

Revista Catarinense de Saúde da Família



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



Fortalecendo a Atenção Básica

*Redes de Atenção à Saúde fortalecem a atenção
básica em 26 municípios catarinenses*



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/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 receberem a 4ª edição da Revista Catarinense de Saúde da Família, já estaremos traçando planos e metas para o Governo que se inicia em 2011. Por acompanharmos de perto a evolução e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no Estado, trabalhamos com a promessa de consolidação deste projeto e a certeza de que os envolvidos estarão cada vez mais alinhados, conceitualmente, com a nossa prerrogativa de que a Atenção Básica é sim, a coluna vertebral do Sistema Único de Saúde.

“O maior desafio continua sendo a absorção de um novo modelo, em que a Atenção Básica ordene, efetivamente, a assistência prestada pelo SUS”

Em nosso Estado, 26 municípios pertencentes às Macrorregiões Nordeste e Planalto Norte, já estão engajados neste processo, participando com suas equipes técnicas das Oficinas Macrorregionais e realizando uma série de capacitações locais, com a presença de multiplicadores deste conceito. Desta forma, estão se consolidando as melhores opções para a contratualização dos “pontos” de Atenção da Urgência e Emergência. Trabalhando de forma alinhada,

vamos conseguir fortalecer toda a Rede de Atenção à Saúde. O maior desafio, no entanto, continua sendo a absorção de um novo modelo, em que a Atenção Básica ordene, efetivamente, a assistência prestada pelo SUS.

De acordo com os dados apresentados nas reuniões de avaliação da metodologia de Classificação de Risco (implantada nos Pronto Atendimentos - PAs e nos hospitais de Joinville), observa-se que, em média, 50% dos usuários que procuram estes serviços poderiam ser atendidos pela Atenção Básica. Ainda assim, privilegiam os pronto atendimentos e os hospitais, motivados pela funcionalidade, resolutividade e pela abrangência do horário de atendimento. Para conduzi-los nesta mudança de hábito, precisamos oferecer novas alternativas, como uma acolhida mais ágil e a ampliação do horário de atendimento dos Postos de Saúde. Assim,



além do cidadão ser atendido mais rápido, será atendido próximo de casa. Conseqüentemente, terá melhor assistência e mais dignidade.

A Secretaria de Estado da Saúde está trabalhando para promover a transformação necessária, embasada na certeza de que, quanto mais o conceito de Rede de Atenção à Saúde, for incorporado por gestores municipais, regionais, profissionais de saúde e usuários, mais cidadãos irão defender e se beneficiar desta estratégia. Trata-se de um projeto prioritário do Governo do Estado, que conta com o respaldo dos municípios, das macrorregiões Nordeste e do Planalto Norte, e do grupo de condução estadual (com participação do CES e do COSEMS).

Nos dias 4 e 5 de Novembro realizou-se a 3ª Oficina de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, contando com a participação de representantes do Ministério da Saúde, COSEMS e grupo de condução estadual, regional e municipal. Juntos, iremos assegurar a otimização dos recursos, e garantir que os investimentos sejam realizados em escala adequada, a fim de proporcionar maior qualidade clínica e satisfação dos usuários.

Rosina Moritz dos Santos
Diretora Geral da Secretaria de Estado da Saúde

Sumário

Apresentação.....	5
Estratégia Saúde da Família	6
Saúde Mental e Desastre Natural.....	14
<i>Relatos de Experiências</i>	
Balneário Camboriú.....	17
Gaspar.....	21
Ipira.....	27
Irineópolis.....	33
Schroeder.....	38
Tubarão.....	45
Redes de Atenção à Saúde.....	49
Situação do Pacto de Gestão.....	51
Termo de Ajuste Sanitário.....	52
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....	53
Avaliação para Melhoria da Qualidade.....	54

É com imensa satisfação que apresentamos a 4ª edição da Revista Catarinense de Saúde da Família, a última da atual gestão. Queremos externar nosso profundo agradecimento aos integrantes do Conselho Editorial, bem como a todos que se empenharam e colaboraram para que esta publicação se constituísse numa realidade, através da Secretaria de Estado da Saúde, da Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação, da Gerência de Coordenação da Atenção Básica e da Divisão de Saúde da Família, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único da Saúde (SUS) no Estado de Santa Catarina.



Grupo de Condução Estadual

Nosso desejo é que a revista esteja cumprindo o importante papel de aproximar os profissionais que integram as Equipes da Estratégia Saúde da Família e os Gestores Municipais, Regionais e Estaduais. Também é nosso objetivo a divulgação das experiências bem sucedidas, para que sirvam de referência para outras equipes, de outros municípios, dando visibilidade ao trabalho incansável frente às ações de Atenção Básica à Saúde, que entendemos constituir-se na coluna dorsal do SUS.

Nesta edição, estão relatadas experiências das Equipes da Estratégia Saúde da Família de seis municípios catarinenses, com ações que contemplam a Promoção da Saúde e a Participação Comunitária. Encerramos, desta forma, a publicação dos trabalhos premiados no IV Encontro Estadual da Saúde da Família, realizado nos dias 25 e 26 de novembro de 2009. Apresentamos, também, a continuidade da consolidação dos resultados do monitoramento realizado de forma conjunta entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde no ano de 2008 junto às Equipes da Estratégia Saúde da Família nos municípios catarinenses. Este trabalho vem sendo apresentado em partes e teve seu início na 3ª edição da revista. Temos como

meta para o próximo ano a continuidade da revista, com a incorporação de textos técnicos, subsidiando o trabalho das equipes. Estes servirão de elo en-



tre os Gestores Estaduais, Regionais e Municipais, para o efetivo fortalecimento das ações de Atenção Básica à Saúde e a consequente melhoria na qualidade das ações prestadas à população catarinense.

Destacamos ainda nesta edição, a criação da Seção “Fortalecendo a Gestão do SUS”, na qual são apresentados textos técnicos que contribuirão para



instrumentalizar e subsidiar gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva do fortalecimento deste modelo de atenção. Aliado a isso, o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde está relatado nesta seção, em construção nos municípios das Macrorregiões Nordeste e Planalto Norte Catarinense. A previsão é de ampliação a todas as regiões do Estado e que, certamente, constituir-se-ão em marco definitivo na mudança e na qualificação do modelo de gestão, reformulação do processo de trabalho, contribuindo efetivamente na consolidação do SUS junto à população catarinense.

Lisete Contin

Secretária Executiva da Revista Catarinense de Saúde da Família

Vínculo contratual e remuneração dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina

Mirvaine Panizzi

Cirurgiã-Dentista, Doutoranda em Saúde Coletiva, 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

João Carlos Caetano

Cirurgião Dentista, Doutor em Saúde Coletiva
Coordenador Estadual de Saúde Bucal da SES/SC

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), por meio da Gerência de Atenção Básica, realizou, em conjunto com o Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica, o Monitoramento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no ano de 2008. Este Monitoramento consistiu de uma coleta de dados sobre a situação de cada equipe, gerando um banco de dados, que é e será a base dos artigos que estão sendo publicados na Revista Catarinense de Saúde da Família.

Este texto é uma continuidade daquele publicado na edição nº3 da Revista Catarinense de Saúde da Família, o qual caracterizou o processo de implantação das equipes de Saúde da Família (SF) e Saúde Bucal (SB) no estado de Santa Catarina (SC), e a infraestrutura física das Unidades de Saúde da Família.

Aqui serão apresentados alguns resultados para a categoria gestão do trabalho: as formas de contratação e salário bruto dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. As formas de contratação serão comparadas com estudos realizados em 2002 (BRASIL, 2002) e 2005 (SES/SC, 2005).

Nas edições subsequentes da Revista Catarinense de Saúde da Família outros aspectos serão abordados.

Método

Foi realizado um estudo transversal, abrangendo todos os municípios de Santa Catarina com equipes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 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 médico(a) e/ou enfermeiro(a), no seu local de trabalho), um questionário para a equipe de Saúde Bucal e um roteiro de observação direta para variáveis referentes aos recursos materiais (unidade e equipamentos).

Os questionários foram aplicados por 20 duplas de entrevistadores, sendo um do Ministério da Saúde e outro da SES/SC. A capacitação dos entrevistadores e coordenadores foi realizada por consultores do Ministério da Saúde e técnicos da SES, sempre nos dias anteriores ao início do trabalho de campo. O questionário foi respondido pelos componentes das equipes presentes no momento da entrevista, preferencialmente o médico ou enfermeiro.

As alternativas para as formas de contratação utilizaram

a definição proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as quais foram:

- estatutário, contratado através de concurso público para preenchimento de cargo público com remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas num estatuto;

- CLT, contratado por prazo indeterminado para exercício de funções na administração pública, regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que podem ou não ser admitidos por concurso público;

- contrato temporário, contratado por tempo determinado, mediante processo seletivo simplificado e ampla divulgação, pelo prazo máximo de quatro anos;

- cargo comissionado, contratado para ocupar cargo de preenchimento provisório, de livre nomeação e exoneração, conhecido como cargo de confiança;

- prestação de serviços, profissional autônomo, sem vínculo com a administração pública, ausência de subordinação, autonomia para exercer a atividade;

- cooperado, contratado indiretamente por meio de uma cooperativa de prestação de serviços;

- bolsa, remuneração procedente de convênio com instituição de ensino;

- contrato informal/verbal, contratado sem instrumento / documento escrito comprobatório;

- outros, qualquer classificação que não esteja contemplada nas demais opções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Quanto ao salário, foi perguntado sobre o salário mensal bruto, em Reais. Para distribuição das faixas salariais foi considerado o valor do salário mínimo vigente em 2008 (coleta dos dados), que era de R\$ 415,00. A faixa salarial utilizada de distribuição para Auxiliares / Técnicos de Enfermagem e ACS / THD foi: menos de 1 SM (salário mínimo); 1,5 SM; 2 SM; 2,5 SM; 3 SM e mais de 3,5 SM.

A análise foi descritiva, utilizando proporções para formas de contratação, e média para os salários dos profissionais de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, para o Estado de Santa Catarina ou macrorregiões.



As equipes na Estratégia de Saúde da Família

Em junho de 2008 estavam implantadas 1.282 equipes de Saúde da Família, 678 equipes de Saúde Bucal e 9.332 Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família. Foram visitadas 948 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1.194 equipes de Saúde da Família (93%) e 652 (93%) equipes de Saúde Bucal.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissio-

nais que foram entrevistados ou sobre os quais foram fornecidos dados por outros membros da equipe, em relação às questões sobre sexo e idade.

Cabe ressaltar que o questionário usou a denominação Atendente de Consultório Dentário - ACD e Técnico de Higiene Dental - THD, embora a partir da Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008 a nova denominação passou a ser Técnico de Saúde Bucal (ex-THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ex-ACD).

TABELA 1. Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (n=12.654) segundo sexo e faixa etária. Santa Catarina, junho de 2008.

	CATEGORIA PROFISSIONAL													
	MÉDICO		ENFERMEIRO		DENTISTA		AUXILIAR ENFERMAGEM		ACD / THD		ACS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo														
masculino	726	65,6	88	7,7	299	48,0	91	5,1	18	3,0	336	4,5	1.558	12,3
feminino	381	34,4	1062	92,3	324	52,0	1681	94,9	577	97,0	7071	95,5	11.096	87,7
Total	1107	100,0	1150	100,0	623	100,0	1772	100,0	595	100,0	7407	100,0	12.654	100,0
Faixa etária (em anos)														
menos de 2	19	1,7	141	12,4	67	10,9	100	5,7	150	25,7	992	13,8	1.469	11,8
25 a 29	296	27,0	442	38,7	265	42,9	378	21,4	139	23,8	1953	27,1	3.473	28,0
30 a 49	573	52,2	530	46,5	249	40,4	1114	63,2	246	42,1	3692	51,2	6.404	51,6
50 a 59	152	13,8	24	2,1	27	4,4	163	9,2	46	7,9	484	6,7	896	7,2
60 e mais	58	5,3	4	0,4	9	1,5	9	0,5	3	0,5	92	1,3	175	1,4
Total	1098	100,0	1141	100,0	617	100,0	1764	100,0	584	100,0	7213	100,0	12.417	100,0

O sexo feminino constitui 88% dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família e compõem mais de 90% nas categorias enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, Atendente de Consultório Dentário / Técnico de Higiene Dental - ACD/THD e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Apenas na categoria médico o sexo masculino (65,6%) ainda é maioria. Os dentistas se apresentam quase na mesma proporção entre homens e mulheres, com ligeira predominância de mulheres.

Em relação à faixa etária, 40% dos profissionais têm menos de 30 anos e menos de 10% mais de 50 anos, configurando uma característica predominantemente jovem dos integrantes das equipes (Tabela 1).

Vínculo contratual dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Em relação ao vínculo contratual, em 2008, temos que os contratos que garantem direitos trabalhistas (estatutário (20,7%), CLT (36,1%), contratos temporários (38,1%)

e comissionados (0,2%)) quando somados, alcançam no Estado de Santa Catarina o percentual de 95,1%. Enquanto as formas precárias (prestação de serviços, cooperativas, contrato informal, bolsa e outros) correspondem a 4,9%.

Por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Cartilha lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde coloca que segundo o entendimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), "trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto.

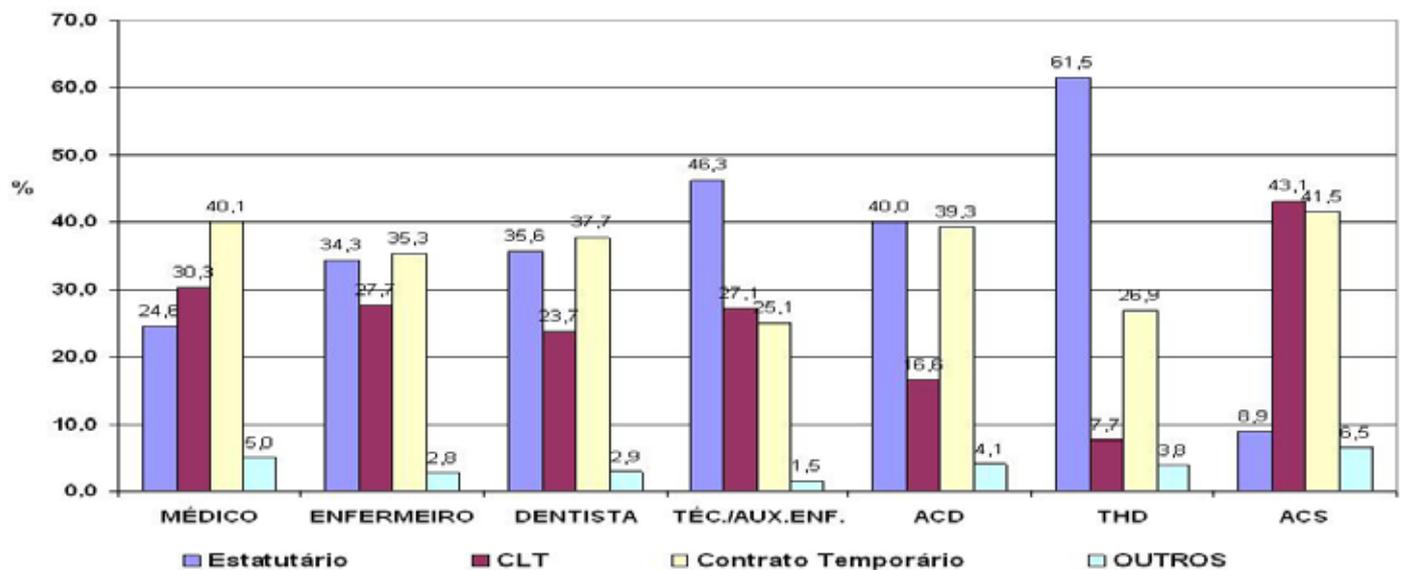
E, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores”. Para as entidades sindicais, que representam os trabalhadores do SUS “trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS”. Segundo a cartilha, Proteção Social significa o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários, e os vínculos que a garantem são o estatutário e o celetista (MS, 2006, p.13).

Os contratos que são compatíveis com estabilidade (esta-

tutário e celetista) equivalem a 56,8% do total, já os contratos relacionados com pouca ou nenhuma estabilidade (temporário, comissionado, prestador de serviço, cooperado, bolsa e outros) somam 43,2%. A existência de contrato informal, isto é, a não existência de contrato, representa 0,2% e apesar de pequena merece ser verificada em detalhe. A contratação através de cooperativas é insignificante no estado.

Na Figura 1 observa-se o percentual de categorias profissionais contratadas por meio de vínculo estatutário, CLT ou temporário, ou seja, garantindo os direitos trabalhistas e previdenciários, ainda que o contrato temporário não garanta estabilidade.

FIGURA 1. Proporção das formas de contratação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Estado de Santa Catarina em 2008.



OUTROS = Bolsa + Cargo Comissionado + Contrato Informal + Cooperado + Prestação de Serviços + Outros

Em relação à distribuição percentual das formas de contratação de acordo com as categorias profissionais, destaca-se:

a) a proporção de vínculos considerados precários (prestação de serviços, cooperativas, contrato informal, bolsas e outros) distribui-se entre as categorias: médicos com 5,0%; técnico de higiene dental com 3,8%; atendentes de consultório dentário com 4,1%; cirurgião-dentista com 2,9%; agentes comunitários de saúde com 6,5%; enfermeiros com 2,8% e auxiliares de enfermagem com 1,5%. Nessa situação está a necessidade mais premente de intervenção;

b) a melhor situação (estatutário) encontra-se nas ca-

tegorias de nível médio: THD/ACD (Técnico em Higiene Dental, ACD) e técnicos/auxiliares de enfermagem;

c) enfermeiros e dentistas apresentam uma situação muito semelhante no estado, quase um terço de cada categoria é estatutária, outro terço é contrato temporário e pouco menos de 30% são contratados via CLT;

d) para os médicos, a proporção de contrato temporário (40,1%) representa a maioria, seguido da CLT, e apenas 24,6% são estatutários;

e) Ressalta-se que 0,2% (26 profissionais) relataram contratação via cargo comissionado.

O estudo de 2002 evidenciou que em torno de 20 a 30% dos vínculos trabalhistas de todos os profissionais das equipes de saúde no Brasil era precário (bolsa, contrato informal/verbal, prestação de serviços, cooperados e outros), assinalando que este fato provavelmente tenha contribuído para alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade da assistência prestada (MS, 2004). Ao longo do período 2002 a 2008, para essas contratações consideradas precárias SC evoluiu positivamente, já que em 2008 o percentual caiu para 4,5%, o que significa uma redução de mais de 80%. Provavelmente as ações de despreciação desenvolvidas pelo Ministério Público junto às prefeituras no Estado tenha colaborado para a melhora observada. Ressalta-se que esta ainda deve ser a proporção alvo prioritária para ações de despreciação do trabalho.

O estudo realizado pelo MS em 2002 teve caráter censitário e visitou 13.501 ESF e 2.558 ESB em todo o Brasil. Em Santa Catarina a coleta foi realizada em março de 2002, utilizando entrevistas com os profissionais e obser-

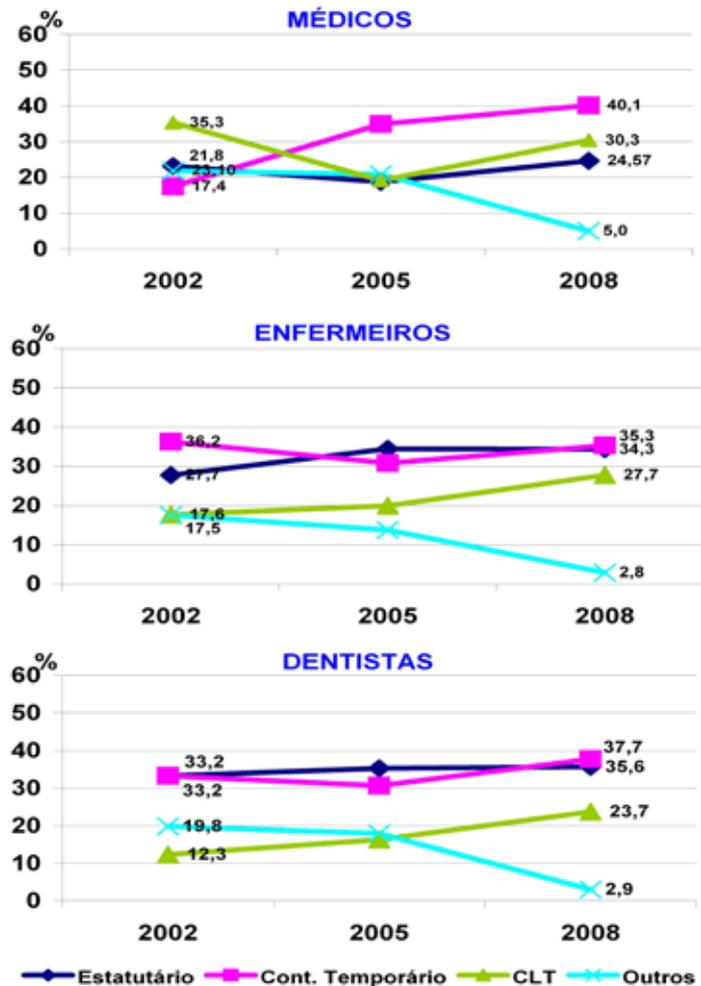
vação direta na Unidade de Saúde da Família. Naquele momento, estavam implantadas 746 ESF e 202 ESB, sendo que foram entrevistadas 721 ESF e 187 ESB (BRASIL, 2004).

O estudo de 2005 foi realizado pela SES/SC e consistiu de um estudo transversal, em todos os municípios do Estado de Santa Catarina. Um questionário foi elaborado com questões sobre o vínculo contratual dos profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família. As modalidades pesquisadas para o contrato do profissional foram: estatutário; CLT; contrato temporário; comissionado; prestação de serviços; prestação de serviços via clínica médica; cooperado; contrato informal. Responderam ao questionário 229 municípios (78,1%), num total de 9.994 profissionais.

Nas Figuras 2 a 5, estão apresentados os dados referentes a cada categoria profissional nos três estudos já realizados. Em 2002 pelo Ministério da Saúde, em 2005 realizado pela SES/SC e de 2008, realizado pela SES/SC e MS.

Em *outros* estão agrupadas: bolsa, cargo comissionado, contrato informal, cooperado, prestação de serviços e outros.

FIGURA 2. Proporção de profissionais médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família segundo forma de contratação no estado de Santa Catarina, nos anos de 2002, 2005 e 2008.



Em todas as categorias verifica-se aumento do vínculo estatutário (com exceção de ACD/THD); aumento do contrato temporário (com exceção de enfermeiros e de técnicos/auxiliares de enfermagem, ambos com uma pequena redução); e aumento do contrato CLT (com exceção de médicos). Ressalta-se positivamente uma redução expressiva em todas as categorias profissionais para os contratos agrupados como outros.

Para a categoria médica ressalta-se o aumento expressivo no contrato temporário e pequeno aumento no estatutário, ao mesmo tempo em que reduz a contratação via CLT. Diminui expressivamente as contratações agrupadas em outros.

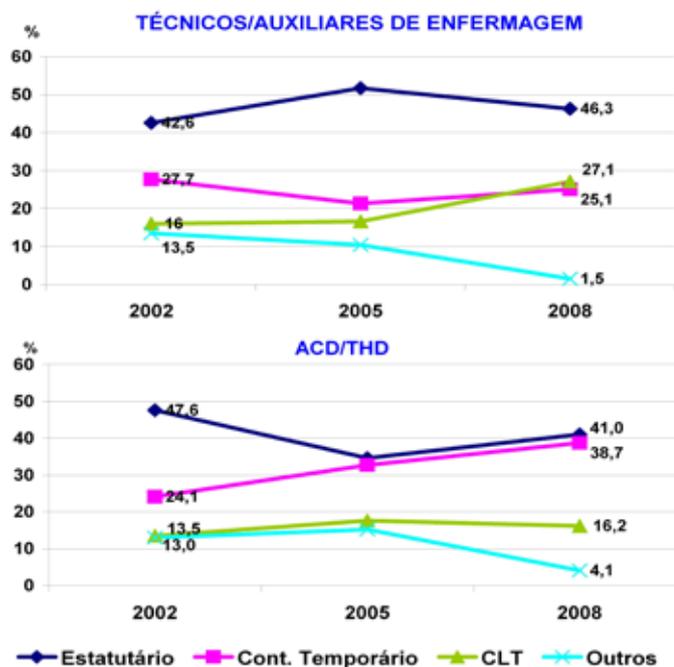
TABELA 2. Variação percentual das diferentes formas de contratações para os profissionais de nível superior das ESF entre 2002 e 2008, em SC.

FORMA DE CONTRATAÇÃO	CATEGORIAS		
	MÉDICO	CIRURGIÃO DENTISTA	ENFERMEIRO
ESTATUTÁRIO	+ 6%	+ 13%	+ 13%
CELETISTA	+ 14%	+ 92%	+ 58%
CONTRATO TEMPORÁRIO	+ 130%	+ 7%	- 2%
OUTROS*	- 77%	- 85%	- 84%

* bolsa, cargo comissionado, contrato informal, cooperado, prestação de serviços e outros.

As Figuras 3 e 4 mostram a evolução das formas contratuais, em relação às categorias técnicas e dos ACS.

FIGURA 3. Proporção de profissionais Técnicos / Auxiliares de Enfermagem e de Atendentes de Consultório Dentário / Técnico de Higiene Dental da Estratégia Saúde da Família segundo forma de contratação no estado de Santa Catarina, nos anos de 2002, 2005 e 2008.

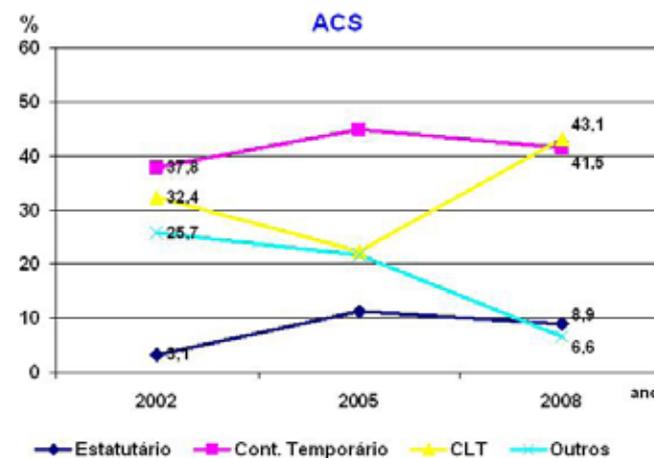


As categorias enfermeiro e cirurgião-dentista apresentam configuração muito semelhante ao longo do período, com aumento das formas estatutário e CLT e redução das formas agrupadas em outros. Em relação ao contrato temporário enfermeiros mantêm praticamente o mesmo percentual e dentistas apresentaram um aumento.

A Tabela 2 mostra as variações percentuais das diferentes formas contratuais para médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros. Ao compararmos a grandeza das diferentes formas de contratações, em percentuais, de 2008 com aqueles de 2002, encontramos uma forte tendência de consolidar contratações que assegurem os direitos trabalhistas dessas diferentes categorias.

De um modo geral a tendência é semelhante daquela observada para os profissionais de nível superior.

FIGURA 4. Proporção de profissionais Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família segundo forma de contratação no estado de Santa Catarina, nos anos de 2002, 2005 e 2008.



OUTROS = Bolsa + Cargo Comissionado + Contrato Informal + Cooperado + Prestação de Serviços + Outros

TABELA 3. Variação percentual das diferentes formas de contratações para os profissionais de nível técnico e dos ACS das ESF, entre 2002 e 2008, em SC.

FORMA DE CONTRATAÇÃO	CATEGORIAS		
	TÉCNICO / AUXILIAR DE ENFERMAGEM	THD / ACD	ACS
ESTATUTÁRIO	+ 8%	- 13%	+ 187%
CELETISTA	+69%	+ 20%	+ 33%
CONTRATO TEMPORÁRIO	- 9%	+ 60%	- 9%
OUTROS*	- 88%	- 68%	- 74%

* Bolsa, Cargo Comissionado, Contrato Informal, Cooperado, Prestação de Serviços e Outros

Vale destacar que a situação contratual do pessoal de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) mostra-se satisfatória em relação aos dois aspectos principais: garantias dos direitos trabalhistas e estabilidade. Para esses profissionais o percentual de contratos temporários caiu, enquanto para todas as outras categorias, ele aumentou.

Como exceção negativa da evolução das formas contratuais, observa-se a queda percentual dos estatutários em relação aos THD/ACD. Uma explicação pode estar relacionada ao rápido aumento das equipes de saúde bucal, o que levou à inclusão desses profissionais através de contratos temporários e mesmo de celetistas. A leitura da curva dos THD/ACD comprova esta afirmação, enquan-

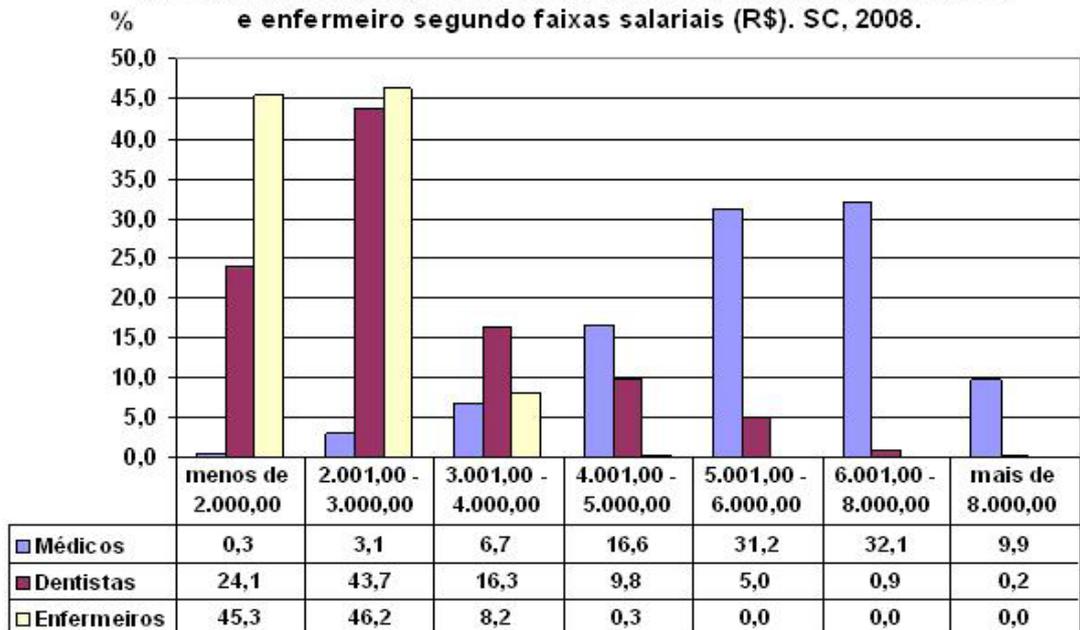
to em 2002 o percentual de estatutários que era de 47,6, caiu para 35%, e voltou a subir, atingindo 41,6% em 2008.

Faixa salarial dos profissionais da Saúde da Família

Responderam à indagação a respeito do salário bruto (em reais): 909 médicos, 1063 enfermeiros, 540 dentistas, 1.598 auxiliares/técnicos de enfermagem, 495 atendentes de saúde bucal/técnicos de higiene e 7047 agentes comunitários de saúde.

Na Figura 5 apresenta-se os resultados encontrados para as categorias médico, dentista e enfermeiros segundo faixas salariais. A média encontrada para o salário de médicos foi de R\$6.132,00, para dentistas de R\$2.903,00 e para enfermeiros de R\$2.199,00.

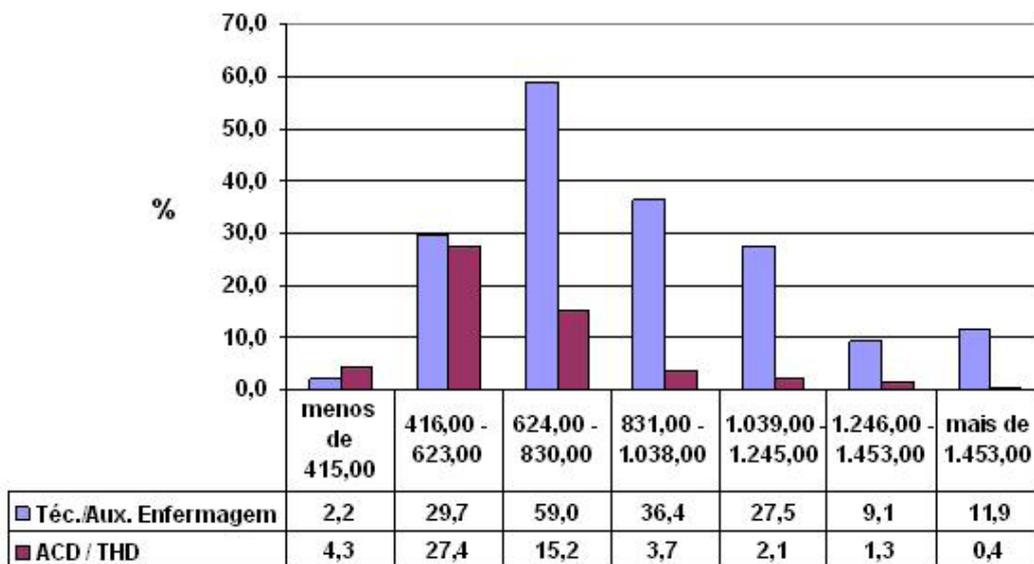
FIGURA 5. Distribuição percentual das categorias médico, dentista e enfermeiro segundo faixas salariais (R\$). SC, 2008.



A Figura 6 mostra a proporção de profissionais Auxiliares / Técnicos de Enfermagem e ACD / THD de acordo com as faixas salariais. A média salarial en-

contrada para Auxiliares / Técnicos de Enfermagem foi de R\$ 897,00 e para ACD/THD foi de R\$ 652,00.

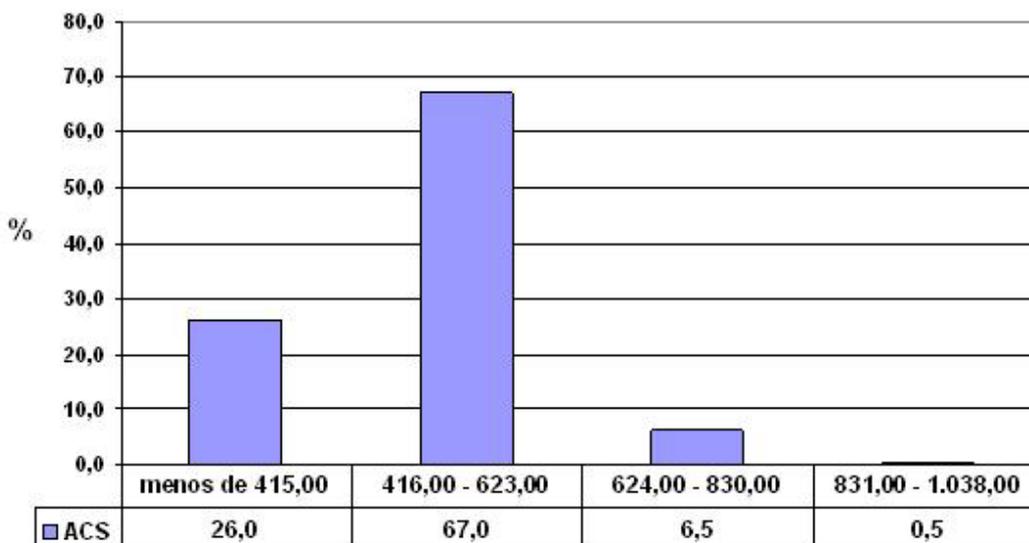
FIGURA 6. Distribuição percentual das categorias Auxiliar / Técnico de Enfermagem e de ACD / THD segundo faixas salariais (R\$).



A situação dos Agentes Comunitários de Saúde está explicitada na Figura 7. Para distribuição das faixas também foi considerado o valor do salário mínimo vigente. A média salarial encontrada foi de R\$

497,00, sendo que 26% dos ACS relataram receber menos que um salário mínimo. Provavelmente, nestes casos, tenham informado o salário líquido e não bruto.

FIGURA 7. Distribuição percentual dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde segundo faixa salarial (R\$). SC, 2008.

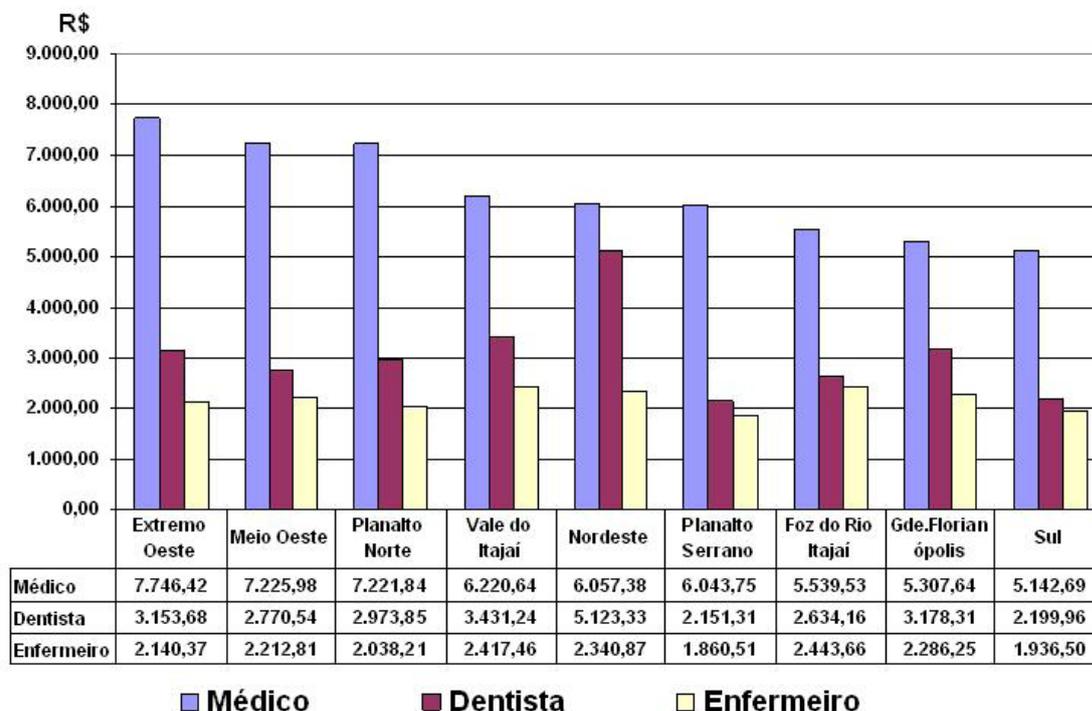


A distribuição da média salarial dos profissionais médico, dentista e enfermeiro, por macrorregião, está disposta na Figura 8. Visualiza-se diferenças geográficas para algumas categorias. A macrorregião Sul apresenta a menor média para médico, a segundo menor média para dentista e enfermeiro. Ressalta-se que a macrorregião Sul apresentou, em 2008, a maior cobertura populacional da

Estratégia Saúde da Família segundo macrorregião, juntamente com a macro extremo-oeste, atingindo 83%.

A menor diferença encontrada entre médicos e dentistas foi na região Nordeste, com enfermeiros tendo a segunda maior média no estado. Nesta macrorregião, estava a menor cobertura da Estratégia Saúde da Família em 2008, com 32%.

FIGURA 8. Média salarial de profissionais médicos, dentistas e enfermeiros de Saúde da Família segundo macrorregião de saúde. Santa Catarina, 2008.



Considerações Finais

As informações aqui apresentadas buscaram compor um panorama da situação do Estado de Santa Catarina em relação ao vínculo contratual e remuneração dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Em relação ao vínculo contratual, destaca-se uma redução expressiva para os contratos agrupados como outros (bolsa, cargo comissionado, contrato informal, cooperado, prestação de serviços e outros) no período 2002-2008. Porém, ainda estão nessa situação 4,5% dos profissionais, sendo essa a parcela prioritária para ações de despreciação. Ao mesmo tempo, de forma geral, visualiza-se uma tendência de aumento de contratações que asseguram direitos trabalhistas em todas as categorias.

As faixas salariais mostram desigualdades entre as médias salariais nas diferentes macrorregiões do Estado e entre as categorias profissionais.

Tendo em vista que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos no SUS afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários, e que é por meio da Estratégia Saúde da Família que se pretende reorien-

tar e qualificar a atenção primária, aponta-se o papel preponderante e decisivo da gestão dos serviços neste sentido.

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 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS: Despreciação SUS: perguntas & respostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em 13.08.10.

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, 2008.

SES/SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Coordenação da Atenção Básica.

Relatório: vínculo contratual dos profissionais das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Programa de Agentes Comunitários de Saúde no estado de Santa Catarina (SC), 2005. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=233&Itemid=82. Acesso em 20.05.2010.

Saúde Mental e Desastre Natural

Intervenção no Vale do Itajaí

Elisia Puel

Assistente Social, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde,
Mestre em Serviço Social, Coordenadora Estadual de Saúde Mental/SES.
Email: saudemental@saude.sc.gov.br

Contextualização

Desastres e catástrofes são ocorrências que atingem uma população de maioria saudável que passa a vivenciar na realidade uma situação repentina desorganizadora que desestrutura sua vida, de forma violenta e traumatizante. Nesta situação, o cotidiano da vida das pessoas é subitamente interrompido, de modo que as necessidades de proteção, nutrição, abrigo, cuidados médicos e sociais são demandadas.

A Estratégia Internacional de Redução de Desastres da ONU, ao problematizar o termo desastre, faz referência uma séria ruptura do funcionamento de uma comunidade tendo como consequência perdas humanas, econômicas e ambientais que excedem a capacidade dos afetados em responder com os seus próprios recursos (VALENCIO, 2009, p. 36).

Em 22 de novembro de 2008, Santa Catarina sofria com a maior tragédia registrada no Estado, provocada por chuvas freqüentes que duraram cerca de três meses, e que atingiu mais de 2 milhões de catarinenses (34% da população total), afetando principalmente, a região do Vale do Itajaí. As chuvas deixaram cerca 78 mil pessoas desalojadas e desabrigadas. O número oficial de óbitos é de 135 pessoas e duas pessoas ainda estão desaparecidas. Das mortes contabilizadas, 97% tiveram como causa soterramentos e deslizamentos de grandes proporções. Essas situações levaram 63 municípios a decretarem Situação de Emergência e 14 decretarem Estado de Calamidade Pública. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010). A situação ficou marcada como uma das mais dramáticas na história do Estado.

A situação de emergência é caracterizada quando a situação anormal provocada por desastres, com danos superáveis pela comunidade, tem o reconhecimento legal pelo poder público. O estado de calamidade pública, além de ter o reconhecimento de uma situação anormal provocada por desastre, compromete, com sérios danos, a segurança e a vida das pessoas da comunidade (LOPES, 2009, p. 45).

Desastre é uma interrupção que, segundo Siena e Valencio (2009) ocorre como fenômeno social e como acontecimento físico. O olhar, em geral, foca apenas no acontecimento físico, atribuindo às chuvas fortes, a principal causa do desastre que é relacionado às enchentes e deslizamentos. Entretanto, destacam as autoras, o desastre constitui-se, também, como a ruptura da dinâmica social existente, como o desaglutinador da ordem social, ou seja, o desastre é a vivência de uma crise e, portanto, mostra-nos o limite de uma determinada rotina e a necessidade de construção de uma nova dinâmica social.

Segundo Moty Benyakar, os desastres naturais e/ou

sociais, provocados ou não pelo ser humano, são desafios que exigem repensar o modo como o ambiente irrompe no psiquismo do homem, devendo ser analisados em termos das reações pessoais dos danificados e do seu impacto psicológico (Thomé, 2009).

Para o enfrentamento da situação de calamidade instalada no estado, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) elaborou um Plano de Ação, constando de ações gerais a serem realizadas no âmbito do Estado e Municípios para o equacionamento da situação. O grande desafio foi solucionar e/ou minimizar os problemas agudos que se apresentaram e principalmente, desenvolver ações de prevenção dos fatores de risco pós-enchente. Este Plano foi incorporado ao Plano de Reação, criado por decreto do governo do estado, que tinha como objetivo garantir agilidade no planejamento e na execução das ações voltadas ao socorro do cidadão e à reconstrução da infraestrutura dos municípios atingidos pelas chuvas. (ZANOTTO et. al., 2010)

Estudos mostram, no entanto, que além dos danos físicos e à saúde, a desorganização psíquica poderá ocorrer por um período determinado, subsequente ao desastre, ou de forma permanente.

Assim, é necessária a participação de diferentes setores e profissionais, que devem intervir, visando restabelecer a integridade psicológica das pessoas e o equilíbrio das redes sociais, sob o risco de o sofrimento psíquico tornar-se crônico e retardar o processo de recuperação das perdas materiais e emocionais causadas pelo desastre. A sustentabilidade se alcança na medida em que as ações desenvolvidas na fase emergencial, são contempladas nos planos institucionais.

Segundo Thomé et al. (2009), os desastres obrigam os profissionais a ampliar seu universo de atenção para a Saúde Mental, pois atingem populações, em sua maioria pessoas sãs, que afetadas por um evento imprevisível, desorganizam suas vidas de forma violenta. São, portanto, pessoas saudáveis que precisam de acompanhamento ou assistência para prevenir ou minimizar sua propensão ao adoecimento mental.

O processo de trabalho em saúde mental no Vale do Itajaí

Em situações de desastres naturais as respostas às necessidades da população atingida devem chegar de vários setores, de forma organizada. Para enfrentar essa situação a Secretária de Estado da Saúde – Carmen Zanotto, em dezembro de 2008, desencadeou o processo com parcerias interinstitucionais. Foram realizadas reuniões com a participação de vários setores da SES, Defesa Civil nacional e estadual, conselhos profissionais, gestores de saúde e de outros setores de municípios do Vale do Itajaí.



Considerando a magnitude do evento a Secretaria de Estado da Saúde e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) estabeleceram uma parceria institucional, mediante assinatura de um Termo de Cooperação Técnica para a implantação de um Protocolo de Atenção Psicossocial às populações atingidas por desastres de origens naturais, da Organização das Nações Unidas (ONU), com as atribuições gerais de definir e coordenar a execução das atividades de capacitação e de assessoria, que foram desenvolvidas ao longo da cooperação, que se iniciou em 2009 e se estendeu até o ano de 2010.

O processo de trabalho foi realizado por Dr. José T. Thomé, coordenador da Comissão Técnica sobre Intervenção em Desastres da ABP, com a finalidade de oferecer suporte técnico aos profissionais e gestores de diversas áreas, como: saúde, educação, assistência social, habitação, defesa civil, dentre outras, que prestaram atendimento à população do Vale do Itajaí, atingida pelo desastre.

Os pressupostos básicos que devem nortear uma proposta de intervenção em situação de desastre são:

- Valorização do que já foi realizado;
- Agregar os fatores humanos na reconstrução;
- Predominância dos interesses da comunidade em primeiro lugar;
- Respeito às crenças culturais e religiosas;
- Planejamento adequado para se evitar desgastes desnecessários;
- Abordagens objetivas com informações claras, consistentes e coerentes;
- Obediência e preocupação com a ética profissional;
- Desenvolvimento de um programa sustentável, com etapas definidas e avaliações sistemáticas que permitam ajustes no modelo.

Objetivos do trabalho no Vale do Itajaí :

- Estabelecer um programa sustentável, por um período de dois anos, visando minimizar o impacto negativo provocado pelo desastre na saúde mental de uma população sã.

- Identificar precocemente e proceder encaminhamento terapêutico adequado de casos de transtornos mentais em áreas e grupos de risco.

- Promover e ampliar a resiliência¹ da comunidade por intermédio dos cuidadores.

- Gerar indicadores com base nos problemas que emergem, promovendo o desenvolvimento de novos modelos para instituições nacionais e internacionais.

No período de 2009 e 2010 foram realizadas vinte capacitações, em municípios do Vale do Itajaí, totalizando 653 participações; em média, participaram em cada evento, 35 profissionais e gestores de diferentes setores.

Destaca-se a seguir, alguns fatos vivenciados pelos participantes e sugestões, como mecanismo para enfrentamento da situação disruptiva, como a que ocorreu no Vale do Itajaí:

- Desastre de origem natural é um acontecimento considerado exceção e, portanto, a população atingida deve ser acolhida com um diferencial no que se refere ao atendimen-

to e acesso às diversas áreas, como: saúde, educação, assistência social, habitação, segurança pública, dentre outras.

- Constatado problemas relacionados ao uso de álcool, quadros de depressão, aumento de solicitação de exames de endoscopia, tendo em vista as queixas clínicas apresentadas pela população. De modo geral, os municípios tiveram aumento de demanda para o setor saúde porém, somente alguns, efetivaram a contratação de profissionais para atender a população.

- Alguns municípios criaram projetos específicos, com a utilização de recursos pedagógicos para atendimento de crianças e adolescentes, visando à compreensão do fenômeno – desastre, identificação de sintomas de adoecimento e propiciar o cuidado e o tratamento.

- Destacam-se, ações como o plano de contingência para proteção de criança e adolescente em situação de emergência, elaborado pelo setor Educação, de um município, que consistiu em amplo trabalho com a comunidade escolar, envolvendo, professores, servidores, alunos e famílias.

- Alguns municípios que não tiveram decretado estado de calamidade pública ou a situação de emergência sofreram os reflexos do desastre, pois muitas famílias de municípios do Vale do Itajaí foram residir nesses municípios, gerando aumento de atendimentos no setor saúde, principalmente, de pessoas idosas, doentes e acamadas. Houve aumento de consultas médicas, de solicitação para exames clínicos e dispensação de medicamentos psicotrópicos.

- Necessidade de disponibilizar recursos humanos das diversas áreas, por um período de dois anos, para intensificar as ações de reconstrução e que o Ministério da Saúde crie um “fundo complementar”, para repasse aos municípios atingidos, durante um determinado período

- Tendo em vista o grande contingente de pessoas que tiveram suas casas atingidas pelo desastre e, portanto, sem condições de habitabilidade, o poder público instalou, inicialmente, abrigos para a população, em geral, em escolas e, com suporte das equipes que ofereceram apoio psicológico, pedagógico e de assistência social. À medida, em que as escolas foram retomando as suas atividades pedagógicas, as famílias que ainda permaneciam sem moradia, foram residir em outros abrigos. Como consequência, vínculos e referências de profissionais e de serviços de assistência e de saúde, se perderam.

Conforme dados da Defesa Civil – SC, na data de 30/11/2008, uma semana após o início do desastre de origem natural, foram registradas, 78.707 pessoas na condição de desalojadas e desabrigadas. Destes, 27.410 desabrigados.

- O Auxílio Reação foi sancionado em lei pelo governador Luiz Henrique da Silveira para ajudar as famílias que ficaram desalojadas após as fortes chuvas de novembro de 2008. O recurso é proveniente de doações ao Fundo Estadual de Defesa Civil.

Sobre esse aspecto da concessão do auxílio, cujo tempo máximo foi de seis meses, profissionais relataram situações,

¹Resiliência é uma força que algumas pessoas possuem de enfrentar as situações traumáticas e de reorganiza-se, transformando essa experiência em acréscimo de melhores recursos e habilidades pessoais. A resiliência é um fenômeno psicológico construído, e não é tare-

fa do sujeito sozinho. As pessoas resilientes contaram com a presença de figuras significativas, estabeleceram vínculos, seja de apoio seja de admiração. Tais experiências de apego permitiram o desenvolvimento da autoestima e autoconfiança (TARALLI et al., 2009, 139).

que várias famílias mostraram-se apreensivas pois, não conseguiram reconstruir, minimamente, suas vidas, nem mesmo, a moradia.

- A condição de desabrigado é sujeita à estigmatização. Foi relatado por profissionais que um município recebeu recursos financeiros para aquisição de terrenos e construção de moradias, porém, enfrentou dificuldades, pois uma determinada comunidade se organizou para impedir a construção de casas para as famílias que se encontravam abrigadas. Portanto, o município, teve rejeitada a compra de terrenos em algumas localidades.

- De modo geral, os municípios apresentaram dificuldades de desenvolver o trabalho de reconstrução, a partir da dimensão intersetorial, sobretudo, nos primeiros meses após o desastre. Percebeu-se, com base nos relatos, que os setores desenvolveram as ações apenas no seu âmbito.

- Destaca-se, à importância de trabalho específico, que compreenda o cuidado ao cuidador. Profissionais de alguns setores, ficaram mais expostos no período pós desastre, vivenciaram o sofrimento da população e, como consequência, alguns necessitaram de afastamento do trabalho, para tratamento de saúde.

Neste sentido, conforme Thomé et al.(2009) deve-se considerar que a melhoria na vida cotidiana da população, promovida com base no atendimento às pessoas sãs que sofreram ou que tendem a sofrer danos em saúde mental, depende dos “cuidadores”, que são aqueles que se responsabilizam pelo atendimento emergencial, em situações-limite desorganizadoras.

Considerações Finais

No processo de reconstrução, profissionais e gestores devem levar em consideração, saberes e forças concretas da comunidade apresentam demandas, que propõem soluções e que podem construir objetivos comuns. Importante refletir com a população o conceito de cidadania, para que sejam e fato, cidadãos, para não gerar dependência institucional. É preciso compreender que essa população vive uma situação limite, portanto, de fragilidade e de carências de toda ordem. São pessoas que antes do desastre não viviam na marginalidade. Segundo Thomé, o primeiro ano após o desastre é a fase aguda, cujas cenas presenciadas pelas pessoas, ainda são muito presentes. Após esse período, inicia-se a reconstrução do fator humano, que englobam, moradia, trabalho, o cotidiano, dentre outros aspectos, necessários ao fortalecimento da imunidade psíquica. As pessoas, cujas necessidades vitais não forem atendidas, são mais suscetíveis ao adoecimento psíquico. Instala-se, a partir daí, a fase crônica, quando esses problemas não são resolvidos. Outra questão relevante diz respeito às perdas que são de toda a ordem e de grande projeção, principalmente, nos primeiros meses após o evento disruptivo. Entretanto, os problemas relativos ao campo da saúde mental se projetam durante anos. Deve-se, portanto, considerar o fenômeno na totalidade, e contemplar recursos nas políticas públicas para que ações de atenção sejam oferecidas à população. Conforme avaliação dos participantes, o processo de capacitação ocorrido ao longo do biênio 2009/2010 possibilitou:

compreender a importância das ações que devem ser realizadas pelos diversos setores e, articuladamente, para atender a população exposta em situações de desastres; conhecer o referencial teórico e aporte metodológico para elaboração de plano gestor, que envolve um conjunto de ações estratégicas articuladas nos três momentos: prevenção, intervenção e a reconstrução, voltadas à temática da saúde mental. Destaca-se, ainda, que a SES, no ano de 2009, possibilitou a realização do Curso de Especialização de Terapia Comunitária aos profissionais de municípios do Vale do Itajaí, destacando-se como importante estratégia para o trabalho comunitário, principalmente, para o atendimento da população mais afetada. O trabalho de sensibilização com o grupo de “cuidadores”, se desenvolveu através da escuta e do acolhimento, possibilitou perceber a necessidade de executar ações buscando integração e inter-relação dos vários setores que atendiam os afetados. Trata-se, portanto, de um trabalho de rede de apoio que resgata o valor de cada um, minimizando, o sentimento de impotência nessas condições traumáticas. Considerando a importância desse trabalho realizado no Vale do Itajaí, pretende-se, publicar, em revista, os artigos que estão sendo elaborados por profissionais que, expressam fatos e relatos vivenciados no período da tragédia e as experiências de enfrentamento pós tragédia, visando à reconstrução do fator humano.

Referências

- ESTADO DE SANTA CATARINA. Defesa Civil. **Informações essenciais 2008**. Acesso: www.defesacivil.sc.gov.br em 10/08/2010.
- LOPES, Daniela da Cunha et. al. **Construindo comunidades mais seguras: preparando para a ação cidadã em defesa civil**. Florianópolis: UFSC/CEPED; (Brasília): Secretaria Nacional de Defesa Civil, 2009.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Intervenção em situações de catástrofe em SC – atenção psicossocial**. Relatórios capacitações – Vale do Itajaí, 2009 e 2010. Mimiografado.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Plano de contingência**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2008.
- SIENA, Mariana e VALENCIO, Norma. Gênero e Desastres: uma perspectiva brasileira sobre o tema. In: VALENCIO, N. et. al. (Orgs.). **Sociologia dos Desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. São Carlos: RiMa Editora, 2009.
- TARALLI, Ively H.G et al. A intervenção psicodinâmica à luz do pensamento complexo. In: THOMÉ, José T. e BENYAKAR, Moty (editores). **Intervenção em situações limite desestabilizadoras – Crises e Traumas**. Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009.
- THOME, José T. **Diferenciação Diagnóstica**. São Paulo: 2009, 27 slides.
- THOMÉ, José T. e BENYAKAR, Moty (editores). **Intervenção em situações limite desestabilizadoras – Crises e Traumas**. Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009.
- VALENCIO, N. Da ‘área de risco’ ao abrigo temporário: uma análise dos conflitos subjacentes a uma territorialidade precária. In: VALENCIO, N. et. al. (Orgs.). **Sociologia dos Desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. São Carlos: RiMa Editora, 2009.
- ZANOTTO, Carmen E. B. et. al. Catástrofes naturais e Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.



Grupo Café Passado

uma proposta para promover a saúde estimulando a autonomia e a participação

R Rosilene Scottini - *rosilene_scottini@hotmail.com*
 Juliana Ribeiro de Mesquita
 Maria Carolina Wainer
 Lidia Dudek Duarte

Aparecida Edna Pereira
 Clari Terezinha Simone Dalcin
 Mayara Severiano
 Luciane Nira Marques

Juliana Marques Teles Vieira
 Daniela Alves Mendes Rodrigues
 Inemil de Fátima Kiel Carneiro
 Lilian Muckler Reuter

Resumo

No contexto da Estratégia Saúde da Família, a realização de atividades em grupo se apresenta como um importante instrumento de trabalho para promover a saúde. Entende-se que esta atividade possa contribuir para ampliar a escuta dos usuários, o fortalecimento e a amplitude dos conhecimentos coletivos e o empoderamento da comunidade para o exercício da cidadania. Assim, o objetivo da construção do grupo foi constituir um espaço para estimular a participação e a autonomia da comunidade através da reflexão e busca de soluções para seus problemas.

Percebe-se que a integração entre equipe e comunidade propicia e enriquece a troca de experiências, a discussão pela diversidade de pontos de vistas, aumentando as percepções teóricas, a valorização dos recursos da comunidade, o fortalecimento de vínculo e a resolutividade, de acordo com as prioridades evidenciadas pelo grupo. A partir destas vivências, destacamos, entre outros, um grupo de caminhada com a participação de usuários de diferentes faixas etárias, duas vezes na semana sob monitoramento da equipe. Percebe-se a sensibilização dos demais membros da família para mudanças de atitude e estilo de vida mais saudável, bem como a responsabilização da equipe ultrapassando o cuidado individualizado para o contexto coletivo.

A metodologia utilizada é a problematizadora, que busca construir o conhecimento a partir da realidade, socializando saberes e troca de experiências, buscando soluções em conjunto. Para isso são realizados encontros mensais nos quais participam todos os membros da equipe da ESF, acadêmicos e docentes dos cursos de Enfermagem e Nutrição, quando estão realizando estágio de saúde.

Vale ressaltar que os usuários não se caracterizam por serem portadores de doenças crônicas, mas um grupo aberto que é conhecido pela comunidade/município como “Café Passado”. A condução e o desenvolvimento das atividades variam constantemente a partir das expectativas e necessidades apresentadas pelo grupo, através de estratégias que estimulam o fortalecimento e organização dos participantes no sentido de buscarem concretizar as mudanças necessárias, a melhoria da qualidade de vida, não apenas individual, mas da família e comunidade. A autonomia e a participação da comunidade propiciam uma relação com a capacidade

de influir nas decisões acerca de sua qualidade de vida, estimulando e potencializando a construção de práticas preventivas, corresponsabilizando-se equipe versus grupo.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família, criada pelo Ministério da Saúde em 1994, apresenta características importantes para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Isto possibilita integração e organização das ações de saúde em um determinado território. Uma das finalidades é proporcionar saberes e práticas com diferentes graus de complexidade, integrando e articulando com os conhecimentos reais dos usuários, possibilitando, assim, a participação e a autonomia da comunidade.

A Educação em Saúde constitui-se em um instrumento fundamental para a construção de uma assistência integral requerida pela reforma sanitária e pela Estratégia Saúde da Família. Desta forma, a assistência integral está menos ligada a busca de um novo conhecimento e mais em interrelacionar e negociar os diversos saberes e interesses coletivos. Portanto, a recomposição de uma abordagem mais globalizante da saúde não cabe necessariamente às iniciativas das instituições e seus profissionais, mas, principalmente, ao crescimento da capacidade dos usuários e famílias, movimentos sociais e outros setores da sociedade em usufruírem e reorientarem os diversos serviços e saberes disponíveis. A educação em saúde pode, então, constituir-se em um instrumento de empoderamento e alargamento do cuidado em saúde.

O trabalho em grupos favorece uma intervenção em saúde para além da doença ou de um corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos indivíduos, familiares e comunidade, estabelecendo ações preventivas e promocionais. Integra, assim, os profissionais da equipe e a comunidade para uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde, e gerando intervenções mais efetivas e coletivas.

Os encontros, juntamente com a participação ativa e crítica dos usuários, nos leva a compreender melhor os saberes já existentes na comunidade, o que propicia um espaço de trocas e construção de novos saberes. Importante ressaltar um ambiente que valorize a participação, sociali-



zando o conhecimento. Nessa perspectiva, cabe ressaltar a ‘pedagogia da liberdade’, considerando que “o aprendizado já é um modo de tomar consciência do real e como tal só pode dar-se dentro dessa tomada de consciência” (Freire, 1977:8).

O grupo “Café Passado” foi planejado para proporcionar um espaço que possa favorecer a construção do conhecimento a partir da realidade da comunidade, buscando soluções em conjunto, de forma a estimular pessoas ativas, críticas, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação com menos hierarquização. Ressaltamos que a participação e a autonomia dos integrantes do grupo “Café Passado” é ativa nas tomadas de decisões e no planejamento dos encontros. E este fato facilita o caminhar junto rumo aos objetivos relacionados, tendo como meta um viver com mais qualidade de vida.

A Estratégia Saúde da Família do Bairro dos Estados, do município de Balneário Camboriú, dispõe de uma população de 1.600 habitantes, totalizando 600 famílias cadastradas. A equipe da Estratégia Saúde da Família da área compreende uma enfermeira coordenadora, especialista em Saúde Pública; uma médica; três técnicos de Enfermagem; quatro agentes comunitários de saúde; dois auxiliares administrativos; e uma zeladora. Realizam-se, mensalmente, em média, na Unidade Básica Saúde, 450 consultas médicas, 200 consultas de enfermagem, 600 visitas domiciliares, bem como o agendamento para os programas de puericultura, SIS-pré-natal, SIS-colo, Saúde da Mulher e Hipertensão. As ações educativas são: encontros com as gestantes, caminhando com a comunidade duas vezes por semana, grupo antitabagismo e o famoso “Café Passado”. Grupo este (exposto) que valoriza a participação e a autonomia do usuário/família, corresponsabilizando equipe e comunidade no estabelecimento de vínculo na busca de soluções, alternativas, e ações no setor de cuidado, prevenção e promoção de saúde, melhorando a qualidade de vida.

Dessa forma, acreditamos que todas as pessoas têm o direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde. A ação desta integração resulta em oportunidade para que todos os participantes identifiquem suas capacidades atuais e adquiram aquelas que serão necessárias para atender às necessidades, gerando mudanças positivas com aumento da força e da capacidade para decidir e agir.

Justificativa

A proposta da Estratégia Saúde da Família vem sendo

apresentada institucionalmente como alternativa para a mudança do modelo assistencial. Cabe às equipes desenvolverem ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à família, aspectos estes, de algum modo, já conhecidos e praticados. Porém, a mobilização e a organização dos usuários e o desenvolvimento de cidadania ainda não são aspectos incorporados à prática cotidiana. Motivados para contribuir de forma sólida, a equipe organizou um grupo conhecido atualmente pela comunidade e município como Grupo “**Café Passado**”. Estes encontros colocam-se para os usuários o desafio da reflexão crítica, autonomia e participação para o exercício da cidadania com qualidade, estimulando desbravar, construir, inventar, trocar experiências e saberes, direcionando para um objetivo social coletivo.

Essa necessidade veio ao encontro de construir um grupo que não fosse meramente somas de pessoas, ou limitar-se a doentes crônicos. E, sim, com uma visão mais holística, objetivando fazer um grupo com identidade própria, mantendo, é claro, a identidade específica de cada participante. Com isso, também construir um grupo que pudesse ter autonomia para a tomada de decisões, planejamentos e, principalmente, a continuação dos encontros independente da troca de equipe, visto que, na realidade, quando, por algum motivo, a equipe da Saúde da Família troca de profissionais, os grupos dificilmente continuam as atividades.

A proposta de trabalhar com a metodologia problematizadora é, sem dúvida, uma tecnologia educacional importante para o fortalecimento do conhecimento coletivo, a socialização dos saberes, a valorização da participação e da autonomia nas ações e planejamento dos encontros e o empoderamento na busca de soluções para melhoria da qualidade de vida. O conhecimento recíproco entre usuários e profissionais de saúde é a base para a comunidade. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde, socializando as competências.

Um importante pesquisador e conhecido pelo seu trabalho “sete teses sobre a educação sanitária para participação comunitária”, Briceño-Leon (1996), coloca que é importante a educação que estimule a participação ativa nas ações de saúde, e para isso acontecer é necessário uma ótica que envolva dois princípios que devem guiar qualquer ação:

a) é necessário conhecer o ser humano e suas crenças, seus hábitos e papéis e suas circunstâncias;

b) é necessário contar com o ser humano “ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si mesmo”. Isto quer dizer que as pessoas devem agir para poder garantir sua própria saúde, quer dizer que os programas não podem ser impostos à comunidade.

Assim, acreditamos que a participação e a autonomia do grupo podem ser incluídas na Educação em Saúde para constituir um avanço importante que reforce os elementos de cidadania embutidos na Estratégia Saúde da Família. Portanto, consideramos de fundamental importância as práticas para estimular a participação dos usuários.

Objetivos

Objetivo Geral

O objetivo geral da equipe é constituir um espaço para estimular a participação e a autonomia da comunidade através da reflexão e busca de soluções para seus problemas e para contribuir com saberes para a melhoria da qualidade de vida e exercício da cidadania.

Objetivos Específicos

- Identificar, a partir da percepção dos usuários, alternativas para o enfrentamento dos problemas reais e melhoria da qualidade de vida;
- Promover uma reflexão crítica e participativa nas trocas de saberes;
- Fortalecer a autonomia do grupo na condução dos temas e dinâmicas nos encontros;
- Promover, através da percepção do grupo, alternativas para melhorar a qualidade de vida.

Desenvolvimento

Na Estratégia Saúde da Família, o trabalho com grupos favorece uma intervenção à saúde para além da doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos, integrando ações preventivas, promocionais e assistenciais, integrando equipe e comunidade para uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde, e gerando intervenções mais efetivas.

Criação

O grupo “Café Passado” foi criado em agosto de 2008. Foi realizado anteriormente um planejamento mínimo; porém, essencial para o bom andamento do primeiro encontro. Já nos primeiros encontros foi explicado para o grupo que as pessoas deviam permanecer no recinto se tivessem vontade, mas que seria um enorme prazer, para a equipe, poder conversar com elas. Prosseguiu-se dizendo que, apesar de sermos uma equipe de saúde da família, não acreditávamos em falar só sobre prevenção de cardiopatias ou nefropatias e suas complicações, mas sobre diversos assuntos escolhidos pelos próprios participantes, para conduzir os encontros. Ressaltou-se sobre a importância e a valorização das pessoas expressarem suas dúvidas, seus pontos de vista e a troca de experiências e saberes.

Definindo o Grupo

O grupo é definido como aberto para todas as pessoas da comunidade com proposta de fortalecimento da cidadania, rede de apoio e promoção da saúde. Os encontros são contínuos sempre na última sexta-feira do mês, às 15h

(decisão do próprio grupo), tendo duração de duas horas com temas diversificados conforme acordado sempre no último encontro.

Local dos Encontros

A Unidade de Saúde onde a Estratégia atua não é favorável para os encontros, ressaltamos que o local é um fator muito importante na efetivação do grupo e dos encontros. Preocupados com tal fator, os encontros são realizados em um auditório com cadeiras confortáveis e um espaço propício para realização de trabalhos, dinâmicas e integrações. O espaço é no Auditório do Centro Odontológico Especializado que fica próximo da Unidade que foi uma conquista da equipe e da coordenação movidos de esforços.

Parcerias

Todos integrantes da equipe são, de certa forma, colaboradores para o evento. A importância de receber cada pessoa que chega ao local é reconhecida. Em todo encontro é selecionado um Agente Comunitário de Saúde (ACS) para receber o participante, o que valoriza cada pessoa presente no encontro. Outra ação é a preparação da mesa para o café feita pela funcionária Lilian (zeladora) que organiza com todo seu carinho.

A sala é disposta com cadeiras com almofadas em forma de círculo, proporcionando um ambiente descontraído e desmitificando algo que possa sugerir uma palestra. Desta forma, é possível contribuir para o desenvolvimento da conversação e da visão holística. Conta-se, ainda, com a presença e com a ajuda do presidente da Associação de Moradores do bairro, da coordenação da Estratégia Saúde da Família e de representante do Setor de Compras da Secretaria de Saúde de Balneário Camboriú, que disponibiliza os lanches que finalizam os encontros.

Metodologia

Sem qualquer dúvida, com os objetivos expostos, a metodologia utilizada é a pedagogia problematizadora, em que se busca construir o conhecimento a partir da realidade, buscando soluções em conjunto, socializando os saberes. Esta metodologia problematizadora tem como principal ferramenta para reflexão-ação crítica sobre a realidade, promovendo a interação na construção do conhecimento social. Tal metodologia foi desenvolvida por Paulo Freire e é internacionalmente reconhecida e recomendada pelo Ministério da Saúde.

Duração e periodicidade

Sabe-se que é importante programar aproximadamente o



tempo, e que mais que duas horas torna o encontro cansativo, sob o risco dos participantes dispersarem do assunto. Por isso, o monitoramento do tempo torna-se necessário, sendo realizado por um dos integrantes da equipe ou comunidade. A questão da periodicidade do grupo foi de acordo com a decisão coletiva e ficou acordado a sua realização uma vez por mês, visto que a unidade desenvolve outras atividades.

Divulgação

A divulgação é uma questão muito importante, e são planejadas algumas estratégias como:

- convites impressos e entregues às famílias cadastradas pelo agente comunitário;
- divulgação no site da Secretaria Municipal de Saúde;
- cartazes confeccionados em cartolinas pelos agentes comunitários e distribuídos nas mercearias, igrejas e escolas;
- convite no Conselho de Saúde e Associação de Moradores;
- convites entregues pela Médica da ESF em suas consultas, e pelos demais profissionais da saúde.

Resultados

Algumas conquistas já fazem parte do cotidiano como, por exemplo, a atividade *“caminhando com a comunidade”*, sugerida pelos participantes em um dos encontros quando se debateu sobre a necessidade do incentivo para caminhar. Desta forma, foi acordado que todas as segundas e quartas-feiras a equipe disponibiliza um profissional para caminhar com a comunidade.

Percebe-se que a integração entre equipe e comunidade propicia o enriquecimento do conhecimento, a troca de experiências, a discussão pela diversidade de pontos de vistas, aumentando as perspectivas teóricas e a valorização da comunidade, também o fortalecimento do vínculo e a construção da identidade e da autonomia do grupo.

Dona Felizarda expõe um pouco da sua vida e experiência com a doença crônica, em um dos encontros ela diz: *“eu tenho diabetes há 20 anos e controlo. Faz cinco anos que uso insulina, cuidado da dieta e da medicação”*. E Dona Apolônia ressalta: *“conhecendo a senhora de muitos anos, agora você está muito bem”*.

A alegre participante Dona Maria Valdeci, sempre presente em todos os encontros, coloca para os mais jovens e para equipe: *“espero que quando vocês ficarem com a minha idade e a da dona Apolônia sejam alegres, porque não adianta ficar em casa pensando besteira. Devem cantar e dançar porque vocês são as nossas alegrias, e vocês nos entendem”*.

O trabalho com o grupo tem a finalidade de fomentar a participação comunitária, procurando reforçar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva contribuindo para amplitude do conhecimento e o empoderamento para o exercício da cidadania. Podemos perceber o exposto acima quando Dona Apolônia, uma das participantes, coloca sobre a importância da participação: *“se eu venho buscar o remédio, consultar com a médica, então, devo sim, participar dos encontros”*.

Outra conquista importante foi o reconhecimento da gestão e da coordenação da ESF em relação ao grupo, possibilitando, às vezes, a participação e oferecendo as de-

gustações no final de cada encontro e, também, o fornecimento das camisetas, socializando e interagindo ainda mais com os participantes. Neste momento, o grupo tem até uma música - *“O canto da alimentação”* - entoada por todos, que diz mais ou menos assim: *“vem senhor, abençoei esta mesa com teus filhos, haverá mais alegria, haverá mais alegria com a sua, com a tua, com a minha companhia”*.

Os organizadores da atividade julgam que a pedagogia problematizadora produz melhor resultado por possibilitar a participação ativa, buscando construir conhecimento a partir da realidade, respeitando valores, cultura e crenças individuais e comunitárias. Importante ressaltar, também, conforme vivenciado no grupo, o fortalecimento do vínculo e a autonomia que o usuário tem para a resolutividade de acordo com as prioridades evidenciadas, corresponsabilizando equipe e comunidade em um laço de credibilidade e confiança.

Considerações finais

A prática educativa norteada pela metodologia da problematização é mais adequada à prática educativa em saúde nos grupos. Além de promover a valorização do saber dos participantes e instrumentalizando-os para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita a efetivação do direito às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde diante da sua percepção e realidade.

O trabalho desenvolvido através do grupo *“Café Passado”*, utilizando a metodologia problematizadora, resgata nos participantes a experiência vivenciada, num determinado momento de sua existência, colocando-os no patamar de igualdade em relação à equipe no que se refere ao conhecimento adquirido ao longo dos encontros, através das trocas de saberes entre todos os participantes, fortalecendo assim a participação comunitária visando transformações das realidades para melhoria da qualidade de vida.

A autonomia e a participação da comunidade propiciam uma relação com capacidade de influir nas decisões acerca de sua qualidade de vida, estimulando e potencializando a construção de práticas preventivas e de promoção corresponsabilizando equipe versus grupo. É, então, imprescindível fazer um resgate das habilidades básicas, pois todos os participantes não perdem a força da cultura em que estão inseridos. A formação de um cidadão crítico, participante e transformador ensina a utilizar o conhecimento no sentido de refazer valores, promoções, prevenções para melhoria da qualidade de vida individual e comunitária.

Referências

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Rio de Janeiro, Cad Saúde Pública, v. 12, n.1, p.7-30, jan-mar. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de assistência e promoção à saúde. Coordenação Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Março/96.

Contatos:

rosilene_scottini@hotmail.com
psf.estados@camboriu.com.br

Projeto Amigas do Crochê e Tricô integração e planejamento entre os profissionais da saúde e a comunidade da ESF Jardim Primavera

Angela Mara Dall' Agnol
Enfermeira / Coordenadora ESF
Jardim Primavera
Fabiano Nunes
Médico da Saúde da Família

Ana Cláudia V. Raduan
Acadêmica de Medicina
Dagobert Muhlebach
Dentista
Daniele C. Codeiro
Auxiliar de Dentista
Daniela Lanser
daniela_lanser@hotmail.com
Técnicas de enfermagem

Bianca Keller
Auxiliar de enfermagem
Olga Raulino
Auxiliar de limpeza

Agentes comunitários:
Jurandir F.A. de Souza
Adalgisa B. Machado
Maria Lúcia Deschamps
Beloni A. Proencio
Rita T. P. Fuchs

*“A cada entrevista realizada, palavras foram ouvidas;
sentimentos foram manifestados;
os cuidados processados; algum conforto foi encontrado;
e a experiência foi compartilhada”.*

Introdução

A seguinte questão norteia este artigo: de que maneira promover melhor a qualidade de vida e prevenir possíveis agravos à saúde mental na atenção integral na Estratégia da Saúde da Família (ESF)? Este presente trabalho relata a experiência de uma atividade de grupo, projeto “Amigas do Crochê e Tricô – ACT”, elucidando a questão abordada. Partiu-se do pressuposto de que a Estratégia da Saúde da Família necessita, para a sua efetivação, de práticas assistenciais no sentido de garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade (OLIVEIRA, ATAÍDE & SILVA, 2004). Foi neste contexto que surgiu o grupo ACT, mediante a necessidade de instituir práticas que contavam com a participação popular, alicerçada em valores como solidariedade e altruísmo.

O grupo ACT foi criado pelos profissionais de saúde da ESF Jardim Primavera no ano de 2009, sendo que a Unidade de Saúde está situada e em funcionamento nesta comunidade há dez anos. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um agente administrativo, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de consultório dentário e um dentista. Seu território está dividido em cinco microáreas, cobertas por suas respectivas ACS. Estão cadastradas 4.876 pessoas nesta Unidade. A enfermidade mais frequente é a Hipertensão Arterial. Há uma média de atendimento diário de 40 consultas médicas. Quanto ao perfil sócioeconômico, a maioria das casas é de alvenaria, com abastecimento de água tratada, energia elétrica, e sistema de esgoto, constituindo-se, portanto, um cenário com infra-estrutura básica.

A proposta de implantação do grupo ACT, foi graças ao trabalho voluntário e eficiente de Dona Irene, artesã de 72 anos, residente nesta comunidade e convidada pelos profissionais da saúde para a coordenação do projeto. O objetivo inicial do grupo era apenas promover atividades de lazer, sendo que o primeiro encontro realizou-se no dia três de março de 2009 e contou com a participação de seis integrantes. Eles apresentaram uma proposta de encontros, que aconteceriam às terças-feiras no período vespertino (das 13h às 16h30min). No segundo encontro, havia apenas quatro participantes; já, nos encontros subsequentes, houve um aumento gradativo do número de senhoras, totalizando, atualmente, 26 integrantes. Consequentemente, mais objetivos surgiram e o projeto passou a ser visto não apenas como uma oportunidade de lazer. Puderam ser percebidos resultados concretos na melhoria da qualidade de vida das participantes, tanto em âmbito individual como familiar, servindo como uma terapia de autoajuda, fornecendo subsídios para reflexões sobre outras possíveis abordagens com usuários que procuram os serviços de saúde com queixas psíquicas. Observou-se que essas queixas estavam relacionadas com sintomas por ansiedade ou depressão. Mas, de acordo com o médico de família e comunidade, não foi possível fazer o diagnóstico de Depressão e/ou Ansiedade segundo a classificação DSM-IV, pois não satisfaziam os critérios exigidos. Após a devida avaliação, ficou, portanto, constatado que 78,5% das participantes apresentavam Transtorno Mental Comum (TMC), cujos sintomas psíquicos são proeminentes, levando-as a uma incapacidade funcional e, às vezes, até mais graves que os quadros crônicos já estabelecidos.

Essa patologia, TMC, muitas vezes é subdiagnóstica, podendo, desta maneira, não receber o tratamento adequado (MARAGNO et al, 2006). No campo da atenção primária de saúde, este aspecto se torna relevante, uma vez que agravam as comorbidades já existentes, dificultam a aderência correta ao tratamento e, finalmente, pioram o prognóstico. Este transtorno tem prevalência no sexo feminino e uma pesquisa demonstrou que 50% das usuárias que procuram as ESFs de Porto Alegre e São Paulo, são consideradas portadoras de TMC (Busnello et al, 1983; Iacoponi, 1989; Mari, 1987). Essa realidade fez com que a equipe da ESF Jardim Primavera voltasse mais sua atenção para essa população, ou seja, uma população de risco para o desenvolvimento de Depressão e/ou Ansiedade. Somado a este fato, a facilidade para o acesso, a extensa cobertura da ESF, favoreceu a continuidade do grupo ACT e sua elevada resolutividade.

A identificação e o acompanhamento dessas situações, juntamente com atividades desenvolvidas nas ESFs são fundamentais para a inserção da saúde mental nesse nível de atenção visando a inibição da fragmentação, a fragmentação do cuidado e a superação do modelo psíquico medicalizante e hospitalar (DIMESTEIN et al, 2005 & COIMBRA et al, 2005).

No entanto, a articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado. As iniciativas até então documentadas na literatura mostraram-se ainda muito incipientes. O mesmo não ocorre com o grupo ACT que está sendo uma experiência bem sucedida e os integrantes estão encontrando resolutividade na própria unidade de saúde, corroborando o Projeto de Saúde Mental elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN (2005) que visa à consolidação e a expansão de uma rede extrahospitalar com base em ações práticas de saúde mental na atenção básica.

Justificativas

O grupo ACT foi criado a fim de se tornar uma atividade prática regular para as integrantes que apresentavam diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum, marcado por alterações psíquicas que não se enquadram na classificação do DSM-IV, mas que são fatores de risco para o desenvolvimento de Depressão ou Transtorno de Ansiedade. Assim, esse projeto concretiza o objetivo básico da Estratégia de Saúde da Família, que consiste na promoção à saúde e prevenção de agravos.

Baseado na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), entendem-se como Transtornos Mentais e Comportamentais as condições caracterizadas por alterações do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Um comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa, em si, a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam persistentes ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida. As pessoas podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias

pessoais ou sociais e, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios necessários para o diagnóstico de determinado distúrbio, essa angústia não constituirá distúrbio mental.

O projeto apresenta como possibilidade, também, a conquista de intervenções em saúde mental em nível de atenção básica, fornecendo subsídios para superar o modelo psiquiátrico medicamentoso, ainda hegemônico, evitando, assim, a utilização de recursos assistenciais mais complexos. O grupo ACT oportunizou reflexões sobre a abordagem a usuários nas ESFs, trabalhando o conceito da noção ampla de saúde mental, descentralizando a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe. Com isso, obtiveram-se dados qualitativos sobre o tema, possibilitando descrever aspectos que ainda não foram completamente abordados na literatura brasileira, de forma que possam servir como um incentivo para a realização de ações preventivas baseadas em atividades com os mesmos princípios.

Objetivos

Objetivo geral: Conhecer as características sócio-econômicas das integrantes do grupo “Amigas do Crochê e Tricô” e correlacioná-las com os casos diagnosticados de Transtorno Mental Comum (TMC). Propiciar, também por meio de troca de experiências das integrantes desse grupo, a promoção à saúde e prevenção de patologias, e refletir sobre as possíveis intervenções em saúde mental na Atenção Primária à Saúde visando à superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar.

- incentivar a participação e o protagonismo de todas as pessoas implicadas, buscando desenvolver a busca por uma melhor qualidade de vida, autoestima, interação, lazer, companheirismo e aprendizagem;
- descentralizar a relação médico-usuário para a relação usuário-equipe;
- singularizar a relação usuário-equipe: as pessoas deixam de ser números de prontuários e se transformam em biografias;
- criar vínculos com a comunidade local;
- aperfeiçoar a cobertura da ESF, uma vez que ela atende por necessidade e por demanda;
- divulgar o trabalho, visando fornecer dados qualitativos que poderão ser usados para cunho comparativo com futuros trabalhos.

Metodologia e desenvolvimento

Delineamento do estudo:

A abordagem proposta pelo projeto produziu dados qualitativos. Valorizou a existência dos vínculos estabelecidos, tornando-os indissociáveis entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. Do ponto de vista de seus objetivos, classificou-se como um trabalho descritivo, visando conhecer as características da população envolvida, suas experiências individuais e a possibilidade em levantar hipóteses através

de reflexões sobre formas de abordagem de usuários com problemas psíquicos na Atenção Primária em Saúde.

Com relação aos procedimentos técnicos, tratou-se de um projeto ação, pois os profissionais e os participantes estavam envolvidos de modo cooperativo em ações e atividades regulares realizadas pelo grupo ACT visando uma resposta positiva de promoção à saúde e prevenção de agravos. Os profissionais de saúde tinham tarefas específicas na interação com o grupo, como identificamos: profissional médico, envolvido desde o início do grupo ACT, no mês de março, se prontificou em realizar uma triagem das usuárias com possíveis transtornos mentais.

Observou que a demanda até então atendida fazia uso abusivo de medicamentos antidepressivos, especialmente, a fluoxetina na dosagem de 20mg diários. Para a queixa de “sono não reparador ou insônia” era prescrito, em 98% das vezes, o rivotril (um comprimido ao se deitar). Esse dado evidencia o modelo psiquiátrico medicalizante descrito na literatura. Com a triagem, os novos usuários que foram atendidos pelo profissional médico, e que não faziam uso de nenhum medicamento regular para sintomas psíquico e sequer tinham história de internação hospitalar prévia devido a agravos na saúde mental, mas que apresentavam queixas depressivas ou ansiosas foram orientados a frequentarem o grupo “Amigas do Crochê e Tricô” para posterior avaliação.

Sujeitos da pesquisa:

Os participantes do trabalho são oriundos de todos os usuários interessados no grupo ACT e dos profissionais da equipe de SF engajados diretamente nas atividades. A proposta procurava identificar as expectativas dos participantes da atividade e de quem as incentiva, como também de esclarecer a problemática levantada no projeto.

Instrumentos para a coleta de dados:

Fez-se uso dos instrumentos tradicionais de uma pesquisa: a observação, a entrevista e os depoimentos coletivos. A primeira não ficou restrita a uma determinada cronologia e baseou-se em dois tipos: assistemática, pois ocorriam sem planejamento prévio; e em equipe, uma vez que contou com a participação de profissionais da saúde.

A entrevista realizada foi padronizada e previamente estruturada com questões do tipo aberta, voltadas ao conhecimento das características individuais de cada participante como idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão. Para alcançar os objetivos propostos, a entrevista contou também com questões voltadas para entender os motivos que as levaram a participar do grupo ACT, suas expectativas individuais e coletivas, seus diagnósticos pré-estabelecidos pelo profissional da área médica e o uso regular ou não de medicamentos. Todas foram gravadas. Além disso, a fim de conhecer as expectativas dos profissionais da saúde, esses as redigiram, de forma assistemática através de depoimentos.

Coleta de dados e cenários da pesquisa:

A fase observacional ocorreu entre março e julho de 2009, uma vez que o objetivo proposto inicialmente pelo grupo ACT foi o de acompanhamento de todas as usuárias continuamente, tornando possível documentar a evolução dessas e contribuir com dados qualitativos para ampliar as

formas de abordagem em saúde mental na ESF. A fase da entrevista foi realizada no período de 9 a 16 de junho de 2009, durante a visita domiciliar feita por um agente comunitário da saúde e uma acadêmica de Medicina da Fundação Regional de Blumenau (FURB), sendo esta última, a responsável pela fase redacional. Optou-se por esse ambiente em decorrência de lhes dar mais liberdade para as suas respostas, sem restrição de tempo e garantir-lhes sigilo, se assim o desejassem. Concluindo o processo no dia 18 de junho de 2009, os profissionais da saúde redigiram os depoimentos contribuindo com a parte teórica deste trabalho.

Análise dos dados:

Após a realização da entrevista com as participantes, as respostas gravadas foram transcritas de maneira digital. Foi criado um banco de dados deixando disponíveis as informações pertinentes e de acordo com os objetivos propostos. Os depoimentos dos profissionais da saúde foram lidos, interpretados e descritos ao longo do relato dos resultados pela redatora (acadêmica de Medicina).

Planejamento deste trabalho:

→ Fase decisória: após a publicação do “Edital de Inscrição e Seleção de Trabalhos” voltados à Atenção Primária, a Enfermeira propôs que o trabalho que estava sendo desenvolvido no ESF Jardim Primavera “Projeto ACT (Amigas do Crochê e Tricô)” fosse documentado, podendo assim ser inscrito neste concurso. Sua modalidade pôde ser descrita como o “relato de experiência da equipe SF” com área temática voltada para a “Promoção da Saúde na AB/ESF”.

→ Fase construtiva: todos os profissionais da ESF foram convidados a contribuir no desenvolvimento teórico deste projeto, sendo indispensável a participação dos que já estavam engajados no grupo ACT desde o início.

→ Fase redacional: ficou sob a responsabilidade da estudante de Medicina da FURB, da décima fase. Destacamos que a acadêmica esteve engajada neste trabalho desde seu início, como uma atividade voluntária extracurricular, visando à organização dos dados de forma sistematizada e a elaboração teórica final.

Resultados

Perfil social das participantes:

O grupo ACT é formado por 26 integrantes, todas do sexo feminino. A faixa etária mais frequente está entre 48 e 56 anos (57,6%). Nos limites, estavam a mais jovem com 42 anos e a mais velha com 77 anos. Percebeu-se que o número de casos diagnosticados com Transtorno Mental Comum aumentava linearmente com o avançar da idade. Tal resultado pôde ser ratificado com o estudo de FILHO, ROCHA & FRANÇA, 2006 que justificou tal fato como uma consequência da maior vulnerabilidade decorrente do aumento da faixa etária que estaria mais exposta aos processos de exclusão social e outros tipos de sofrimentos como perdas, abandonos ou falta de lazer.

A baixa escolaridade das participantes foi um fator agravante para o aparecimento do TMC. No grupo “Amigas do Crochê e Tricô” apenas uma delas era analfabeta; 46,1%, ou seja 12, tinham o primeiro grau incompleto; e nenhuma havia terminado o segundo grau. Este dado também foi

observado por OLIVEIRA, ATAÍDE & SILVA, 2004, cujo número de portadores de transtorno mental prevaleceu entre os alfabetizados embora, com baixo grau de escolaridade.

Com relação ao estado civil, ficou constatado que 65,4% das entrevistadas tinham união estável. Um menor número (7,7%) relatou estar divorciada. Ao correlacionar com o número de casos de TMC, pôde-se observar que não tiveram relação com o estado civil. No entanto, a pesquisa de FILHO, ROCHA & FRANÇA, 2006 descreveu que o aparecimento de agravos à saúde mental teve correlação com o maior índice de solteiros, contrariando o achado neste trabalho.

Para tornar estes resultados mais didáticos, segue a tabela abaixo:

Variáveis socioeconômicas	Total	Porcentagem
Faixa etária		
42 - 48anos	3	11,5%
48 - 54anos	7	26,9%
54 - 60anos	8	30,8%
60 - 66anos	4	15,4%
66 - 72anos	2	7,7%
72 - 78 anos	2	7,7%
Escolaridade		
Analfabeto	1	3,8%
Primeiro grau incompleto	12	46,1%
Primeiro grau completo	9	34,6%
Segundo grau incompleto	4	15,4%
Segundo grau completo ou nível superior	0	0,0%
Estado civil		
Solteira	3	11,5%
Casadas ou amasiadas	17	65,4%
Divorciadas	2	7,7%
Viúvas	4	15,4%
Profissão		
Do lar	22	84,7%
Aposentada	3	11,5%
Costureira	1	3,8%
Renda familiar		
Menos de 2 salários mínimos	11	42,3%
2 a 3 salários mínimos	8	30,8%
3 a 4 salários mínimos	5	19,2%
Mais de 4 salários mínimos	2	7,7%

Foi possível, também, conhecer a situação ocupacional das participantes: 84,6% eram “do lar” e diziam estar economicamente dependente da família. OLIVEIRA, ATAÍDE & SILVA, 2004 justificou que o aparecimento de sintomas psíquicos e a busca por uma melhor qualidade de vida é uma consequência da baixa autoestima da pessoa ocasionada por não trabalharem fora de suas residências não recebendo qualquer tipo de benefício.

A situação econômica, que então seria analisada através da renda mensal familiar ou individual, dependendo da situação conjugal, ficou prejudicada uma vez que a maior parte das participantes referiram conhecer superficialmente, justificando que esta questão seria melhor respondida pelos chefes das famílias. Mas 50% referiram que viviam com entre dois e quatro salários mínimos mensais, havendo apenas duas famílias que possuíam uma renda de mais de quatro salários mínimos.

Analisar este dado com outros trabalhos não é viável, pois a qualidade de vida e as necessidades de uma população variam conforme as regiões brasileiras.

Observando a descrição das características socioeconômicas das participantes do grupo ACT, ficou possível correlacioná-las, conforme já descrito, com os casos diagnosticados de TMC, cumprindo um dos objetivos propostos. Apesar de ser difícil intervir para mudar algumas dessas características, consideramos importante promover a prevenção das complicações dessa patologia, conseguida até este momento através dos incentivos constantes, pelos profissionais da saúde, para a participação das usuárias no grupo ACT.

Motivos que as levaram à participação no grupo “Amigas do Crochê e Tricô”

Apesar da pluralidade já esperada com relação às variáveis socioeconômicas, as respostas à questão: “o que levou a senhora a procurar o grupo ACT?” foram diversas. Para melhor elucidar este dado descritivo, segue abaixo, trechos transcritos das entrevistas realizadas:

“- eu era muito sozinha, ficava o dia todo pensando besteiras. Credo! Nem gosto de lembrar! Nem a televisão me distraía. Aí fiquei sabendo do grupo e comecei a ir lá.” (A, 62anos)

“- vixi! Sabe?! Eu procurei esse grupo porque o médico falou que eu tinha depressão e que isso aí ia me ajudar. Mas eu também quis ir porque eu precisava fazer alguma coisa. Tava cansada de ficar parada o dia inteiro, esperando o marido chegar para poder conversar um pouquinho” (L, 44 anos)

“- A minha mãe está com um problema sabe? Não sai da cama o dia inteiro. Eu vivo para cuidar dela. Não faço mais nada. Eu cuidava dela e da casa. De mim? Tinha me esquecido. Minha vizinha disse que tinha começado um grupo que ensinava a fazer tricô e crochê e que ela estava amando. A professora era a dona Irene, e eu também já conhecia ela. E eu fui lá ver esse negócio!” (C, 53 anos)

“- sabe?! Depois que eu perdi meu filho tudo ficou muito difícil pra mim. Eu só chorava. Não tinha ninguém. Meu marido morreu de ataque do coração depois disso, e eu fiquei mais perdida ainda. A enfermeira lá do postinho disse que era pra eu ir fazer essas aulas, mas eu nem vontade tinha. Ah! Mas aí eu decidi ir pra tentar me ajudar também né?! Eu preciso sabe?!” (R, 77anos)

Após o relato, pôde-se perceber que apesar de muitas terem diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum (78,5%) nenhuma relatou que este motivo foi o fator decisivo para a participação no grupo ACT. Após análise das entrevistas os motivos mais citados foram: lazer, autoajuda, falta de companhia e até mesmo a vontade de

aprender a arte do tricô e crochê. Deste dado descritivo infere-se que as participantes acabam se sentindo mais integradas na comunidade local e vistas não como uma “pessoa em depressão”, mas sim como uma pessoa que enfrenta problemas, e se entristece, cada uma com a sua biografia, atingindo assim mais um dos objetivos anteriormente descritos: singularizar a relação usuário-equipe. Mais de sete por cento (7,7%) ainda enfatizaram que desejam futuramente ganhar “um dinheirinho” com as produções.

Relatos de experiências individuais de algumas participantes do grupo ACT durante um período mínimo de 3 meses

Apesar de se ter conhecimento das opiniões de todas as integrantes do grupo ACT, serão redigidas apenas algumas devido o número das entrevistadas. Após a pergunta abordada: “e a senhora acha que o grupo ACT lhe ajuda?” as respostas surpreenderam, pois 100% afirmaram que sim, que de alguma forma este grupo vem ajudando a melhorar a sua qualidade de vida. Todas usaram o verbo “adorar” para demonstrar quanto estão satisfeitas com as atividades realizadas. Também referiram estar mais atentas, mais animadas, mais entusiasmadas com a vida, mais pacientes e bem-humoradas. A seguir, alguns trechos das entrevistas que enfatizam, neste momento, a forma de como essas atividades têm-lhes ajudado: “ Isso me faz muito bem. Eu adoro. Fiz muitas amigas. Assim, meu sono, precisa de ver, ficou muito melhor (...) Eu fazia uso de Rivotril, mas hoje eu não tomo mais todos os dias (...) Não, nenhum medicamento eu tomo pra depressão. Não quero isso. Por isso que eu vou em todas aulas de tricô e crochê. Isso me ajuda que é uma beleza. Melhor que remédio, viu!” (R, 68anos) “Ah, eu adoro este grupo (...) Toda vez eu levo um bolo que eu mesmo bato! (...) Sim, hoje sou muito mais animada. Antes eu era ruim hein! Muito carrancuda. Se olhassem para mim, eu xingava (...) Eu não tomo remédio para depressão não! Por enquanto não estou precisando, né?! (...) eu chamei uma amiga para ir comigo hoje à tarde. Ela está muito tristinha (...) ah sim, eu acho que esse grupo é um santo remédio, ia ajudar muito ela.” (J, 54anos) Através desses trechos também se pôde inferir que a ESF Jardim Primavera tem se preocupado com a melhoria da assistência prestada à saúde mental de seus usuários, pois todas as participantes ainda não desenvolveram quadros depressivos ou ansiosos, conforme a DSM-IV, exigindo uma abordagem medicamentosa. Também é importante salientar que atualmente as participantes do grupo ACT não fazem uso regular de medicamentos como os ansiolíticos, antidepressivos ou hipnóticos. Uma hipótese plausível seria de que essas atividades em grupo ou elimina ou posterga um possível agravamento dos sintomas psíquicos. Além disso, a assiduidade dos participantes possibilita um acompanhamento de forma contínua pelos profissionais da saúde conseguindo mais dois dos objetivos propostos em um plano inicial para o grupo ACT: criar o vínculo com a comunidade local e descentralizar a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe.

Análise dos depoimentos dos profissionais da saúde
Os depoimentos foram redigidos a partir das observações fei-

tas desde o início das atividades do grupo ACT. Contou com os profissionais conforme já especificado na metodologia. A equipe de ESF descreveu situações como: o médico de saúde da família em seu depoimento se mostrou satisfeito com os resultados obtidos e justificou que essas atividades em grupo deveriam ser o primeiro passo a ser proposto para os usuários que se mostrassem dispostas a realizá-las. E, conseqüentemente, isso seria o início para articular a atenção em saúde mental no nível de Atenção Básica. O depoimento da Enfermeira que propôs a implantação do projeto na ESF Jardim Primavera, também foi apresentado, ficando claro que as atividades do grupo ACT passaram a fazer parte da rotina dessa população. Os encontros são realizados às terças-feiras, no período vespertino, nas dependências desta Unidade de Saúde. Conta com a participação voluntária de uma artesã, convidada pela equipe de ESF e outros profissionais que integram a Unidade de Saúde. As práticas do tricô e crochê incluem tanto os iniciantes os que já tinham noções básicas. Nos encontros, o depoimento da profissional enfermeira, relata a surpreendente assiduidade das usuárias, pois além do aprendizado manual, concomitantemente ocorrem desabafos, troca de experiências pessoais criando um clima de descontração. As atividades propõem a partilha de café, bolos e salgadinhos. Concluindo, descrevemos o depoimento de uma das Agentes Comunitárias da Saúde considerando imprescindível no que se refere à identificação inicial das portadoras dos sintomas psíquicos e o incentivo para procurar um acompanhamento médico. Essas profissionais, por residirem na comunidade e participarem da cultura local, tinham conhecimento informal dos problemas das pessoas. Através de visitas domiciliares posteriores, após o início do grupo ACT, as profissionais relataram que houve não apenas uma melhora no bem-estar individual das participantes, como também no relacionamento dessas com os demais integrantes e suas famílias. Este relato foi muito importante, porque ficou evidente que essa melhora passou do individual para o coletivo, de modo que ratifica a importância de conceber o indivíduo de forma mais humanizada e eleger a família como o “locus privilegiado da intervenção” (DIMENSTEIN et al, 2005). Através dos depoimentos apresentados, pôde-se alcançar mais um objetivo proposto: refletir sobre as possíveis intervenções em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e aperfeiçoar a cobertura da ESF, uma vez que essa atende principalmente por necessidade. Foi consenso entre esses profissionais que as atividades em grupo, terapias ocupacionais, comunitárias ou práticas integrativas ajudariam na melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS que tenderia a ver a sua ESF como a “porta de entrada” para os atendimentos em saúde mental, possibilitando a almejada articulação com a atenção básica da saúde.

Considerações finais

O grupo “Amigas do Crochê e Tricô” vem evoluindo e atingindo os objetivos propostos, conforme descritos no trabalho: promove melhoria na qualidade de vida das integrantes/usuárias através da troca de experiências, estabelece um elo entre a comunidade local e a ESF

Jardim Primavera, fornece subsídios para o aperfeiçoamento dos atendimentos em saúde mental em nível de Atenção Primária e conduz a uma reflexão sobre outras possíveis formas de intervenções, que não somente as medicalizantes, respondendo à questão inicial, aquela que impulsionou este projeto: de que maneira promover a melhor qualidade de vida e prevenir possíveis agravos à saúde mental na atenção integral da Estratégia da Saúde da Família (ESF)?

Além disso, os dados obtidos devem ser publicados para que possam ser usados para cunho comparativos com outros e futuros trabalhos, pois é sabido que várias experiências com os mesmos princípios vêm sendo desenvolvidas em todo Brasil, desde regiões metropolitanas do Sudeste, até em cidade do interior da Região Nordeste do País, uma vez que se acredita que a saúde mental é “o fiel da balança que permite avaliar o grau de integralidade e de diferenciação das ESFs dos demais modelos de assistência à saúde. (OLIVEIRA, ATAÍDE & SILVA, 2004).

Referências

COIMBRA, V.C.C. et al. - A Atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.07, n.01, 2005

DIMENSTEIN, A. et al. - Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. Mental, Barbacena, ano III, n.5, 2005
 FILHO, N.G.V.; ROCHA, E.C.; FRANÇA, E.M. - Saúde Mental na prática da atenção integral do Programa de Saúde da Família
 MARAGNO, L. et al. - Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.08, 2006
 OLIVEIRA, A.G.B.; ATAÍDE, I.F.C.; SILVA, M.A. - A invisibilidade dos problemas de saúde mental na Atenção Primária: O trabalho da enfermeira construindo caminhos juntos às equipes de Saúde da Família. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, vol. 13, n.004, 2004
 SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. - Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3ª edição revisada e atualizada. Florianópolis: UFSC, 2001
 BUSNELO, E.D.; LIMA, B.R.; BERTOLETE, J.M. - Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico - Jornal Brasileiro de Psiquiatria 32: 207-210, 1983.
 IACOPONI, E. - The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in São Paulo, Brazil. Tese de Doutorado, University of London, Inglaterra, 1989.
 MARI, J.J. - Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor - Social Psychiatry 22: 129-138, 1987.

ANEXO

Pesquisa aplicada às participantes:

Nome:	Idade:	Profissão:	Escolaridade:	Renda mensal:
-------	--------	------------	---------------	---------------

- 1- O que levou a senhora a procurar o grupo “Amigas do Crochê e Tricô”?
- 2- A senhora acha que este grupo te ajuda de alguma forma?
- 3- Tem algum problema de saúde que o médico tenha te falado?
- 4- Faz uso regular de algum medicamento?

Os benefícios da água termal na qualidade de vida dos idosos do município de Ipira

Francisco Maximino Machado de Aguiar

Prefeito Municipal

Isabel Cristina Hilgert Koch

Secretária Municipal de Saúde e Promoção Social

Daniella Maria Tofolo da Costa Silva

daniellatofolo@gmail.com

Coordenadora da ESF

Elizete Maria dos Santos Stédile

Fisioterapeuta da ESF

Daniela de Paris

Enfermeira da ESF sede



Introdução

Atualmente, no Brasil, vem ocorrendo uma mudança no perfil demográfico - a projeção é de 34,3 milhões de idosos (13,2%) da população total estimada para 2050. Devido ao estágio do envelhecimento humano, esse grupo etário apresenta maior tendência a doenças crônicas, redução da capacidade funcional, menor autonomia e conseqüentemente exigindo maior atenção da família e sociedade.¹

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual as alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão modificando progressivamente o organismo tornando-o mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas.² Apesar do envelhecimento não estar necessariamente relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente detectados nos idosos e está diretamente relacionado com a maior incapacidade funcional^{3,4}. Várias modificações ocorrem com as pessoas da terceira idade, dentre elas: atrofia muscular, sarcopenia, fraqueza funcional da musculatura das pernas, osteoporose, perda da elasticidade muscular, diminuição da capacidade de coordenação motora, equilíbrio, deficiência auditiva e visual, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, lesões vasculares, desvios da coluna, problemas de ordem articular. Esses processos poderão ser retardados ou aliviados, mediante a prática da hidroginástica.⁵

RESENDE e colaboradores⁶, em trabalho realizado, destacam que a multiplicidade de sintomas como dor, fraqueza muscular, problemas de equilíbrio e desordens na marcha dificultam a realização dos exercícios em solo, principalmente por idosos, ao contrário dos exercícios realizados no meio aquático.

Afirmam BARBOSA & BONACHELA^{7,8}, que a hi-

droginástica protegerá o processo de envelhecimento e trará benefícios anátomo, cognitivos e socioafetivos aos idosos, tornando-os mais saudáveis (ausência de doença), independentes, sociáveis e eficientes, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

Na evolução histórica, inúmeros descritores abordaram conceitos sobre o ambiente aquático definindo-o como prática curativa como, por exemplo, a terapia na água, os exercícios aquáticos, a hidroginástica, reabilitação aquática entre outros termos. De acordo com BERCKER & COLE⁹, uma das circunstâncias que determinaram a evolução das pesquisas e o uso das propriedades da água como tratamento, é a diminuição da ação da gravidade. Essa característica fornece um ambiente ideal para reabilitação de indivíduos que necessitam de uma menor descarga de peso nas articulações ou possuem limitações na terapia em solo.

Algumas propriedades físicas conferem à água um meio benéfico para a interação com o corpo, dentre estas estão: fluutuabilidade, pressão hidrostática, viscosidade, hidromecânica e termodinâmica.¹⁰

Flutuabilidade: É a força para cima que se opõe a gravidade. A fluutuabilidade dá ao paciente uma ausência relativa de peso e retira a carga das articulações.

Pressão Hidrostática: é a pressão exercida sobre o corpo em imersão, melhora o retorno venoso, reduzindo a efusão de líquidos induzindo a redução dos batimentos cardíacos.

Viscosidade: é a fricção que ocorre entre as moléculas da água resistindo ao fluxo, essa propriedade cria uma resistência ao movimento e conseqüentemente atuando no aumento do braço de alavanca da força muscular.

Hidromecânica: é a característica da água quando em movimento gerando um fluxo turbulento ou lento, à medida que aumenta a velocidade da água aumenta a resistência,

isso exige com que o paciente trabalhe mais para manter sua posição na piscina auxiliando no equilíbrio e na força.

Temperatura: Quando se leva em conta a temperatura da água, o que se deve ter em mente são o tipo e a intensidade do exercício e a duração da atividade. Certas alterações fisiológicas ocorrem toda vez que os exercícios são realizados, na água os efeitos fisiológicos dos exercícios estão combinados com os efeitos que são decorrentes ao calor da água. A temperatura da água depende da situação a ser tratada, quando se objetiva o relaxamento, é mais adequada uma temperatura elevada de 36,7 a 37,8°C

Para Bates & Hanso¹¹, as contraindicações absolutas à prática da atividade física ou terapêutica na água são: doenças transmissíveis pela água, como tifo, cólera e disenteria; febre alta (acima de 38°); insuficiência cardíaca grave; doenças infecciosas; trombose venosa profunda; incontinência de fezes ou urina; hidrofobia mórbida; epilepsia; baixa capacidade pulmonar vital (900-1500 ml).

Alguns cuidados com situações como feridas abertas e doenças da pele com erupções (uso de curativos à prova de água); hipertensão (medicada e controlada não terá problemas); condição cognitiva (podem afetar a atenção, a concentração, a orientação, o aprendizado, a memória e as habilidades perceptuais); audição deficiente (cuidado com uso de aparelhos)

TOVIN e seus colaboradores¹², em estudo realizado, afirmam que os exercícios realizados na água favorecem a reabilitação, pois os efeitos proporcionam menor estresse articular, aumento da circulação e facilidade de se movimentar. Os efeitos fisiológicos da água são muitos, favorecendo o sistema cardiorrespiratório, circulatório, renal e musculoesquelético.

***Sistema cardiorrespiratório:**

Durante a imersão, a água exerce pressão sobre o corpo. A variação do gradiente de pressão hidrostática, conforme a diminuição da profundidade proporciona o deslocamento do sangue em uma via de mão única, que “deságua” nos maiores vasos da cavidade abdominal e para o coração. O fluxo sanguíneo no pulmão também aumenta, tal resposta favorece uma maior troca gasosa, devido ao aumento de sangue na circulação pulmonar. Ocorre, também, um aumento no consumo energético, pois o coração deve aumentar a força de contração e aumentar o débito cardíaco.

***Sistema musculoesquelético/ Vascular:**

Quando um corpo é imerso em temperaturas acima da termoneutra (37°C) podem ocasionar vasodilatação e aumentar o fluxo sanguíneo muscular. O auxílio da flutuação diminui a sobrecarga articular e favorece uma atuação equilibrada dos músculos, proporcionando fácil movimentação potencializando a realização de exercícios que não seriam possíveis em solo, principalmente em indivíduos com limitações de força e movimento. Deste modo, pode-se favorecer o condicionamento muscular, como por exemplo, em corridas e caminhadas subaquáticas, sem o risco de lesões por sobrecarga das articulações.

***Sistema renal:**

Há um aumento do fluxo sanguíneo renal, que ocasiona aumento da liberação de creatinina. A excreção de sódio aumenta, e gera uma parte do efeito diurético da imersão.

Ao que parece, os hormônios reguladores do rim também são afetados, e há uma supressão do hormônio antidiurético devido ao aumento da pressão venosa, o que ocasiona aumento da excreção de sódio e potássio e aumento da diurese. Os efeitos combinados no sistema renal e cardiovascular diminuem a pressão em longas imersões, o que pode gerar diminuições da pressão sanguínea que duram até horas, pós-imersão. Vale ressaltar que a imersão também pode ser benéfica nos casos de edema, por auxiliar o retorno de líquido para a circulação linfática.

Os exercícios em água aquecida proporcionam inúmeros benefícios, tais como: relaxamento muscular; reduz a sensibilidade à dor e espasmos musculares; manutenção ou aumento da amplitude de movimento das articulações; diminui a atuação da força da gravidade o que facilita a movimentação articular; aumenta a força e resistência muscular; aumenta a circulação periférica; melhora a musculatura respiratória à simples imersão.¹³

A água termal é uma água mineral natural com propriedades terapêuticas, dentre seus benefícios apresenta efeito imunorregulador, ou seja, depois do tratamento termal o nosso sistema imunitário reorganiza-se levando ao aumento das nossas defesas naturais, aumento esse que se prolonga pelo tempo. Assim, a prática termal não se restringe à permanência nas termas, mas sim tem benefícios evidentes ao longo do ano. A água mineral natural sulfúrea (com elevado teor de enxofre) possui propriedades antiinflamatórias, o que traz benefícios para o alívio de patologias.¹⁴ Esta água é usada uma só vez sem adição de compostos. Pode ser utilizada de um modo passivo (relaxamento ou ingestão) ou de um modo ativo (Hidroterapia).

A classificação das águas do balneário de Piratuba é água mineral bicarbonatada e fluoretada, levemente alcalina, com temperatura em estado natural 38,6°C, a fonte termal é enquadrada como sendo hipertermal, indicada no tratamento de reumatismos, úlceras, cálculos renais, hipertensão arterial, eczemas e combate ao stress.¹⁵

Entrar na água é uma experiência única que fornece a todos uma oportunidade de ampliar física, mental e psicologicamente seus conhecimentos e habilidades. A habilidade de ser independente na água, de atingir as habilidades que podem ser impossíveis ou difíceis em solo só pode ter efeitos psicológicos favoráveis e duradouros, que elevam a confiança e a moral do paciente. Para pacientes com dor e aqueles que ainda não podem se exercitar em terra, a água proporciona um meio positivo ao se movimentar e relaxar.

Identificação do município

O município de Ipira foi criado pelo Decreto Estadual nº 888, de 14 de junho de 1963 e instalado no dia 15 de agosto de 1963, passando então de vila a cidade, desmembrando-se do Município de Piratuba. Ipira está situada no meio oeste de Santa Catarina, no Vale do Rio do Peixe, pertence a Micro Região da AMAUC, sua população é estimada em 4.705 habitantes, formada basicamente por descendentes de alemães e italianos. A principal atividade econômica é a agropecuária, com destaque para o cultivo de milho, leite e a criação de aves e suínos.

A educação do município de Ipira teve um grande



avanço com a implantação do Sistema Aprende Brasil SABE/POSITIVO, e conta atualmente com 02 Escolas Municipais de Ensino Fundamental; 03 Escolas Municipais de Educação Infantil; 01 Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio. A saúde do município de Ipira conta com uma Unidade Básica de Saúde, dois postos de atendimento, sendo um no Bairro dos Estudantes e outro na comunidade de Filadélfia, e um Hospital que atende os municípios de Ipira e Piratuba.

Justificativa

De acordo com análise em relação à saúde do município de Ipira, observa-se nos últimos anos uma mudança no perfil epidemiológico da população que se deve, principalmente, ao aumento da expectativa média de vida da população que é de 73,25 anos. O envelhecimento da população é um dos maiores desafios das últimas décadas. Embora a velhice não seja sinônima de doença, com a idade aumenta o risco de comprometimento funcional, perda de qualidade de vida dos indivíduos, e alguma vez causa dependência para a execução de tarefas diárias. No idoso, a coordenação, o equilíbrio, os reflexos neuromotores, etc. diminuem com o avançar da idade, tornando complexas muitas tarefas simples, que se agravam com alguma incapacidade física.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹⁶ o município de Ipira tem 842 idosos. Desta forma, a avaliação funcional dos idosos, com acompanhamento do profissional fisioterapeuta, torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado que subsidiarão as decisões sobre o tratamento e os cuidados necessários com o idoso.

As alterações das capacidades físicas, anátomo-fisiológica, psicossocial e cognitiva são comuns e evoluem progressivamente, no processo de envelhecimento. Todavia, podem ser proteladas e eliminadas com a prática da atividade física, como a hidroginástica. A prática da hidroginástica torna o idoso mais apto e mais saudável, proporcionando uma melhora na qualidade de vida, devido aos vários benefícios que ela oferece, tais como:

Acréscimo anatomo-fisiológico - há um aumento da amplitude articular, força muscular, densidade óssea, consumo máximo de oxigênio (VO₂máx.), tolerância à glicose e da sensibilidade à insulina, um menor risco de problemas articulares, uma diminuição da frequência cardíaca basal, pressão arterial e tensões do dia-a-dia, um relaxamento muscular, uma desintoxicação das vias respiratórias, um controle do peso corporal, uma melhora da circulação periférica, funções orgânicas e dos sistemas cardiovascular e cardiorrespiratório;

Melhora das capacidades físicas - aumento da coordenação, da agilidade, da sinestesia, da percepção, do esquema corporal, da velocidade de ação reação, melhora do equilíbrio, da direcionalidade;

Aspecto sócio-afetivo - acréscimo da auto-estima, autoconfiança, independência nas atividades diárias, reintegração, sociabilização, bem-estar físico e mental, diminuição da ansiedade, e da depressão, tornam-se valorizados, mais participativos e ativos de programas de lazer e com mais vontade de viver.

Capacidade cognitiva - “trabalhos científicos americanos, envolvendo grande número de idosos divididos em dois grupos, sedentários e esportistas, mostraram um QI (quociente de inteligência) maior nos idosos que fazem programas regulares de atividade física. A explicação pode estar na maior irrigação sanguínea de todo o corpo, que evidentemente também atinge o cérebro. Outra explicação seria pela liberação de adrenalina, pelas glândulas supra-renais, a qual é responsável por sensações de alerta no cérebro”.¹⁷

Neste contexto, aproveitando os benefícios das águas sulfurosas da Estância Hidromineral do Município de Piratuba, as propriedades físicas da água de um modo geral, e a evidência dos benefícios da atividade física na água, o projeto de hidroginástica com o grupo da terceira idade do município de Ipira pretende proporcionar uma melhor qualidade de vida a estes idosos através da atividade física na água.

Objetivos

Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo verificar os benefícios da piscina terapêutica na qualidade de vida do grupo de hidroginástica da Terceira Idade do município de Ipira.

Objetivos específicos:

- Estimular autoconfiança e auto-estima;
- Promover socialização;
- Melhorar o condicionamento cardiorrespiratório e do sistema circulatório através do exercício físico dentro da água;
- Minimizar as possíveis complicações ocasionadas pela hipertensão através do benefício da temperatura da água;
- Proporcionar melhora da mobilidade articular, flexibilidade muscular, força e equilíbrio.

Desenvolvimento

O Projeto teve início no mês de março de 2010, na qual participam do projeto homens e mulheres com idades acima de 60 anos matriculados nas aulas de hidroginástica e residentes no município de Ipira. Após avaliação médica os indivíduos são avaliados por uma fisioterapeuta que analisa a condição física e funcional. Cada participante responde a um questionário previamente elaborado com dados de identificação, hábitos de vida e antecedentes pessoais (ANEXO 1).

A avaliação física consta de uma avaliação funcional com medidas de peso, altura e circunferência; da medida da amplitude articular com uso de um goniômetro proposto por Pascal¹⁸; o teste de força muscular manual proposto por Reese¹⁹; e testes de equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti)²¹, visando comparar os resultados antes e depois de um período de 6 meses. (ANEXO 2,3).

As aulas acontecem duas vezes por semana no período da manhã, na Estância Hidromineral de Piratuba. A pressão arterial e os batimentos cardíacos são monitorados por uma enfermeira responsável antes e depois das atividades. A fisioterapeuta fica responsável em coletar os dados, e avaliar a condição músculo-esquelético dos alunos para os exercícios. Os valores de referência para avaliação (ANEXO 3).

ANEXO 1

FICHA INFORMATIVA

NOME _____

IDADE _____ DATA NASCIMENTO _____ IDENTIDADE _____

NATURALIDADE _____

ESTADO CIVIL () CASADO () SOLTEIRO () VIÚVO

PROFISSÃO _____

ESCOLARIDADE () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ CEP _____ ESTADO _____

TELEFONE _____ CELULAR _____ E-MAIL _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR _____ TELEFONE _____

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

PESO : _____

ALTURA: _____

CIRCUNFERÊNCIA CINTURA: _____

CIRCUNFERÊNCIA QUADRIL: _____

PRESSÃO: _____

IMC: _____

1-Pratica algum tipo de atividade física? () sim () não
Qual? _____ Frequência _____

2-Fumante? () sim () não. Se sim, quantos cigarros ao dia?

3-Consumo bebida alcoólica? () sim () não
Se sim, com qual intensidade _____

4-Problemas cardíacos? () sim () não. Qual? _____

5-Problemas respiratórios? () sim () não
Qual? _____

6-Diabetes? () sim () não

7-Hipertensão () sim () não

8-Problema ósseo ou articular? () sim () não. Onde? _____

9-Sente dores musculares ou articulares?() sim () não
Onde? _____

10-Fratura, traumatismo ou lesão? () sim () não
Onde? _____

11-Cirurgia? () sim () não Onde? _____

12-Toma algum tipo de remédio? () sim () não
Se sim, qual e por quê? _____

13-Tem algum tipo de problema de saúde que gostaria de mencionar? Qual? _____

Resultados

No total, participam do projeto 30 idosos; porém, para análise dos dados, foram avaliados 19 indivíduos. A média de idade entre os participantes avaliados é de 68,31 anos, sendo o escalão etário de 65 anos o mais representado. Observa-se que em relação ao peso corporal 31,57% apresentaram redução de peso, 21,05% mantiveram o peso inicial e 47,36% aumentaram o seu peso. Em relação ao índice de massa corporal dos avaliados, 10,53% apresentam peso saudável, 47,37% sobrepeso, 26,32% obesidade grau I, 15,79% obesidade grau II. No que se refere à presença de doenças crônicas 89,47% são hipertensos, 42,10% apresentam problemas cardíacos e 21,05% são diabéticos. O gráfico 1 apresenta a comparação para avaliar o risco de quedas da primeira e segun-

da avaliação em relação à escala de Equilíbrio de Tinetti.

Gráfico 1:

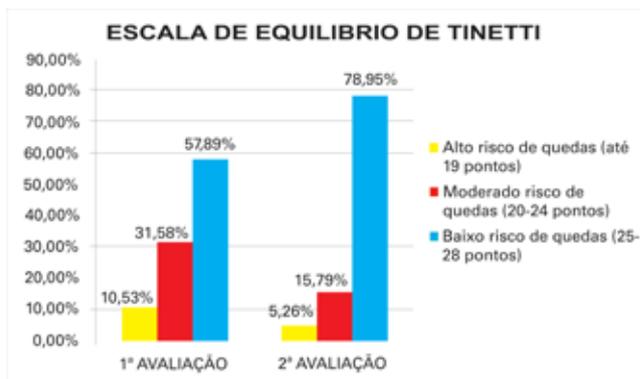
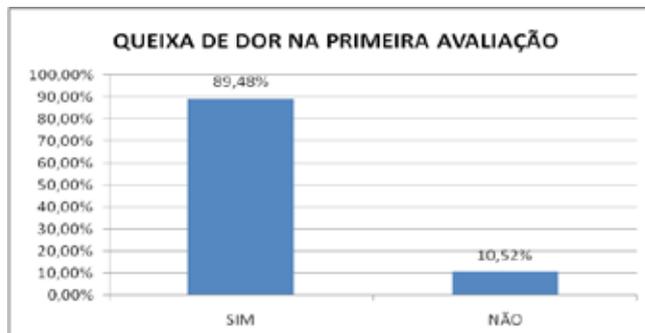


Gráfico 2: Refere-se à queixa de dor na primeira avaliação:



Dos que referiram dor, 76,47% reduziram o nível de dor, 11,76% mantiveram-se igual e 11,76% redução total da dor após a segunda avaliação. Sendo que, na primeira avaliação, a média de redução da dor na escala de 0 – 10 foram de 3,94 e na segunda avaliação 1,87.

A goniometria foi utilizada para avaliar amplitude articular do ombro, cervical, movimento do tronco, movimento do quadril e movimento do joelho.

No ombro os movimentos avaliados foram:

- Flexão: Todos os avaliados apresentaram ganho na flexão de ombro, a média foi de 24 graus ombro direito e 25,7 graus ombro esquerdo.

- Abertura: 78,95 % dos avaliados tiveram uma média de ganho de 26 graus no ombro direito e 24,7 graus no ombro esquerdo, sendo que 21,05% mantiveram os mesmos graus da primeira avaliação;

- Rotação para dentro: 94,74 % conseguiram ganho de amplitude, na qual a média para o ombro direito foi 24 graus e para o ombro esquerdo de 29 graus e 5,26% não obteve ganho de amplitude;

- Rotação para fora: 84,21% apresentaram melhora, sendo a média de 21 graus para ombro direito e 20 graus para ombro esquerdo e 15,79% não apresentaram ganho de amplitude.

Na cervical os movimentos avaliados foram:

- Flexão (encostar o queixo no peito): 84,21% obtiveram ganho na média de 12 graus por pessoa e 15,79% não apresentaram mudança;

- Extensão (olhar para o teto): 84,21% alcançaram melhora na média de 17 graus por pessoa e 15,79% não apresentaram mudança.



ANEXO 2

FICHA DE AVALIAÇÃO GRUPO HIDROGINÁSTICA

NOME:..... IDADE:.....

1) Avaliação Antropométrica

Peso: Altura:.....

Circunferência Cintura:.....

Circunferência Quadril:.....

2) Avaliação fisioterápica

Movimentos de Cervical e Ombro

MOVIMENTO	ANTES	DEPOIS
Flexão de ombro		
Abdução de ombro		
Rotação Interna		
Rotação Externa		
Flexão cervical		
Extensão cervical		

Movimentos de Coluna e Quadril

MOVIMENTO	ANTES	DEPOIS
Flexão anterior em pé		
Extensão de tronco		
Flexão de quadril		
Adução de quadril		
Abdução de quadril		
Rotação Interna		
Rotação externa		

Movimentos de Joelho

MOVIMENTO	ANTES	DEPOIS
Flexão		
Extensão		
Ângulo poplíteo		

Gradação Força Muscular Membros Superiores de 0 a 5 Segundo Reese (2000)

MOVIMENTO	ANTES	DEPOIS
Flexão de ombro		
Abdução de ombro		
Rotação Interna		
Rotação Externa		

Força de Membros Inferiores

MOVIMENTO	ANTES	DEPOIS
Flexão de quadril		
Extensão de quadril		
Adução de quadril		
Abdução de quadril		
Rotação Interna		
Rotação externa		
Flexão de joelho		

Escala de Dor



Data	P.A. antes do exercício	Pulsação antes do exercício	P.A. depois do exercício	Pulsação depois do exercício

No movimento de quadril foram avaliados:

● Flexão: 36,84% permaneceram iguais tanto na primeira quanto na segunda avaliação, 52,63% melhoraram a amplitude de movimento e para 10,52% hou-

ve redução da amplitude de movimento. Sendo a média para os que obtiveram melhora de 17,5 graus para a perna direita e 16,2 graus para a perna esquerda;

● Abertura: 42,10% mantiveram igual, 42,10% melhorou a amplitude, 10,52% reduziu a amplitude e para 5,26% não foi possível coletar. Dos que melhoraram a amplitude a média de ganho foi de 7 graus para cada membro.

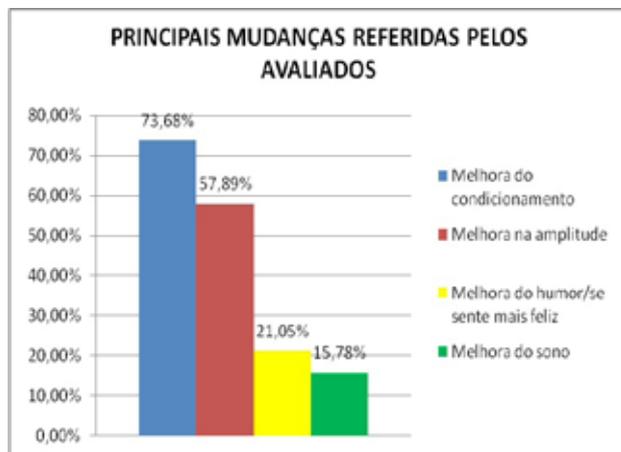
No movimento do joelho foram avaliados:

● Flexão: 78,9% obtiveram ganho na flexibilidade do joelho, sendo a média de 13 graus em cada membro;

● Ângulo poplíteo: mensura o encurtamento da musculatura posterior da coxa. Alcançaram ganho de amplitude do joelho 94,73% indicando um maior alongamento da musculatura posterior da coxa totalizando uma média de 7,5 graus em cada membro e 5,63% não obteve diferença. Em relação à força muscular dos membros superi-



ores, 52,63% aumentaram a força muscular, 31,57% não apresentaram mudança e 15,78% reduziram a força. Já nos membros inferiores, 31,57% aumentaram, 10,52% reduziram e 63,15% mantiveram-na igual. O gráfico 3 relata sobre as principais mudanças referidas pelos avaliados após a implantação do Projeto:



Conclusão

De acordo com os resultados analisados, observamos que a maioria dos participantes obteve redução do nível da dor, melhora do condicionamento físico e sentem-se mais flexíveis para a realização de suas atividades. Entretanto, a redução de peso não foi expressiva, já que os exercícios utilizados visam o equilíbrio e a flexibilidade. Significa dizer que ações de promoção para a reeducação alimentar devem ser incorporadas ao projeto. No que se refere à força muscular dos membros inferiores, não houve mudança significativa nos resultados analisados. Pode-se considerar neste caso, a necessidade de incluir exercícios voltados para aumentar a força muscular dos mesmos. Outro dado relevante do projeto relaciona-se a amplitude articular, sendo que os participantes apresentaram maior ganho de amplitude cervical e em movimentos de



membros superiores. Os achados deste estudo, em relação à escala de Equilíbrio de Tinetti, demonstram que a maioria dos indivíduos avaliados apresentou melhora do equilíbrio corporal e conseqüentemente redução da possibilidade de queda após a implantação do projeto. Portanto, pela total ausência de dados que retratasse o impacto da atividade física na água na qualidade de vida dos idosos do município de Ipira, justifica-se a real importância da execução deste projeto. Além de perceber que a prática da hidroginástica torna o idoso mais apto e mais saudável, proporciona uma melhora na qualidade de vida, devido aos vários benefícios que ela oferece.

Referências

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: Síntese de Indicadores Sociais 2006. Rio de Janeiro. Disponível em WWW.ibge.com.br.
2. JEKEL-NETO, E.A; CUNHA, GL. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V ET al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 2, p 13 a 19.
3. ALVES L.C; LEIMANN B.C; VASCONCELOS M.E. L ET al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional do idoso do Município de São Paulo. Caderno de saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930; Agosto de 2007.
4. CHAIMOWICZ, F; GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de Idosos em Belo horizonte. Revista de Saúde pública v.23, n.5, p. 454-460; Outubro de 1999.
5. Fonte: WWW.medicinageriatrica.com.br
6. Resende SM, Rassi CM, Viana FP. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosos. Rev. Bras Fisioter. 2008; 12(1): 57-63
7. BARBOSA, J.H.P. Educação Física em Programa de Saúde. In Curso de extensão universitária. Centro Universitário Claretiano. São Paulo; 2001.
8. BONACHELA, V. Manual Básico de Hidroginástica. Rio de Janeiro: Sprint, 1994.
9. Becker BE, Cole AJ. Terapia aquática moderna. São Paulo: Manole; 2000.
10. Kisner e Cloby. Exercícios Terapêuticos fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 2005.
11. Bates, Hanson: Exercícios aquáticos terapêuticos. São Paulo: Manole 1998.
12. Tovin BJ, Wolf SL, Greenfield BH, Crouse J, Woodfin BA. Comparison of the effects of exercise in water and on land on the rehabilitation of patients with intra-articular anterior cruciate ligament reconstructions. Phis Ther. 1994; 74(8): 710-19.
13. Ruoti RG, Morris DM, Cole AJ. Reabilitação aquática. São Paulo: Manole; 2000.
14. Fonte WWW.aguastermais.com.br
15. Fonte WWW.portaldeaguas.com.br / WWW.termaspiratuba.com.br
16. Fonte www.saude.sc.gov.br
17. OLIVEIRA, O.de. Perguntas e respostas em atividade física. São Paulo: 1996.
18. MARQUES, A. P., Manual de goniometria. São Paulo: Manole, 1997.
19. REESE, N. B. Testes de função muscular e sensorial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
20. Fonte HTTP://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/testes/tinetti 2010.

Pré-natal odontológico

Construindo a saúde bucal antes mesmo do nascimento

Dra. Cristiane Schmid

cristianeschmid.unidadesanitaria@yahoo.com.br

Cirurgiã Dentista

Giseli Barth

Enfermeira

Auxiliares em Saúde Bucal:

Patrícia H. Crestani

Angelita Nigrin

Agentes Comunitárias de Saúde (ACS):

Elizete Colaço

Eni Michaoviski

Maria Bueno Ferreira

Caciane Henning

Debora Ap. Gonchorki

Siana Ap. Martins

Simoni G. dos Santos

Neuza Henning

Janete C. Zaboroski

Iris Vanessa Bay

Resumo

A situação de Saúde Bucal apresentada durante o período de gestação tem íntima relação com a saúde geral da gestante, podendo influenciar diretamente na saúde geral e bucal do bebê. A gravidez é a fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que, provavelmente, terão influência no desenvolvimento da saúde do bebê.

O Projeto “Pré-Natal Odontológico: Construindo Saúde Bucal antes mesmo do nascimento” é realizado no Município de Irineópolis desde fevereiro de 2009. Tem, como objetivo, o acompanhamento das gestantes, através de visitas domiciliares, junto ao do grupo de Gestantes e Puérperas “Nascer Sorrindo”, prestando-lhes a assistência necessária e transmitindo-lhes informações que possam melhorar a Saúde Bucal da mulher e do bebê. Apesar do pouco tempo do projeto, observa-se uma mudança significativa na motivação das gestantes e o interesse pelo trabalho realizado. Há uma maior procura por consultas odontológicas e nos encontros e o índice de desistência é baixo. Muitas gestantes nos procuram no consultório para saber quando será o próximo encontro do grupo. Nossos resultados são mães orientadas e capacitadas a melhorar a Saúde Bucal na sua casa. Aprendemos que a criatividade tem que ser muito presente na ESF a fim de colocar em prática um desafio, que é encarar cada momento como uma oportunidade de se estar promovendo a saúde.

Introdução

É indispensável a participação das gestantes em ações programadas de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde, pois através de atividades educativas, de promoção de saúde, elas podem desenvolver hábitos que além das intervenções clínicas necessárias, ajudam a manter a saúde gengival durante a gravidez e evitam o desenvolvimento de problemas periodontais.

A mãe também precisa estar consciente de que o cuidado com a saúde bucal do bebê começa ainda na gestação e que, após o nascimento, quanto menos bactérias ela colocar em contato com o bebê, menor será a probabilidade da criança ser infectada. A mãe pode “interferir” no processo de transmissão da cárie. É muito comum apare-

cerem crianças de um a três anos apresentando cárie de acometimento precoce, ou seja, a cárie de mamadeira. É um tipo de cárie que destrói rapidamente os dentes de crianças pequenas que se alimentam de mamadeiras açucaradas durante a noite, sem a devida limpeza dos dentes.

Por tudo isso, resolvemos criar um projeto que possa trazer resultados a médio e longo prazo, através de orientações e informações levadas às gestantes, para que essas possam cuidar da sua saúde bucal e estejam preparadas para orientar e ensinar os seus filhos.

Justificativa

A odontologia para gestantes é uma nova abordagem da Odontopediatria, onde as equipes de Saúde Bucal trabalham, conscientizando as gestantes sobre os cuidados com a sua saúde bucal, bem como com a do seu bebê. Durante o período de gestação, pode ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante, que podem levar ao surgimento de problemas bucais, conforme descrição abaixo (SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, 2004):

- Aumento da acidez bucal: podendo levar ao surgimento de cárie dentária;
- Alterações hormonais e aumento da vascularização gengival: podendo existir uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais, bem como ocorrer aumento da mobilidade dentária e, também, podem aparecer os chamados tumores gravídicos, geralmente localizados entre as papilas gengivais, como uma resposta mais intensa, produzindo uma zona localizada de proliferação de vasos sanguíneos e reação inflamatória mais intensa;
- Náuseas, vômitos e aumento na produção de saliva;
- Mudanças nos hábitos alimentares: a gestante ingere menor quantidade de alimentos; porém, com maior frequência. Assim, associado à falta de cuidados com sua higiene bucal, pode haver um aumento no risco de cárie dentária.
- Diminuição dos cuidados com a higiene bucal: pode haver enjôo ao creme dental que compromete a escovação. Ainda, aumenta-se o número de refeições, o que não é acompanhado pelo aumento no número de escovações. Além disso, depois do nascimento do bebê existe a tendência da mãe de esquecer-se de si mesma, o que pode prejudicar os cuidados com a sua Saúde Bucal, não vista nesse momento como prioridade.

Já nos primeiros meses de vida do bebê, podem surgir na família, os primeiros hábitos inadequados, como por exemplo, amamentação noturna, com ausência de higiene bucal e estimulação para o uso de chupetas. Segundo Corrêa (2005), deve-se evitar experimentar alimentos diretamente da colher do filho e de colocar a chupeta ou bico da mamadeira na sua boca, pois, assim, deixará de transmitir bactérias causadoras da cárie, bem como evitar passar mel ou açúcares no bico. Descreve-se a importância da limpeza na boca do bebê, que deve começar nos primeiros meses, ainda antes de nascerem os dentes. Ela deve ser feita após as mamadas, principalmente à noite, antes de dormir, cuidando para que ele não durma com a mamadeira na boca. É imprescindível lembrar que a mãe deve continuar escovando os dentes de seus filhos até que eles possam fazê-lo sozinhos e corretamente, o que costuma acontecer por volta dos seis anos de idade.

O projeto incentiva muito o aleitamento materno. Sob o ponto de vista do desenvolvimento facial, o peito é insubstituível, porque a amamentação requer um extremo esforço muscular por parte do bebê, para extrair o seu alimento, estimulando o crescimento dos ossos da face. A amamentação natural ainda proporciona:

- Correto padrão de respiração;
- Correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada;
- Crescimento das funções de mastigação, deglutição e fonação;
- Deglutição correta;
- Bom desenvolvimento da fala.



Objetivos

Objetivo geral

Acompanhar as gestantes durante o seu pré-natal e, também, os primeiros meses de vida do bebê, com o intuito de melhorar a saúde bucal da mãe e da criança.

Objetivos específicos

- Esclarecer as dúvidas mais frequentes durante a gestação, tanto em relação à sua própria higiene bucal, que influen-

ciará diretamente em seu bebê, quanto aos cuidados bucais da criança, mesmo que recém-nascida;

- Orientar sobre a influência da alimentação da mãe na Saúde Bucal do bebê durante a gestação (desenvolvimento



do paladar);

- Informar às gestantes quanto aos cuidados de sua própria higiene, pelo fato de se tornarem mais suscetíveis à doença cárie, durante a gravidez, por se alimentarem mais vezes durante o dia;

- Explicar sobre a necessidade de visitas mais frequentes ao dentista, para passar por tratamento de adequação bucal, o que diminui o número de bactérias;

- Fazer com que a mãe evite hábitos prejudiciais à saúde do bebê, como o uso de chupeta e de mamadeira, além de evitar passar mel ou açúcar nos bicos, pois isso pode causar cáries;

- Evitar provar o alimento na colher, beber no mesmo copo do bebê, ou ainda, beijá-lo na boca, pois todos esses hábitos transmitem doenças para as crianças;

- Indicar o formato correto da chupeta a ser utilizada, de modo a não prejudicar a arcada dentária do bebê, caso a criança venha a utilizá-la.



Desenvolvimento

O projeto Pré-natal odontológico: Construindo a Saúde Bucal, antes mesmo do nascimento, é realizado no Município de Irineópolis desde fevereiro de 2009. Ainda durante a gestação, a enfermeira responsável pelo Pré-natal encaminha as gestantes para a equipe de Saúde Bucal, onde elas serão cadastradas para poderem receber o acompanhamento. Elaboramos um convite que a enfermeira entrega como incentivo, para que as gestantes participem mais das consultas odontológicas (Anexo IV). Na ficha de cadastro são anotados dados, como nome, idade, período de gestação, endereço, telefone, data provável do parto, e nome da ACS da sua área (Anexo I). Em outra ficha é feito o contro-

le da data da primeira visita domiciliar, que acontece logo depois que o bebê nasce, sendo programada a data da próxima visita que sempre coincide com o nascimento dos primeiros dentinhos (Anexo II).

ANEXO I

Ficha da gestante	Ficha da puérpera
Nome:	Nome:
Data de Nascimento:	Data de Nascimento:
Endereço:	Nome do filho:
Telefone:	Data de nascimento:
Período de Gestação:	Endereço:
Data provável do parto:	Telefone:
Nome da ACS:	Nome da ACS:

ANEXO II

Mãe	Data da 1ª visita	Retorno	Data da 2ª visita	Data da 3ª visita
Eliane	28.08.09	02.2010	09.02.10	
Audriely	28.08.09	02.2010		
Tatiane	14.08.09	02.2010		
Débora	15.08.09	02.2010	29.10.09	
Eva	23.09.09	03.2010		
Cleonice	23.09.09	03.2010		
Solange	25.09.09	03.2010	28.10.09	
Maria Raquel	25.09.09	03.2010		
Luana	28.09.09	03.2010		
Suzana	06.10.09	04.2010		
Juliane	28.10.09	03.2010		
Kelly	28.10.09	01.2010		
Patrícia	28.10.09	05.2010	19.11.09	
Juliana	28.10.09	01.2010	05.02.10	07.2010
Adriana	28.10.09	05.2010		

Esclarecemos suas principais dúvidas como: se a gestante pode receber tratamento odontológico, se existe risco quanto à utilização da anestesia local, se as gestantes podem apresentar maiores riscos de perda dos dentes e quais os principais cuidados que devem ter. Existem alguns mitos sobre a Saúde Bucal durante a gestação. Um dos mitos é que a perda dentária durante a gravidez é uma ocorrência natural, mas isso só acontecerá com uma higiene bucal inadequada e hábitos alimentares prejudiciais (CORRÊA, 2005).

Outros mitos: que a mulher perde cálcio dos dentes, para formar as estruturas mineralizadas do bebê e que o exame radiográfico pode prejudicar o feto. Quanto ao raio-x, explicamos que estudos têm mostrado, que, se respeitando o uso do avental e do colar de chumbo, a quantidade de radiação é tão insignificante que não permite qualquer tipo de mensuração. Portanto, se realmente necessário, o raio-x pode ser realizado, preferencialmente entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação. A gravidez não

é responsável pela perda de minerais dos dentes da mãe, para formar as estruturas calcificadas do bebê. Já está comprovado que os dentes não participam do metabolismo sistêmico do cálcio. O cálcio provém da sua alimentação e, quando esta for inadequada, virá de estruturas nos seus ossos (VIEIRA; AMORIM; ORIOLI, 1999).

ANEXO III



Após esclarecidas as dúvidas, são apresentados o tipo de chupeta mais indicado e informado o tempo certo de usá-la. Mostra-se, também, como deve ser a mamadeira, o tamanho ideal do furo e até qual idade pode-se usar para não prejudicar a arcada dentária. Esses dados são reforçados após o nascimento dos bebês, bem como realizar a higienização com gaze e água filtrada, antes mesmo que ele tenha dentes e, mais tarde, com a escova.

Para facilitar o entendimento, elaboramos uma pasta contendo todas estas informações. Essa pasta é levada em todas as nossas visitas domiciliares. Percebemos que elas visualizando, compreendiam melhor. A pasta é dividida

em duas partes: na primeira, há informações voltadas para as gestantes, sobre os mitos e verdades durante a gestação; e na segunda, há orientações de como se realizar a limpeza da boca do bebê, antes de nascerem os dentinhos, o tipo de escova de dente correta para o bebê, tipos de mordedores, de chupetas, de bico de mamadeira e o uso do fio dental. Todas essas informações são acompanhadas de figuras ilustrativas. Todos os meses são realizadas, em média, dez visitas domiciliares, entre retornos e primeira visita. Além das informações às mães, levamos panfletos informativos e kits contendo uma escova e uma pasta que são deixados não só para a gestante como para todos os membros da família. Orientamos às mães sobre os cuidados com a saúde bucal do bebê que acabou de chegar e, também, para que a mãe esteja preparada para cuidar da saúde bucal dos outros filhos maiores, se ela tiver.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) nos informam das gestantes e puérperas de sua área, e nos acompanham nas visitas, facilitando a localização das residências. As orientações são realizadas por toda a equipe de Saúde Bucal. A enfermeira responsável pelo pré-natal também nos acompanha nas visitas. As gestantes têm prioridade no agendamento das consultas odontológicas.

Além disso, também criamos um grupo de gestantes chamado: “Nascer Sorrindo”, onde realizamos palestras uma vez ao mês. Para esses encontros elaboramos convites (anexo III) que são distribuídos às gestantes e às puérperas de todo o município, pelos ACS de cada área, pela enfermeira durante as consultas de pré-natal, e pela equipe de Saúde Bucal durante as consultas odontológicas. A divulgação dos encontros é também feita pela rádio comunitária e nas igrejas, nos avisos paroquiais. O encontro é realizado no Centro Comunitário do município. Em cada encontro, há uma palestra sobre Saúde Bucal, e convidamos mais um profissional de outra área, como fisioterapeuta, médico, nutricionista, farmacêutico, enfermeiro, para passar informações importantes para a saúde delas.

Os profissionais procuram realizar as palestras de forma dinâmica e interativa. No encontro em que a fisioterapeuta esteve presente, ela levou material, como bolas, e demonstrou os exercícios para facilitar o entendimento das gestantes. Já no encontro com a nutricionista, o lanche oferecido às gestantes eram bolos, doces e salgadinhos, feitos com ingredientes nutritivos, como bolo de cenoura, bolo de beterraba, bolo de casca de abóbora, torta de ricota com espinafre e bolinho de aipim assado. A nutricionista também ofereceu, na hora do encontro, um suco de laranja com couve e outro de laranja com manga. Foi entregue a cada gestante e puérpera um caderno contendo todas essas receitas (Anexo V). Como forma de incentivo, sorteamos vários brindes, contendo fraldas, cobertor para bebê, xampu, sabonete, condicionador, água de colônia, sapatinhos, roupinhas para bebê, lenços umedecidos, entre outros, e realizamos um lanche, proporcionando uma tarde agradável e produtiva. Todas as gestantes recebem uma carteirinha (Anexo VI) onde há um controle da sua participação. As que comparecem a todos os encontros, quando o bebê nasce, recebem uma cesta contendo vários brindes. Nesses

encontros, há uma média de 20 pessoas, entre gestantes e puérperas. Isso significa uma participação média de 28% do público alvo convidado. Em média, 50 gestantes por mês estão sendo atendidas pela enfermeira responsável pelo pré-natal. Destas, 24% passam pelas consultas odontológicas mensalmente. É ainda um grande desafio para a equipe, que esses números aumentem, mas muitas mulheres que não participam dos encontros e das consultas odontológicas recebem as informações através das visitas domiciliares.

ANEXO IV

	Mamãe!!!! Vamos cuidar da sua saúde bucal e do seu bebê? Venha agendar um horário com a dentista para conversamos!
Dra: Cristiane Schmid ACD: Patrícia H. Crestani ACD: Angelita Nigrin	
	Mamãe!!!! Vamos cuidar da sua saúde bucal e do seu bebê? Venha agendar um horário com a dentista para conversamos!
Dra: Cristiane Schmid ACD: Patrícia H. Crestani ACD: Angelita Nigrin	

Resultados

É primordial que o cirurgião-dentista também exerça seu papel de promotor de saúde, participando da atenção pré-natal. Esse relato de experiência vem compartilhar ideias que deram certo e que terão resultados a médio e a longo prazo, dando oportunidade às crianças crescerem numa realidade diferente da dos seus pais, que muitas vezes tiveram seus dentes mutilados por falta de orientação e informação.

Após alguns meses de trabalho, observa-se a mudança significativa na motivação das gestantes e o interesse pelo trabalho realizado. Há uma maior procura por consultas odontológicas, e nos encontros, o índice de desistência é baixo. Muitas gestantes nos procuram no consultório, para saber quando será o próximo encontro do grupo. Através das visitas domiciliares, conseguimos esclarecer as principais dúvidas que as acompanham.

ANEXO V





Os nossos resultados são mães orientadas e capacitadas a melhorar a Saúde Bucal na sua casa. Se as visitas domiciliares não fizessem parte da Estratégia Saúde da Família, podemos afirmar que muitas famílias ficariam sem as informações básicas para se ter uma Saúde Bucal adequada. Percebemos que não é em uma única visita que são alterados os hábitos, mas que o acompanhamento é necessário, até que se chegue ao ponto do autocuida-

Bucal. Implementamos bochechos com flúor 0,2% na escola onde a água não é fluoretada e distribuimos panfletos informativos durante a campanha de vacinação contra a poliomielite, aproveitando o momento em que os pais traziam as crianças para serem vacinadas.

Considerações finais

Através dessa experiência, ficamos mais conscientes dos mitos e crenças que envolvem as mães durante a gestação. E percebemos o medo do tratamento odontológico durante a gravidez. A aceitação da naturalidade de prejuízos na saúde bucal durante a gestação, não pode mais ser ignorada. Um trabalho em equipe é um requisito essencial para promover a saúde da população.

Aprendemos que a criatividade tem que ser muito presente na ESF, para buscar o maior número de pessoas, através de visitas domiciliares, reuniões com os pais, agendamen-

tos dos casos mais críticos, a fim de colocar em prática um desafio da ESF, que é encarar cada momento como uma oportunidade de estar promovendo a saúde.

Referências

- CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância. 2 ed. São Paulo: Editora Santos, 2005.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA. Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro de Informações em Saúde, 2004.
- SANTOS, C. M. B. Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.
- VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas das gestantes em relação à odontologia. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 1999.



do. Os médicos e enfermeiros encaminham para a odontologia as crianças que eles percebem serem de alto risco, ou seja, que possuem uma grande quantidade de dentes com manchas brancas ativas e cáries em estágio agudo.

Ainda aparecem casos no consultório da Unidade de Saúde, onde crianças de dois e três anos possuem todos os dentes cariados, com fístulas, onde às vezes, o único tratamento é a extração. Isso nos entristece, mas, ao mesmo tempo, nos motiva a abranger o maior número de gestantes, para que esse quadro mude o mais rápido possível.

Para as crianças cujas mães não tiveram as orientações, realizamos palestras nas escolas, distribuimos kits do Brasil Sorridente e Colgate, aproveitamos as homenagens do Dia das Mães e do Dia dos Pais para a realização de palestras informativas aos pais sobre Saúde

Movimenta Schroeder

Grupo terapêutico de atividade física na Unidade da Saúde da Família II

Graziela Tavares Ertal

Denise Erig Rocha de Souza

psf@schroeder.sc.gov.br

Resumo

Este trabalho relata a experiência de uma Equipe de Saúde da Família do município de Schroeder na implantação de um grupo terapêutico de atividade física que objetiva ampliar a participação da população no grupo do Projeto Movimenta Schroeder. O enfoque está na promoção da qualidade de vida, orientação de hábitos saudáveis, através da realização de atividade física sistematizada e regular. A população alvo do projeto foi identificada através do diagnóstico situacional do município, com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os resultados obtidos apontaram a adesão da população nas atividades físicas do grupo e o fortalecimento das ações do projeto, pode-se avaliar, assim, de forma positiva o empenho e a colaboração de todos os envolvidos no projeto, as pessoas que já estão participando e a estrutura municipal.

Introdução

O município de Schroeder está localizado na região norte do Estado de Santa Catarina e possui, aproximadamente, 14 mil habitantes. A economia do município, entre outras atividades, é baseada no plantio, cultivo e produção de banana, com gradativa expansão industrial. O município possui quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) modalidade II, totalizando uma cobertura de 100%; 2 de Saúde Bucal modalidade I, com cobertura de 50%; e 1 equipe de NASF.

A Figura 1 mostra o mapa do município de Schroeder, com a delimitação da abrangência de cada equipe de Estra-

tégia Saúde da Família. A ESF II está em coloração amarela, marcando a área onde foi iniciado o Projeto Movimenta Schroeder e onde são realizadas as atividades do Grupo Terapêutico e da Praça de Atividade Física ao Ar Livre.

O Grupo Movimenta Schroeder iniciou suas atividades em 2008 pela equipe de ESF II com a responsabilidade de melhorar a saúde e promover a qualidade de vida da população. Atualmente, vem conduzindo uma mudança de comportamento nos munícipes, que têm procurado buscar hábitos de vida mais saudáveis, com a realização de atividade física regular e sistemática.

O Projeto Movimenta Schroeder possui três linhas de trabalhos diferenciados: as academias ao ar livre, os grupos nos bairros e o grupo terapêutico de reabilitação cardiovascular. Cada um possui um público alvo e atividades específicas. Este trabalho vem sendo realizado hoje nas demais Equipes da Saúde da Família (enfermeira, médica e ACS), com uma educadora física específica para o projeto. Em algumas ações contamos com a participação da equipe do NASF (psicóloga, farmacêutica, fisioterapeuta e educador físico).

Schroeder possui duas Praças de Atividade Física ao ar livre (no Centro e no bairro Schroeder I) equipada com 10 aparelhos, abertas a toda à população. Existem os grupos de Atividade Física em três bairros (Schroeder I, Centro e Schroeder III) onde são realizadas atividades programadas de Atividade Física (exercícios aeróbicos, alongamento e localizados), monitoradas por professora de educação física. A médica do ESF I e a educadora física trabalham com o Grupo Terapêutico de Reabilitação Cardiovascu-

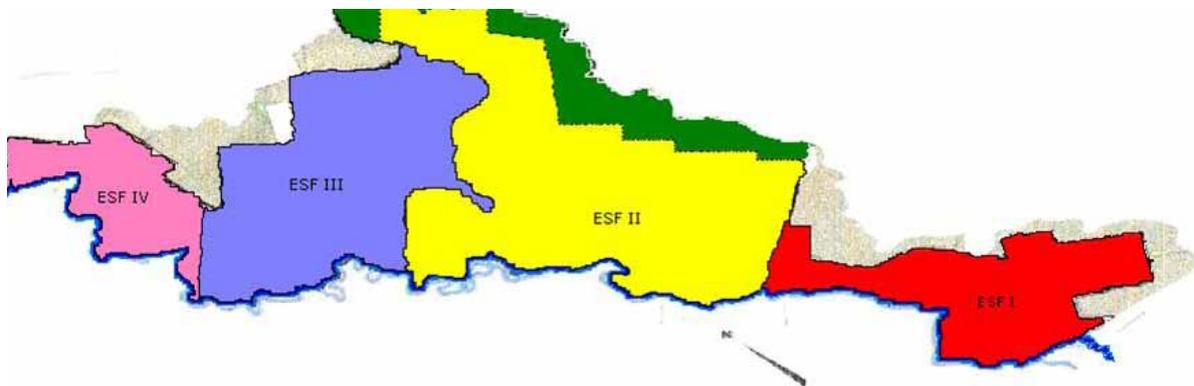


Figura 1 – Mapa do município de Schroeder.

lar em uma academia pública municipal devidamente equipada para o trabalho. Os pacientes são encaminhados por profissionais de saúde da rede municipal e admitidos no projeto seguindo critérios analisados individualmente, participando de atividade física monitorada duas vezes por semana (Ver Anexo I). O nosso objetivo principal de intervenção é ampliar a participação da população no projeto do Grupo Movimenta Schroeder, promover a qualidade de vida e orientar hábitos saudáveis, minimizando os efeitos de comportamentos de risco e estimulando o melhor controle de doenças crônicas. Portanto, é através da atividade física proporcionada pelo grupo Movimenta Schroeder que pretendemos trazer movimento, despertando a consciência corporal, o prazer e permitindo o autoconhecimento e uma vivência criativa.

Justificativa

No quadro 1 segue o diagnóstico situacional de saúde do município de Schroeder, levantado através de dados do SIAB e de informações sobre morbidade e mortalidade coletadas de outros sistemas de informação.

Quadro 1 - Composição da população de Schroeder

Sexo	Total
Masculino	7.336
Feminino	7.170
Nº de Pessoas	14.506

Fonte: SIAB (2010)

Quadro 2 - Composição da população por faixa etária

Sexo	Faixa Etária				
	< 1 a	1 a 4a	5 a 6a	7 a 9a	10 a 14a
Masculino	102	439	211	329	633
Feminino	97	445	202	294	586
Nº de Pessoas	199	884	413	623	1.219
Sexo	Faixa Etária				
	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60
Masculino	622	2.706	1.022	677	595
Feminino	625	2.630	1.016	616	659
Nº de Pessoas	1.247	5.336	2.038	1.293	1.254

Fonte: SIAB (2010)

Como observamos no quadro 2, os idosos do município correspondem a 8,64% da população. A faixa etária entre 40 a 59 anos representa 23% da população, seguindo o crescimento brasileiro.

No quadro 3, relacionamos as doenças e condições referidas do município de Schroeder, dados atualizados (2010).

Esses dados indicam que 9,2% da população total e 13,41% da população adulta, acima de 20 anos, são portadores de hipertensão arterial e que 1,7% da população total e 2,47% da população acima de 20 anos são portadores de diabetes. Estas duas doenças apresentam prevalências crescentes à medida que se consideram as faixas etárias mais idosas.

A partir desses dados, escolhemos o público alvo do projeto de atividade física, pensando na prevenção de agra-

vos e de complicações de doenças crônico degenerativas e na promoção da saúde. Este projeto do Grupo Terapêutico vem somar às ações da Estratégia Saúde da Família no município, pensando na prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde através da atividade física e alimentação saudável como foco principal de atuação.

Quadro 3 - Doenças e condições referidas

Faixa Etária	Doenças Referidas			
	Alcoolismo	Deficiências	Diabetes	Hipertensão
0 a 14	0	14	01	01
15 anos e +	33	91	246	1.331
Total	33	105	247	1.332
Faixa Etária	Gestantes			
10 a 19	19			
> 20	83			
Total	102			

Foi realizado o levantamento dos dados epidemiológicos do município de Schroeder, como segue abaixo:

Taxa de mortalidade infantil - Significa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A taxa de mortalidade infantil do município, de 10,02 no ano de 2009, está abaixo dos índices do Estado e do País. Há uma consistente tendência de redução da mortalidade infantil refletindo uma melhoria das condições de vida e intervenções públicas na área da saúde com o trabalho das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.

Taxa de mortalidade materna - Analisou-se o número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Não existe registro nos sistemas de informações de mortalidade materna em mulheres residentes no município nos últimos anos.

Mortalidade proporcional por grupos de causas - É a distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

O grupo selecionado de causas refere-se aos seguintes capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). O quadro a seguir evidencia os dados estatísticos sobre a mortalidade proporcional por grupos de causas definidas entre os anos de 2005 e 2009.

Analisando as principais causas de mortalidade por sexo/faixa etária, observa-se que a maior incidência é no sexo masculino e em pessoas acima de 80 anos. Entre as causas de mortalidade por grupos foram as cinco primeiras em ordem crescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, mal definidas, aparelho respiratório e causas externas.

Causas Capítulos	Códigos CID 10	2005	2006	2007	2008	2009
Doenças infecciosas e parasitárias (I)	A00 – B99	4.35	10.26	1.59	2.38	9.1
Neoplasias (II)	C00 – D48	20.09	20.51	20.63	21.43	20.00
Doenças do aparelho circulatório (IX)	I 00 – I 99	17.39	20.51	38.1	26.2	25.45
Doenças do aparelho respiratório (X)	J00 – J99	13.04	10.26	6.35	16.67	16.35
Afecções perinatais (XVI)	P00 – P96	4.35	5.13	1.59	2.38	0
Causas externas (XX)	V01 – Y98	21.74	12.82	6.34	11.90	9.10
Demais causas definidas		13.04	20.51	25.40	19.04	20.00
TOTAL		100%	100%	100%	100%	100%

Fonte SIM

Esses dados estão no quadro a seguir.

Causas Capítulos	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Doenças de aparelho circulatório	18	4	8	24	11	65
Neoplasias	6	6	8	14	8	42
Mal definidas	6	7	10	11	3	37
Doenças de aparelho respiratório	7	3	4	4	7	25
Causas externas	6	5	5	3	5	24
Doenças do aparelho digestivo	0	1	2	6	4	13

Óbitos por doença do aparelho circulatório

Doenças	2004	2005	2006	2007	2008
Isquemia	06	02	01	03	03
Cerebrovascular	05	01	01	05	03
Aparelho circulatório	07	01	06	16	05
Geral	18	04	08	24	11

As taxas de mortalidade e óbitos por doenças do aparelho circulatório estão especificadas nas tabelas abaixo:

Taxa de mortalidade específica

Doenças	2004	2005	2006	2007	2008
Doença Isquemia	56,65	17,58	8,49	24,64	22,13
Doença Cerebrovascular	47,21	8,79	8,49	41,07	22,13
Doença do aparelho circulatório	66,09	8,79	50,93	131,42	36,88
Geral	169,94	35,16	67,91	197,13	81,13

Analisando-se a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, que possui um índice alto,

sendo a primeira causa de morte em nosso município, pode-se observar diminuição do número de casos do ano de 2004 a 2008. Acredita-se que uma das causas desse declínio foi a implantação da Estratégia Saúde da Família, que realiza constantemente atendimentos de acompanhamento, promoção e prevenção de saúde.

Observa-se, ainda, que as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório estão associadas à frequência dos fatores de risco no município, tais como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse.

Óbitos por neoplasias

Neoplasias	2004	2005	2006	2007	2008
Total	06	06	08	14	08

Taxa de mortalidade específica por neoplasias

Doenças	2004	2005	2006	2007	2008
Pulmão	-	8,79	16,43	7,38	6,72
Colo de Útero	-	17,58	-	-	14,75
Mama	9,44	8,79	8,49	24,24	7,38
Esôfago	-	-	-	8,21	7,38
Estômago	9,44	8,79	-	-	-
Próstata	-	8,79	8,49	24,24	7,38
Fígado	-	-	8,49	-	-
Pâncreas	-	-	8,49	-	7,38
Leucemia	9,44	-	8,49	8,21	-

As taxas elevadas de mortalidade por neoplasia maligna dimensionam a magnitude do problema de saúde pública, estando relacionadas ao envelhecimento da população. Por sua vez, a incidência está associada a fatores de risco específicos (dietéticos, comportamentais, ambientais e genéticos). Acredita-se que a realização de ações específicas de prevenção e promoção da saúde tem impactado na diminuição destes indicadores.

Taxa de mortalidade específica por causas externas

Doenças	2004	2005	2006	2007	2008
Acidente transporte	-	26,37	25,46	16,43	22,13
Suicídios	18,88	8,79	16,98	8,21	7,38
Evento Int. Indeterminado	9,44	-	-	-	-
Demais Causas	18,44	-	-	-	-

As taxas de mortalidade por causas externas estão associadas à maior prevalência de fatores de risco específicos para cada causa externa.

Objetivos

Objetivo Geral

Ampliar a participação da população no projeto do Grupo Movimenta Schroeder, promover a qualidade de vida, estimular mudanças de atitudes, orientar hábitos saudáveis, minimizar efeitos de comportamentos de risco e estimular o melhor controle de doenças crônicas.

Objetivos Específicos

Agregar mais pessoas aos grupos de atividades, através da divulgação do projeto Movimenta Schro-

eder nos meios de comunicação municipais e busca ativa de usuários através dos prontuários das Unidades de Saúde.

Difundir conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis e de doenças crônicas na população através de palestras, oficinas de autocuidado e materiais explicativos.

Prosseguir as capacitações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no intuito de deixá-los aptos a monitorarem os pacientes de suas respectivas microáreas no que diz respeito à execução de medidas que venham melhorar a qualidade de vida e a condição de saúde dos mesmos.

Acompanhar e capacitar à população na realização de atividades físicas na Praça de Atividade Física ao ar livre.

Buscar controle com medidas não medicamentosas de doenças prévias.

Monitorar exames laboratoriais e ergométricos no grupo de Reabilitação Cardiovascular.

Realizar prevenção primária de doenças crônico-degenerativas, diminuindo a morbi-mortalidade desses agravos em nosso município;

Incentivar a alimentação saudável e a atividade física como condição básica para uma boa qualidade de vida.

Diminuir o número de internações hospitalares causadas por complicações da hipertensão e do diabetes.

Desenvolvimento

Para o desenvolvimento do projeto utilizou-se o recurso federal (editais de 2007 e 2008) e contrapartida municipal para implementação de atividades físicas em duas etapas: montou-se o espaço da academia pública para realização de atividade física e promoveu-se a construção de uma praça com dez equipamentos de atividade física ao ar livre. A Secretaria de Saúde disponibilizou um educador físico através do concurso para implementar a equipe SF II e auxiliar nas atividades desenvolvidas. Utilizou-se, também, o recurso estadual do cofinanciamento das equipes de ESF para a realização da capacitação de todos os profissionais da atenção primária, sobre atividade física.

Realizou-se acompanhamento dos participantes através de alguns formulários como: ficha de triagem para o grupo terapêutico, onde se preenche dados sócio-econômi-

cos e identificação, conhecimento sobre pressão arterial, história de doenças existentes ou prévias, exposição ao estresse, práticas de atividades físicas, exame clínico (físico e laboratorial se necessário); ficha de prescrição para atividade aeróbia e anaeróbia, frequência cardíaca (antes, durante e depois), pressão arterial (antes, durante e depois), escala de percepção de esforço, medicação, diagnóstico e observações. As avaliações são feitas periodicamente através de controle clínico (retornos para avaliação), medição frequente da PA com anotação em cartão de controle, visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, frequência nas atividades físicas, controle e avaliação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). E, ainda, são realizados encontros da equipe multiprofissional para discussão e avaliação de resultados do grupo terapêutico, assim como para planejamento das estratégias a serem utilizadas na abordagem dos participantes.

O plano de ação do grupo terapêutico traz um novo modelo de atendimento à população. Durante o processo de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a equipe de ESF II observou a necessidade de um grupo terapêutico de atividade física, complementando o grupo mensal de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que tem reunião mensal com atividade física incluída na programação. Pensou-se, então, na implantação do grupo terapêutico, onde as atividades físicas fossem realizadas através de prescrição de profissionais de saúde. Num primeiro momento, iniciou-se com alongamento e caminhadas, tendo opções de locais seguros e cobertos em caso de chuva, podendo ser realizadas na trilha ecológica, na quadra de esportes e no campo de futebol, tendo a opção de variar para não ficar monótono e cansativo.

Cada participante realiza avaliação prévia para verificar a sua condição de saúde, condicionamento físico através de anamnese, exame físico e avaliação de exames complementares (laboratoriais, eletrocardiograma e teste ergométrico, quando necessário). As sessões de treinamento se dividem em três etapas: aquecimento, condicionamento aeróbio e anaeróbio e recuperação. O tempo de cada etapa e a duração da sessão dependem da condição individual do participante. A frequência semanal da atividade física na praça ao ar livre é de três dias de atividade física supervisionada. No grupo terapêutico, acompanhado pela médica do ESF II, as atividades são realizadas em dois dias na semana.

Com a continuação dos recursos federais, através dos editais, aproveitou-se para implementar as ações com a implantação da atividade física na praça ao ar livre, para as pessoas da comunidade em geral, promovendo o hábito da atividade física e convívio social.

Hoje, conta-se com as equipes de SF e a educadora física vinculada à equipe de ESF do centro. Trabalhamos em rede com outros profissionais da atenção básica de saúde municipal. A avaliação faz parte de um processo contínuo e integrado nas atividades diárias que irão servindo de base para planejamento das ações futuras, serão realizadas avaliações trimestralmente ou quando necessário.



Grupo de Atividade Física na Academia Pública Municipal



Caminhada do Dia Municipal da Atividade Física (23/10)

Resultados

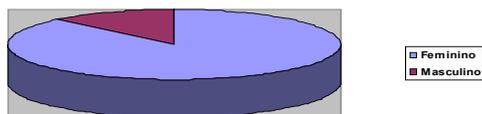
Resultados Alcançados

Os resultados obtidos foram coletados através dos instrumentos de monitoramento das ações do Programa de Incentivo à Atividade Física e Promoção de Vida Saudável. Os dados relatados a seguir foram extraídos das fichas de acompanhamento e de monitoramento individual por participante dos grupos de atividade física. A educadora física preenche e faz sua avaliação, anota as medidas antropométricas e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é uma medida recomendada internacionalmente para avaliação do estado nutricional. Para o IMC, utilizamos a tabela da World Health Organization (OMS), 2003, que está no Guia Alimentar do Ministério da Saúde.

Para melhor relatar serão utilizadas tabelas e gráficos.

SEXO

Feminino	28
Masculino	04



Percebe-se que a participação das mulheres é muito maior do que a dos homens, totalizando um percentual de 87,5%.

FAIXA ETÁRIA

24 anos	02
39 anos	04
42 a 49 anos	06
50 a 59 anos	08
60 a 69 anos	07
70 a 74 anos	04
86 anos	01

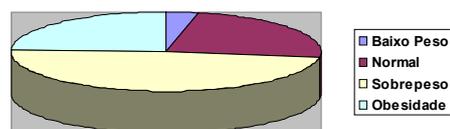
Observa-se que a faixa etária mais presente está entre 42 anos e 69 anos, ressaltando também, a presença de 5 pessoas acima de 70 anos.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Participante	Inicial	Último	Participante	Inicial	Último
1	22,8	22,4	17	39,3	37,4
2	28,2	28,2	18	43,0	42,1
3	30,3	27,1	19	34,3	26,6
4	26,4	26,4	20	29,6	29,6
5	38,6	38,6	21	22,5	21,5
6	31,6	30,7	22	23,0	22,5
7	31,8	29,0	23	24,6	25,4
8	26,7	26,7	24	21,8	21,8
9	30,9	30,6	25	19,4	18,3
10	38,7	38,7	26	26,4	25,1
11	31,3	30,7	27	30,8	30,2
12	30,3	27,8	28	28,7	28,1
13	30,7	29,9	29	32,4	32,4
14	32,0	32,7	30	29,5	29,9
15	25,8	25,3	31	38,4	36,2
16	31,9	31,5	32	31,8	31,3

Em azul foram destacadas as pessoas que tiveram uma diminuição de IMC considerável, entre 3 a 8 pontos. E os destaques em vermelho são para as pessoas que apresentaram um aumento mesmo que mínimo do IMC inicial para o atual de 0,4 a 1 ponto. A avaliação geral apresentou 07 pessoas com IMC normal, 14 com sobrepeso e 7 com obesidade, como ilustra o gráfico a seguir.

Esta avaliação do IMC foi realizada quando a pessoa iniciou no grupo, de 26 destas após 6 meses e das restantes 06 antes de completar os seis meses de frequência de atividade no grupo.



Lembramos que existem pontos de corte específicos de IMC para cada uma das fases do curso da vida, visando atender às características fisiológicas de cada uma delas. No caso dos participantes dos grupos, há cálculo de IMC para adultos e para idosos. Nas próximas tabelas, agruparam-se alguns dados que a educadora física faz em suas avaliações periódicas com os participantes, referentes às atividades físicas.

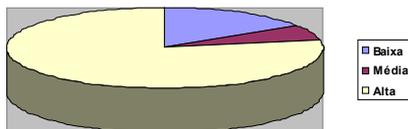
DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

Desenvolve bem	17
Desenvolve com dificuldade	08
Necessita atenção especial	07

Avaliou-se que 53% possui um bom desenvolvimento das atividades e que 25% apresenta algum tipo de dificuldade para o desenvolvimento das atividades devido variadas causas.

FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA

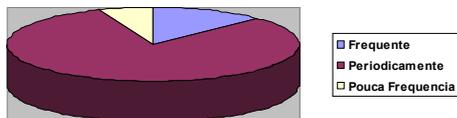
Baixa - < 2 vezes por semana	05
Media - 2 vezes por semana	02
Alta - 3 ou mais vezes por semana	25



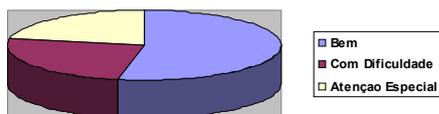
Os dados destacam ótima adesão quanto à frequência habitual na realização da atividade física. Do total de participantes, 78,1% têm frequência alta, 15,6% possuem uma baixa frequência e 6,25% possuem uma frequência média.

ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Frequente	04
Periodicamente	26
Pouca frequência	02



Observa-se que 81,25% dos participantes fazem acompanhamento médico periodicamente,



mente, ou seja, no mínimo trimestralmente

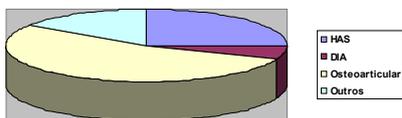
ACOMPANHAMENTO COM DEMAIS PROFISSIONAIS

Nutricionista	03
Psicóloga	02

Há um número baixo de acompanhamento individual com a nutricionista, totalizando um percentual 9,3% dos participantes. Após reunião de avaliação será disponibilizado um horário da nutricionista para o atendimento específico aos participantes do projeto Movimenta Schroeder. Quanto ao atendimento da psicóloga, ocorreu o inverso. Eles vieram do atendimento psicológico para o grupo como atividade alternativa, encaminhados pela psicóloga.

OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Hipertensão Arterial (HAS)	08
Diabetes Mellitus (DIA)	02
Osteoarticular	17
Outros	05



Pode-se observar que todos os participantes apresentam alguma patologia passível de ser tratada também com a prática de atividade física. Destes 53,1% apresentam agravos osteoarticulares, 25% apresentam hipertensão arterial e 6,25% diabetes mellitus. Outras patologias somam 15,62% dos agravos. Todos relataram melhora dos sintomas após a prática regular de atividade física.

TEMPO NO GRUPO

Mais de 6 meses	24
Menos de 6 meses	08



Grupo Terapêutico de Reabilitação Cardiovascular

A maioria dos participantes está no grupo há mais de seis meses, sendo que 12 frequentam uma das atividades do Movimenta Schroeder há um ano. Do total, 75% estão há mais de seis meses e 25% menos de seis meses. Concluímos, com esses dados, que temos uma boa adesão e permanência nos grupos.

Considera-se que conseguir 90% dos profissionais da Atenção Básica participando da Formação Continuada em Atividade Física foi um ótimo resultado alcançado, que implica num ponto facilitador para implementação das ações. Referente à adesão da população ao projeto, buscamos realizar a divulgação das atividades e grupos realizados de forma efetiva para ampliar o número de participantes a cada semestre. Garantir 32 participantes regulares é um bom começo, pensando que a atividade física está relacionada à mudança de comportamento e necessita do empoderamento da população.

Para promover o acesso da população à prática de atividade física, aumentamos o número de praças ao ar livre, instalando a segunda praça em um bairro mais distante do centro, com dificuldade de transporte.

Todos os participantes, antes de iniciarem as atividades do projeto, passam por avaliação do médico para a liberação e atestado que podem realizar atividade física ou para, até mesmo, indicar alguma restrição, fora o acompanhamento periódico ou conforme a necessidade. Já os outros profissionais da atenção básica também estão fazendo os encaminhamentos para o atendimento multiprofissional e integral do usuário como, por exemplo, psicóloga e nutricionista, além dos profissionais do NASE, que integram a rede de atendimento do projeto.

Pensando na sustentabilidade do projeto, buscamos acrescentar as ações do Movimenta Schroeder na política municipal, incluindo na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Plurianual e Plano Municipal de Saúde, garantindo a implementação das ações.

Resultados Esperados:

AÇÃO	RESULTADOS
Divulgar o Programa Movimenta Schroeder (Programa de Atividade Física e Programa de Reabilitação Cardiovascular) nas empresas, nos encontros de idosos, nos cultos religiosos, nas associações de bairros e nas escolas no município.	Maior adesão da população ao Programa Movimenta Schroeder.
Busca ativa de pacientes para o Programa de Reabilitação Cardiovascular.	Monitoramento de maior número de pacientes com doenças crônicas e diminuição de novas complicações.
Oferecer mais oficinas de autocuidado e palestras sobre hábitos de vida saudáveis e doenças crônicas, juntamente com distribuição de manuais explicativos.	População mais informada, participativa e saudável.
Realizar capacitações com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	ACS bem preparados para atuar ativamente junto às suas comunidades.
Acompanhamento e capacitação da população em geral na prática de atividade física na Praça de Atividade ao ar livre.	População motivada e apta a utilizar com segurança os equipamentos das Praças de Atividade ao ar livre.
Monitorar periodicamente os pacientes do Programa de Reabilitação Cardiovascular com exames laboratoriais e ergométricos.	Avaliação precisa do estado de saúde dos participantes do programa.

Monitoramento e Avaliação

A realização do monitoramento e avaliação dos resultados alcançados aconteceu através de reunião entre os profissionais envolvidos no projeto, conforme dados abaixo:

AÇÕES	INDICADORES	RESULTADOS
Capacitação	Nº de profissionais capacitados / nº de profissionais da rede básica X 100	90%
Adesão/Divulgação	Nº de participantes e regularidade	32 participantes
Ampliação da rede de praças de Atividades Físicas (AF)	Nº de praças de AF instaladas	1 concluída
Acompanhamento médico/nutricional/psicológico	Nº de consultas realizadas	Médico: 32 Nutricionista: 03 Psicólogo: 02
Participação dos atores envolvidos no Projeto	Nº de reuniões realizadas relatórios	4 reuniões
AF como Política Pública	Inclusão da AF no plano diretor, LDO, plano plurianual.	Foi incluído na LDO, no plano plurianual e no Plano Municipal de Saúde

Considerações finais

Este projeto teve início em uma Unidade de Saúde da Família e vem se ampliando, vindo ao encontro de uma política de promoção à saúde, onde as três esferas de governo devem estar envolvidas. Para isso, é necessário ampliar olhares referentes à estrutura de promoção à saúde, formando redes e agregando parceiros. Deve-se pensar que, desde o início da humanidade, realizamos diferentes formas de práticas corporais vinculadas a linguagens, a rituais, ao trabalho, ao lazer, entre outras manifestações culturais, construídas por grupos através de seus valores.

O Movimenta Schroeder vem para resgatar essa herança cultural e histórica, buscando a prática regular de atividade física e alimentação saudável para pessoas de diferentes idades, experimentando um estilo de vida saudável. Acredita-se que o Movimenta Schroeder vem organizando suas ações de intervenção no nível cultural, por se tratar de mudanças quanto ao hábito de vida da população, onde elas são responsáveis por suas escolhas. Realizamos o fortalecimento de ações que facilitem o acesso à prática de atividade física regular como forma de contribuir para o aumento da qualidade de vida e redução de riscos à saúde, em espaços coletivos de incentivo ao aprendizado de novas práticas e buscando a participação da sociedade local organizada para efetivação das ações, acontecendo de forma intersetorial.

Observa-se o sucesso do Movimenta Schroeder como um esforço conjunto dos profissionais envolvidos, da Prefeitura Municipal e demais secretarias, das empresas e, principalmente, da população em receber essas ações de mudança com aceitação gradativa da prática de atividade física. Pensa-se, também, que poderíamos ter aproximado mais o Programa dos outros conselhos municipais, não somente ao da saúde, para agregar melhor a intersectorialidade das ações, que acabam acontecendo em rede, com a preocupação e envolvimento dos diversos atores sociais e políticos envolvidos com a gestão pública.

Com o Grupo Terapêutico o foco está mais no idoso e pessoas que necessitem da reabilitação e prevenção de outros agravos, assim, melhor qualidade de vida para essas pessoas. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais da rede básica estejam capacitados para viverem essa mudança, que deve iniciar a partir de nossos hábitos. A participação de um profissional nutricionista se faz necessária no projeto, a fim de realizar acompanhamento nutricional mais eficaz dos participantes dos grupos.

Acredita-se que a propaganda é a alma do negócio, então a divulgação é um facilitador do processo de adesão ao projeto, aumentando a participação da população. Para que isso aconteça sem barreiras, observa-se a importância da acessibilidade, do simples, de dinâmicas de interação social. O mais importante é criar o hábito de se movimentar. Mesmo estando no início da caminhada da implementação do projeto Movimenta Schroeder, pode-se avaliar de forma positiva o empenho e colaboração de todos os envolvidos no mesmo, as pessoas que já estão participando e a estrutura municipal. Não fique aí parado, movimente-se você também; faça atividade física!

Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo Terapêutico “Sensíveis Emocionais”

Enfermeira Maria Elena Deolinda Conceição
Coordenação da Estratégia Saúde da Família
mariaelenabenedeti@yahoo.com.br

Carlos Ruibardo
Odontólogo
Eliene Terezinha
Agente Comunitária de Saúde

Rita De Cassia Lucio
Auxiliar de Enfermagem
Arlete Vargas
Auxiliar de Serviços Gerais

Celso Hormamm Junior
Médico
Rita Nunes
Enfermeira
Daiana Julião
ACD

Introdução

Desde sua criação, a Estratégia Saúde da Família (ESF) preconizou a promoção de saúde como uma das suas principais propostas para a mudança na qualidade de vida da população. Para tal, preconizam-se na ESF atividades em grupos terapêuticos, ações educativas e ações sociais. E, também, experiências preventivas coletivas, especialmente para certos grupos de risco epidemiologicamente determinados em cada comunidade, seja por doença crônica, como a diabetes, a hipertensão arterial ou cardiopatias ou, ainda, por situações de cuidados especiais como gestação, puerpério e puericultura.

A realidade das equipes da Atenção Básica demonstra que no cotidiano das unidades, elas se deparam com problemas de saúde mental tais como queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, e outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Especificamente, no caso que se trata este projeto, a equipe se defronta com problemas de saúde mental em grandes proporções e, para enfrentá-los, construiu ações de atenção em saúde mental fundamentadas nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. Conforme preconização do Ministério da Saúde as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003). Novos grupos de risco continuam sendo identificados e o papel das Unidades Básicas de Saúde, com seu contato direto com a realidade, tem sido crucial nesta inclusão.

Os transtornos do humor, segundo a classificação internacional de doenças (CID-10) se definem como transtornos no qual a perturbação fundamental é a alteração do humor, do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elevação do humor. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatores estressores. (CID 10, 2003). Os quadros de transtornos de humor produzem vários sintomas que podem ser psicológicos, tais como: tristeza, perda de interesse nas coisas antes prazerosas (anedonia), ansiedade, embotamento,

alucinações e riscos de suicídios. Podem ainda expressar sintomas físicos causando distúrbios do sono; dificuldade de adormecer ou despertar cedo, dormir demais, lentidão mental e física, aumento de apetite ou anorexia, sobrepeso ou perda de peso, perda de socialização (isolamento), astenia, cansaço, constipação e dismenorréia.

A depressão é caracterizada em geral por uma evolução crônica. Os pacientes deprimidos apresentam limitação de sua atividade e bem-estar, além da maior utilização dos serviços de saúde. Este transtorno foi estimado como a quarta causa específica de incapacitação nos anos 90 por de meio de uma escala global para comparação de várias doenças. Segundo este mesmo estudo, a previsão para 2020 é que será a segunda causa, em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. Quando comparada as principais condições médicas crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas graves.

A depressão possui causas múltiplas, fatores biológicos e psicossociais que exercem um papel importante na sua etiologia, porém desconhecemos a forma exata pela qual estes fatores interagem na patogênese da depressão. As mulheres são mais afetadas em torno de duas a três vezes mais que os homens, em geral. O tratamento farmacológico tem, como objetivo, a remissão completa do quadro. Ademais do tratamento farmacológico, nós podemos utilizar outros tratamentos coadjuvantes, como psicoterapia.

A depressão não faz distinção entre idade, sexo, raça ou classe social; assim ela é conhecida como o mal do século. Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (BRASIL, 2003).

O tratamento da depressão deve ser medicamentoso, podendo ser psicoterápico e também combinado. Atualmente, são várias as publicações que revelam dados significativos ao tratamento farmacológico, visto que, aumenta a possibilidade de remissão dos sintomas, pois segundo Gutierrez, (1998, p. 103): “...nos últimos anos os avanços na farmacologia e na psicoterapia de grupo contribuem para aliviar substancialmente os sintomas dos enfermos deprimidos, prevenir recaídas e evitar complicações”.

O desenvolvimento de um processo psicoterapêutico paralelo ao tratamento farmacológico pretende levar aos portadores de transtorno de humor conhecimento a respeito de sua doença e, portanto, de si próprio; desta maneira descobrir caminhos e formas de conviver e superar a doença mantendo e adquirindo qualidade de vida.

A socialização é importante para o depressivo, visto que tende ao isolamento, na medida em que há a socialização das vivências os participantes vão percebendo que não estão sozinhos, pois outros também têm sentimentos parecidos, diminuindo assim a sensação de ser diferente dos demais possibilitando a terapêutica favorável a cura e os relacionamentos interpessoais. Este projeto tem como ideia principal a apresentação de uma experiência já vivenciada na U.B.S. Passagem I, Tubarão/SC, em Saúde Mental, desde o ano de 2004.

Justificativa

O Ministério da Saúde preconiza que, em relação aos serviços de saúde mental na atenção básica, cabe à equipe de Saúde da Família efetuar ações educativas e preventivas e convenientes a essa população alvo (BRASIL, 2004). A equipe SF, em função de suas especificidades, pode ser o espaço propício à construção de novos referenciais para prevenção no âmbito da saúde mental. (ALBINO e MARZZANI, 2004).

A equipe de saúde da família do bairro Passagem I do município de Tubarão, embasada na grande demanda de usuários que procuravam o serviço de saúde apresentando sentimentos de tristeza, depressão, ideação suicida e outros transtornos, organizou um grupo de atenção específica à saúde mental que foi intitulado “Sensíveis Emocionais”, por escolha do próprio grupo. Além do apoio psicológico e psiquiátrico, a equipe multiprofissional da unidade propôs para o grupo o desenvolvimento de atividades de praxeterapia, musicoterapia, atividades de lazer e convívio social entre outras, destacando-se as oficinas de pintura em telas.

Mesmo integrados ao novo grupo de atenção terapêutica, os participantes do grupo eram devidamente encaminhados aos serviços de referência em saúde mental do município enquanto participavam, ainda, das reuniões periódicas do grupo (Vide esquema no anexo II). A participação dos usuários no grupo levou a equipe de saúde a constatar uma melhora do quadro psicoemocional dessas pessoas, graças a um atendimento humanizado e diversificado na comunidade, com relatos de intensa melhoria na qualidade de vida e integração social dessas pessoas.

Objetivos

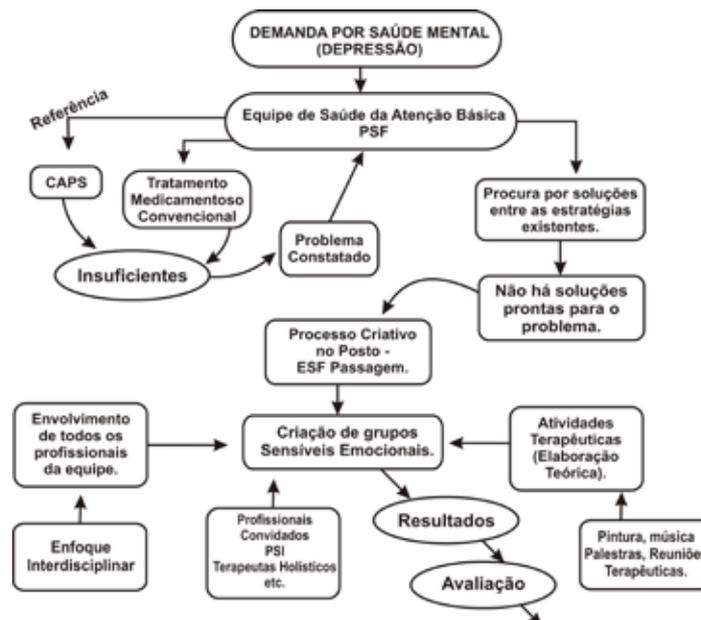
Proporcionar atenção em Saúde Mental aos usuários da unidade de Saúde da Família do bairro Passagem, no município de Tubarão, através da formação de um grupo terapêutico específico. Promover a integração dos usuários portadores de transtornos mentais entre si e com a equipe de saúde da ESF, prezando pela humanização do atendimento. Articular a rede de atenção em Saúde Mental, utilizando recursos existentes em outros setores tais como assistência social, escolas, empresas e clubes da cidade. Prevenir o agravamento dos transtornos mentais.

Histórico do grupo

A psicoterapia de grupo utilizada na Unidade Básica de Saúde desde 2004 proporciona discussão entre os participantes e sobre as vivências em comum através da coordenação do terapeuta. Este profissional auxilia os integrantes a se expressarem e interpretar seus sentimentos, visando gerar conhecimento a respeito do quadro de sua doença e de si próprio, e, tão logo, mudanças em comportamentos que influenciam na manutenção do quadro patológico.

A participação e integração multidisciplinar de profissionais como médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, artistas e outros, é de fundamental importância para que se possa desenvolver

ANEXO II



novas frentes de trabalho na ESF relacionada à Saúde Mental. Formas alternativas foram utilizadas na U.B.S. com êxito, tais como pintura em tela e musicoterapia, proporcionando bem-estar aos integrantes do grupo.

Os membros da equipe também se beneficiaram desta experiência, que reinsere uma dimensão diferenciada no trabalho repetitivo da unidade, pois o fato de lidar com a realidade dos transtornos emocionais e ter a oportunidade de criar soluções e trabalhos alternativos e dinâmicos é um importante fator motivador que ajuda a melhorar o perfil do profissional tornando-o mais flexível, humanizado, criativo e solidário. É fundamental que estas experiências criadas na unidade sejam avaliadas e integradas na sustentação técnica das políticas de saúde do SUS e as estruturas municipais preexistentes, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Ambulatório de Saúde Mental.

As atividades desenvolvidas pela U.B.S./Passagem 1, no município de Tubarão utilizam, como base, as referências de promoção e prevenção da saúde da Estratégia de Saúde da Família, trabalhando com criatividade a psicoterapia de grupo, musicoterapia e espiritualidade, voltados para a saúde mental. Na psicoterapia individual estão somente o paciente e o terapeuta, enquanto que em grupo cada participante atua como agente terapêutico. Outra vantagem do grupo é fornecer informações diretas sobre o paciente e seus problemas num contexto social e favorável a socialização. Neste sentido, diferentes tipos de problemas e personalidades são considerados positivos.

Características da Unidade de Saúde da Família do bairro Passagem

Antes de apresentar especificamente o Projeto “Sensíveis Emocionais” é necessário descrever o contexto em que ele funciona. A Unidade Básica de Saúde Passagem realiza atividades básicas em conformidade com a estratégia SF. Conta com uma equipe padrão (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde) e atende uma população total de 750 famílias (cerca de três mil habitantes), sendo na sua maioria população de baixa renda. O atendimento clínico, médico, odontológico e de enfermagem é feito mediante consulta agendada.

O trabalho de grupos visa à educação em saúde e conta com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos, de periodicidade quinzenal, com enfoque multiprofissional (como, por exemplo, a participação de professor de educação física). Por sua vez, a equipe de saúde bucal desenvolve atividades preventivas e educativas em escolas (palestras, escovação supervisionada e bochechos fluoretados, semanalmente). Visitas domiciliares, reuniões de planejamento e com o conselho local de saúde também fazem parte das atividades de todos os profissionais da equipe.

O Projeto “Sensíveis Emocionais”

Grupo de Sensíveis: conta com 15 integrantes assíduos, que participam de atividades na UBS. Todos eles têm transtornos de humor, a maioria com motivos agravantes concretos de ordem sócioeconômica.

Os profissionais: todos os profissionais da equipe SF participam das atividades do projeto, assim como, também,

profissionais convidados que realizam trabalho voluntário: uma psicóloga ou acadêmica de psicologia e um professor de pintura com formação em artes plásticas. Também conta com a participação de músicos populares da comunidade.

1. Atividades e terapia na saúde mental: Consulta médica e tratamento farmacológico a cargo do médico da unidade.

2. Grupos Terapêuticos: neles há troca de experiências entre os pacientes, além de dinâmicas de grupo e interpretações conjuntas de músicas acompanhadas com violão. Os profissionais da equipe e a psicóloga se revezam na função de orientador nestas atividades. A periodicidade desses encontros é quinzenal.

3. A Pintura: a atividade de pintura em tela com tinta a óleo é um importante fator aglutinante de convívio social do grupo, além de ser terapêutico em si. A terapia artística já foi utilizada com êxito pela terapeuta jungiana Nice da Silveira no tratamento da Psicose. A antroposofia de Rudolf Steiner também fez uso da atividade artística como terapia. No grupo, a pintura fica sob a supervisão do professor de artes com o auxílio de uma agente comunitária. A periodicidade desta atividade é quinzenal, alternadamente com os grupos, formando o trabalho semanal.

“Grupoterapia” – Relatos

Como tudo começou:

No ano de 2004, o trabalho na U.B.S./ P.S.F. Passagem era intenso, com muitas atividades a serem realizadas. Porém, o que mais chamava a atenção da equipe era o elevado número de pessoas que faziam uso de benzodiazepínicos e de pessoas relatando sentimentos de tristeza. Intentou-se, então, convidar algumas pessoas para iniciar um novo tipo de trabalho, um novo tipo de grupo. Já fazíamos grupos com os hipertensos e diabéticos, grupo com gestantes, com as puérperas e surgiu, assim, o grupo com os “Sofredores Psíquicos”.

Sendo assim, quinzenalmente, a equipe se reunia com as pessoas que desejavam fazer parte desse grupo e isso ajudou a mudar o rumo da Saúde Mental de nossa unidade. A equipe começou a ter um novo olhar para esse tipo de trabalho e a perceber melhor o paciente que vinha à U.B.S. com esse objetivo.

No grupo, tivemos a presença marcante de profissionais que muito contribuíram para este trabalho dar certo. Eles traziam para as reuniões reflexões sobre a depressão, quais os sintomas, o que cada membro do grupo pensava a respeito, explicava sobre os neurotransmissores e como agiam no cérebro. Com isso, foi-se desmistificando a depressão, quebrando estigmas e levando a compreensão da mesma como doença que precisa ser tratada, olhada com respeito, observando os múltiplos fatores determinantes, tais como a vulnerabilidade biológica, o meio em que a pessoa vive, sua história de vida, e sua prática de fé.

Em outubro de 2004 foi realizado um passeio de ônibus com o grupo em Vargem do Cedro, município de São Martinho, e, neste dia, foi conversado sobre qual seria a melhor forma de nos referir a este grupo de pessoas, portanto, feita uma “eleição” e a sugestão mais aprovada foi: “Grupo dos Sensíveis Emocionais”. Pois o termo anterior, “sofredor psíquico”, não agradava a alguns participantes do grupo.

Relatos de uma experiência

A seguir são apresentadas manifestações dos integrantes do grupo:

“Este grupo conseguiu me tirar lá do chão”.

“Hoje já estou conseguindo me levantar sozinha.”

“Estou aprendendo, neste grupo, a lidar com minhas frustrações.”

“Melhor coisa é dar do que receber, quando a gente se doa, nós melhoramos.”

“Trabalhar o fazer coisas, faz parte do processo de cura, pois o depressivo não tem prazer em fazer nada.” (Psicóloga Nara)

“Dizer sim, querendo dizer não, aprendi que faz mal. Dizer não é aceitar a reação da pessoa. Isso aprendi, aqui no grupo.”

“Precisamos aprender a compreender o não do outro.”

“Muitas vezes entramos pelo cano por não dizer não. Grande mãe! Grande Mulher! E grande doente! Aprendi a dizer não e melhorei.”

Exemplo de Dinâmica de grupo

No grupo, foi solicitado aos presentes que desenharem o seu próprio coração. E, após, cada um deveria, se desejasse, falar sobre: como está meu coração?

“Estou me sentindo ótima. Meu coração já não está tão abarrotado de problemas, porque estou aprendendo a resolvê-los.”

Exemplo de Relato de Experiências

Orientador de uma Reunião:

“Como profissional médico desta Unidade Básica de Saúde, conduzi um encontro de orientação e explicação de saúde definida como equilíbrio da mente, corpo e alma. A reunião foi marcada por um toque suave de música ao violão, de um morador de nossa comunidade. Todo grupo cantou e foi envolvido por uma alegria geral. Falei sobre a fé cristã, como importante pilar para sustentar-nos no momento de tristeza. O respeito foi necessário para haver um conteúdo ecumênico, onde participaram pessoas de diferentes religiões”.

Participante 1: *“Fiquei muito feliz de participar, já que o encontro teve música e foi diferente.”*

Participante 2: *“Neste dia foi conduzido um encontro, que para mim representou mais uma conquista porque estive expondo os meus problemas”.*

Participante 3: *“Gostei muito e me fez muito bem falar sobre o nosso Criador, pois somente Ele pode tudo. Podemos expor para Ele as coisas que ninguém pode resolver.”*

Participante 4: *“Foi muito importante saber que a gente tem que ter o controle da mente, corpo, e espírito (alma). Equilíbrio de nossas ações e emoções. Deus*

nos dá a Medicina para auxiliar na saúde e, também, nos deu o Espírito Santo para estar sempre presente em nossas vidas, protegendo, guardando e iluminando.”

Considerações finais

As ações desenvolvidas pela equipe da ESF em relação aos portadores de transtornos mentais permitiram constatar que iniciativas diferenciadas de atendimento e manejo independem muitas vezes de recursos financeiros. Dependem, sim, de compromisso dos profissionais da saúde em desenvolver efetivos trabalhos de prevenção e terapia, partindo-se do que se emerge de mais crítico na comunidade.

Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, oportunizando aos portadores de transtorno mental ambientes de socialização, despertando e recuperando suas habilidades.

O manejo adequado de transtornos mentais por uma equipe de atenção básica é um dos maiores desafios para ela própria. Em relação à equipe da Passagem, houve um rompimento da hegemonia do saber, onde todos os envolvidos no trabalho contribuíram com seus diversos saberes para construção de práticas que completem a perceptiva biopsicossocial de atendimento. A abordagem multidisciplinar que a Unidade Básica de Saúde priorizou reduziu o tratamento medicamentoso com a formação de “grupoterapia”. Esta alternativa terapêutica foi preenchida com diálogo aberto e franco entre os profissionais e os participantes.

Por fim, os resultados são favoráveis e surpreendentes. A adesão da comunidade ao seu respectivo grupo de atendimento é um bom ponto para se avaliar essa alternativa terapêutica, como uma humilde referência para se propor a implantação desta proposta em outras U.B.S.s.

Referências

ALBINO, S.; MARZZANI, S.H.S.; Prevenção de saúde mental no Programa Saúde da Família; Dynamis Revista Tecno-Científica; v. 12; n. 46, jan/mar 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica, O vínculo e o diálogo necessários, 2003. disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>

BRUCE B. Duncan., SCHMIDT, Maria Inês., GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial**. Editora: Artmed. Ano 2004.

ESCOBAR, J. **Psiquiatria para Leigo**. Editora Conceito. Rio de Janeiro, 2003.

GUTIERREZ, F. Manual do Voluntário Social. San José, Costa Rica, 1998.



Redes de Atenção à Saúde em Santa Catarina

Ângela Maria Blatt Ortiga

Coordenadora do Grupo de Condução de Redes de Atenção à Saúde em SC

O processo de implantação de Redes de Atenção à Saúde em Santa Catarina começou com uma iniciativa isolada no município de Joinville, durante o ano de 2007 e 2008. Nesse período foram elaborados dois planos: o de fortalecimento da Atenção Básica e a estruturação da Rede de Urgência e Emergência. Este segundo plano precisava ser ampliado no mínimo para a Macrorregião Nordeste, pois a escala deste processo, somente para o município de Joinville trazia muitas limitações, uma vez que as referências da urgência ultrapassavam os limites de seu território.

Por isso, a partir de fevereiro de 2009 o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES) que participava de forma tímida desse processo desde 2007, incorporou como um projeto de governo e passou a coordená-lo, ampliando-o para a Macrorregião do Planalto Norte e Macrorregião Nordeste, sempre em parceria com o município de Joinville e o Ministério da Saúde. Contando com o apoio do Ministério da Saúde, por intermédio da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARAS, procedeu-se uma nova pactuação, envolvendo os 26 municípios das duas macrorregiões, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Conselho Estadual de Saúde – CES e a Secretaria de Estado da Saúde – SES, com a sua representação regional e estadual.



Este projeto está sendo construído com a contribuição de muitas mãos e a cada nova oficina novos atores sociais se engajam e isso tem fortalecido a sua governabilidade. Vivenciamos nestes dois anos muitas oficinas que são chamadas de Oficinas Macrorregionais, dela participam o Grupo de Condução do Estado, os grupos de condução de cada município participante, profissionais de todos os pontos de atenção (prestadores de serviços públicos e privados) Gestores Municipais de Saúde, Gerentes Regionais de Saúde e em algumas oficinas contamos com a participação de vereadores, vice prefeitos e prefeitos.

O processo das redes começou a ter identidade própria no Estado quando foi criada a logomarca por iniciativa dos participantes, cujo slogan é “Rede de Atenção à Saúde Somos Nós.”

A frase demonstra o que é este processo e a metodologia utilizada, onde cada novo participante das oficinas sai com o compromisso de ajudar a construir este processo,

uma vez que ele depende dos atores, das mudanças e da nova forma de definir as ações e os investimentos em saúde. Outra característica é uma teia ao fundo, mostrando a construção da rede e o destaque em vermelho é para mostrar o território onde este processo está se desenvolvendo.

A lógica utilizada nesta construção tem sido a replicação das oficinas. Após cada oficina, cada grupo de condução municipal e as Gerências Regionais de Saúde, com apoio do Grupo de Condução Estadual, precisa replicar os conteúdos da oficina em todos os pontos de atenção no nível municipal. A cada oficina são replicadas no mínimo 26 outras oficinas, sendo que em municípios maiores são necessárias mais que uma oficina, para contemplar todos os pontos, como a Atenção Básica, Serviços Especializados, Urgência e Emergência e a Rede Hospitalar, desta forma, podemos afirmar que mais de mil e quinhentas pessoas já participaram deste processo.

Mas as redes exigem muito esforço e articulação, no produto da urgência e emergência grandes avanços foram conquistados neste período, sendo aprovados através de Deliberação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) os recursos financeiros para implantação da Rede de Urgência e Emergência, buscando atender prioritariamente o trauma, os problemas cardiovasculares e o acidente vascular cerebral (AVC), que constituem-se nas principais causas de óbito.

Definimos uma tipologia própria para o Estado, que se constitui em pontos de atenção da rede de trauma I, II e III, conforme está demonstrado no mapa 01. Na atenção cardiovascular foram instituídos hospitais de referência I, II e III, além de pontos de atenção para atender o paciente infartado, que não chega ao ponto de atenção especializado em Cardiologia. No caso de Joinville o tempo de resposta é considerado ideal, cerca de 90 minutos para uma angioplastia primária.

Houve necessidade de adotarmos para estes casos o uso de trombolítico para garantir o melhor atendimento e para que isso seja possível vários Pronto Atendimento e hospitais de pequeno porte (no mapa correspondem às bolinhas laranjas) e que nestas duas macrorregiões estão ligados à Telemedicina, se estruturam para o suporte no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio (IAM) e na seqüência, farão o atendimento adequado com o uso de trombolítico e para isso está sendo programado um treinamento para possibilitar o melhor atendimento ao Infarto.

Na atenção ao AVC a mesma logística do infarto será utilizada, com a realização da tomografia, com análise do exame, através da Telemedicina, para auxiliar o diagnóstico e orientar os pontos mais longínquos do hospital de referência em AVC tipo I e II (no mapa correspondem às bolinhas lilás e azul claro). Toda esta rede será regulada pelas Centrais de Urgência e Emergência do Serviço Móvel de Urgência (SAMU-192) e pela regulação estadual e municipal em processo de estruturação.

Pontos aprovados nas reuniões dos dias 04 e 11 de agosto 2010 –
Deliberação CIB 363/CIB/10 de 20/08/2010.



- Hospital de Referência de Atenção ao Trauma adulto III
- Hospital de Referência de Atenção ao Trauma Infantil III
- Hospital de Referência de Atenção ao Trauma I
- Hospital de Referência de Atenção ao Trauma I
- Hospital Referência em Atenção Cardiovascular III
- Hospital Referência em Atenção Cardiovascular II- futuro
- Hospital Referência em Atenção Cardiovascular I
- Unidade de tratamento primário Cardiovascular, 2, 3
- Serviço de Referência III no AV C
- Serviço de Referência II no AV C
- Serviço de Referência I no AV C
- Hospital Retaguarda- definido dia 11/08 no Planalto Norte

A estratégia fundamental de mudança proposta pelo Governo do Estado, através deste projeto, é a implantação de sistemas integrados, com a formação de Redes de Atenção à Saúde, capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no Estado.

O conceito de Redes de Atenção à Saúde (demonstrado na figura no 02), nos diz que: As redes são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população (Mendes, 2010).

Este conceito nos faz refletir sobre o paciente que chega a uma unidade ou que é atendido na rua, mostrando-nos que nem sempre o lugar mais próximo do acidente ou da unidade, é o melhor para o seu atendimento, e sim que após receber o primeiro atendimento deve ser transferido imediatamente para o local que tenha as melhores condições de atendê-lo nas suas necessidades.

Buscando colocar este conceito na prática que vem se estruturando em cada município, o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, já contou com a realização de três Oficinas Macrorregionais, para alinhamento conceitual do tema, buscando-se avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde, definidos por Barbara Starfield, 2002 (Primeiro Contato / Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Resolutividade e Participação Popular). A partir destes dados estão sendo definidos objetivos, ações e metas, visando melhorar o desempenho destes princípios nos municípios e a incorporação destas metas nos Planos Municipais de Saúde, pactuando este plano com atores sociais deste território (Prefeito, Secretário de Saúde, Câmara de Vereadores, Conselho Municipal de Saúde e Profissionais de Saúde).

Para que a Atenção Primária coordene o processo, é necessária a instrumentalização das equipes e mudança no processo de trabalho, além de investimentos para transformação do modelo hoje em vigor.

Neste segundo semestre a 3ª Oficina Macrorregional foi realizada nos dias 04 e 05 de Novembro, objetivando a consolidação dos 26 Planos de Fortalecimento da Atenção Primária Municipais e a elaboração da programação local, na perspectiva da transformação do processo de trabalho da equipe.

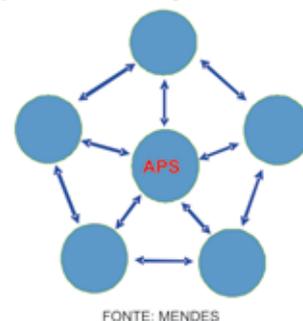
O desenho de Redes de Atenção à Saúde faz-se combinando, quantidade e qualidade dos serviços, bem como condições de acesso.

A situação ideal é obtida pela concomitância de acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, produzidos com os benefícios de economias de escala. Quando houver conflito entre quantidade (escala) e acessibilidade, como acontece em regiões de baixa densidade demográfica, deve prevalecer o critério do acesso.

A construção das redes de atenção tem como premissa a oferta de atenção primária à saúde de forma descentralizada, em todos os municípios, e, por outro lado, a concentração dos serviços de atenção secundária em pólos microrregionais e os serviços de atenção terciária em pólos macrorregionais (PESTANA, et al, 2010).

As redes de atenção à saúde têm como elementos constitutivos: a população adstrita, o modelo de atenção, que organiza o seu funcionamento, articulando os componentes, as intervenções sanitárias, a população e a estrutura operacional. Esta última estruturada por cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação, concentrado na Atenção Primária à Saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e a governança das redes.

ORGANIZAÇÃO POLIÁRQUICA (REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE)



FONTE: MENDES

Referências

- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.
- PESTANA, M. TAVARES, F.J. MENDES, E.V. Bases Conceituais e Programáticas do Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. **II Congresso Consad de Gestão Pública - Painel 23: Inovações gerenciais na saúde**. Disponível em http://www.scp.rs.gov.br/uploads/Painel_23_Marcus_Pestana_formatado.pdf acessado 16/10/2010.
- Starfield, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica, UNESCO Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

Situação do Pacto de Gestão em Santa Catarina

Maria Teresa Locks
Diretora de Planejamento,
Controle e Avaliação do SUS

Ivone Carmen Bieger
Núcleo de Gestão do Pacto

O processo de formalização do Pacto pela Saúde deu-se com a publicação das respectivas portarias ministeriais em 2006. Entretanto, foi somente em 2007 que o Estado de Santa Catarina começou a participar mais ativamente desta discussão nacional, através da participação de alguns representantes na oficina do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Após este momento, foi instituído o Núcleo de Gestão do Pacto para articular o Termo de Compromisso de Gestão Estadual, bem como auxiliar no entendimento da nova Política Nacional de Saúde e fortalecer a adesão dos municípios ao Pacto.

Várias estratégias foram utilizadas para o fortalecimento e o entendimento do processo como um todo, iniciando com atividades internas na Secretaria de Estado da Saúde (SES), voltadas à criação de novos processos de trabalho. Principalmente, atividades relacionadas às áreas responsáveis pela transferência da gestão das ações e serviços, especialmente o controle e avaliação, a programação, a contratualização dos serviços, o processamento e o pagamento de prestadores.

Considerando as estratégias adotadas pela SES para fortalecer a adesão municipal ao Pacto de Gestão, 281 municípios já assinaram o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, ou seja, 97% do total. No entanto, terem aderido ou assinado o Termo não significa que realmente assumiram os compromissos firmados. Deste modo, falta uma grande etapa do processo, que é consolidar o que representa o Pacto de Gestão em sua essência: gestão compartilhada e solidária do SUS.

Atualmente, o Estado de Santa Catarina encontra-se em dois momentos distintos de apoio aos municípios. O primeiro está relacionado a concluir a adesão dos doze municí-

pios que ainda não aderiram ao Pacto de Gestão. O segundo é o fortalecimento daqueles que estão com o prazo vencido do Comando Único, para que possam assumir os serviços ou estabelecimentos situados em seus territórios de forma tranquila. Dos 267 municípios com portaria ministerial, 33 estão com prazos vencidos desde 2008; 68 municípios desde 2009; e 62 municípios cujos prazos venceram em julho de 2010. Para operacionalizar esta etapa, a SES, através da Gerência de Controle e Avaliação do Sistema, está contatando todos os municípios com prazos vencidos para verificar a possibilidade da transferência de gestão, iniciando então a sequência do fluxo estabelecido para assumir a gestão das unidades propostas na Declaração do Comando Único.

Para uma efetiva e tranquila transferência de gestão, é imprescindível, primeiro, o desejo formal do gestor municipal em realmente assumir a gestão de seus serviços. Neste momento, o município deve estar em condições para assumir o processamento, alterar CNES e FPO, entre outras atividades, considerando que estes dados preenchidos incorretamente podem resultar em ônus financeiro ao município ou ao estado, além de comprometer a série histórica do município.

Desafiamos, então, os municípios a fazerem uma mudança cultural da dependência dos serviços e ações executadas pela SES, assumindo efetivamente o Comando Único de todos os serviços/prestadores situados em seu território, bem como, ampliar a participação nas decisões, com maior envolvimento na construção do SUS através de uma ampla participação no Colegiado de Gestão Regional (CGR), fortalecendo deste modo a gestão municipal.

Termo de Ajuste Sanitário (TAS)

Luana Rios Weber e Márcia T. Lajus Maccarini

Gerência de Auditoria – Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Superintendência de Planejamento e Gestão

Secretaria de Estado da Saúde

No dia 3 de setembro de 2009 entrou em vigor a Portaria nº 2.046/MS/GM, que regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário (TAS), cujo artigo 1º define: “O TAS tem por finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, por meio de compromisso firmado pelos gestores do SUS”. O TAS será celebrado com base nas auditorias de qualquer componente do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual ou municipal) quando constatadas impropriedades ou inadequações na gestão ou funcionamento do SUS e, ainda, em falhas na utilização de recursos financeiros. Após receber o relatório de auditoria informando que as impropriedades poderão ser corrigidas mediante a celebração do TAS, o gestor terá o prazo de 15 dias para enviar sua manifestação favorável. Essa manifestação deverá acompanhar o Plano de Trabalho. O Plano de Trabalho deverá conter identificação das ações a serem realizadas e seus respectivos prazos; metas a serem alcançadas; e indicação das fontes de recursos financeiros (que deve ser próprio, da contrapartida). O Plano de Trabalho deverá ser definido levando em consideração a execução de ações para as quais os recursos foram inicialmente destinados, por exemplo, se os recursos eram provenientes do Bloco de Atenção Básica, deverão ser utilizados em ações da Atenção Básica. O gestor, ao celebrar o TAS, deverá comprometer-se a ces-

sar a prática do ato causador da impropriedade; corrigir a impropriedade por meio da execução das ações detalhadas no Plano de Trabalho; e depositar o valor apurado, com recurso próprio do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde, no caso de impropriedade no remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento. Transcorrido o prazo de 15 dias sem a manifestação do gestor em celebrar o TAS, o processo será enviado ao Fundo Nacional de Saúde (recursos federais) ou ao Fundo Estadual de Saúde (recursos estaduais) para que sejam instaurados os procedimentos com vistas ao ressarcimento. Antes da existência do TAS, o gestor devolvia ao Fundo Nacional de Saúde ou Fundo Estadual de Saúde o dinheiro aplicado de forma contrária às normativas do SUS. Com o TAS, o recurso permanece no município ou no Estado, fortalecendo o SUS. Não cabe a celebração de TAS no caso de recursos repassados mediante a celebração de convênio, acordo, ajuste ou instrumentos congêneres; infração à norma legal (Constituição Federal, leis e decretos) e em processos que foram convertidos em Tomada de Contas Especial. O gestor informará o cumprimento das obrigações assumidas no TAS à CIT, à CIB, ao Conselho de Saúde e ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado. O componente do Sistema Nacional de Auditoria acompanhará a execução e verificará o cumprimento das obrigações contidas no TAS.



Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O CNES é a base cadastral para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde hospitalar e ambulatorial, imprescindível para o gerenciamento das ações e serviços de saúde. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao Controle Social a ser exercido pela população. O objetivo é disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, Federal, Estadual e Municipal.

Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde e contém as informações cadastrais dos estabelecimentos de saúde existentes no Brasil. Integra os sistemas de Informação em Saúde. Desde agosto de 2003 vem gradualmente sendo utilizado pelos sistemas de informação (SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), SIH (Sistema de Informação Hospitalar), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), etc. É utilizado em diversas áreas, como: Planejamento em Saúde, Regulação, Controle e Avaliação, Auditoria e Ensino/Pesquisa.

Devem ser cadastrados todos os estabelecimentos de saúde existentes no país, sendo hospitalares e ambulatoriais, esfera pública e privada, prestadores de serviço SUS e Não SUS. Sua manutenção é realizada de forma descentralizada, estando sob a responsabilidade do gestor estadual a coordenação do processo de cadastramento e dos gestores municipais de saúde a responsabilidade de cadastrar e manter atualizados os dados. O cadastro é feito com preenchimento das fichas (total de 26 fichas). O cadastramento do estabelecimento é realizado pelo Gestor em visita “in loco” ao estabelecimento.

É importante a atualização deste cadastro sempre que houver alteração no mesmo. O cadastro do estabelecimento tem que corresponder à realidade e precede a produção.

Dificuldades:

Devem ser cadastrados os profissionais com seu respectivo CBO (Código Brasileiro de Ocupação), de acordo com o procedimento que será realizado. A falta do profissional implica em não pagamento do SIA, SIH, SIAB, etc.

Para procedimentos que exijam habilitações, serviços especializados/classificação, leitos, no cadastro do estabelecimento devem estar identificados a habilitação, o serviço, etc. A produção do mesmo tem que corresponder ao que foi informado no cadastro na competência. A base do CNES deve ser atualizada mensalmente proporcionando assim ao Município/Estado a contínua transferência do teto financeiro.

As Unidades de Saúde de Gestão Municipal fazem a atualização dos dados através do **transmissor simultâneo** (instalados nos computadores dos municípios) As **Unidades de Saúde de Gestão Dupla** fazem a atualização dos dados, através das Gerências Regio-

nais de Saúde (enviando os dados), que são repassados à SES, sendo posteriormente enviados ao DATASUS. O envio dos dados pela coordenação do CNES na SES é realizado rotineiramente até o dia 16 de cada mês.

Os profissionais que fazem parte da equipe da Estratégia Saúde da Família devem cumprir 40 horas semanais de jornada de trabalho, não podendo atuar em mais de uma equipe simultaneamente. O gestor municipal deve ter a preocupação de solicitar a **inativação do profissional da ESF do CNES**, assim que ele deixar de exercer suas funções junto à equipe. Sendo que, após esta data, terão 90 dias para realizar a substituição do profissional, não podendo o mesmo ser excluído da equipe neste período. Se o mesmo profissional estiver cadastrado (ativo) em duas ou mais equipes, ao mesmo tempo no CNES, irá gerar duplicidade de Vínculo (do profissional), levando à suspensão dos repasses financeiros de toda a equipe.

NASF Federal – Deve ser cadastrado no CNES conforme **Portaria nº 476, de 01 de Setembro de 2008** - Tabela de Regras Contratuais, **para não Geração de Crédito por Produção** (Código 71.11). Esta portaria pode ser encontrada no site do CNES: <http://cnes.datasus.gov.br> em legislação.

NASF SC – Para cadastrar os profissionais no NASF SC, **deve-se acrescentar os profissionais no módulo de Equipes da ESF** já existente e **não marcar o campo equipe mínima**. Os profissionais do NASF SC não farão parte da equipe mínima.

A partir do momento em que for visualizado no site do CNES, o cadastro dos profissionais na equipe, o Estado realizará os repasses financeiros.

Observações:

Quando houver duplicidade de vínculos ou outros problemas que ocasionem o corte de recursos financeiros do Ministério da Saúde - Fundo a Fundo, e/ou estaduais, referente à Estratégia Saúde da Família (Equipe ESF, SB, NASF, NASF SC e ACS) poderão solicitar **Pagamento Retroativo, de um período de até seis meses anteriores à data de solicitação**. As orientações para estas solicitações poderão ser encontradas na página da SES em: Atenção Básica – Saúde da Família – Incentivo Federal Repasse Financeiro e Pagamento Retroativo - Pagamento Retroativo.

Para informações sobre **Cadastro no CNES**:

Tatiane Schonell Genovai

(48) 32212291

tati@saude.sc.gov.br

Para informações sobre **CNES/Estratégia de Saúde da Família**:

Cecília Izé May - Terezinha V. Junckes

(48) 3212.1690 – 3212.1691

saudedafamilia@saude.sc.gov.br – psfdi@saude.sc.gov.br
- siabsc@saude.sc.gov.br

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ

Terezinha de Aquino Vieira Junckes

Coordenadora da Divisão de Saúde da Família / SES

O que é Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ?

Trata-se de uma metodologia de gestão interna ou auto-gestão dos processos de melhoria contínua da qualidade, desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os eixos centrais da proposta são: O estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a estratégia, a avaliação como instrumento de gestão, a tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido foram elaborados cinco instrumentos de auto-avaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal de saúde, coordenação da ESF, unidade da ESF, equipe da ESF, profissionais de nível superior da ESF).

Esses instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade.

O registro das auto-avaliações deverá ser feito, além da versão impressa em papel, também no banco de dados do projeto, acessível por internet. Relatórios diagnósticos diversos poderão ser impressos, auxiliando a análise e avaliação dos dados. O acompanhamento do histórico das auto-avaliações e a evolução incremental e contínua dos resultados das equipes, municípios e regiões, poderão ser realizados a partir de diferentes pontos do sistema.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/ Departamento da Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde, ao disponibilizar aos gestores municipais e suas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, a proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, busca oferecer uma metodologia acessível de gestão da qualidade em saúde.

A AMQ integra um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PRO-ESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Dessa forma, confirma-se o compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica nas três esferas do governo, incorporando-a como instrumento de gestão do SUS.

Quais são as diretrizes?

- Especificidade: metodologia desenvolvida especificamente para este modelo de atenção;
- Autogestão: dirigida à gestão interna dos processos de

melhoria contínua da qualidade; significa que a condução do processo deverá dar-se internamente nos municípios;

- Abrangência: instrumentos universais, passíveis de aplicação em todo o território nacional,

- Aplicabilidade: facilidade de aplicação dos instrumentos de auto-avaliação e operacionalização dos registros no banco de dados;

- Livre adesão: a adesão deverá ser uma iniciativa voluntária do gestor municipal, abrangendo todas as equipes de Saúde da Família, suas unidades básicas e coordenações ou, excepcionalmente no caso dos grandes municípios, em regiões determinadas;

- Integração: esta proposta deverá ser apoiada pelas demais esferas de governo, especialmente as Secretarias Estaduais de Saúde, por meio da integração aos seus Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica;

- Sistema Digital: a operacionalização da proposta prevê muitas etapas informatizadas, via internet, quando são realizadas ações tais como o cadastramento do município, a disponibilização dos instrumentos de auto-avaliação e documentos técnicos, a alimentação dos resultados em banco de dados e a emissão de relatórios. Uma etapa não informatizada está, inicialmente, prevista entre estes processos: a resposta aos instrumentos de auto-avaliação na forma de impressos.

- Garantia de privacidade: os resultados das avaliações estarão acessíveis para usuários autorizados e cadastrados em cada esfera de gestão. Os resultados só poderão ser acessados pelos próprios municípios, pelo gestor estadual referente àquele município ou pelo Ministério da Saúde;

- Qualificação: visando assegurar o componente pedagógico e qualificador da proposta, não estão previstos incentivos financeiros ou sanções relativas aos resultados obtidos.

A quem está dirigido?

A quem se destina a proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família?

A presente proposta está dirigida a todos os municípios brasileiros com equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas, independente do tempo de início da estratégia no município.



O gestor deverá optar livremente pela adesão à proposta, viabilizando que as avaliações alcancem todas as equipes do município, assim também como todos os demais âmbitos da estratégia: gestão, coordenação e unidades Saúde da Família.

Os resultados das auto-avaliações serão registrados, via internet, no banco de dados do projeto, permitindo o acompanhamento do seu histórico pelo próprio município, pela Secretaria Estadual de Saúde correspondente e pelo próprio Ministério da Saúde.

Embora a proposta seja dirigida, prioritariamente, ao âmbito municipal, os padrões de qualidade e os instrumentos de auto-avaliação poderão ser utilizados por profissionais da Estratégia Saúde da Família, coordenadores estaduais, técnicos e acadêmicos, como referência para implantação, implementação e acompanhamento da estratégia.

Atitude AMQ :

- ❖ Abertura para o novo
- ❖ Impulso para o aperfeiçoamento
- ❖ Flexibilidade para mudanças
- ❖ Perseverança na ação
- ❖ Trabalho em equipe

AMQ - Planejamento e Acompanhamento Estadual

Macroobjetivo: Sensibilizar e qualificar Gestores, equipes de SF, Coordenadores de Saúde da Família das GERSAS e da SES na implantação e implementação da AMQ em todos os municípios para o fortalecimento da Atenção Básica no Estado de SC.
Desafios do Gestor Federal:

Desenvolver, coordenar e aprimorar ações, sistemas, projetos, pesquisas e metodologias que permitam acompanhar o crescimento e qualificação da AB em âmbito nacional e estadual, especialmente da Estratégia Saúde da Família, buscando subsidiar as decisões que possam influenciar suas diversas dimensões: de prática sanitária e organização de serviços à dimensão de macro-política do SUS.

Propor, viabilizar e avaliar de maneira permanente, mecanismos de institucionalização da avaliação da AB, buscando garantir sua assimilação e consolidação pelas demais esferas gestoras e induzindo uma renovação de conceitos, reflexões e divulgação de experiências e conhecimento. Acompanhar os movimentos de re-organização das políticas do SUS, estabelecendo pontes entre as ações já em desenvolvimento e aquelas que precisam ser implementadas. Ex. Contexto dos novos Pactos.

Operacionalização de uma estratégia que envolva:

- ❖ Decisão político-institucional
- ❖ Pressupostos e orientação conceitual
- ❖ Recursos Financeiros
- ❖ Qualificação de pessoas
- ❖ Mobilização e pactuação

Principais eixos de trabalho da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação CAA/DAB:

- ❖ Monitoramento e Avaliação

- ❖ Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa
- ❖ Articulação Sistemática e Integração das Ações
- ❖ Cooperação Técnica e Articulação Interinstitucional
- ❖ Indução e Gestão de Estudos e Pesquisas
- ❖ Produção de Informação e Comunicação

Situação atual de implantação do AMQ nos municípios catarinenses

O Estado de Santa Catarina tem 63 municípios com adesão à ferramenta AMQ, representando 21,5% do total de municípios (set/2010). Destes, onze (17,4%) realizaram o 1º momento avaliativo. Ao 2º momento avaliativo, submeteram 5 (7,9%). Da mesma forma, um município (1,5%), concluiu o 3º momento avaliativo.

- 63 municípios cadastrados
- 11 municípios com questionários submetidos (finalizaram 1ª autoavaliação)
 - 5 municípios com questionários submetidos (finalizaram 2ª autoavaliação)
 - 1 município com questionários submetidos (finalizaram 3ª autoavaliação)

Municípios com a 1ª autoavaliação finalizada:

Alto Bela Vista, Blumenau, Bombinhas, Chapecó, Concórdia, Gaspar, Novo Horizonte, Piratuba, Pomerode, Schroeder, Xanxerê.

Municípios com a 2ª autoavaliação finalizada:

Alto Bela Vista, Blumenau, Pomerode, Schroeder, Xanxerê.

Municípios com a 3ª autoavaliação finalizada:

POMERODE em 08/12/2009

Observa-se neste período de análise (junho, julho a agosto de 2010), que houve cadastramento dos municípios de Balneário Camboriú, Balneário de Piçarras, Ipuacú, Itapema, Lages, Presidente Getúlio e Videira, significando compromisso desta gestão com a consolidação da proposta de institucionalização da Avaliação e com a Qualidade da Atenção Básica.

Contribuições da AMQ em SC

§ Mobilização das equipes envolvidas (sensação de uma grande equipe);

§ Continuidade do processo (independente da rotatividade de profissionais, da troca de gestores, da mudança de local do profissional);

§ Orientador para o processo de trabalho (gestão e equipes);

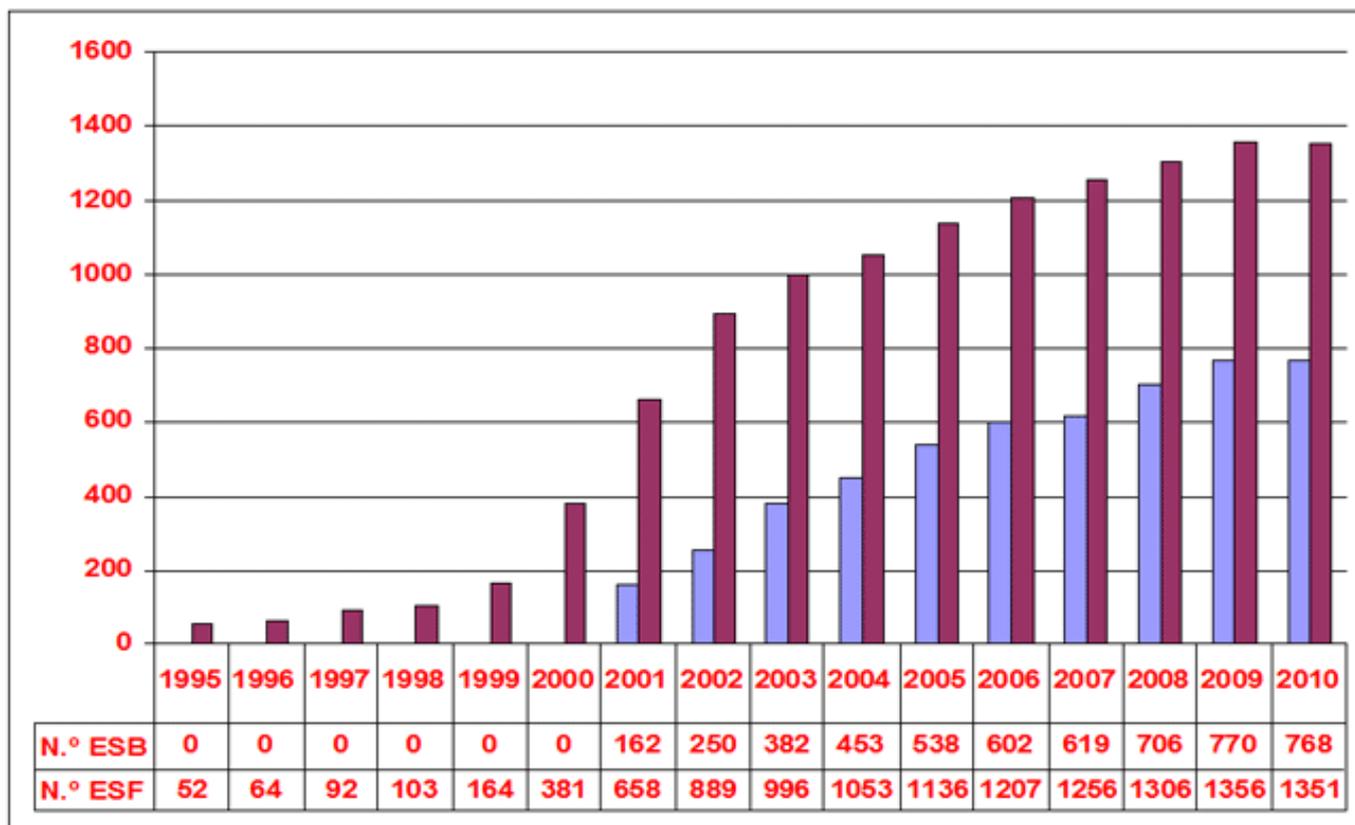
§ Valorização do trabalho dos ACSs;

§ Conhecimento da Estratégia Saúde da Família por todos os envolvidos na organização político administrativa do município;

§ Fonte de dados para planejamento técnico.

Fonte: Ministério da Saúde / DAB

Evolução do número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal Santa Catarina, 1995 a setembro 2010.



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

