativo, que busca a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o seu tratamento e a recuperação, tudo isto associado à participação popular.

Devido ao grande número de indivíduos que procuraram atendimento médico exclusivo na UBS Nizer de Moraes, em Vargem, no inverno de 2009, despertou na equipe multidisciplinar de saúde o interesse em analisar as comorbidades prevalentes neste período, a fim de melhor intervir para beneficiar a saúde da população.

Objetivos

- Analisar as comorbidades prevalentes no município de Vargem no inverno de 2009;
- Traçar metas de ação e intervenção para minimizar os fatores de riscos destas comorbidades, a fim de diminuir o número de indivíduos acometidos;
- Programar, prescrever e orientar atividades ativas e saudáveis;
- Acompanhar e monitorar as atividades desenvolvidas;
- Realizar palestras educativas sobre temas essenciais à educação e à promoção da saúde.

Desenvolvimento

O presente trabalho caracterizou-se como um estudo observacional descritivo e quantitativo. A amostra do estudo contou com 660 prontuários de pacientes atendidos na UBS Avelino Nizer de Moraes, do município de Vargem, independente da faixa etária e gênero. Para a realização do estudo foi necessária a análise dos prontuários. O critério de inclusão: paciente ser residente no município de Vargem..

Para a realização desta pesquisa utilizou-se uma ficha de avaliação elaborada pelos pesquisadores (Apêndice A) na qual foram reunidos os seguintes dados do paciente: nome, idade, gênero e patologia. A pesquisa somente foi iniciada após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Realizou-se a coleta entre os dias 26 de junho e 26 de ju-



nho e 26 de agosto de 2009, nas dependências da UBS. O protocolo de coleta foi analisar e registrar os prontuários dos pacientes atendidos na UBS durante o período da pesquisa. Os resultados foram classificados e padronizados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10), e apresentados segundo instrumentos usuais da Estatística Descritiva, tais como tabelas, quadros ou gráficos.

Resultados

Do universo de 660 pacientes dessa casuística, 389 (58,93%) eram do gênero feminino e 271 (41,07%) do gênero masculino, com variação de idade de 0 a 88 anos. A maior prevalência de doenças encontradas durante o período da pesquisa foram as que acometem o aparelho respiratório, totalizando 156 casos (23,63%). Em seguida, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 86 casos (13,03%) e de pacientes que se enquadraram no grupo de fatores que influenciam a saúde (são registrados diagnósticos ou problemas que não indicam necessariamente a existência de uma doença ou traumatismo atual, como pré-natal, controle e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis, exames de rotina, orientações médicas) apresentando, também, 86 casos (13,03%). O quarto grupo de comorbidades mais prevalentes foi a do aparelho digestivo com 70 casos (10,60%) e o quinto de pacientes que não tiveram diagnóstico definido na primeira consulta ou apresentaram diagnóstico síndrome ou diferente dos demais grupos de classificação, 65 casos (9,84%).

Discussão

Após a análise dos resultados, observou-se uma maior prevalência de doenças respiratórias na casuística estudada. Doenças respiratórias são patologias que acometem

toda a via aérea, incluindo o nariz e os seios da face. A maior parte delas é classificada como crônicas e representadas pela asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), rinite alérgica, doenças ocupacionais ocupacionais dos pulmões e hipertensão pulmonar. As doenças respiratórias agudas podem ser afecções virais ou bacterianas e são representadas pelas faringites, laringites, traqueites, rinofaringites, bronquites, bronquiolites, influenza, pneumonias e broncopneumonias. Nesta amostra, encontramos uma prevalência de diagnósticos de doença aguda de 85 % sendo assim, superior as afecções crônicas (15%); porém, a fim de análise estatísticas, foram utilizados ambos os grupos (agudas e crônicas) como um único.

A maior prevalência encontrada na casuística pode-se justificar pelo período da realização da coleta dos dados, assim como os resultados também encontrados por outros estudos. De acordo com GODOY et al, 2001 observou-se que, de 1,2 mil internações hospitalares analisadas, 19% delas foram provocadas por alguma patologia respiratória, sendo a causa primária do atendimento. ROSA et al, 2005, em um estudo realizado, registrou 36.344 atendimentos ambulatoriais pelo SUS em Tangará da Serra, no período de 2004 e 2005, onde as doenças do aparelho respiratório representaram a maior proporção de atendimentos ambulatoriais no município (15,8%). Assim como (CAETANO et al, 2002) constatou que dos fatores associados à hospitalização de crianças menores de cinco anos, em 893 crianças analisadas, 41,5% apresentavam doenças no aparelho respiratório. BITENCOURT et al, 2007, observou também a tendência do aumento no número de afastamento de trabalhadores conforme diminuía os valores de temperatura e umidade relativa do ar. Sendo assim, independentes da faixa etária, gênero, locais de consultas (Hospitais e/ou unidades básicas de saúde) ou sazonalidade, pode se observar em estudos recentes a maior presença das doenças do aparelho respiratório nos atendimentos.



Entre as comorbidades encontradas no estudo, destacou-se também as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. As lesões osteomusculares são atualmente as mais frequentes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho em todos os países, independente do seu grau de industrialização. (BRANDÃO, A.G. et al, 2005). Associando os resultados do estudo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pode-se correlacionar a alta prevalência de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo em Vargem, ao fato do município ser essencialmente agrícola.

Mediante todas estas constatações, a equipe multidisciplinar de SF de Vargem, priorizando a promoção da saúde e a de prevenção de doenças, traçou algumas metas com o objetivo específico de evitar, ao máximo, a incidência dos casos de doenças respiratórias em nosso município e minimizar o número de atendimentos para o inverno de 2010, procurando intervir das seguintes maneiras:

- Distribuição da Cartilha Informativa (apêndice B);
- Educação Continuada para todos os profissionais da saúde;
- Educação Continuada para os Agentes Comunitários de Saúde, partindo do fato que eles estão diretamente ligados à comunidade, e são o elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde, tendo papel importante como multiplicadores de informação;
- Treinamento para os professores da rede pública sobre as formas de transmissão de doenças causadas por vírus (Ex: influenza), como prevenir essas doenças, os sinais e os sintomas;
- Palestra com as crianças, levando informação de uma forma dinâmica, sobre as formas de transmissão de doenças, prevenção, sinais e sintomas e onde procurar orientações;
- Atendimento ao público por demanda espontânea, incluindo campanhas educativas, orientações e distribuição da cartilha;
- Aumentar as visitas domiciliares no período de inverno, principalmente para os idosos e imunodeprimidos, com o objetivo de evitar a exposição aos fatores de risco, considerando que Vargem possui 14 comunidades no interior.

Conclusão

O presente estudo demonstrou a maior prevalência de doenças do aparelho respiratório na amostra da pesquisa. Acredita-se que este resultado deve-se ao período da coleta e aos fatores geográficos, econômicos e sociais do município. Isso evidencia a importância da equipe da SF

em busca de ações que envolvam a promoção, prevenção da doença e uma maior atenção para evitar um agravamento da evolução natural destas patologias. A equipe deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, isto é, tornar a SF como um eixo de prevenção de doenças e riscos e não somente de ações curativas e reabilitadoras.

Sugere-se uma nova pesquisa na Unidade Básica de Saúde, a fim de retificar ou ratificar a presença destas comorbidades no mesmo período ou em outras estações do ano. Também se observa a necessidade de uma grande reforma na maneira e nas disposições de consultas onde observamos um número exagerado de atendimentos em um curto espaço de tempo.

Referências

BITENCOURT, D P. et al. Relação dos afastamentos do trabalho devido as doenças do aparelho respiratório com as condições de tempo mensal. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. 2007

BRANDÃO, A.G. et al. Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região. Rev Bras Epidemiologia, v.8, p. 295-305, 2005

CAETANO, J R. M et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública, v. 36, p. 285-91, 2002.

CARDOSO, K. O Fisioterapeuta como agente transformador na atenção básica. Disponível em http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/agente_karina.htm. Acesso : 17 ago.2009.

COSTA NETO; MENEZES,M. A implantação da Unidade de Saúde Básica da Família. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

FRANCO, R A et al. Custo-efetividade de um programa de asma grave no Brasil.http://www.ernest.org/learning_resources_player/abstract_print_06/files/239.pfd.

GODOY, V D. et al. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. Jornal de Pneumologia, São Paulo, v. 27, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGEM. Disponível em: <http://www.vargem.sc.gov.br/home/index.php>
Acesso em: 02 ago. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09. 2009

ROSA , A M. et al. Doença respiratória e sazonalidade climática em menores de 15 anos em um município da Amazônia brasileira . Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 84, p. 543-549, 2008

APÊNDICE B

APÊNDICE A			
Número prontuário	Nome	Idade / Gênero	Patologia

Uma pessoa permanece JOVEM a medida em que ainda é capaz de aprender adquirir novos hábitos



Doenças Respiratórias: PREVINA-SE

A cartilha está disponibilizada no portal da Prefeitura Municipal de Vargem. Acesse www.vargem.sc.gov.br



Programa Bela Caminhada

*Larissa Tombini
Maikelli Simes*

*Ângela Becker
Alex Schaun
Cristina Wilk
Creuza Bertan
Daiane Gallo
Eli Viegas
Fabiane Girardi
Franciele Fincato*

*Genes Riva
Janice Webler
Leonir Tormen
Livia Freire Brum
Marcianise Cristianetti
Maria Bernardete Raimundi
Marisabete Iochims
Mariza Ramos*

*Michele Dorneles
Neiva Schneider
Núbia Dorneles
Roseni Jung
Salette Wiczrkowski
Sandra de Souza
Silvana Lermes
Sivonei de Oliveira*

Resumo

A Promoção da Saúde constitui-se em importante ferramenta para melhorar a saúde e a vida das pessoas. Está destacada enquanto compromisso sanitário do Pacto pela Vida, cujas prioridades englobam a atenção à saúde de grupos específicos, por meio do fortalecimento dos serviços de saúde e da promoção em saúde através da prática da atividade física aliada aos cuidados alimentares. A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como realizadora de ações de prevenção e promoção, desafia a construção de propostas inovadoras no modo de produzir saúde. Neste contexto, surge o Programa “Bela Caminhada”, que orienta a atividade física e ações de educação em saúde, visando a autonomização e a co-responsabilização do usuário, enquanto ator fundamental no processo do autocuidado e da produção de saúde. A equipe de saúde do Centro de Saúde da Família Bela Vista idealizou e implantou este programa, vislumbrando uma melhor qualidade de vida desencadeada pelo fortalecimento dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Introdução

O incentivo à prática da atividade física vem sendo apontado como uma importante ação na área da saúde pública (FERREIRA; NAJAR, 2005), o que vem ensejando iniciativas na forma de programas e projetos em prol de estilo de vida ativos e saudáveis. Proporcionar saúde não significa apenas evitar as doenças ou diminuir suas repercussões, mas melhorar a qualidade da vida “vivida”, ampliando a capacidade de autonomia e o bem-estar dos indivíduos e coletividade (BUSS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo, de sua posição dentro do contexto cultural e do sistema de valores no qual sua vida está inserida em relação às suas metas, expectativas e interesse, sendo este um conceito amplo, que engloba o modo de se relacionar com as pessoas e com o meio ambiente, a saúde, o es-

tado psicológico e as condições sociais do indivíduo.

A busca pela qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades vêm subsidiando discussões em nível mundial ao longo das últimas décadas, promovendo debates e propondo políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços de saúde que articulem ações integradas e intersetoriais na promoção da saúde da população.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) visa “Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (MS, 2006, p.19), e ainda, ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde, bem como estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde, valorizando e otimizando o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde no desenvolvimento de ações de saúde.

A ESF surge, inicialmente, como um Programa em 1994, e, pouco tempo depois, se consolida enquanto estratégia para a reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do SUS. Propõe revisão do modelo tradicional de assistência prestada à “doença”, centrando e priorizando suas ações na prevenção das doenças e promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, prestando cuidado integral e contínuo, a partir de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e ações intersetoriais na comunidade sob sua responsabilidade.

Por acreditar na ESF como potencial para melhorar a vida das pessoas; conhecer e assumir os desafios na responsabilização do território e população adscrita; ao considerar a necessidade de autonomia dos sujeitos enquanto corresponsáveis por sua saúde; ao vislumbrar o estabelecimento de parcerias intersetoriais envolvendo os demais setores da gestão municipal, instituições de ensino, empresas locais e associações de moradores, as equipes de saúde da família e saúde bucal, articuladamente, lançam um novo desafio no “modo de fazer saúde” junto à comunidade do Bairro Bela Vista. Denominado inicialmente de Projeto Caminha-



da Orientada, consolida-se, após, como Programa Bela Caminhada, que se resume, basicamente, na prática orientada de atividade física e educação em saúde.

Justificativa

Existem evidências de que a prática regular de atividade física e hábitos alimentares saudáveis auxiliam no controle e na manutenção do peso corporal e na redução de riscos cardiovasculares. Iniciativas de programas de adesão à atividade física têm por finalidade ampliar o conhecimento da população sobre a prática e os benefícios dos exercícios.

As equipes de saúde da família do Centro de Saúde Bela Vista identificaram, por meio de visitas domiciliares, atendimentos médicos e de enfermagem, que a ausência de atividade física era comum entre as mulheres. O número recorrente de consultas médicas e o elevado uso de antidepressivos alertaram para a necessidade de desenvolver uma atividade orientada e assistida que desse conta de atender esta demanda.

Por iniciativa dos agentes comunitários de saúde que surge a presente proposta, que objetiva oferecer um programa de exercício físico através da prática regular de caminhada orientada e de educação em saúde, com vistas à prevenção, manutenção e melhora na qualidade de vida das participantes. Dentre as prioridades desta ação, almeja-se desencadear a redução do estresse, a tensão, a ansiedade, o número de consultas médicas na Unidade de Saúde, o uso de medicamentos e, ainda, evitar o sedentarismo e reduzir o risco para o desenvolvimento de doenças, além, é claro, de proporcionar alternativa de lazer e convívio social.

Um dos motivos que resultou na opção da caminhada é por ser uma atividade de simples execução e por requerer muito pouco em termos de equipamentos e disponibilidade de tempo. Pode ser realizada individualmente ou de forma coletiva. Bem executada, a caminhada produz os mesmos benefícios da corrida, do ciclismo e da natação. É considerada a prática mais segura de exercícios aeróbicos, por conferir proteção ao sistema cardiovascular, músculo-ligamentar e osteoarticular. Apresenta maior índice de adesão aos exercícios para prevenção de problemas e promoção de saúde. É notório o fato de que um número considerável de pessoas que caminham regularmente por mais de quatro semanas aderem à caminhada.

Objetivos

- Estimular o autocuidado, possibilitando momentos de lazer e de convívio social às participantes para melhora da qualidade de vida e bem estar;
- Oportunizar momentos de educação em saúde e mobilização como recursos à autonomização dos sujeitos;
- Estabelecer e/ou fortalecer vínculos, a partir de proposta intersetorial, envolvendo os diversos atores (equipes de saúde da família, organizações institucionalizadas e comunitárias, indivíduos e comunidade) na produção de saúde; e
- Oportunizar a prática de caminhada orientada como atividade física às mulheres assistidas pelas equipes de saúde da família do Centro de Saúde Bela Vista.

Desenvolvimento

O reconhecimento da promoção da saúde como parte fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e saúde da população; o estímulo às ações intersetoriais, na busca constante de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção de saúde e o fortalecimento da participação social como fundamental no alcance de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário, são destaques no apontamento das diretrizes da PNPS (MS, 2006).

Muitas estratégias são apontadas na proposta de implementação de ações de promoção da saúde nos municípios e comunidades, de acordo com a PNPS, das quais destacamos o apoio a Estados e Municípios que desenvolvam ações voltadas à vigilância e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). A ocorrência das DANTs vem crescendo consideravelmente, em virtude das facilidades e “ritmo” do mundo moderno, onde o estabelecimento e manutenção de hábitos saudáveis de vida, como a prática da atividade física regular, a alimentação saudável, o descanso e momentos de lazer, cedem espaço, cada vez mais, ao sedentarismo, a praticidade de comidas prontas e rápidas e ao estresse diário da vida urbana. Doenças como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a obesidade, o tabagismo e a depressão são exemplos de doenças não transmissíveis que constituem problemas sérios de saúde pública.

De acordo com Forjaz, Rondon e Negrão (2005), a prática de exercícios aeróbicos como a caminhada, constitui conduta não medicamentosa e deve fazer parte do tratamento de pacientes com hipertensão arterial. A obesidade, por sua vez, “está associada à diminuição do bem-estar psíquico, com a dificuldade de integração social, a baixa autoestima e a estigmatização” (ORSI, et al, 2008, p.109). Os autores destacam que a relação entre a prática de atividade física e a saúde são animadores, pois mesmo que o exercício não consiga grande redução de peso, ele melhora as consequências negativas da obesidade na capacidade funcional e no sistema cardiovascular (ORSI et al, 2008).

Destacam Tamayo et al (2005) que a atividade física, além dos benefícios fisiológicos, apresenta efeitos positivos de caráter psicológico e social através de modificações, reais ou imaginárias, na estética do corpo o que, frequentemente, gera insatisfação. Com base na necessidade de despertar para uma vida saudável, considera-se indispensável desencadear ações voltadas para a promoção da saúde e do convívio social, informando à população sobre os benefícios proporcionados pela prática da atividade física realizada corretamente.

De acordo com Moraes (2007), é considerada atividade física qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo-esquelético que resulta em gasto energético maior do que o dos níveis de repouso.

Aprática do exercício físico de forma planejada, estruturada





Atividade física orientada

e de rotina, objetiva, entre outros, aumentar ou manter a saúde, a aptidão física e a qualidade de vida, através da melhora no condicionamento físico, diminuição da perda de massa óssea e muscular, aumento da força, coordenação e equilíbrio, redução da incapacidade funcional, da intensidade dos pensamentos negativos e das doenças físicas, bem como a promoção da melhoria do bem-estar e do humor.

A depressão é apontada como um dos principais problemas de saúde da atualidade, uma vez que a sintomatologia depressiva tem alta associação com o pior funcionamento social e qualidade de vida. De acordo com Fleck et al (2002 p.432), “a depressão tem um impacto considerável e amplo na vida do paciente”, destacando que pacientes deprimidos procuram mais os serviços de saúde em nível ambulatorial do que outros pacientes portadores de doenças crônicas, além de permanecerem mais tempo internados e faltarem mais dias de trabalho do que os não deprimidos.

Estudos demonstram os efeitos determinantes e positivos da atividade física sobre os fatores de autoconfiança, autocontrole, autoconceito e autoestima dos praticantes, sendo a autoconfiança “uma exigência básica para a ação, para o exercício da atividade profissional, para o sucesso, para construir uma ponte entre a família e a sociedade” (TAMAYO et al,2005, p.162). Assim, propõe-se o Programa Bela Caminhada.

Ao contextualizar o cenário da presente proposta, apresenta-se o município de Chapecó, que se localiza na região Oeste de Santa Catarina, cuja população estimada é de mais de 170 mil habitantes, sendo 93% urbana e 7% rural.



Caminhada 2009

Fundado em 09 de abril de 2008, o Centro de Saúde Bela Vista caracteriza-se como uma Unidade Básica de Saúde organizada sob a lógica da ESF. Com território definido, possui população adscrita em cerca de 8,5 mil pessoas. Possui duas equipes de Saúde da Família composta por: dois médicos, dois enfermeiros, cinco técnicos ou auxiliares de enfermagem, treze agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário, além de equipe de apoio, totalizando 30 funcionários. Desenvolve e organiza suas ações conforme programas e projetos definidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Chapecó, além de iniciativas locais como a proposta ora apresentada.

Buscando oportunizar espaço para o “fazer, sentir e viver a saúde” em sua plenitude, o Programa Bela Caminhada diferencia-se de outras possíveis iniciativas da prática de atividade física que se limitam à realização do ato do exercício físico orientado. A perda de peso destacada como objetivo principal das participantes do programa apresenta-se como benefício importante; porém, secundário no entendimento da equipe, que destaca a socialização, o “estar bem” e a melhoria do humor, da vida e das relações das pessoas como grande produto deste trabalho.



Considerado o desejo das equipes locais de Saúde da Família, somado às potencialidades da comunidade, iniciou-se em outubro de 2008, as atividades do Programa Bela Caminhada. A partir de um mapeamento da população de acordo com o perfil priorizado (mulheres entre 20 a 60 anos), os agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros iniciaram a sensibilização das usuárias, através das visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

Em 30 de outubro de 2008 foi realizado o primeiro encontro para socialização e apresentação da proposta junto à comunidade. O evento aconteceu no CIS Bela Vista e contou com a participação de, aproximadamente, 50 mulheres. Considerando a educação em saúde como estratégia fundamental, foi realizado no dia 06 de novembro de 2008 o segundo encontro entre a equipe de saúde e as participantes, para orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física/prática corporal, qualidade de vida e aplicação de instrumento de verificação de estilo de vida, avaliação médica e medidas antropométricas. Foram avaliadas, individualmente, 87 mulheres.

Em 10 de novembro de 2008 iniciaram as atividades de “caminhada” propriamente dita. Em janeiro e março de 2009 foram realizadas novas avaliações para permitir a entrada de novas participantes.

Como proposta deste programa, as caminhadas são orientadas e assistidas por profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, cirurgião dentista e/ou agentes comunitários de saúde), realizadas em periodicidade de três vezes por semana (terças, quintas e sextas-feiras), no período matutino das 7h30 às 8h30, sendo previstos o tempo de duração de cada atividade, destinando cinco minutos antes e depois da caminhada para alongamento e orientações gerais. A frequência das participantes é verificada diariamente, a fim de subsidiar análises futuras quanto à contribuição do programa na melhoria das medidas e nos relatos e registros de saúde e qualidade de vida das participantes. Foram realizadas, até o presente momento, duas avaliações médicas de cada participante, específicas para o programa: a primeira para inclusão no programa e orientação e a segunda para avaliação dos benefícios individuais. Como



nizadas da seguinte forma:

Todos os momentos em grupo caracterizam-se momentos de educação em saúde, datas comemorativas como dia da saúde, dia do amigo, uso do protetor solar, influenza A, dia mundial sem tabaco, dia mundial de luta contra a AIDS, e outros de interesse e solicitação do grupo (como o uso da linhaça na alimentação) são abordados nos momentos de alongamento ou momentos oportunos. Materiais educativos são elaborados e fornecidos, visando a educação em saúde e autonomia dos sujeitos.

Eventos comemorativos são realizados como forma de fortalecer os vínculos, reafirmação e socialização do grupo enquanto espaço produtor de saúde, a citar: Café com Saúde, Dia da Beleza e 1ª Mateada Bela Caminhada. A partir do Dia da Beleza, pode-se observar a carência da população feminina de ações voltadas para “ela”, a mulher em busca da beleza, da autoestima e felicidade. O “sentir-se bem”, “gostar-se”, “cuidar-se”, “amar-se”, e como consequência o cuidado e bom convívio familiar, foram objetivos desta atividade.



proposta para avaliação da atividade é realizada, além da avaliação das condições físicas/limitações à prática da atividade da caminhada e a aferição medidas como pressão arterial, HGT, peso, IMC, destaca-se a aplicação de instrumento de avaliação de depressão (BDI) e qualidade de vida (WHOQOL) e a verificação da frequência de consultas e uso de medicamentos. Para avaliação do programa no que se refere ao alcance dos objetivos propostos, além das medidas e análise documental (prontuários e questionários), são considerados os relatos espontâneos de melhora na qualidade e estilo de vida das mulheres participantes.

As atividades do Programa Bela Caminhada estão orga-

Foram avaliadas, no início do programa, 117 mulheres em três etapas, outubro/08, janeiro/09 e março/09. As avaliações em janeiro e março foram realizadas para permitir a entrada de novas participantes e manter um número estável de aproximadamente 80 participantes. Desde o início do programa houve fila de espera para iniciantes. Todas as mulheres participaram de palestras sobre os benefícios da atividade física e de uma alimentação saudável, bem como noções de qualidade de vida segundo a visão da OMS. Com 11 meses de duração, o programa mantém a frequência média de 60% de mulheres em atividade, mantendo-se firme,

Resultados



agora e cada vez mais, com envolvimento da comunidade, na busca e no fortalecimento de parcerias, que garantam sua continuidade e sucesso. Desde o início das atividades, permanecem 67 mulheres. Dentre as mulheres submetidas à primeira avaliação, 50 desistiram das caminhadas, referindo razões diversas. Conforme relatos espontâneos, algumas delas, sentindo-se motivadas e mais felizes, conseguiram trabalhar no horário de realização da atividade, retornando ao Centro de Saúde para justificar e agradecer. Quanto à faixa etária, entre as que permanecem em atividades no Programa, 31 têm entre 20 e 45 anos; 32 entre 46 e 59 anos; e quatro possuem mais de 60 anos. No grupo das desistentes, 72% tinha entre 20 e 45 anos. Relatos e registros de melhora na vida das mulheres são observados, como é o caso da Sra. S. V., 57 anos, com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, realizando tratamento medicamentoso por três meses antes do início do programa. A participante refere que, ao participar das caminhadas, sentiu-se melhor e mais disposta, tendo retornado ao emprego que tinha abandonado seis meses antes. Sra N.S., 57 anos, abandonou o vício do tabagismo após o início da atividade física e acompanhamento pela equipe de saúde. Durante as avaliações foi aplicado a todas as participantes o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Houve uma prevalência dos sintomas depressivos em 40% delas, índices considerados superiores ao encontrados na população geral, onde se observa uma prevalência de 15 a 20% em mulheres.

Não só a caminhada, mas o vínculo formado com as participantes é fundamental para os benefícios. Elas sentem-se cuidadas e amparadas. E, ao tirar um tempo de suas rotinas diárias para o autocuidado, passam a viver melhor. Nas reavaliações, os relatos espontâneos de melhoras das dores pelo corpo ocorreram em mais de 50% das participantes. Como o da Sra. M. S, de 49 anos: “acordo disposta e tenho mais facilidade para fazer o serviço de casa.”

Em relação ao índice de massa corporal, no grupo das participantes, 30 mulheres têm sobrepeso; 20 são eutróficas; e 17 são obesas. Quanto aos níveis pressóricos e de glicemia capilar, 52 mulheres apresentaram a pressão arterial dentro dos limites da normalidade e 63 mulheres glicemia capilar dentro dos limites da normalidade, segundo as Sociedades Brasileiras de Cardiologia e de Endocrinologia, respectivamente. A perda de peso, também almejada pelas participantes, ocorreu em 30% dos casos, variando de 2 a 12Kg/pessoa, segundo banco de dados instituído. Os relatos de perda de peso vêm acompanhados de sentimentos de superação e confiança.

Na percepção da equipe de saúde, de acordo com os dados apresentados e depoimentos das próprias participantes, obteve-se uma melhora considerável na qualidade de vida das pessoas que modificaram seus hábitos de vida, introduzindo novas práticas e alternativas no modo de viver a vida.

Considerações finais

A configuração atual e o envolvimento das participantes permitem afirmar que o Programa Bela Cami-

nhada não se limita a uma atividade da equipe de saúde, dependente deste ou de outro profissional. É, sim, uma conquista da comunidade que construiu, junto à equipe, um espaço de “fazer, pensar e sentir” a saúde, o que significa que a continuidade do Programa pode e deve ser assumida pela própria comunidade. Muito mais que um simples espaço de atividade física e educação em saúde, o desenvolvimento do Programa Bela Caminhada propõe a construção de um espaço de exercício da cidadania.

Referências

- ARCANJO, G.N.; VALDÉS, M.T.M.; SILVA, R.M. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. *Ciênc. saúde coletiva*, Dez 2008, vol.13, suppl.2, p.2145-2154.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1. Rio de Janeiro, 2000.
- FERREIRA, M.S.; NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, supl.0. Rio de Janeiro, set./dez. 2005.
- FLECK, M.P.A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2002, vol.36, no.4, p.431-438.
- FORJAZ, CLM; RONDON, MUPB; NEGRÃO, CE. Efeitos hipotensores e simpatolíticos do exercício aeróbico na hipertensão arterial. *Rev. Brasileira de Hipertensão*, vol.12(4): 245-250, 2005.
- Informações ao público: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponíveis no site www.crescimento.org.br.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Compendio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LEI 8080. Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.conasems.com.br>
- LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol. 21 s.1. São Paulo May 1999.
- MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev. Psiquiatria, Rio Grande do Sul*, Abr 2007, vol.29, n.1, p.70-79.
- ORSI, J.V.A. et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Abr 2008, vol.54, no.2, p.106-109.
- OPAS 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- TAMAYO, A. et al. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estud. psicol. (Natal)*, 2001, vol.6, no.2, p.157-165.
- VALIM, V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. *Revista Brasileira Reumatologia*, v.46, n.1. São Paulo, jan./fev. 2006.
- V Diretrizes de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2006. Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia. Disponível no site www.cardiol.br.
- WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life Assesment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization.
- WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.



Programa de Saúde da Mulher e Rastreamento Precoce para o Câncer de Mama

Equipe de Estratégia de Saúde da Família:

Olmir José Meneguetti
Secretário Municipal de Saúde
Izolda Avani Zielke
Diretora de Saúde
Mari Adriana Ogliari Perondi
Enfermeira
Asbrúbal César da Cunha Russo
Médico de Saúde da Família

Valdir de Costa
Médico Ginecologista
Júlia Maria Spessatto
Dentista
Elisiane Neu
ACD

Agentes Comunitárias de Saúde:

Elisandra Makoski Badia, Cleoni Buzzatto, Marisa Knak Correa, Sandra Aparecida Martens, Juliana de Souza

Técnicas em Enfermagem:

Solange Margarete Teske Salete Badia Johnner Janaina Raquel Lowis

Introdução

Este trabalho é um relato de experiência do Programa de Saúde da Mulher com foco para prevenção e rastreamento precoce do câncer de mama realizado pela Secretaria de Saúde do município de Tigrinhos. O município de Tigrinhos está situado no Extremo-Oeste de Santa Catarina e conta com uma população de 1.857 habitantes, segundo dados do SIAB, em julho de 2009. A população feminina acima de 40 anos residente no município é de 397 mulheres, perfazendo 21,37 % do total da população, sendo este o público alvo do trabalho realizado.

A Secretaria Municipal de Saúde do município de Tigrinhos, preocupada em promover uma atenção integral à saúde da mulher, implantou o programa de prevenção do câncer de mama, disponibilizando a todas às mulheres com idade acima de 40 anos, a realização de mamografias para atender à demanda reprimida e, principalmente, para detectar precocemente o câncer de mama.

É de conhecimento de todos os atores envolvidos com a saúde da mulher que a cota de exames de mamografia disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta limitações que não permitem atender toda a clientela. Desta forma, torna-se necessária a contrapartida do município.

O lançamento oficial deste programa aconteceu no dia 8 de março, em homenagem ao “Dia Internacional da Mulher” e está em andamento até o presente momento; porém, o tempo estabelecido para este relato é de março de 2009 até julho de 2009.

Justificativa

Evidências científicas apontam que o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, e o primeiro entre as mulheres. Segundo estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer), ano de 2008, estima-se que para o ano de dois mil e nove sejam rastreados 49.400 novos casos. (INCA, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Mulher busca imple-

mentar ações e serviços de saúde que contribuam para garantir a promoção, proteção, recuperação e potencialmente reduzir os riscos de morbimortalidade, principalmente por causas preveníveis. Porém, na prática, o que se vivencia é uma incompatibilidade da oferta de serviços que contribuam com o rastreamento precoce do câncer de mama, de forma gratuita e abrangente.

Como resultado deste cenário tem-se uma alta incidência de diagnóstico tardio, e em consequência disto altos custos com o tratamento. Uma pesquisa realizada pelo INCA entre os anos de 1999 e 2003 aponta que apenas 3,35% dos casos de câncer de mama foram diagnosticados em estágio inicial da doença. Estas informações apontam à necessidade urgente de mudanças neste cenário, bem como uma mobilização dos órgãos competentes. (BRASIL, 2004).

Segundo o que nos coloca o Documento de Consenso do Brasil para o controle de câncer de mama (2004), elaborado pelo INCA em parceria com o Ministério da Saúde, em alguns países desenvolvidos, como os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, foi possível observar um aumento na incidência do câncer de Mama, porém este veio acompanhado de uma redução significativa da mortalidade. Brasil (2004) aponta, ainda, que apesar da grande probabilidade de cura frente a este tipo de câncer, este País conta hoje com uma alta incidência de morte, sendo que podemos apontar como principal problema a falta de rastreamento precoce.

É inquestionável a necessidade de melhorar as estratégias e ampliar a oferta deste serviço, tendo em vista a sua repercussão positiva para o sucesso do tratamento. O Sistema Único de Saúde (SUS), através da lei 11.664 de 29 de abril de 2008 no artigo segundo, parágrafo III, garante o acesso à mamografia gratuita a todas às mulheres em idade acima de 40 anos. (BRASIL, 2008). É reconhecido que a partir dos 35 anos aumentam as chances de ocorrência de câncer de mama, com um considerável aumento deste índice acima dos 40 anos, o que justifica ações especiais voltadas para esta faixa etária. Porém, como já exposto anterior-



mente, em nível de atenção primária, que é a porta de entrada para os usuários do SUS, ainda encontramos limitações em ofertar o atendimento preconizado.

Frente a esta problemática, o município de Tigrinhos, preocupado em disponibilizar atenção integral à saúde da mulher, ampliou a oferta de mamografias gratuitas para todas as mulheres acima de 40 anos. Este programa busca complementar as ações básicas de Saúde da Mulher, que são exame clínico das mamas como rotina e a coleta de exame de prevenção de câncer uterino, entre outros. Importante lembrar que estas ações já existentes serviram de base para a efetivação das novas ações.

Objetivos

Buscar a ampliação do acesso à realização do exame de mamografia através do rastreamento precoce e reduzir o índice de morbimortalidade pelo câncer de mama, bem como garantir o encaminhamento adequado para os casos positivos.

Objetivos específicos:

- Ampliar o acesso ao exame de mamografia para a faixa etária preconizada, realizando desta forma um diagnóstico precoce para o câncer de mama;
- Detectar precocemente os casos positivos para o câncer de mama, procedendo ao encaminhamento necessário para tratamento e acompanhamento;
- Diminuir altos custos com tratamentos;
- Desenvolver a conscientização da população quanto à necessidade de buscar a saúde preventiva;
- Despertar nos profissionais envolvidos uma maior sensibilidade para esta problemática;
- Chamar atenção de órgãos competentes para a necessidade de maior disponibilidade de recursos para ampliar a oferta deste serviço.

Desenvolvimento

O ponto de partida para a implantação do programa foi a busca de dados para conhecer a população alvo e o seu perfil, visando a melhor forma para alcançar os objetivos. O levantamento destes dados foi realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde durante o mês de fevereiro de 2009, onde se buscou dados de todas as mulheres residentes no município quanto à idade, realização de exame preventivo para o câncer de colo uterino e exame de mamografia no ano de 2008.

Os dados apontaram que o município contava com 397 mulheres acima de 40 anos. Destas, 133 haviam realizado o preventivo durante todo o ano de 2008 e apenas 42 relataram já ter feito o exame de mamografia em algum momento da vida. Detectou-se uma baixa cobertura na realização de exames de prevenção para o câncer de colo de útero e de mama para a faixa etária acima dos 40 anos. Desta forma, a equipe conscientizou-se de que havia necessidade de atrelar a coleta do material do exame preventivo com realização do exame de mamografia.

Para possibilitar o melhor andamento do programa, a equipe estabeleceu alguns critérios para a seleção das pacientes a serem beneficiadas com o exame. As pacientes são selecionadas durante a coleta do exame preventivo pela en-

fermeira, na consulta médica com clínico geral e na consulta com médico ginecologista. Sempre é importante lembrar que todas as pacientes para serem beneficiadas pela mamografia devem estar em dia com o exame de preventivo.

Para complementar este trabalho e conhecer o perfil das mulheres atendidas criou-se um ficha clínica para as mulheres (Apêndice A), sendo de uso exclusivo para o registro de exames de preventivo e mamografia, permitindo realizar um histórico e estabelecer o risco de cada paciente para desenvolvimento de ambos os tipos de câncer aqui discutidos.

Após a seleção das pacientes o fluxo se dá da seguinte forma:

a) Exame clínico das mamas como rotina pelos profissionais citados e encaminhamento para coleta de exame preventivo de câncer uterino;

b) Encaminhamento para o exame de mamografia para as mulheres acima de 40 anos, onde as mulheres com achados clínicos são encaminhadas imediatamente ao ginecologista, mesmo antes da realização da mamografia;

c) As mulheres com menos de 40 anos de idade com história familiar para o câncer de mama ou com achados clínicos são encaminhadas para o médico ginecologista e posteriormente realizam mamografia e ultrassonografia. Considerando-se que nesta faixa etária a densidade do tecido mamário impossibilita a total confiabilidade no exame de mamografia ocorre a realização de exame de ultrasonografia para complementar o diagnóstico. Após a realização dos exames ocorre o agendamento de uma consulta com o médico ginecologista e este executa o encaminhamento necessário para cada caso.

Resultados

Após a implantação do programa podemos verificar vários resultados positivos, dentre eles um expressivo aumento no número de coletas do exame preventivo de câncer de colo uterino entre as mulheres acima de 40 anos.

Tabela 1: Comparativo da realização de exames preventivo de câncer de colo uterino período março a julho de 2008 e março a julho de 2009 em mulheres acima de 40 anos:

Ano	Período	Número de coletas
2008	Março a Julho	54
2009	Março a Julho	102

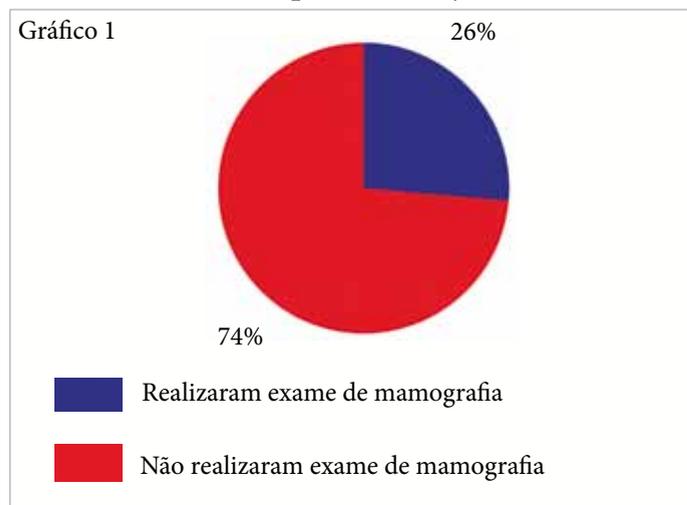
Fonte: Dados programa SISCOLO ano 2008 e 2009 Secretaria Municipal de Saúde de Tigrinhos

Os dados da tabela acima apontam um considerável aumento no número de coletas de exame de preventivo para o câncer de colo uterino em mulheres acima de 40 anos. Entre março e julho de 2008 foram realizadas apenas 54 coletas, já para o mesmo período em 2009 este número chegou a 102 coletas.



Podemos verificar um aumento de 88,8% neste índice. Concluímos que a oferta do exame de mamografia de forma gratuita estimulou também as mulheres a buscarem o exame de preventivo de colo uterino. Um dado relevante a ser apontado se refere à cobertura de realização da mamografia em relação às coletas de exame de preventivo de colo uterino. Entre março e julho de 2008 foram realizados 54 exames de preventivo de colo uterino em mulheres acima de 40 anos e destas, 14 realizaram também a mamografia.

Gráfico 1: Cobertura do exame de mamografia em relação à coleta de preventivo de colo uterino em mulheres acima de 40 anos, período Março a Julho de 2008.



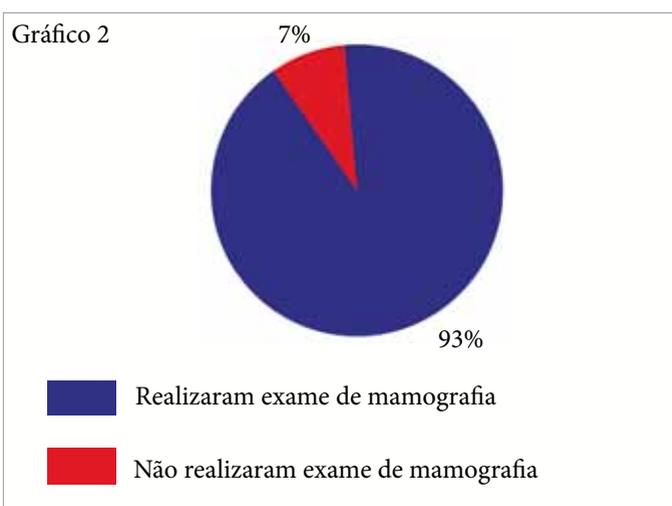
Fontes Gráficos: Registros da Secretaria Municipal de Saúde (2008)

Podemos observar através deste gráfico que apenas 26% das mulheres acima de 40 anos que realizaram o exame de preventivo de câncer de colo uterino também tiveram a oportunidade de realizar a mamografia. Este índice representa uma cobertura muito baixa, o que sem dúvida gerou uma demanda reprimida. Novamente podemos afirmar que as cotas oferecidas pelo SUS não atendem de forma abrangente os usuários, uma vez que os exames realizados no período de 2008 se referem apenas as cotas da PPI (Programação Pactuada Integrada).

Após a implantação do programa, que contemplou o rastreamento precoce, os índices de cobertura apontam melhoras significativas. É possível visualizar uma expressiva mudança no período de Março a Julho de 2009, onde houve 102 coletas de exame de preventivo para o câncer de útero e 95 mamografias realizadas. O gráfico abaixo demonstra o índice de mulheres acima de 40 anos que ao realizarem o exame de preventivo de câncer de colo uterino, também foram submetidas ao exame de mamografia.

Gráfico 02: Cobertura do exame de mamografia em relação à coleta de preventivo de colo uterino em mulheres acima de 40 anos, período Março a Julho de 2009:

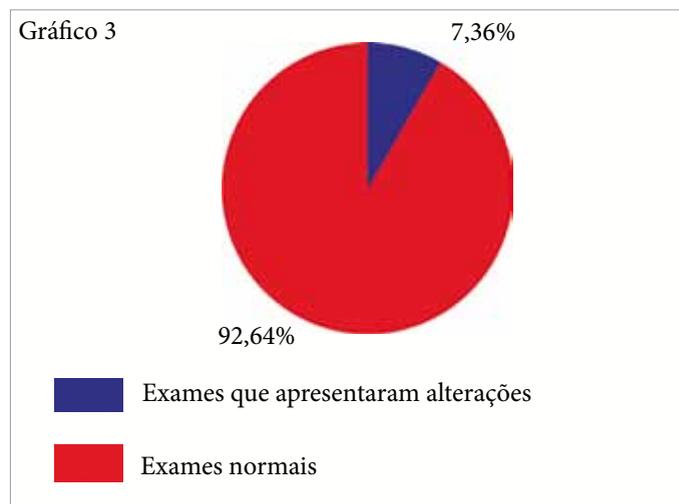
O Gráfico demonstra que houve um aumento considerável no índice de cobertura em relação à coleta de preventivo e realização de mamografia. Enquanto em 2008, entre março e julho, obteve-se uma cobertura de 26%, em 2009 para o mesmo período foi possível obter 93% de cobertura. O fator determinante para este saldo positivo foi com cer-



teza a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde em ampliar o acesso ao exame de mamografia, que como pode ser observado, além de melhorar o número de exame de mamografia também contribuiu para alcançar resultados positivos na coleta de exame de preventivo de câncer uterino.

No tocante ao diagnóstico realizado podemos relatar que das 95 mamografias realizadas, sete apresentaram alterações, sendo realizada punção para biópsia nas sete pacientes, onde três delas apresentaram o câncer de mama e estão realizando o tratamento.

Gráfico 3: Pacientes que apresentaram alterações entre as mamografia realizadas março a julho de 2009:

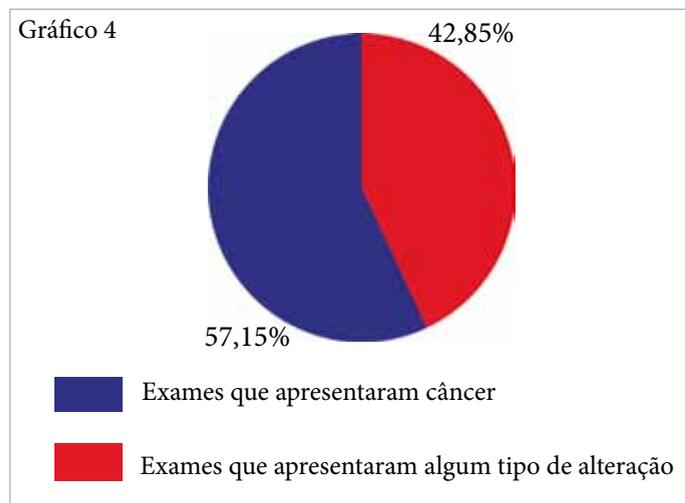


Pode-se constatar, portanto, que 7,36% das mulheres que realizaram o exame de mamografia entre março e julho de 2009 apresentaram algum tipo de alteração, sendo que em três mulheres (3,15%) confirmou-se, posteriormente, o câncer de mama. O aumento na ocorrência de alterações está diretamente relacionada a uma maior oferta no número de mamografias realizadas. Verifica-se, um alto índice de câncer de mama no município. Podemos afirmar que a demanda reprimida durante muito tempo somado a falta de realização de exame de preventivo contribuíram significativamente para este resultado.

No próximo gráfico podemos visualizar o alto índice de ocorrência de câncer de mama nas mulhe-

res com as mamografias alteradas, onde foi confirmado o câncer de mama após a realização da biópsia.

Gráfico 4: Porcentagem de pacientes com alterações na mamografia que confirmaram câncer.



Os dados dos gráficos acima confirmam as evidências científicas de que a ocorrência do câncer de mama é extremamente alta em todo mundo. Os dados encontrados no município de Tigrinhos nos levam a crer que estes números podem ser ainda maiores a partir do momento que o acesso ao exame de mamografia for ampliado.

A equipe concluiu, portanto, através destes dados, que é extremamente importante adotar como estratégia o rastreamento precoce para o câncer de mama dentro do programa de saúde da mulher. Reforçamos a importância da mamografia como técnica de apoio no diagnóstico do câncer de mama, que como foi constatado, indica uma alta sensibilidade. É importante lembrar que, ao diagnosticar alterações nos exames de mamografia é necessário garantir que a paciente receba também o apoio complementar, como a realização de biópsia, acompanhamento psicológico e tratamento adequado, incluindo a família neste processo.

Em suma, podemos apontar como pontos positivos o aumento da procura pelo exame de preventivo de câncer de útero e mama e uma maior consciência em relação à saúde preventiva. A equipe tem consciência de que ainda há necessidade de ampliar estes números, tendo em vista que uma parcela do público alvo ainda não buscou o serviço. Para tanto, serão estabelecidas novas estratégias para o alcance dos objetivos que é atender a 100% desta população.

Considerações finais

Os resultados evidenciaram que o câncer de mama é uma realidade presente no município e os dados encontrados apontam inclusive uma alta incidência, considerando que em apenas cinco meses, com 95 mamografias já realizadas, foram encontrados três casos de câncer de mama. Ao discutir estes dados, acredita-se que a demanda reprimida na realização de mamografias em conjunto com a não realização de exame preventivo de colo uterino durante muitos anos somaram forças para que obtivéssemos estes resultados.

Há que se considerar que no município a faixa etária mais difícil de ser atingida e trabalhada sempre foi a faixa etária acima dos 40 anos. Neste ponto, resgatam-se questões culturais, uma vez que tanto o exame preventivo de câncer de útero quando a mamografia envolvem a exposição do corpo da mulher, o que em contra partida as leva à falta do cuidado, e isto, somado ao fator idade, aumenta sua vulnerabilidade ao câncer de mama e do útero. Os avanços no sentido da conscientização e procura pelos serviços disponíveis dentro do programa de saúde da mulher ficaram evidentes; porém, ainda existem algumas questões a serem trabalhadas.

Quanto ao acesso, a Secretaria Municipal da Saúde deu seu primeiro passo quando se propôs a ofertar gratuitamente a mamografia, no entanto ainda há uma demanda a ser atendida, e nesse sentido já estão sendo repensadas estratégias. A equipe alerta que é importante a consciência e o planejamento por parte dos órgãos competentes na ampliação do acesso ao serviço em todo país. Isto envolve a discussão de questões como acesso, reorganização do serviço, orçamento e principalmente comprometimento.

É necessário e urgente mudar este cenário nacional para alcançar melhores índices de diagnóstico precoce do câncer de mama e desta forma diminuir o impacto nos custos com tratamento, melhorar a sobrevivência, diminuir o sofrimento das pacientes e melhorar a qualidade de vida. A equipe de saúde do município de Tigrinhos espera que a realização deste trabalho possa contribuir de alguma forma para que ocorram mudanças nos índices de diagnóstico tardio do câncer de mama no País.

Referências

BRASIL. Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 de abr. 2008. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-11664.html>>. Acesso em: 27 jul. 2009. Ministério da Saúde. 2004. Controle do câncer de mama. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2009.

INCA INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2008. Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793>. Acesso em: 28 jul. 2009.

APÊNDICE A ACOMPANHAMENTO SAÚDE DA MULHER

Secretaria Municipal de Saúde de Tigrinhos Acompanhamento Saúde da Mulher		
Nome:		
Data de Nascimento: / /	Cadastro:	
Endereço:		
Menarca:	Menopausa:	
Partos:	Abortos:	Cesariana:
Tabagista: () sim () não		
História de displasia: () sim () não		
Casos de câncer na família: () sim () não		
História de cirurgia: () sim () não		
Já realizou quimioterapia: () sim () não		
Hipertensão ou diabetes:		
Anticoncepcional: () sim () não		
Mamografia: () sim () não		

TreviSORRIR – Promoção de Saúde Bucal

Diego Anselmi Pires

Luciane Possoli

Ivorete Brambilla

Marlene Possato Pandini

Resumo

Este trabalho expressa uma breve descrição do contexto inicial das dificuldades e facilidades pertinentes ao serviço público de Saúde Bucal, das ações planejadas e executadas, bem como de alternativas para seu monitoramento e a discussão dos resultados já alcançados no município de Treviso/SC, com a implantação do TreviSORRIR – Promoção de Saúde Bucal. As diferentes concepções e facetas da integração multiprofissional, além da forma como este projeto foi planejado e está sendo executado também são apresentadas neste trabalho, como forma de trocar experiências exitosas na promoção da Saúde pela Estratégia Saúde da Família.

Introdução

“Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.”

(8a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986)

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no Brasil, pode ser considerada uma referência histórica na definição de um conceito tão amplo e dinâmico como SAÚDE e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Se considerarmos a saúde bucal, historicamente relegada a um papel coadjuvante, como parte integrante da saúde de um indivíduo, ações planejadas de forma integral e em consonância com os princípios expressos pelo programa, agora Estratégia Saúde da Família (ESF), são os objetivos e metas a serem alcançados para transformar a realidade de nossa população.

Desde maio de 2007, a contratação de novos profissionais para integrar a equipe de Saúde Bucal da ESF, modalidade I (um Cirurgião Dentista e uma Auxiliar de Consultório Dentário), mostrou a preocupação da Administração Pública em não apenas produzir dados e números, como uma linha de produção industrial, mas em concatenar as ideias de promoção de saúde e as demandas da população e dos próprios trabalhadores. Assim, essa nova concepção de Saúde Bucal propõe horizontes desafiadores, como o de garantir o atendimento clínico com procedimentos de atenção básica e, também, de média complexidade. E, ainda, operacionalizar o modelo de referência e contrarreferência proposto pelo SUS, fomentar o comprometimento multiprofissional, transformar o trabalho preventivo, com atitudes mais eficientes e de grande abrangência, estimular o envolvimento ativo dos indivíduos, sejam eles usuários ou profissionais da saúde, estender a cobertura a todas as comunidades, urbanas ou

rurais, do município, multiplicar o saber e o conhecimento em saúde bucal, reduzir a exclusão social e desmitificar o conceito popular de “dentista de posto”, extremamente depreciativo. A priori, a busca pela excelência nos serviços de saúde bucal é a premissa desta linha de atuação.

Este relato de experiência permeará algumas áreas temáticas pré-definidas, pois sua construção não permite eleger apenas um eixo norteador, o que está claro em sua proposição. Considerando o envolvimento multiprofissional da promoção de saúde, Diego Anselmi Pires, Cirurgião Dentista e Especialista em Saúde Coletiva; Luciane Possoli, Enfermeira e Coordenadora da ESF; Ivorete Brambilla e Marlene Possato Pandini, Agentes Comunitárias de Saúde; se comprometeram a formular, debater e relatar este projeto. Tal desenvolvimento só tornou-se viável em virtude da intensa relação existente nesta equipe de ESF, em especial dos autores deste trabalho, que compartilhou a responsabilidade pelas propostas e desafios e está fazendo essa mudança acontecer no cotidiano, incorporando o saber adquirido e disseminando-o entre a equipe e os munícipes.

O caminho escolhido é longo e dificultoso, mas a certeza de estar juntos e em direção a um objetivo bem definido, permite acreditar que a saúde integral é possível, plausível e os instigará a percorrer novos caminhos.

Justificativa

A troca de experiências de estratégias inovadoras, o conhecimento de diferentes realidades, muitas vezes em uma mesma região, e até em um mesmo município, o entendimento e a defesa dos princípios do SUS são argumentos sólidos e importantes para justificar a participação do município de Treviso neste Encontro Macrorregional. Porém, a consciência de um conceito ampliado de saúde, estando aí envolvida a atenção à Saúde Bucal, e a demanda crescente da população por serviços mais resolutivos fez com que a visão curativista e, por assim dizer, manufatureira da Odontologia oferecida até 2007 acabasse sendo substituída por um modelo mais contemporâneo, contextualizado, aberto a novas formas de trabalhar e de integrar a assistência e a promoção da saúde.

A própria definição de Odontologia como Saúde Bucal vem ao encontro da proposta da Estratégia Saúde da Família, que além da territorialização, prevê a integralidade da atenção, o comprometimento multidisciplinar, a contextualização. E, com essa intenção, o TreviSORRIR



– Promoção de Saúde Bucal, se apresenta como alternativa escolhida para iniciar esse processo transformador.

Objetivo geral

Contextualizar e desenvolver o projeto TrevisORRIR – Promoção de Saúde Bucal, no município de Treviso, SC, com a aplicação de saberes e conhecimentos específicos da Odontologia e inseridos em um modelo de promoção de saúde.

Objetivos específicos

A tarefa prioritária do TrevisORRIR, desde seu início, foi contextualizar a realidade local. Conhecer o perfil epidemiológico da população, desde suas características gerais, seus problemas de saúde e suas condições de vida, a infraestrutura disponível (recursos humanos, materiais, físicos, protocolos existentes), as barreiras geográficas, econômicas, sociais e culturais, além da avaliação dos serviços e resultados obtidos, até o momento, foi o passo inicial. Uma vez definida a conjuntura de inserção desta equipe de Saúde Bucal, alguns eixos norteadores foram preestabelecidos em conjunto com outros atores sociais, como Luciane (Enfermeira), Ivorete e Marlene (ACS) e o gestor de saúde:

- a) Programação do atendimento clínico (procedimentos e agendamento prévio);
- b) Trabalho preventivo diferenciado;
- c) Envolvimento ativo dos indivíduos (usuários, profissionais da saúde e gestores);
- d) Cobertura ampliada (comunidades urbanas e rurais);
- e) Multiplicar o saber e o conhecimento em saúde bucal;
- f) Integrar a Odontologia e a Saúde pública;
- g) Reduzir a exclusão social e desmistificar conceitos depreciativos;
- h) Avaliação e monitoramento constante;
- i) Excelência nos serviços de saúde.

Desenvolvimento

Treviso pode ser considerado um município relativamente novo, próximo a Siderópolis, de onde se emancipou em 1995. Fato importante destacar, uma vez que, devido à grande extensão territorial de Treviso, à existência de famílias residindo nos dois municípios e à cultura popular de procurar centros urbanos mais desenvolvidos, ainda é cedo para afirmar a completa autonomia do município. Sua economia baseia-se na produção rural e na extração de carvão mineral. Por ser um município pequeno (3.692 habitantes, segundo estimativas do IBGE para 2009), apenas uma equipe da ESF, com equipe de Saúde Bucal, estava implantada. Assim, a alternativa foi planejada em conformidade com os princípios estabelecidos pela Estratégia Saúde da Família e, desde o início, previa mudanças e adaptações, singularidade típica do dinamismo da saúde.

Então, em maio de 2007, ao iniciar este projeto, a equipe enfrentou uma população resistente às mudanças, mas que, aos poucos, foi gerando confiança no trabalho proposto. Aumento da carga horária de atendimento clínico,

agendamento de consultas, atividades educativas em escolas e grupos terapêuticos, estabelecimento de protocolos para procedimentos clínicos em geral e visitas domiciliares foram fatores que despertaram o interesse da população e da própria equipe de ESF e que, ao mesmo tempo, preocupou-as com tamanha mudança.

Até então, o atendimento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS) não acontecia de acordo com os princípios da ESF, em especial, em relação aos horários. O agendamento era mensal, isto é, enquanto houvesse vagas no mês corrente, as consultas eram marcadas. Assim, acabavam ficando para datas distantes e as faltas se tornavam inevitáveis. Poucas atividades educativas eram programadas, as visitas domiciliares eram raras, havia pouca preocupação com a padronização e com a biossegurança, ausência de proteção para o paciente nas tomadas radiográficas, cadeira e equipamento odontológico estavam obsoletos, falta de controle e padronização no registro de pacientes; enfim, muitos detalhes que acabavam caindo no comodismo e não eram resolvidos. Mesmo assim, a situação de saúde dos cidadãos de Treviso possuía uma boa avaliação, pois apresentava uma oferta de ações e serviços de saúde melhor do que muitos municípios da região.

A partir de maio de 2007, ao assumir como Secretário de Saúde, João Réus Rossi, o Juca, assessorado por Maria de Lurdes Spricigo Freccia, determinou, em consonância com o Poder Executivo, que a Saúde Bucal merecia uma especial dedicação e valorização. Contratou Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário para integrar a Equipe de Saúde Bucal da ESF, além de substituir o equipamento odontológico (cadeira e equipo), motivar a adequação de materiais e instrumentais à realidade do município e da Odontologia contemporânea e incentivar a integração desta equipe com os demais setores da Secretaria e da Administração. Além disso, com a criação da Coordenação de Saúde Bucal, facilitou a resolução de entraves que sobrecarregavam outros setores.

A necessidade de atualizar os modelos de fichas para registro (cartão horário, ficha clínica, boletim de procedimentos diário e mensal, atestados, recomendações, encaminhamentos, referência e contra-referência, e os demais modelos) também se colocou como prioridade, pois o controle destes registros permitiria análises bem confiáveis sobre os resultados obtidos. O início foi desafiador, precisou de adaptações e alterações, uma vez que o respeito às diferentes realidades e aos diversos saberes de cada um é essencial para o sucesso das ações.

Atendimento clínico - Conforme detalhado na contextualização acima, o atendimento clínico precisou de profundas adequações para enfrentar, de forma eficaz, a realidade do município. Baseados nos procedimentos de atenção básica, o Coordenador de Saúde Bucal, a Coordenadora da ESF e o Secretário de Saúde, em conjunto com mais alguns membros da equipe, estabeleceram a linha de trabalho, agregando alguns procedimentos de média complexidade, como Endodontias (tratamento de



canal) e Cirurgias para remoção de dentes retidos ou restos radiculares de difícil acesso, em casos especiais, associados à avaliação com a Assistente Social. Casos não contemplados seriam encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), em Criciúma, cidade pólo da região carbonífera.

O próximo passo foi determinar que o tempo adequado para atendimento na UBS, por consulta, seria de 30 minutos, prevendo a limpeza e assepsia do equipamento e o registro dos procedimentos. Assim, de acordo com a carga horária diária para atuação do profissional preconizada pela ESF, estabeleceu-se que seriam realizadas de sete a oito consultas por período, manhã e tarde, sendo que estas vagas seriam distribuídas em vagas para agendamento e para urgências, em menor proporção. Este agendamento tornou-se semanal, isto é, apenas para a semana corrente, reduzindo, mas não eliminando, as faltas às consultas. Ainda, a flexibilidade desta forma de agendamento garante que gestantes, idosos e pacientes com necessidades especiais ou em situação delicada, tenham preferência e possam contar com o agendamento para a data e o horário mais adequado.

Para as comunidades distantes e para as escolas do município, a maneira escolhida de facilitar o acesso à Saúde Bucal foi a aquisição de um Odontomóvel - trailer totalmente equipado (cadeira, equipo, ultra-som, aparelho de Raio-X com câmara de processamento, autoclave, fotopolimerizador, amalgamador, compressor, bomba à vácuo portátil, ar condicionado, frigobar, materiais e instrumentais de uso odontológico, sala de espera). Este Odontomóvel realizaria o atendimento clínico alternando, periodicamente, o deslocamento para estes locais, desde que obedecendo a condições mínimas para sua instalação e segurança. Seja na UBS ou no Odontomóvel, ganhar a confiança dos pacientes de diferentes faixas etárias e finalizar seu tratamento clínico passa a ser o objetivo. O agendamento também acontece nas escolas e comunidades, seguindo a mesma orientação da UBS.

Entretanto, um longo caminho foi percorrido, com inúmeras tentativas até encontrar a fórmula mais próxima da ideal, pois a população estava acostumada com uma sistemática de agendamento de consultas centralizada na UBS e, a cada mudança, novas barreiras surgiam. Entretanto, o apoio e a confiança da equipe e da Administração municipal permitiram que fosse estabelecida esta estratégia para facilitar o acesso da população aos serviços de Saúde Bucal. A divulgação destas alternativas e da nova organização do atendimento clínico foi feita através da mídia (rádio e jornais) e, em especial, pelo trabalho dedicado das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). No final de 2007, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal, aberta a toda a população, aos trabalhadores e com a presença dos gestores municipais, onde este foi um dos itens mais debatidos e esta alternativa foi escolhida e corroborada pelos participantes como a mais abrangente.

Aliada a essa nova conformação de atendimento clínico, desenvolveu-se a prática das Visitas Domiciliares, com a participação da equipe de Saúde Bucal e das ACS. Um dia por mês, duas microáreas eram selecionadas e visitadas, em sistema de rodízio, para que a equipe conhecesse



Odontomóvel adquirido para atendimento clínico nas comunidades e escolas do município.

se melhor a realidade dos usuários, entendendo porque a dificuldade em seguir suas orientações ou em procurar atendimento regularmente. Além disso, exames clínicos e eventuais atendimentos na residência das famílias permitem ampliar a facilidade de acesso ao serviço, além de conquistar a confiança desta parcela da população.

Sem critérios predefinidos e condições mínimas para executar este tipo de atendimento, as complicações e o comprometimento da integridade do paciente são vetores presentes e que devem ser evitados pela equipe. A realização de procedimentos mais simples, como a orientação de higiene bucal, ATF ou mesmo a ART (Tratamento Restaurador Atraumático - curetagem parcial da cavidade cariada, saneamento e preenchimento com materiais provisórios), só elimina a necessidade de acompanhamento multiprofissional se o caso do paciente for bem avaliado e permitir tal situação. O bom senso e a cautela devem permear cada etapa de decisões como esta.



Atendimento domiciliar em paciente acamado, com a presença da equipe de Saúde Bucal, da Médica e da Enfermeira da ESF, além de um carro de apoio adequado (ambulância) para garantir o suporte à vida do paciente.

Prevenção - O trabalho em um modelo de promoção de saúde incentiva a preocupação com a prevenção. Neste sentido, as atividades de Educação em Saúde Bucal têm se tornado o principal instrumento do TrevisORRIR. Estas atividades têm sido planejadas e desenvolvidas desde o início, pois o conhecimento da realidade, o comprometimento dos envolvidos, a aceitação das técnicas e informações pelo público-alvo e a criatividade da equipe são percepções essenciais no planejamento, na execução e no monitoramento destas. Esta metodologia visa fugir do modelo tradicional em que a pedagogia da transmissão acontece (“o professor ensina, o aluno aprende”). A metodologia construtivista e a influência de Paulo Freire têm facilitado este trabalho.

Como exemplos, podemos destacar:

a) Palestras educativas: temas pertinentes à Saúde Bucal são abordados em uma linguagem acessível e dinâmica, adequada ao público-alvo (“O Beijo”, Halitose, Fluoretação da Águas; Escovação, Fio dental, Cárie, Doença Periodontal, Saúde Bucal - Geral, Diabetes, Hipertensão Arterial, Saúde Bucal para Gestantes, Envelhecimento, entre outros);

b) Vídeos educacionais: vídeos conhecidos, como o “Dr.Dentuço”, por exemplo, material audiovisual adquirido pela Secretaria de Saúde ou reportagens de televisão;

c) Teatro de Bonecos: teatro com bonecos e palco feitos por voluntários, com músicas infantis e paródias, acompanhadas de violão, com o tema Saúde Bucal, para as crianças da Educação Infantil;

d) TrevisORRIR_LETRANDO: jogo de soletração de palavras da Língua Portuguesa, baseado em textos simples sobre temas pertinentes à Saúde Bucal prontos ou preparados pela equipe;

e) TrevisORRIR_Informática: programas e atividades de informática com o tema Saúde Bucal para diferentes faixas etárias;

f) CINEMA ESPECIAL: em auditórios preparados para tal, ocorre a projeção de filmes atuais, mas com mensagens subliminares que são discutidas com a platéia (por exemplo, “Obrigado por Fumar”);

g) Show do Escovão: brincadeira de perguntas e respostas sobre Saúde Bucal, semelhante a um programa televisivo, em que grupos são formados e seus integrantes debatem e escolhem a resposta correta, após vídeo ou palestra apresentado previamente;

h) Visitas Domiciliares: periódicas, com a divulgação de informações e kits de higiene bucal para as famílias em risco social, além de atendimento odontológico simplificado e previamente planejado.

O controle da fluoretação das águas de abastecimento tem sido realizado periodicamente, a realização de bochechos fluoretados nas escolas nucleadas (1ª a 4ª série) das comunidades rurais de São Victor e Forquilha acontece semanalmente, pois nestas áreas ainda não existe um abas-

tecimento adequado de água tratada. Além disso, de duas a três vezes por ano, todas as crianças da Educação Infantil e Ensino Fundamental recebem kits de higiene bucal, com escova e creme dental fluoretado para realizarem sua higiene pessoal. Na entrega destes kits, aplicações tópicas de flúor sob supervisão da equipe de Saúde Bucal, palestras, vídeos, jogos e brincadeiras são realizados para corresponsabilizar este público-alvo e agregar valor às ações preventivas.

Este envolvimento ativo, tanto de professores, pais, Secretários Municipais, trabalhadores de saúde, gestores e escolares permite delinear um futuro promissor no que tange à manutenção da Saúde Bucal, pois esta é responsabilidade de todos e não apenas do poder público municipal. Este tema, inclusive, é considerado o nó crítico da Saúde Bucal do município, mesmo tendo sido debatido exaustivamente com professores e com os pais dos escolares, pois a mentalidade de uma parte significativa da população ainda é retrógrada e remete a responsabilidade sempre a outrem. Este fato é confirmado pelo indiscriminado consumo de balas, doces, produtos industrializados e refrigerantes, mesmo com uma merenda escolar de qualidade, o que além de afetar a Saúde Bucal dos escolares, pode provocar a obesidade infantil.

Para o ano de 2009, está programada uma atividade conjunta entre as Secretarias de Saúde e de Educação, com especial participação da equipe de Saúde Bucal, da Nutricionista e da ESF, para alertar e orientar pais, professores e responsáveis sobre a urgente mudança do comportamento alimentar de seus filhos e alunos, com base nas informações colhidas no Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), e na análise das reclamações de professores e das condições bucais dos escolares. Nada será preventivo o suficiente se a cultura da despreocupação, de esperar acontecer o problema e depois procurar auxílio, não for dissolvida com ações educativas eficazes.

Cobertura - Conforme descrição anterior, o município de Treviso apresenta uma extensa dimensão territorial e isso dificulta ações e a distribuição de serviços. Além de não contar com linha de transporte coletivo regular no município, apenas intermunicipal, a maioria das comunidades rurais tem acesso difícil e distante da área central. Como o atendimento odontológico estava concentrado na Unidade de Saúde, a opção pela aquisição de um Odontomóvel ampliou as possibilidades de suprir esta demanda, mesmo que limitada pelo acesso e pelo grande contingente de pessoas a serem cobertas por este serviço, isto é, não é possível deslocar o trailer a todas as comunidades, pois necessita de local adequado e seguro. Assim, comunidades maiores e de acesso simples foram as escolhidas, mas o atendimento é aberto a todas as pessoas que residem nesta ou em outra comunidade rural próxima.

Além disso, ao fixar-se próximo às escolas do município, o Odontomóvel tem permitido um trabalho diferenciado com os escolares em relação ao atendimento clínico. Além da confiança mútua, pois as crianças conhecem bem o dentista, essa proximidade permite que várias crianças sejam atendidas, quase sem desperdício de tempo



por faltas, todos os períodos, independente de condição climática, em geral.

Mesmo assim, a percepção da equipe é que apenas um Odontomóvel ainda é pouco para tantas pessoas e comunidades diferentes, mas é um instrumento imprescindível, eficaz e tem sido muito bem recebido por onde passa. Com certeza, vai determinar mudanças significativas nos índices de Saúde Bucal da população e também em seus hábitos e percepção da relação Saúde Bucal e Saúde.

Multiplicadores - Assim como a própria equipe de Saúde Bucal, o trabalho de prevenção pode ser potencializado com a capacitação de Multiplicadores em Saúde Bucal, isto é, pessoas ou trabalhadores diversos, envolvidos e comprometidos com a proposta de melhorar as condições bucais de seus municípios. Alguns exemplos que o TrevisORRIR utiliza em seu auxílio, como aliados:

a) ACS: divulgam ações, distribuem materiais, conhecem a família, sabem os motivos de determinadas condições do paciente, fazem a ponte entre o serviço e a família;

b) Professores: debatem, ensinam, reforçam as informações, participam dos encontros, controlam e incentivam a prática do cuidado em Saúde Bucal;

c) Merendeiras: controlam e distribuem bochecho fluoretado nas escolas nucleadas;

d) Líderes Comunitários: na promoção e divulgação de eventos educativos, como palestras, cinema, grupos terapêuticos, e outros;

e) Conselheiros Tutelares: auxiliam na lembrança, em especial, de pais omissos ou 'esquecidos' para que não percam o contato com a equipe de Saúde Bucal ou as vagas agendadas;

f) Líderes de turma: ainda em estudo, mas podem se tornar mais um elo entre a Saúde Bucal e os escolares, facilitando o controle, a divulgação e até sugerindo novas alternativas de trabalho.

Enfim, todos os cidadãos preocupados e dispostos a contribuir com as ações e serviços relacionados à Saúde Bucal serão bem vindos e aproveitados sempre.

Epidemiologia - Como prática inerente ao gestor comprometido com a promoção de saúde, o uso de ferramentas como a Epidemiologia deve ser rotineiro e valorizado. Por esse motivo, a Coordenação de Saúde Bucal definiu, com apoio do Gestor de Saúde e do Poder Executivo, a realização do primeiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Treviso, utilizando o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), amplamente recomendado como referência na avaliação e monitoramento das condições de Saúde Bucal.

Em 2008, de acordo com a bibliografia consultada, foram realizados exames clínicos na população escolar, conforme quadro comparativo expressando o índice CPO-D em diferentes faixas etárias da população escolar de Treviso, da região Sul e do Brasil e o índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em uma análise simplificada, os índices ainda estão distantes do ideal, mas o TrevisORRIR ainda é um projeto incipiente e tal levantamento foi feito inicialmente para servir como referencial

Quadro comparativo do índice CPO-D:

Idade	Treviso	SUL	BR	OMS
6	3,24			
12	2,88	2,3	2,78	3
15	6,86			

para programar e avaliar as ações planejadas e executadas a médio e longo prazo, pois reflete o trabalho realizado até 2007/2008.

Odontologia e Saúde Pública

Até a década de 90, poucas e raras eram as iniciativas públicas de valorização da promoção da Saúde Bucal. Em geral, as ações eram paliativas e assistenciais, o que gerou uma cultura de desconfiança da população no serviço público e de comodismo dos gestores.

Odontologia e Saúde Pública

Até a década de 90, poucas e raras eram as iniciativas públicas de valorização da promoção da Saúde Bucal. Em geral, as ações eram paliativas e assistenciais, o que gerou uma cultura de desconfiança da população no serviço público e de comodismo dos gestores.

Com a implantação do Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família, em 1994, novos horizontes se apresentaram e uma alteração no modo de tratar a Saúde Bucal foi se conformando até os dias atuais. Recursos financeiros, incentivos aos municípios, equipamentos novos e mais modernos, materiais de qualidade e acessíveis, centros de referências especializados, formação de profissionais mais qualificados e comprometidos com os princípios do SUS são alguma características, mesmo que em pequena escala, do novo modelo de promoção da Saúde Bucal.

Além disso, a participação efetiva no Conselho Municipal de Saúde, em reuniões de pais e professores, na Comissão Integração Ensino-Serviço, que se propõe a debater e construir as políticas de Educação Permanente em Saúde, e em cursos multiprofissionais como a Sensibilização para o Trabalho em Saúde da Família, ou Técnico em Higiene Bucal (formação e qualificação de pessoal auxiliar), são elementos que corroboram a vontade e a disposição da equipe de Saúde Bucal de Treviso em fazer acontecer essa mudança de paradigma.

Como compromisso extra, a desmitificação de alguns conceitos antiquados e que ainda persistem no imaginário popular e que devem ser combatidos com esta nova postura, como por exemplo, o conceito que 'dentista de posto é pior que particular', inverdade, pois o material utilizado, os protocolos de biossegurança e de procedimentos clínicos, além da qualificação do profissional podem situar o serviço de saúde bucal pública em condições melhores do que muito profissional do mercado privado. Outro mito a ser considerado, 'a gestante não pode receber tratamento odontológico', também é inverossímil, pois não apenas pode como deve recebê-lo, desde que respeitada sua condição especial e tomadas cautelosas. Esses são apenas exemplos da dificuldade em conciliar o entendimento de grande



parte da população e os saberes da promoção da saúde.

A criação da Coordenação de Saúde Bucal permitiu atuar nesta direção, pois algumas de suas atribuições facilitam a integração da equipe e os resultados se tornam acessíveis e positivos. Como exemplo, podemos citar o canal de comunicação com o gestor e outros setores, planejamento e programação prévios, adequação de materiais e instrumentais de acordo com a demanda, definição de protocolos, organização de horários e folgas/férias, monitoramento constante dos serviços, atividades educativas, integração com a equipe de saúde ('todos falando a mesma língua'), dentre diversas outras atribuições.

Exclusão social

Ao considerar o conceito de Saúde Bucal e não apenas de Odontologia, faz-se importante ressaltar algumas funções importantes e derivadas de uma boa condição bucal, como a fonação, a mastigação, a deglutição, a nutrição, uma satisfatória vida social, a autoestima, o sorriso, a manutenção da dignidade. Assim, o TrevisORRIR objetiva contribuir para a redução da exclusão social de parcela significativa da população e, para tal, existe a necessidade de compreender o conceito de Acessibilidade. Seja por limitações financeiras, geográficas, culturais ou mesmo sociais, o acesso a serviços de Saúde Bucal deve procurar respeitar os princípios do SUS, como a Universalidade e a Equidade, garantindo a todos os cidadãos a oportunidade de transformar sua realidade, oferecendo atenção diferenciada para quem necessita de atenção diferenciada.

A organização da agenda, o cumprimento da carga horária contratada, a reformulação de protocolos clínicos, o atendimento móvel ou domiciliar, permitem reduzir as iniquidades inerentes aos serviços e ações públicas de Saúde Bucal. Hábitos mais saudáveis, alimentação equilibrada e uma maior autonomia sobre sua própria percepção de saúde permitirão ao cidadão oferecer um sorriso mais harmonioso, ter relacionamentos pessoais e profissionais mais interessantes; enfim, ter e viver com qualidade de vida e boas condições de Saúde Bucal. Estes aspectos simples, mas de efeito contundente, podem, direta ou indiretamente, reduzir significativamente a exclusão social.

Resultados

A luta pela transformação da realidade começa pelo enfrentamento do status quo, tanto de trabalhadores quanto de usuários. Habitados a um determinado modo de andar a vida, a expressão reacionária adjetiva bem a sociedade atual.

O grande número de reclamações dos usuários, no período inicial, era relativo ao reduzido número de vagas e à dificuldade de horários. Aliado ao fator mudança, a eliminação do atendimento odontológico clínico em uma das mineradoras do município, o trabalho de divulgação das ACS e da equipe, bem como da mídia em geral, foram elementos importantes na compreensão do aumento da procura pelo serviço público e do entendimento destas reclamações intensas. Isto acabou se tornando um grande entrave durante este período de implantação do projeto. E, sem dúvida, permanecerá presente mesmo que novas estratégias surjam para melhorar o atendimento clínico.

Diversas alternativas foram estudadas e testadas até conciliar a oferta de serviços com a proposta de mudança de paradigma, pois o trabalho de Educação em Saúde Bucal não é feito apenas em consultório, mas de ações coletivas e inovadoras, em espaços sociais influentes e com a divisão de responsabilidades entre os atores. Este entendimento e o apoio da Administração Municipal permitiram que, após dois anos, o projeto alcançasse uma conformação próxima da ideal, em que o volume de oferta e a demanda são muito próximos. E, de certa forma, essa procura crescente expressa que o serviço oferecido está sendo de qualidade, pois os usuários estão comprando a ideia de fazer a manutenção de sua Saúde Bucal, não apenas procurando o serviço quando algum problema acontece. Associado a isto, houve uma redução no número de consultórios odontológicos privados no município, confirmando esta percepção.

Em diversas oportunidades, o programa TrevisORRIR – Promoção de Saúde Bucal, foi tema de destaque na mídia regional, seja em reportagens de jornais ou programas de radiodifusão. Se analisadas as atas das reuniões ordinárias e extra-ordinárias do CMS, o tema Saúde Bucal está presente (cerca de 1/3 das reuniões), pois todas estas ações e decisões, desde a alteração do agendamento, a compra de equipamento e do Odontomóvel, até a realização e apresentação dos índices do levantamento epidemiológico realizado foram deliberados e incentivados pela plenária do conselho, que também contribuiu para a construção do projeto.

Como expresso anteriormente, os índices de Saúde Bucal são importantes na avaliação, planejamento, execução e monitoramento das ações e serviços. Além do índice CPO-D apresentado (2,88 aos 12 anos), a relação entre consultas oferecidas e a população residente apresentou um aumento acima da média estadual pactuada (Treviso = 21,1%; SC = 16,8%). Em tempo, o componente 'obturados' faz uma análise positiva de um CPO-D maior do que o desejado, indicando o acesso à Saúde Bucal.

Em compensação, a média anual de escovação supervisionada ficou muito aquém da meta pactuada para o Estado (Treviso = 1,29%; SC = 7,5%), refletindo a cultura popular e de gestões anteriores de possuir dentista atendendo, e não promovendo saúde. Mas essas informações reafirmam a necessidade de debater e corresponsabilizar as decisões com o maior número de atores possível, gestor, trabalhador, usuário e instituições de ensino. Paralelo a isto, o número de procedimentos da atenção básica, associado ao número de procedimentos de média complexidade (endodontias, radiografias, cirurgias e biópsias, entre outros), tem apresentado tendência de elevação interessante. No ano de 2009, cerca de 70% dos escolares de Educação Infantil e Ensino Fundamental (até a 4ª série) já completaram seu tratamento.

A necessidade de atualizar os modelos de fichas para registro antes destacada continua sendo cada vez maior, visto que a procura da excelência engloba até o registro mais simples de qualquer ação realizada. O aumento da cobertura com o advento do Odontomóvel (escolas e três comunidades rurais principais, Forquilha, São Victor e Rio Manim) e com o cumprimento do horário são tópicos de relevância na análise dos resultados obtidos até o momento.





Exemplo da confiança conquistada pela equipe de Saúde Bucal.

A participação das ACS nas visitas domiciliares, na divulgação de eventos, como a 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal, por exemplo, ou no trabalho nas comunidades com o Odontomóvel, além de expressar a opinião das pessoas, sejam críticas ou elogios, com ou sem fundamento, torna estas profissionais instrumentos eficazes no conhecimento e atualização da realidade local. Mesmo enfrentando descontentamentos pontuais ou falta de respeito à organização estruturada, a equipe classifica como positivo o balanço destes primeiros anos de trabalho, pois se adquiriu confiança junto à população e demais trabalhadores da Administração Municipal, incluindo os gestores, anterior e atual. Esta confiança credita o projeto TrevisORRIR – Promoção de Saúde Bucal, a representar o município nesta iniciativa peculiar de colocar, lado a lado, diferentes realidades e experiências neste encontro de Estratégias Saúde da Família. Números, dados e informações são sempre importantes, mas talvez o grande resultado obtido com a implantação deste projeto tenha sido o início da mudança comportamental de gestores, trabalhadores, instituições de ensino e, principalmente, dos usuários, percebendo a Saúde Bucal no conjunto da saúde. Entretanto, é utopia crer que essa mudança seja geral e permanente, o que abre novos horizontes para a atuação da equipe, seja na disseminação desta nova cultura ou na concretização destes novos saberes adquiridos.

Considerações finais

“Ninguém educa ninguém. Os homens se educam em comunhão.” - Paulo Freire

Todos os fatores apresentados estão em constan-

te monitoramento, reconfiguração e adaptação incessantes, pois o TrevisORRIR foi planejado e está sendo desenvolvido de forma dinâmica, como requer toda ação em saúde. Periodicamente, seja por análise dos indicadores, levantamento epidemiológico, pesquisa pública e encontros, fóruns, conferências ou qualquer reunião com envolvimento de diferentes atores sociais, esta avaliação será pauta e argumento para debater, confirmar ou transformar o projeto, em todos os níveis.

Em tempo, apenas a análise de dados não é suficiente, mas o juízo que o ator social fará destes dados, transformando-os em informações, e a sua interpretação sobre o contexto em que estão inseridas é que serão relevantes para esta avaliação. A posteriori, novos gestores, trabalhadores da saúde e da administração municipal, instituições municipais de ensino e novos e mais maduros usuários poderão colaborar para a busca da excelência nos serviços de Saúde Bucal.

O primeiro passo foi dado, a determinação de um norte, um objetivo. O caminho apresenta facilidades e dificuldades, mas percorrê-lo com vontade, disposição e determinação não é tarefa de um indivíduo, mas de uma coletividade. Barreiras existem, serão criadas e recriadas, mas as potencialidades da equipe formada, da infraestrutura disponível e a confiança da população expressa na demanda crescente, nos elogios e até nas críticas ao trabalho realizado geram expectativas cada vez melhores.

A frase de Paulo Freire é a expressão do conteúdo das transformações desejadas, pois o que se constrói em conjunto é mais valorizado e agrega a vontade dos atores sociais envolvidos. A vontade democrática nem sempre é a melhor decisão, mas o consenso permite compartilhar a responsabilidade entre os atores.

Referências

- COLOMBO, Beto; MENDES, Manoel. Compostela: Muito Além do Caminho de Santiago. Criciúma: Ed. do autor, 2008.
- DONABEDIAN, A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. – Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.
- FEKETE, Maria Christina. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. – Florianópolis: GERUS, 2006.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).
- SANTANA, José Paranaçu de. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.
- SILVA, Guilherme Rodrigues da. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final. – Brasília, 1986.
- SAÚDE, Secretaria Estadual de. Informações em Saúde, Indicadores de Saúde. Disponível em: <>.http://www.saude.sc.gov.br... Acesso em 20.09.2009.

Promovendo saúde com a arte de interpretar

Adriana Amália Rodrigues Ribeiro

Enfermeira

Aline Nascimento Pereira

ACS

Bárbara Ruthy Pires da Silva

ACS

Rosângela de Souza Silva

ACS

Célia Lopes da Silva

ACS

Claci Maria Pecetti

Técnica

Elza Diehl Ourique

Técnica

Claci Maria Pecetti

Técnica

Elza Diehl Ourique

Técnica

Janesca do Carmo

Médica

Leocira Lopes da Silva

ACS

Ligia da Silva Pires

ACS

Margareth Cadore

Coordenadora ESF



Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada por desenvolver diversas ações em saúde, centralizada em ações preventivas e educativas, fazendo com que os profissionais busquem sempre novas técnicas no sentido de promover educação aos usuários com reflexo na melhoria da qualidade de vida. Seguindo essa linha, a equipe da ESF São Francisco de Assis resolveu, após um diagnóstico da comunidade, promover a saúde através do teatro. Na escolha dos temas, priorizaram-se as doenças mais prevalentes e as necessidades imediatas de promoção da saúde, utilizando a técnica de orientação com o esclarecimento das principais dúvidas, com uma linguagem de fácil entendimento, através da identificação do público com os personagens. Os resultados alcançados foram inúmeros, atingindo a população e a equipe de saúde de forma a melhorar a autoestima, dicção, convívio coletivo, expressão, raciocínio e tomadas de decisão. Ficando claro que o teatro pode ser inserido como uma importante ferramenta de trabalho para a ESF.

Introdução

A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada pela reorientação do modelo assistencial através da implantação de equipes multiprofissionais, que atuam com ações de promoção, proteção, educação e recuperação da saúde. Com base nessas premissas, a ESF representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

Verifica-se no campo da saúde coletiva, a emergência de novas abordagens do se pensar adoecimento, tais como: a integridade das ações em saúde, a humanização do atendimento, a produção do cuidado com vistas à transformação do modelo tecnoassistencial (Guedes et. Al. 2006). Nos dias atuais, o conhecimento transforma-se rápido e continuamente, adquirindo sempre novas dimensões e tonalidades. Essas mudanças, aliadas àquelas de cunho social, político e econômico, causam incertezas e preocupações, necessitando desta forma, da busca de novas técnicas por meio de um processo de atualização constante por parte dos profissionais da saúde. Assim sendo, só podemos acompanhar as mudanças que ocorrem a nossa volta se tivermos olhar de observadores e mente de pesquisadores, com capacidade e ousadia de ir ao encontro do desconhecido. Esta atitude investigativa nos trará a alegria de novas descobertas, que só terão sentido se forem colocado em prática, um processo de “socialização” do conhecimento. Neste projeto, vamos de encontro com os mesmos objetivos da Estratégia Saúde da Família, quando é relatado que os seus profissionais devem ser educadores de forma a terem êxito nas ações preventivas. Segundo o Ministério da Saúde, a educação popular deve ser participativa, crítica, criativa, prazerosa e dialogada, e deve respeitar os sabores e culturas populares, fortalecendo com isso, os sujeitos para a organização e a transformação social. Para que as ações preventivas possam ocorrer de maneira eficaz à Equipe de Saúde da Família João Mendes do Bairro São Francisco de Assis do município de Camboriú, buscou como recurso a dramatização, a cultura e o autoconhecimento da comunidade, fazendo através das atividades lúdicas e do incentivo cultural a informação sobre as doenças prevalentes nas diversas fases da vida. Buscando atingir com essas atividades, a conscientização dos problemas de saúde de forma simples e coerente.



Justificativa

“O teatro é uma arte dramática, embasada nas representações de momentos, situações ou problemas, envolvendo uma prática coletiva e social, muito presente em nossos tempos atuais, despertando a criatividade e o faz-de-conta”. (NAZIMA et al, 2008, p. 147)

Durante muito tempo, as artes desempenharam importante papel na educação de pessoas, hoje com uma forma mais recente, o teatro tem conseguido associar-se à educação em saúde de uma maneira inovadora. No processo educativo natural, os indivíduos aprendem por meio de experiências trocadas com o meio a sua volta e com os outros seres, já no teatro, através da criatividade embasada em situações e problemas, leva-se o aprendizado por meio da descontração ajudando no raciocínio.

Sabendo que ainda existe uma distância considerável entre a prática educativa desenvolvida através da utilização de álbuns seriados, vídeos, palestras educativas com o discurso dos profissionais de saúde, a Equipe de Saúde da Família do Bairro São Francisco de Assis do município de Camboriú, decidiu elaborar uma proposta diferente. Utilizou a educação em saúde através das artes cênicas para informar e sensibilizar a população sobre questões relativas à saúde de forma a promover e estimular a participação popular nos programas da secretaria da saúde.

A prática do teatro foi elaborada com o intuito de promover orientação em saúde, com o objetivo de proporcionar informações simples e concisas que aprimorem positivamente o conhecimento das pessoas. A proposta de implan-

tação do teatro surgiu a partir da necessidade da ESF em oferecer uma atividade mais abrangente, no sentido de promover educação aos usuários com conseqüente reflexo na diminuição de demanda ambulatorial cotidiana de modo que possa encarar o processo saúde-doença dentro de uma visão esclarecedora, além de melhorar a qualidade de vida dos municípios. Usando a arte como uma forma de convencer muito mais, contribuindo para modificar o medo do paciente em ver as coisas ou até mesmo o seu comportamento.

O teatro permite a aquisição de conhecimento, a experimentação de emoções e o exercício da imaginação (Camarago), colocando-se desse modo, como relevado ou transformador, e possibilita a revisão crítica do passado, a modificação do presente e a projeção de um novo futuro (Desgranges).

Objetivos

Objetivo Geral

Promover a saúde através do teatro como forma de ampliar a complementaridade terapêutica, de modo a informar e sensibilizar a população sobre questões relativas à saúde, promovendo e estimulando a participação popular nos programas da Secretaria da Saúde, bem como nos cuidados de saúde do dia-a-dia.

Objetivos específicos

- Criar uma ação educativa e preventiva sobre o processo saúde – doença;
- Aumentar o vínculo da população com a Equipe de Saúde da Família;
- Envolver o trabalho multidisciplinar com equipe;



Teatro Turma Mágica





Campanha da Vacina

- Oferecer a população de forma simples e clara o conhecimento sobre sua saúde;
- Incentivar a partir do conhecimento obtido, mudança de hábitos.

Desenvolvimento

Metodologia

A metodologia do teatro foi escolhida com o intuito de promover orientação em saúde com o objetivo de proporcionar informações simples e concisas que aprimorassem positivamente o conhecimento das pessoas envolvidas. O teatro ultrapassa a atividade de brincar para enfatizar a atitude e o interesse, alcançando o paciente/cliente em toda a sua globalidade.

Através do diagnóstico da comunidade do Bairro São Francisco de Assis, foram escolhidos os principais assuntos para se trabalhar com a magia do teatro, de maneira a aumentar o interesse da população sobre os temas abordados. Na escolha dos temas para as peças, priorizaram-se as doenças mais prevalentes e as necessidades imediatas de promoção da saúde, destacando o princípio da equidade. Utilizou-se a técnica de orientação com o esclarecimento das principais dúvidas, com uma linguagem de fácil entendimento, através da identificação do público com os personagens.

O processo de dramatização é realizado de maneira sistemática, obedecendo algumas etapas como: elaboração da redação ou texto, a leitura do mesmo pelo grupo, a definição dos personagens e escolha definitiva dos atores para os papéis determinados, verificação do tempo a ser utilizado, a iluminação, o tipo de cenário e, por fim, a apresentação (VIEIRA et al 1999).

A arte de interpretar

A Equipe Saúde da Família do Bairro São Francisco de Assis vinha realizando palestras semanais e constantes na unidade de saúde, bem como na comunidade, porém observou que não conseguia manter a atenção do público alvo. Diante disto, cresceu o sentimento do dever não cumprido, pois o objetivo principal de aprendizado não estava chegando até a comunidade, não surtiem os efeitos desejados e o trabalho não era suficiente para estabelecer a confiança e o vínculo. O grande desafio enfrentado pela Equipe foi a busca constante por um modelo eficaz de educação em saúde abrindo espaço a discussões e construções que respondessem às novas expectativas da ESF. A partir de uma ideia das ACS, foi se formando e criando um grupo de teatro que, além de se apresentar na comunidade e na sala de espera, também expandiu para as outras equipes. Observou-se que o teatro e suas técnicas podem ser tomados como instrumento auxiliar para tratar vários distúrbios de aprendizagem, psicológicos e mentais, além de ser uma maneira divertida de desinibir-se, treinar a memória, dicção, dramatização, etc. Uma dramatização de um acontecimento envolvendo saúde-doença pode permitir uma melhor compreensão do fato.

Segundo Brook (1999, p 53),

“se quisermos tocar profundamente o espectador, e com sua ajuda desvelar um mundo que está ligado ao seu próprio mundo, mas que também o torna mais rico, mais amplo, mais misterioso do que aquele que vemos todo dia, dispomos de dois métodos, o primeiro con-

siste em busca da beleza e o segundo, diametralmente oposto, parte do princípio de que o ator possui um extraordinário potencial para criar vínculos entre a sua imaginação e a do público, fazendo com que um objeto banal possa transformar-se num objeto mágico”

Seguindo essa linha de raciocínio, em 2007 a Unidade de Saúde da Família São Francisco de Assis começou a desenvolver os primeiros textos teatrais como instrumento facilitador de prevenção e promoção da saúde, levando a informação até a população de forma clara, simples e de fácil compreensão. Foi claro o envolvimento e o aprendizado de cada espectador, sem esquecer do ganho cultural, no sentido de que o teatro, tanto quanto a música e a literatura, são produtos levados à população como parte de nossa cultura. Quando atuamos também estamos fazendo uma função social, pois ao fazê-lo, a comunidade está debatendo, transformando os conhecimentos e refletindo sobre os assuntos.

Os temas apresentados mostram a realidade em que vemos, ouvimos e vivemos no dia-a-dia. Ao criarmos histórias e personagens, podemos recriar fatos, expressões e situações do cotidiano. Este método desenvolve de forma livre e flexível a sensibilidade e a conscientização, criando-se momentos de descontração e construção coletiva. Com o teatro observamos o aprendizado e a valorização dos cuidados da saúde e principalmente o despertar para a prevenção.

Resultados

Os resultados alcançados com a prática do teatro foram inúmeros, atingindo a população e a equipe de saúde de forma a melhorar a autoestima, dicção, convívio coletivo, expressão, raciocínio e tomadas de decisão.

Após a execução da primeira experiência, que foi o teatro nas escolas e creches do bairro com o tema higiene, percebeu-se que a técnica proporcionou um melhor nível de envolvimento das crianças, o que ficou bem evidenciado com a participação das mesmas durante as discussões e problematizações sugeridas propositalmente na fala dos personagens da peça teatral, tirando os participantes de sujeitos passivos para sujeitos ativos. Com isso, a motivação dos profissionais passou pela percepção da necessidade de se ampliarem às ações de promoção à saúde para além das tradicionais atividades de criação de grupos e práticas educativas centradas em palestras.

Outros aspectos relevantes identificados estão relacionados à linguagem utilizada nesse processo de interatividade, que torna mais acessível à compreensão dos conceitos ali apresentados, e o nível de aceitação do público àquela forma de comunicar a ciência, o que foi bastante motivador para desenvolvimento de outras peças teatrais.

Sendo assim, com o objetivo de enriquecer ainda mais o trabalho, buscou-se a capacitação das ACS uma vez por semana com um professor de artes cênicas e a confecção de fantasias e cenários pela própria equipe. Podemos afirmar que, em um processo cuja caracte-

rística básica é discussão e a construção coletiva, mensurar ou apontar resultados torna-se uma tarefa prejudicada na objetividade dos dados, principalmente quando a experiência ainda está em pleno desabrochar.

Considerações finais

Com o desenvolvimento do projeto, percebemos que a informação através do teatro era apenas um pretexto para um contato totalmente novo, real e concreto com o universo que sabíamos que existia, mas não tínhamos idéia do seu funcionamento. O teatro, em sua forma ilustrativa e em sua linguagem diferenciada, consegue interagir e aproximar o mundo das pessoas, podendo se tornar um instrumento importantíssimo, contribuindo diretamente na educação das mesmas, e tornando-se mais um meio de promover a educação em saúde.

Diante dos resultados apresentados com a técnica da dramatização, evidenciou-se que as pessoas foram capazes de se entreter, representar e construir suas próprias idéias e interpretar a história, aplicando-a de acordo com os acontecimentos e comportamentos que ocorrem em seu cotidiano. Partindo disso, fica claro que o teatro pode ser inserido como uma importante ferramenta de trabalho para a Estratégia Saúde da Família, diversificando o modo de ensinar, ultrapassando a simples condução de conhecimentos, aumentando o envolvimento e a integração para ambas as partes.

Acredita-se assim, que a equipe possa atuar como transformadores e multiplicadores de saúde, conseguindo acrescentar algo mais ao conhecimento da população, positivamente a qualidade de vida de forma preventiva, evitando problemas futuros, para, desta forma, beneficiar a todos.

Referências

- NAZIMA, Tue Jollo; CODO, Carla Regina Bianchi; PAES, Irani Aparecida Dalla Costa; BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespagnol. Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência. Ver Gaúcha Enfem. Porto Alegre (RS), 2008 mar; 147-51.
- VIEIRA, PM; LIZ, TG; GESSER, VL; BOEHS, AE. O teatro como alternativa de se educar em saúde. Texto & Contexto: Enfermagem 1999. 372-89.
- FLEURL, RM. Educação Intercultural Mediações Necessárias; DP&A, 2009
- BATISTA, NS. Teatro: Uma Necessidade em Direito Dentro Do Contexto Escolar. Universidade de Passo Fundo – UPF ; Lages SC; Março / 1995.
- SPOLIN, V. Improvisação Para o Teatro. Editora Perspectiva. São Paulo, 1992.
- MONTEIRO, Regina F. Jogos Dramáticos. Ed. Ágora. São Paulo, 1994.
- CABRAL, Beatriz. Ensino de Teatro: Experiências Intelectuais. Imprensa Universitária. Florianópolis 1999.
- PUPPO, Maria Lúcia de S. B. Palavras em Jogo: Textos Literários e Teatro – Educação. Tese de Mestrado. USP. SP 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910.



Caminhos para a Saúde do Homem

Baldur Schubert

Coordenador da Área Técnica da Saúde do Homem do Ministério da Saúde

baldur.schubert@saude.gov.br

A decisão do Ministério da Saúde de dar prioridade à saúde do homem, longe de ser uma atitude de momento voltada a questões imediatistas, é fruto de uma realidade que aponta para uma elevada participação do sexo masculino no quadro de mortalidade da população adulta brasileira e uma tentativa de fazer com que as políticas de gênero assegurem um equilíbrio positivo entre os sexos. Sem razões de base epidemiológica efetivas, as mulheres têm uma expectativa de vida ao nascer que é 7,6 anos superior à dos homens (77,3 anos x 69,7 anos em 2.010). Observe-se que neste quesito o Brasil ocupa a incômoda 92ª posição entre todas as nações do mundo. A cada três óbitos entre 20 e 59 anos, dois são de homens, ao passo que no grupo de 21 a 30 anos esta relação é de quatro para cada cinco. As causas externas – com grande destaque para as violências e os acidentes de trânsito – consistentemente representam a principal causa de morte no país na fase mais produtiva da vida, sendo superadas pelas doenças do aparelho circulatório somente a partir dos 45 anos de idade. De fato, na faixa de 20 a 59 anos de idade entre os homens, as causas externas respondem por cerca de 30% dos óbitos; as doenças do aparelho circulatório por 20%; as neoplasias, as doenças dos aparelhos digestivo e respiratório em conjunto por 25% e todas as demais pelos restantes 25%. No que se refere à morbidade, cabe observar que o câncer de próstata está tendo uma evolução atípica em relação aos demais problemas de saúde, com um crescimento nas internações da ordem de 18% ao ano no período entre 2000 e 2007. É indiscutível que os homens costumam acessar o sistema de saúde via atenção especializada (ao invés da atenção básica), quando o problema de saúde já se instalou ocasionando maiores sofrimentos e maiores gastos.

Diante deste quadro, o Ministério da Saúde, solidamente ancorado nas instituições, organizações e especialistas tanto da categoria médica quanto da sociedade civil, instituiu, por meio da Portaria 1944 de 27/8/2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no país por meio de ações inter-relacionadas dos âmbitos federal, estadual e municipal. A base de sustentação da Política é a atenção básica de saúde, e nela a estratégia de saúde da família, considerando as relações de gênero como prioritárias. Não há política de saúde dos homens sem a ativa participação das mulheres. A estratégia de implementação da Política no país privilegiou inicialmente uma linha de apoio específico às

Secretarias de Saúde das 27 Unidades Federadas e de 26 municípios selecionados. Já em 2.010 esse universo foi ampliado com 54 novos municípios, indicados pela Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado brasileiro. Este conjunto de municípios representa um quarto da população urbana brasileira, além de que, como pólos regionais, influenciam fortemente a atuação de um grande número de outras localidades. As Portarias 1945 e 1946/2009 contemplaram com significativos reajustes financeiros no âmbito do Sistema Único de Saúde procedimentos na área urológica diretamente relacionados ao atendimento da população masculina, beneficiando a todo o país. O Brasil segue os passos do Canadá, único país no conti-



nente americano a contar com uma política específica para a saúde do homem. Agora, diante do forte interesse externo despertado, procurará apoiar esforços de outras nações realizando nos dois primeiros dias de setembro o Seminário Internacional Saúde do Homem nas Américas, com a presença de dezoito países e uma temática de discussões voltada para a construção de um processo de cooperação técnica em conjunto com a Agência Brasileira de Cooperação e com instituições como o Fundo de População das Nações Unidas e a Organização Pan-Americana de Saúde. A experiência até aqui acumulada indica uma aceitação generalizada para esta que é a mais recente das políticas nacionais de saúde, comprovando o seu grande potencial em reduzir os severos problemas que afetam a população masculina.



Avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina

Indicadores utilizados em consulta pública aos municípios avaliados

Maria Cristina Marino Calvo
NEPAS - UFSC

Introdução

A Avaliação da Atenção Básica em municípios catarinenses será realizada pelo quarto ano consecutivo de junho a agosto de 2010. Esta comunicação tem a finalidade de consultar os envolvidos nesse processo quanto à compreensão, adequação e consistência percebidas no grupo de 40 indicadores utilizados na matriz de avaliação. Estão descritos os 40 indicadores e suas respectivas medidas. Tais indicadores e medidas foram definidos em reuniões realizadas com técnicos das áreas programáticas da Secretaria Estadual de Saúde e em oficinas de trabalho realizadas pelo Grupo de Condução da Implantação do Plano para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado de Santa Catarina em 2006. Em 2007 foram coletados os dados necessários para cálculo dos indicadores em um projeto piloto com 70 municípios – ano base 2006. Os problemas detectados foram aperfeiçoados para a coleta em 2008 – ano base 2007, aplicada aos 293 municípios catarinenses. O mesmo procedimento foi realizado em 2009 – ano base 2008. A metodologia adotada e os resultados da avaliação estão descritos nas duas primeiras edições desta revista. Resumidamente, o modelo de avaliação está apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Matriz Avaliativa da Atenção Básica em Santa Catarina

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	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)
Infra-estrutura (4 indicadores)	Idoso (3 indicadores)	Idoso (3 indicadores)

Neste texto são apresentados oito quadros que transcrevem os indicadores e as respectivas medidas, para cada célula da matriz de avaliação. Complementa cada quadro, uma justificativa simples para a escolha do respectivo indicador e de sua medida. Concluindo esta introdução, cabe

destacar que esta consulta pública busca identificar problemas e discutir formas de superação das deficiências dos indicadores e medidas adotados.

Indicadores, Medidas e Justificativas

Quadro 2: Indicadores e medidas para Atuação Intersectorial

Indicador	Medida	Fonte
1. Heterogeneidade setorial na composição do Conselho Municipal de Saúde (envolvimento de outras secretarias do município)	Presença de representante oficial do setor de Obras ou Esportes no CMS, no ano passado	SMS
2. Existência de proposta, no Plano Municipal, de ampliação/melhoria da rede de abastecimento de água, de rede de esgoto e de coleta de lixo	Presença no Plano Diretor do ano passado de proposta de melhoria da rede de esgoto coletiva ou de fossa séptica	SMS
3. Existência de projeto em execução para ampliar e/ou melhorar o abastecimento de água, o tratamento de esgotos e a coleta de lixo	Percentual de domicílios com coleta pública de lixo no ano passado	SIAB
4. Alocação de recursos extra-setoriais aplicados em saúde	Percentual de investimento municipal em saúde no ano passado	SMS

Justificativas

1. Práticas esportivas e sociais são essenciais para promover uma vida de qualidade para a população. A participação de representantes das Secretarias de Obras ou de Esportes no Conselho Municipal de Saúde asseguraria a colaboração efetiva dessas Secretarias nas atividades de prevenção e promoção de saúde, particularmente em crianças e em idosos.

2. O saneamento básico é condição essencial na prevenção de muitos problemas de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde deveria atuar junto às demais instâncias municipais (prefeito, vereadores e Conselho Municipal de Saúde) para garantir a previsão e a provisão de recursos para a área de saúde.

3. A concretização de ações de saneamento indica que está sendo eficaz a articulação da Secretaria Municipal de Saúde junto às demais secretarias municipais e às instâncias estaduais. Localmente, a correta destinação do lixo

indica que a articulação da Secretaria Municipal de Saúde com as demais Secretarias Municipais está sendo eficaz.

4. O investimento de 15% dos recursos municipais na área de saúde está previsto na EC-29. Aplicações acima de 15% indicam a habilidade da Secretaria Municipal de Saúde em canalizar os esforços das autoridades municipais para a área da saúde e, assim, aumentar o volume de assistência à saúde provida aos munícipes.

Quadro 3: Indicadores e medidas para Participação Popular

Indicador	Medida	Fonte
1. Participação da sociedade no estabelecimento das prioridades da Atenção Básica	Realização de audiência pública na Câmara Municipal sobre o Plano Municipal de Saúde em vigor, antes da sua votação e aprovação	SMS
2. Participação de entidades sociais	Existência, no Conselho Municipal de Saúde, de associações ou entidades representantes do Idoso, da Mulher e/ou da Criança, no ano passado	SMS
3. Formação de conselheiros de saúde	Percentual de conselheiros do CMS capacitados, em junho do ano passado	SMS
4. Participação de conselheiros dos usuários em seminários e congressos de controle social	Percentual de representantes de usuários do CMS que participaram da última Conferência Estadual de Saúde	SMS

Justificativas

1. É constitucional a obrigatoriedade da participação da população no estabelecimento das prioridades do provimento da assistência à saúde. Cabe ao Secretário Municipal de Saúde assegurar essa participação. Uma das formas de cumprir tal obrigatoriedade seria a população realmente participar da elaboração do Plano Municipal de Saúde. A Câmara de Vereadores é o local mais apropriado para garantir essa participação. A Secretaria Municipal de Saúde deve estimular a Câmara a promover audiências públicas para discussão do Plano Municipal de Saúde, antes de submetê-lo à aprovação.

2. O Conselho Municipal de Saúde é instância deliberativa da política municipal de saúde. A composição desse Conselho é que garante a representação dos interesses dos vários segmentos da população. A presença de representantes de entidades não-governamentais municipais dedicadas ao Idoso, à Mulher ou à Criança nesse Conselho indica que as necessidades desses segmentos estão sendo contempladas na definição da política municipal de saúde.

3. A composição do Conselho Municipal de Saúde é estabelecida por lei federal específica, que exige composição paritária de usuários. Porém, a participação efetiva da população na definição da política de saúde municipal somente é garantida com a presença de con-

selheiros esclarecidos de seu papel e de seus direitos.

4. A participação dos conselheiros representantes dos usuários nos fóruns nacionais de debate em saúde, a exemplo das Conferências Nacional e Estadual de Saúde, permite que suas atividades no Conselho Municipal de Saúde tornem-se mais produtivas no que diz respeito à participação popular no estabelecimento das prioridades da atenção básica.

Quadro 4: Indicadores e medidas para Recursos Humanos

Indicador	Medida	Fonte
1. Estímulo ao desenvolvimento profissional	Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários implantado ou de programa de progressão funcional	SMS
2. Preocupação com a qualificação profissional	Existência de capacitação em planejamento familiar, pré-natal, ACD, diabetes e hipertensão, no ano passado	SMS
3. Estímulo de qualificação dos profissionais para atuação em saúde da família	Número de médicos com formação em saúde da família / total de médicos em unidade básica em junho do ano passado	SMS
4. Permanência de profissional capacitado na função	Número de funcionários capacitados pela primeira vez para sala de vacina / número de salas de vacina ativas, no ano passado	SMS

Justificativas

1. A política de recursos humanos deve garantir aos funcionários condições para o seu desenvolvimento profissional. A existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários ou de um programa de progressão de funcional são condições básicas para valorização dos trabalhadores em saúde.

2. O conhecimento e desenvolvimento técnico na área de saúde são dinâmicos. Aos profissionais de saúde devem ser oferecidas condições adequadas para atualização e treinamento de modo a melhor qualificá-los ao exercício de suas funções. A preocupação em promover qualificação em aspectos considerados “básicos” em saúde indica que o Secretário Municipal de Saúde reconhece complexidade da atenção básica e que se preocupa com a qualificação profissional dos servidores da Secretaria Municipal de saúde.

3. A estratégia de saúde da família é pilar governamental no provimento da assistência à saúde. Para tal é necessário que as unidades de saúde contem com profissionais qualificados em saúde da família. A existência de profissionais com especializações e residências em saúde da família indica preocupação do Secretário Municipal de Saúde com a eficácia do provimento da atenção básica.

4. Uma das condições necessárias para o provimento da atenção básica é a capacitação adequada dos funcionários para exercer sua função. Porém, o investimento nessa qualificação somente se justifica sócio-economicamente se o

profissional capacitado permanecer no exercício da função para o qual for preparado por um tempo mínimo adequado.

Quadro 5: Indicadores e medidas para Infra-estrutura

Indicador	Medida	Fonte
1. Qualidade do ambiente de trabalho e dos materiais e equipamentos disponíveis	Percentual de unidades de saúde com sala específica para atividade de educação em saúde, em junho de 2009	SMS
2. Facilidade de acesso ao atendimento para os trabalhadores	Percentual de unidades básicas de saúde com atendimento no 3º turno, em junho de 2009	SMS
3. Organização da infra-estrutura	Percentual de unidades com acesso a rede de internet, em junho de 2009	SMS
4. Produtividade do sistema	Número de visitas médicas domiciliares/ número de equipes de Saúde da Família em 2009	SIAB / SMS

Justificativas

1. O ambiente de trabalho deve estar adequado ao exercício das ações de saúde. Área física suficiente, espaços reservados para ações específicas, ambientes de descanso e alimentação dos funcionários, instalações sanitárias satisfatórias, salas de espera confortáveis e equipamentos em boas condições são algumas das condições que devem ser providenciadas pelo Secretário Municipal de Saúde preocupado em oferecer atenção básica de qualidade à população.

2. A população deseja que os serviços de saúde necessários sejam providos sem causar-lhe transtornos adicionais àqueles próprios de seus problemas de saúde. A existência de horários de atendimento ajustados ao modo de vida da população é uma das condições para isso.

3. O sistema de informação é um instrumento que evidencia o grau de organização da Secretaria Municipal de Saúde. Há forte indício dessa Secretaria não estar bem organizada quando o sistema de informação apresenta problemas de consistência e qualidade dos dados e de regularidade no seu tratamento.

4. A estratégia de saúde da família foi adotada como possibilidade de mudança do modelo assistencial tradicional centrado em consultas e procedimentos médicos nas unidades básicas de saúde e com pequena ênfase às ações de promoção e prevenção em saúde que ultrapassem o espaço dessas unidades. A verificação de realização de atividades de promoção e prevenção pelo médico, externas às unidades básicas de saúde, é uma das formas de avaliar se os recursos investidos na estratégia da saúde da família estão sendo aplicados adequadamente.

Quadro 6: Indicadores e medidas para Saúde da Criança

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		
Indicador	Medida	Fonte
1. Redução da mortalidade infantil	Percentual de sobrevivência infantil no último triênio	SIM / IBGE
2. Adesão ao Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	Número de atendimento de puericultura/ número total de crianças < de 5 anos, no ano passado	SIAB / IBGE
3. Nascimento de crianças com baixo peso	Taxa de crianças nascidas com baixo peso, no último triênio	SINASC
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO		
Indicador	Medida	Fonte
4. Redução da taxa de internação hospitalar de crianças	Comparação das internações hospitalares de crianças < de 5 anos, nos dois últimos triênios	SIH / IBGE
5. Fornecimento de medicamentos básicos para crianças nas unidades de saúde	Percentual de unidades nas quais faltou medicamento anti-térmico ou antibiótico para crianças por mais que uma semana consecutiva no ano passado	SMS
6. Internações hospitalares de crianças por diarreia	Taxa de Internações de crianças < 5 anos por diarreia/ população < 5 anos, no último triênio	SIH / IBGE

Justificativas

1. A desejada redução da mortalidade infantil é possível. O coeficiente de mortalidade infantil sempre foi empregado como indicador efetivo de condição de vida; atualmente ele também vem sendo usado para refletir a capacidade do setor de saúde superar as dificuldades sociais, através da busca ativa da população infantil mais necessitada e da oferta de atenção básica à gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido.

2. O acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento da criança é ação efetiva para prevenir problemas de desenvolvimento de crianças de até dois anos de idade. Acompanhar o maior número possível de crianças nessa fase de maior fragilidade para elas é decisão estratégica do Secretário Municipal de Saúde para promoção e prevenção em saúde de crianças.

3. As crianças que nascem com menos de 2500 gramas são consideradas "grupo de risco" para diversos problemas de saúde. O acompanhamento do pré-natal reduz a incidência de baixo peso ao nascer. Elevadas taxas de crianças nascidas com baixo peso indicam a possibilidade de falhas no provimento de atenção básica às gestantes.

4. A hospitalização de crianças é reflexo de baixas con-



dições de vida e de atenção à saúde deficiente. Ela constitui episódio indesejável na assistência à saúde. O estímulo ao ACD realizado nas unidades básicas de saúde e à busca ativa da população infantil de maior risco pode evitar a ocorrência e o agravamento de problemas de saúde que levam à internação de crianças maiores de um ano.

5. A resolutividade da atenção básica exige o atendimento das necessidades do tratamento, incluindo o fornecimento de medicamentos de uso frequente. Para as crianças, esses medicamentos exigidos mais frequentemente são os anti-térmicos e antibióticos.

6. O ACD, as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares realizados pelas equipes de saúde evitam a ocorrência e o agravamento de problemas de saúde que levam à internação de crianças. Dentre os agravos sensíveis à atenção básica está a diarreia.

Quadro 7: Indicadores e medidas para Saúde do Adolescente

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		
Indicador	Medida	Fonte
1. Redução da taxa de incidência de adolescentes com AIDS	Comparação das taxas nos dois últimos triênios	SINAN / IBGE
2. Educação em saúde para adolescentes	Proporção de unidades básicas que possuem grupo de adolescentes instituído, em junho do ano passado	SMS
3. Gravidez de adolescentes	Taxa de adolescentes grávidas, no último triênio	SINASC / IBGE
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO		
Indicador	Medida	Fonte
4. Redução de óbitos em adolescentes por causas externas	Comparação das taxas de mortalidade por causas externas nos dois últimos triênios	SIM / IBGE
5. Oferta regular de atendimento na atenção básica para adolescente	Número de atendimentos para adolescentes / número total de atendimentos, no ano passado	SIA
6. Consultas de pré-natal	Percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal no último triênio	SINASC

Justificativas

1. A população não deseja que seus adolescentes contaminem-se em consequência do desenvolvimento de sua sexualidade. A atenção básica é responsável por promover orientação e educação dos jovens quanto às formas de proteção contra as DST e AIDS.

2. As ações de educação em saúde são muito importan-

tes no comportamento e aconselhamento para os jovens. Garantir grupos voltados para os adolescentes nas unidades de saúde é uma das ações mais concretas para a efetiva promoção e prevenção de saúde voltadas aos adolescentes.

3. A gravidez indesejada ocorre com muita frequência entre adolescentes. Sua prevenção é uma das ações mais eficazes da assistência à saúde de adolescentes.

4. Óbito do adolescente é evento raro, sendo geralmente associado a causas externas de mortalidade. A sociedade deseja que providências sejam tomadas para diminuir a ocorrência desses eventos, particularmente aquelas associadas ao abuso de drogas e por agravos de causas externas.

5. A atenção básica deve atender as necessidades do adolescente e estimular o adolescente a buscar orientação e nas unidades básicas de saúde.

6. A realização de 7 consultas de pré-natal é recomendada para garantir um bom acompanhamento da gestação. As unidades básicas de saúde básica deveriam estar organizadas para garantir essa condição a todas as gestantes.

Quadro 8: Indicadores e medidas para Saúde do Adulto

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		
Indicador	Medida	Fonte
1. Mortalidade Materna	Existência de óbito materno no último triênio	SIM
2. Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	Taxa de mulheres com 7 ou mais consultas de pré-natal	SINASC
3. Notificação de acidentes de trabalho	Percentual de ESF que notificam acidente de trabalho	SMS
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO		
Indicador	Medida	Fonte
4. Redução da taxa de adultos internados por doenças sensíveis à atenção básica	Comparação das taxas de internação por doenças sensíveis Asma (J45), Insuficiência Cardíaca (I50), Pneumonia (J12 a J18), Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09) ao atendimento ambulatorial nos dois últimos triênios	SIH / IBGE
5. Provisão de medicamentos nas unidades de saúde	Percentual de unidades de saúde onde faltou medicamento para hipertensão e diabetes por pelo menos uma semana no ano passado	SMS
6. Internação por AVC ou ICC	Taxa de adultos até 60 anos internados por AVC ou ICC, no último triênio	SIH / IBGE

Justificativas

1. A mortalidade materna não é aceitável, tanto para a comunidade, como para os profissionais de saúde. Sua ocorrência deve ser sempre investigada por comissão permanente especialmente criada para tal investigação.



2. Garantir o máximo de consultas de pré-natal demonstra preocupação do Secretário Municipal de Saúde com a qualidade do acompanhamento de pré-natal.

3. O Secretário Municipal de Saúde deve estar preocupado com a prevenção dos acidentes de trabalho. Uma maneira de promover a vigilância dos acidentes é garantir sua notificação pelas equipes de atenção básica.

4. Determinadas patologias são especialmente sensíveis ao atendimento ambulatorial. Quando bem realizada, a atenção básica impede o agravamento dessas patologias, evitando internações hospitalares. Dentre tais patologias estão asma, pneumonia, insuficiência cardíaca e gastroenterite de origem infecciosa.

5. A resolutividade da atenção básica exige o fornecimento de medicamento para tratamento e controle de doenças. As unidades básicas de saúde devem ter os medicamentos das doenças mais prevalentes sempre disponíveis para fornecimento à população. Dentre essas doenças estão o diabetes e a hipertensão. Quando falta medicamentos para elas, há sinal de as unidades básicas de saúde não estarem devidamente preparadas para acompanhar o tratamento dos pacientes adultos.

6. Na população adulta abaixo de 60 anos, a atenção básica deve proporcionar acompanhamento e tratamento ambulatorial que evitem taxas altas de internação por AVC e ICC, doenças altamente relacionadas à hipertensão arterial não-controlada.

Quadro 9: Indicadores e medidas para Saúde do Idoso

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		
Indicador	Medida	Fonte
1. Cobertura vacinal em idosos	Número de idosos vacinados contra influenza no ano passado / população de idosos no ano passado	SI-PNI / IBGE
2. Desenvolvimento de atividades de saúde em grupos de idosos	Número de unidade de saúde que desenvolvem atividades em grupos de idosos no segundo semestre do ano passado	SMS
3. Prevenção de queda	Taxa de internação de idoso por fratura de fêmur no último triênio	SIH / IBGE
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO		
Indicador	Medida	Fonte
4. Qualidade de assistência aos idosos na atenção básica	Comparação das taxas de idosos internados por doenças sensíveis (Asma (J45), Insuficiência Cardíaca (I50), Pneumonia (J12 a J18), Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09)) em relação ao atendimento ambulatorial nos dois últimos triênios	SIH
5. Acesso da população idosa à Atenção Básica na Unidade Básica de Saúde	Taxa de consultas médicas na atenção básica para pessoas acima de 60 anos no último triênio	SIAB
6. Redução de doenças nutricionais	Comparação das taxas de internações por desnutrição, nos dois últimos triênios	SIH

Justificativas

1. A vacinação de idosos previne quadros respiratórios agudos, muito debilitantes para idosos. Cobertura alta de vacinação indica que o Secretário Municipal da Saúde está preocupado com os idosos e que a população está sendo motivada a participar das campanhas de saúde municipais.

2. Desenvolver atividades de grupo para idosos é uma das maneiras de garantir adesão aos tratamentos e mantê-los ativos e participantes.

3. Os quadros degenerativos evitáveis pela atenção básica são causa de mortalidade freqüente nos idosos. Cabe ao Secretário Municipal de Saúde assegurar o acompanhamento das condições de saúde dos idosos com vistas a eliminar tais quadros.

4. Determinadas patologias são especialmente sensíveis ao atendimento ambulatorial. Quando bem realizada, a atenção básica impede o agravamento desses quadros de saúde e evita internações hospitalares. Dentre essas patologias estão asma, pneumonia, insuficiência cardíaca e gastroenterite de origem infecciosa.

5. A oferta de consultas aos idosos é uma indicação de que o Secretário Municipal de Saúde está preocupado em prover atenção básica aos idosos.

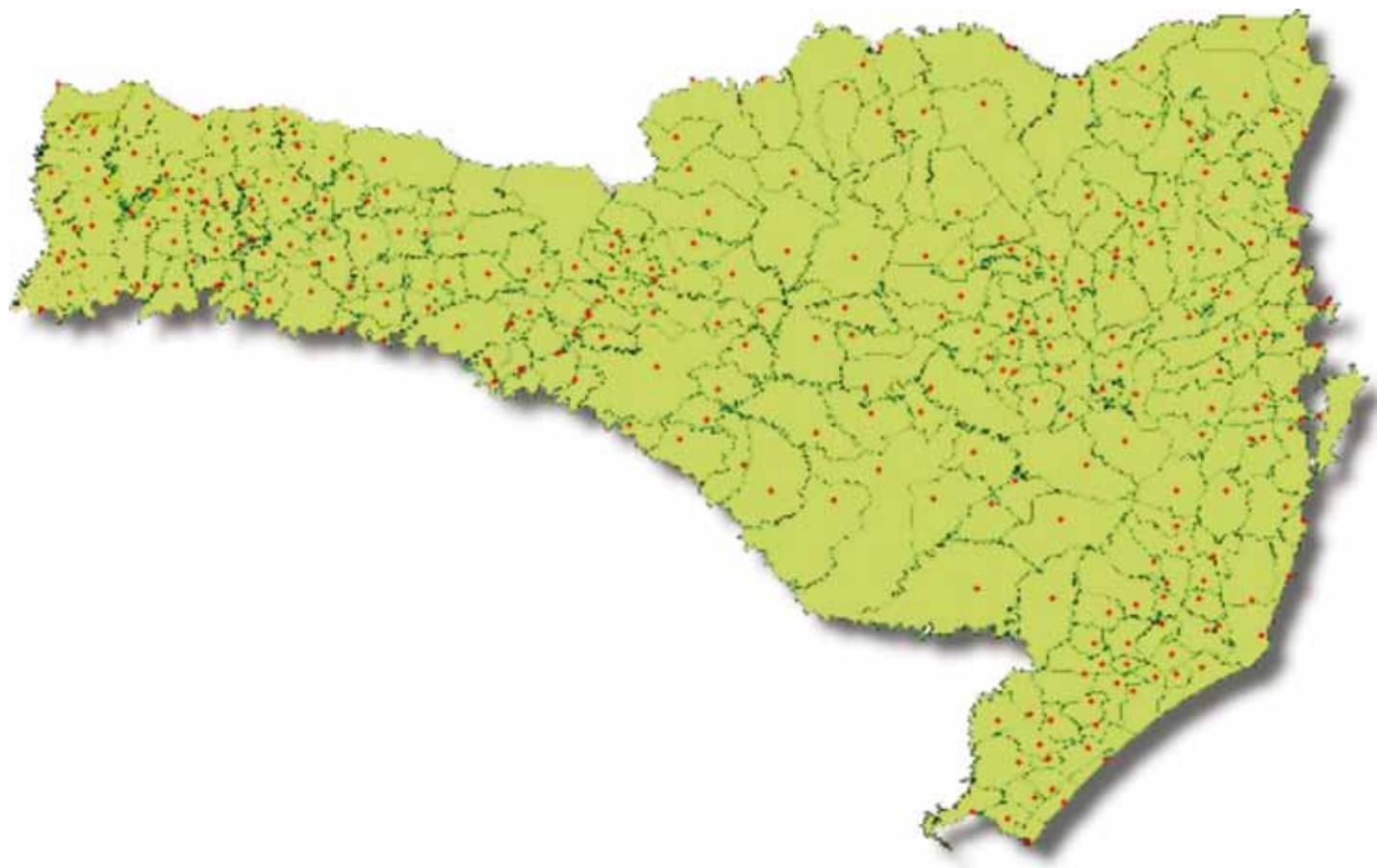
6. Idosos internados por desnutrição indicam que as atividades de atenção básica provida no município não foram capazes de acompanhar a saúde dos idosos adequadamente.

Encaminhamentos

A próxima coleta de dados será realizada entre junho e agosto de 2010, por meio de página eletrônica. Oportunamente, gestores e profissionais serão avisados e orientados quanto aos procedimentos desse ano por meio da página da Secretaria de Estado da Saúde. Nessa ocasião, todos serão convidados a formular suas sugestões sobre os indicadores e medidas utilizados. Haverá um endereço e formulário específicos para essa finalidade.

Os comentários e sugestões resultantes dessa consulta pública serão consolidados e discutidos com o Grupo de Avaliação da SES-SC, resultando em possibilidades de mudanças nos indicadores e medidas. A síntese das contribuições deverá ser publicada em um número futuro dessa mesma revista. A participação de todos é muito importante para aperfeiçoarmos o processo e realizarmos uma avaliação que subsidie a decisão dos gestores. O que se espera é identificar as boas práticas de gestão que possam auxiliar que os profissionais desenvolvam seu trabalho de maneira a garantir a qualidade da atenção à saúde da população.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



EM TODA SANTA CATARINA



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