

Revista Catarinense de Saúde da Família



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



Gestão Estadual por Macrorregiões

*Efetivando o papel da Atenção Básica na coordenação
do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde*



João Raimundo Colombo
Governador do Estado

Dalmo Claro de Oliveira
Secretário de Estado da Saúde

Rosina Moritz dos Santos
Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Walter Vicente Gomes Filho
Superintendente de Planejamento e Gestão

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

Heitor Tognoli e Silva
Gerente de Coordenação da Atenção Básica



Revista Catarinense de Saúde da Família **Conselho editorial**

Heitor Tognoli e Silva
Gerente de Coordenação da Atenção Básica/SES

Maria Arlene Pagani
Coordenadora de Fortalecimento da Atenção Básica
/MOPS/SES

Luiz Roberto Agea Cutolo
Coordenador do Núcleo Telessaúde SC-UFSC/SES

Tânia Maris Grigolo
Coordenadora de Saúde Mental/SES

Pio Pereira dos Santos
Mestre em Saúde Pública
Coordenador do Conselho Editorial

João Carlos Caetano
Doutor em Saúde Pública
Coordenador de Saúde Bucal/SES

Maria Cristina Calvo
Doutora em Saúde Pública /UFSC

Gilson Carvalho
Doutor em Saúde Pública/SP

Lizete Contin
Especialista em Saúde Pública/SES
Secretária Executiva

Organização: Coordenação de Fortalecimento da Atenção Básica / MOPS / GEABS

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-mail: revistasfsc@saude.sc.gov.br

Fone: (48) 3212.1690

Editorial

Caros profissionais,

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi decisivo para a construção de um sistema de saúde que realmente consiga cumprir os princípios que o direcionam, que é oferecer atenção à saúde universal, com equidade e integralidade. Este desafio continua vivo e encontra-se em um novo momento, o de construção das Redes de Atenção à Saúde.

Em 28 de Junho de 2011, com 21 anos de atraso (mas ainda sim uma grande conquista), foi publicado o decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990. Dentre os destaques desse decreto, estão as definições de regiões de saúde e suas entidades gestoras, além da definição das portas de entrada do sistema.

Os serviços no SUS estão sendo instituídos ao longo destes anos, mas trabalhando sob a lógica programática, visando atender um público com certas características definidas, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial, voltados para os cidadãos com algum sofrimento mental.

Já a Atenção Básica tem se constituído desde 1994, como uma das principais portas de entrada do sistema (agora com um decreto regulamentando), e trabalha com uma especificidade diferente dos outros serviços, pois abrange todos os cidadãos, independente da característica ou necessidade do atendimento, mas com um território definido.

O desafio agora é fazer com que se construa uma Rede de Atenção, em que haja uma aproximação e uma sinergia de esforços de todos os serviços especializados com a Atenção Básica. E pelo fato da Atenção Básica ser o nível de atenção que conta com os profissionais mais próximos das pessoas, e por trabalhar com o diagnóstico ampliado das necessidades de saúde, inclusive sociais, deve coordenar o cuidado das pessoas nas redes.

Trabalhar em rede significa que todas as partes tem a mesma importância na construção de um objetivo comum, e cada parte se for destacada dessa rede ficará fragilizada. Dessa forma, o nosso esforço é que possamos identificar a partir da Atenção Básica, quais são as reais necessidades das pessoas de cada uma das regiões de saúde do estado, para que assim possamos redirecionar os serviços de forma que estas possam ser atendidas.

As redes temáticas, como a Rede Cegonha, de Urgência e Emergência, estão sendo propostas e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, mas devemos entender que para a



implementação dessas redes, precisamos fortalecer a Atenção Básica, com a infra-estrutura e recursos humanos necessários, para que os profissionais de Saúde da Família, possam efetivamente coordenar o cuidado das pessoas sob suas responsabilidades, nos diferentes serviços da rede e continuar oferecendo atenção de forma longitudinal.

Com essa visão de integralidade, a Gerência de Coordenação da Atenção Básica, instância Estadual que coordena a Atenção Básica no Estado, em conjunto com as Gerências Regionais de Saúde, propõe a reorganização do processo de trabalho das equipes, conforme afirma o gerente na apresentação desta revista. Para oferecer apoio institucional a cada uma das grandes regiões de saúde do estado, iniciou-se a construção desse novo e importante desafio: Construir redes de atenção coordenadas pela Atenção Básica. Para esse desafio contamos com cada um dos profissionais que atuam no difícil cotidiano em uma das 1.391 Equipes da Estratégia Saúde da Família espalhadas por todo o Estado de Santa Catarina.

Dalmo Claro de Oliveira
Secretário de Estado da Saúde



Sumário

Apresentação	5
---------------------------	----------

V Encontro Estadual de Saúde da Família	7
--	----------

Relatos de Experiências

Blumenau	9
-----------------------	----------

Brunópolis	16
-------------------------	-----------

Pomerode	20
-----------------------	-----------

Timbó	24
--------------------	-----------

Otacílio Costa	29
-----------------------------	-----------

Braço do Norte	32
-----------------------------	-----------

Fortalecendo a Gestão do SUS

NASF	41
-------------------	-----------

Telessaúde	43
-------------------------	-----------

Semana Estadual de Promoção de Saúde Bucal



Numa ação conjunta com Secretarias Municipais de Saúde e entidades de classe, a Secretaria Estadual de Saúde organiza a Semana Estadual de Promoção de Saúde Bucal. Instituídas pela Lei 12.062, de dezembro de 2001, as atividades de promoção da Saúde Bucal ocorrerão em todo o Estado entre os dias 24 e 28 de outubro, tendo como foco a saúde bucal da família.



Nova estrutura da Gerência de Coordenação da Atenção Básica

Heitor Tognoli e Silva

Gerente de Coordenação da Atenção Básica / SES

O Sistema Único de Saúde, a partir de 1988, propõe a reorganização dos serviços de saúde, para que todos os cidadãos pudessem ser atendidos, respeitando-se três princípios fundamentais: Universalidade - atendimento para todos os cidadãos brasileiros, independente de sexo, cor, raça, credo. Equidade - atendimento priorizado para os cidadãos com maior necessidade. Integralidade - ao considerar cada cidadão na magnitude que o ser humano alcança, proporcionando atendimento em todos os tipos de serviços de saúde, com ações que vão para além da cura e da reabilitação, mas também em direção à promoção e prevenção (ações integradas). No entanto, o sistema à época de sua criação, não tinha claro como iria se organizar, a não ser a municipalização, (rompendo com a forma verticalizada), com descentralização de recursos, hierarquização, comando único em cada esfera de gestão e com participação social.

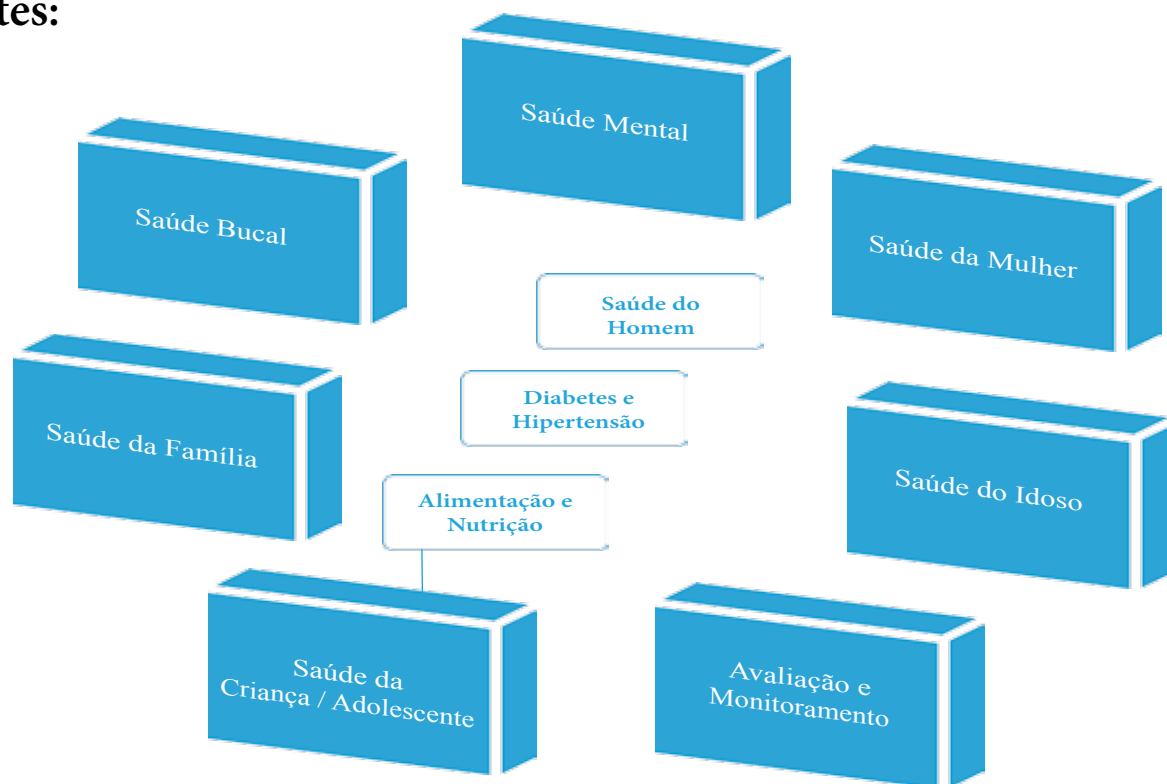
Em 1994, o Programa Saúde da Família surge como uma possível estratégia de efetivação desses princípios, a partir da expansão de equipes de saúde multiprofissionais, que tinham como principais atributos, oferecer

acesso à população, de forma contínua e territorializada, atendendo a maioria de seus problemas de saúde, com integralidade. Em 1998, a possível estratégia ganha corpo, e passa a ser chamada de Estratégia Saúde da Família, até que, em 2006, transforma-se em uma política pública e com a portaria 648/GM de 28 de março de 2006, constitui-se como Política Nacional de Atenção Básica.

A Atenção Básica é, ao mesmo tempo, encantadora e problemática. Encantadora, pois em sua proposta e princípios oferece saúde com integralidade, digna de qualquer cidadão brasileiro. Mas, por outro lado, apresenta ainda muitos entraves, como gestores descomprometidos, recursos humanos inadequados, financiamento insuficiente, falta de participação da população.

A grande pergunta é: por que a Atenção Básica não avança como gostaríamos? Bom, a resposta é complexa, mas o núcleo central é que vivemos no meio de uma disputa cada vez mais acirrada entre modelos de atenção: o modelo biomédico, surgido e arraigado no Brasil pela antiga estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

Antes:



cia Social (INAMPS), versus o modelo da integralidade.

E o que está por trás dessa disputa que faz a Atenção Básica ficar desfavorecida? O interesse na manutenção e fortalecimento do modelo biomédico. Se a Atenção Básica realmente estivesse estruturada como gostaríamos, com profissionais bem remunerados, comprometidos, de fácil provimento e fixação, e formados para tal fim; atendendo um número apropriado, ou seja, bem menos que quatro mil pessoas; em uma unidade com infra-estrutura adequada; e com um plano de carreira, cargos e salários justo. E, além disso, uma gestão comprometida de verdade com as pessoas. Certamente, teríamos resolutividade em mais de 90% dos problemas de saúde, sem necessidade de encaminhamento, e com prevenção. Portanto, com menos ado-

ecimento e necessidade de internação decorrente de doenças crônicas, com equipes de saúde sendo protagonistas nas comunidades, estimulando a participação social, para a autonomia e realmente realizando promoção de saúde.

Os cidadãos conseguem pensar no sistema de saúde quando precisam dele para a cura, mas, raramente, para prevenção ou para o cuidado. E, quando buscam a cura, a lógica é conseguir um atendimento pelo profissional médico, super-especialista, que tenha à sua disposição um aparato tecnológico de última geração. Como mudar isso tudo? Vamos desistir então? Claro que não! Mas precisamos entender que essa disputa de modelo de atenção existe, e que, enquanto formadores de opinião que somos, seja em uma equipe de saúde ou em um cargo de gestão

Agora:



ou docência, precisamos unir forças para mudar isso.

A Gerência de Coordenação da Atenção Básica, com o intuito de fortalecer o modelo de atenção proposto pela Portaria 648, inicia um processo de mudança na sua estrutura, solidificando o posicionamento frente a essa disputa. A lógica da Gerência ainda seguia uma tendência do Ministério da Saúde, ou seja, de estar dividida em ações programáticas, em divisões específicas com políticas verticais, que faziam controle de indicadores de acordo com a área. O desafio agora é reorganizar essa estrutura, e começar a discutir qual é o papel que o Estado tem na gestão da

Atenção Básica. Desde sua concepção, a Atenção Básica foi pensada na lógica bidirecional, Ministério da Saúde – Secretarias Municipais de Saúde. Mas e o Estado? Fica responsável somente pela média e alta complexidade?

O Ministério da Saúde está iniciando com força a estruturação de redes de atenção temáticas.

E a Atenção Básica, que papel terá nessa rede?

Para tentar dar uma nova forma de atuar no Estado, a GEABS transformou as divisões programáticas em Coordenações de Fortalecimento da Atenção Básica regionalmente, de acordo com a lógica de macrorregiões no Estado.

V Encontro Estadual de Saúde da Família

Maria Arlene Pagani

Coordenadora de Fortalecimento da Atenção Básica / MOPS / SES

A Atenção Básica à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Estratégia Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas.

A Estratégia Saúde da Família encontra-se implantada em 100% dos municípios catarinenses e a cobertura populacional é de 70,45%. Estamos assim constituídos: 1.396 equipes ESF; 785 equipes ESB; 35 NASF Federal; 123 NASF-SC; 38 CEO; 73 CAPS; 9.650 Agentes Comunitários da Saúde. Santa Catarina tem a maior cobertura dentre os Estados da Região Sul do País:

210 municípios catarinenses têm 100% de cobertura na ESF.

59 municípios têm cobertura entre 90 e 99,9%.

24 municípios possuem cobertura abaixo de 50%.

Na perspectiva de estimular os municípios catarinenses, em novembro de 2011 a SES/GEABS realizará o V Encontro Estadual de Saúde da Família, em Florianópolis, que tem como objetivos:

- Possibilitar a troca de experiências entre as equipes da Estratégia Saúde da Família de todas as regiões do Estado;
- Premiar experiências exitosas;
- Premiar as equipes que fizerem uso das atividades desenvolvidas pelo Núcleo Telessaúde, na construção do seu processo de trabalho;
- Premiar os municípios com melhor desempenho na avaliação da Atenção Básica realizada pela GEABS;
- Fortalecer a Política de Atenção Básica por meio da ESF.

A SES/GEABS espera mobilizar em torno de dois mil profissionais de saúde da Atenção Básica/Equipes Saúde da Família a partir da realização dos Encontros Macrorregionais até o Encontro Estadual.

Já está disponível na página da SES na internet - www.saude.sc.gov.br - o edital para inscrição dos trabalhos pelas equipes. Serão premiadas, este ano, 28 experiências exitosas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, com temas que façam parte de sua rotina de trabalho, tais como processo de trabalho das equipes, avaliação e monitoramento, educação permanente, controle social e cidadania, assim distribuídas:

O valor do prêmio, de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), será destinado às equipes e serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde. O objetivo do prêmio é estimular as equipes para que escrevam e divulguem o seu trabalho, e o prêmio deverá ser utilizado para a melhoria das condições da equipe no desenvolvimento de suas atividades.

Número de equipes Saúde da Família Premiadas por Macrorregião:

Macrorregião	Nº total de ESFs	Nº de ESFs premiadas
Extremo Oeste	218	4
Meio Oeste	137	3
Planalto Serrano	79	2
Planalto Norte	68	2
Nordeste	104	3
Vale do Itajaí	177	3
Foz do Itajaí	107	3
Grande Florianópolis	255	4
Sul	246	4
Total	1.391	28



O valor do prêmio, de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), será destinado às equipes e serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde. O objetivo do prêmio é estimular as equipes para que escrevam e divulguem o seu trabalho, e o prêmio deverá ser utilizado para a melhoria das condições da equipe no desenvolvimento de suas atividades.

A novidade deste ano ficará por conta da premiação de nove equipes, uma por macrorregião, que no período compreendido entre junho e outubro de 2011 utilizaram a ferramenta do Telessaúde, por meio de web conferências e segunda opinião formativa. A pontuação se dará através do número de participações de cada equipe dentro das atividades propostas pelo Núcleo Telessaúde, e poderão acontecer de forma individual ou coletiva.

Participação Individual

Através do envio de perguntas de Segunda Opinião Formativa – Os profissionais das equipes ESF, cadastrados no Telessaúde-SC, que enviarem perguntas para Segunda Opinião Formativa, acumulam pontos para sua equipe, sendo pré-definido que cada pergunta tem o valor de 20 pontos.

Participação coletiva

Pela participação nas web conferências as equipes ESF acumulam o total de dez pontos por web assistida, no momento em que ela estiver acontecendo. O envio de perguntas fundamentadas no tema trabalhado durante a mesma acumula o total de 10 pontos por pergunta para a equipe.

Número de equipes Saúde da Família premiadas por participação nas atividades do Núcleo Telessaúde-SC por Macrorregião:

Macrorregião	Nº total de ESF	Nº de ESF premiadas
Extremo Oeste	218	1
Meio Oeste	137	1
Planalto Serrano	79	1
Planalto Norte	68	1
Nordeste	104	1
Vale do Itajaí	177	1
Foz do Itajaí	107	1
Grande Florianópolis	255	1
Sul	246	1
Total	1.391	9

A contabilização destas atividades, bem como o acom-

panhamento e controle de envio, será realizada pelo Núcleo Telessaúde, através de relatório mensal repassado para controle na Gerência de Coordenação da Atenção Básica da SES e gestores dos municípios participantes.

As experiências exitosas serão divulgadas na Revista Catarinense de Saúde da Família, a partir de um cronograma de publicação a ser definido pelo Conselho Editorial da Revista.

As equipes Saúde da Família que apresentarem maior pontuação por participação nas atividades do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina (uma por macrorregião) também serão premiadas com o valor de R\$ 7.000,00, a serem repassados ao Fundo Municipal de Saúde à equipe vencedora.

A GEABS/SES está fazendo a coleta de dados para a Avaliação da AB junto aos municípios catarinenses, sendo que, neste ano, serão premiados 18 municípios com a melhor avaliação, divididos por porte populacional da seguinte forma:

- Municípios com população de até 10.000 habitantes (172) – dez primeiros classificados;
- Municípios com população entre 10.000 e 25.000 habitantes (74) – os três primeiros classificados no grupo;
- Municípios com população entre 25.000 e 50.000 habitantes (20) – os dois primeiros classificados no grupo;
- Municípios com população entre 50.000 e 100.000 habitantes (15) – os dois primeiros classificados no grupo; e
- Municípios com população acima de 100.000 habitantes (12) – somente o primeiro classificado no grupo.

Os valores individuais da premiação da Avaliação Municipal da Atenção Básica foram assim definidos:

1º - R\$ 50.000,00

2º - R\$ 40.000,00

3º ao 5º - R\$ 30.000,00 cada

6º ao 10º - R\$ 20.000,00 cada

A GEABS/SES está buscando cumprir seu papel no fortalecimento da Atenção Básica/ESF e, para tanto, além dos Encontros Macros e do Encontro Estadual, vem trabalhando internamente na reformulação e no processo de trabalho visando melhorar e aprofundar as relações das GERSA com os municípios.

O Impacto do Ensino em Serviço

Marilúcia Aparecida Ghisi

Preceptora do Projeto PET-SAÚDE

Enfermeira e Coordenadora da ESF Enfermeira Tânia Leite

José Francisco Gontan Albiero

Pesquisador do Projeto PET-SAÚDE e docente

da Universidade Regional de Blumenau

Estela Maria Treis

Graziele Paula Gonçalves

Bolsistas do Projeto PET – SAÚDE e acadêmicas do curso de Fisioterapia da Universidade Regional de Blumenau

Resumo

O ensino-serviço é um trabalho coletivo que visa a qualidade da atenção à saúde individual e coletiva. Esta integração fortalece o trabalho preventivo, possibilita a qualificação da formação profissional e o maior desenvolvimento e satisfação dos usuários e dos trabalhadores do serviço. Este artigo objetiva conhecer as repercussões da aproximação da Universidade Regional de Blumenau (FURB) através das atividades de estágio vinculadas ao Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET Saúde), em parceria com a Estratégia Saúde da família (ESF) Enfermeira Tânia Leite, de Blumenau, sob a ótica dos profissionais da equipe e dos líderes da comunidade. Caracteriza-se por uma pesquisa exploratória descritiva, abordagem qualitativa e técnica de coleta de dados, sendo entrevista não diretiva. Os sujeitos foram os membros da equipe de saúde e os representantes da comunidade no Conselho Local de Saúde no ano de 2009. As entrevistas foram transcritas de forma narrativa, e a partir da análise de conteúdo, foram selecionadas categorias representativas conforme os resultados encontrados, utilizando a recorrência como critério de seleção.

Os resultados denotaram que a relação ensino serviço sob a ótica da amostra é importante devido: troca de saber; conhecimento atualizado; inovação e qualificação do serviço; distribuição de tarefas; valorização e adesão ao serviço oferecido à comunidade; mudança na rotina. Desta forma, pode-se identificar que tanto a equipe da ESF Enfermeira Tânia Leite como a comunidade local acreditam que a presença de acadêmicos é importante para inovação e qualificação dos serviços prestados à comunidade. Além disso, a troca de saberes, o interesse dos profissionais da saúde, possibilita a atualização e construção de novos conhecimentos, fortalecendo a integração ensino-serviço.

Introdução

A sociedade globalizada convive, em contrassenso, com o aumento da esperança de vida ao nascer e a fragilidade da vida, advindos do processo de industrialização a que estamos expostos. Um repensar do processo saúde / doença e do cuidado, torna-se urgente e necessário. A Promoção da Saúde emerge como uma possibilidade de integrar o que a modernidade fracionou, as-

sim, ela assume uma importante estratégia de busca da qualidade de vida (SAUPE e WENDHAUSEN, 2007).

No marco da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2006), nasce o Sistema Único de Saúde – SUS (HADDAD, 2006). A criação do SUS sugeriu, em prol da integralidade e da resolubilidade do primeiro nível da atenção, novos processos de trabalho que integrem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura e reabilitação. Ela propôs aos serviços de saúde a organização por níveis de atenção, com tecnologia adequada, mecanismos formalizados de referência e contrarreferência, visando o atendimento integral da população. Desta forma, há o fortalecimento da Atenção Básica, tornando-a estratégica para o bom funcionamento do sistema e para a democratização do acesso aos serviços de saúde. (REZENDE, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), interpretada como modelo assistencial vigente (SAUPE e WENDHAUSEN, 2007), “propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e os diversos níveis de complexidade assistencial” (SOUZA, 2000, p.25). As práticas de saúde devem buscar a humanização, a satisfação do usuário, o estreitamento do relacionamento dos profissionais com a comunidade e o estímulo do reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e da qualidade de vida (SAUPE e WENDHAUSEN, 2007).

O Ministério da Saúde prioriza em seus projetos políticos, a organização da ESF para promover a expansão e qualificação da atenção básica. Esta concepção supera o antigo entendimento voltado exclusivamente à doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2009).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem deno-





Alunos da Fisioterapia durante campanha da vacinação

minado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema (BRASIL, 2009).

“Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social” (BRASIL, 2009). Através destes princípios, as equipes de Saúde da Família formam vínculo com a comunidade e, desta forma, permitem o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é ampliar as fronteiras de atuação focando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo. Seu dever é reorganizar o sistema de saúde operacionalizada com implantação de equipes multiprofissionais, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009).

Para fortalecer o trabalho preventivo proposto pelo Ministério da Saúde através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), observa-se a importância de fazer a integração de ensino-serviço para qualificação da formação profissional e maior desenvolvimento e satisfação dos usuários e trabalhadores do serviço. O ensino-serviço é um trabalho coletivo pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com a equipe do serviço de saúde visando à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Esta relação compactua com os objetivos propostos tanto para formação acadêmica integrada e generalista como para as instituições que prestam serviços de saúde. Para a universidade a oportunidade de formar

profissionais qualificados para atuar no sistema e propor a realização de um trabalho multi/interdisciplinar; para os profissionais da equipe, auxilia na distribuição e maior abrangência de tarefas propostas à comunidade.

A Universidade Regional de Blumenau (FURB) mantém parceria com a ESF Enfermeira Tânia Leite para estágio curricular obrigatório desde o ano de 2008. A ESF foi inaugurada em 1996, dispõe da atuação de órgãos como Associação de Moradores e Conselho Local de Saúde, que desenvolvem ações de melhorias para a comunidade. A equipe de saúde é composta por um médico generalista; um enfermeiro coordenador; dois auxiliares de enfermagem; um auxiliar administrativo; seis agentes comunitárias de saúde; um auxiliar de serviços gerais. Atualmente, a Unidade desenvolve atividades de promoção à saúde e prevenção com vários grupos em andamento, criados de acordo com indicadores do Ministério da Saúde e outros conforme demanda existente.

A parceria com a FURB para estágio curricular obrigatório deu-se, inicialmente, com o curso de Enfermagem e Medicina. Em virtude dos bons resultados obtidos, outros cursos foram se inserindo e hoje envolve, além dos já citados, os cursos de Medicina Veterinária, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. A parceria também inclui projetos sociais/ governamentais como o PRÓ-SAÚDE e de pesquisa e extensão, como o Programa PET-SAÚDE.

Com isso, o objetivo deste artigo é conhecer as repercussões da aproximação da FURB com a ESF Enfermeira Tânia Leite sob a ótica dos profissionais da equipe e dos líderes da comunidade. Desta forma, o presente estudo se justifica em perceber as repercussões da aproximação

da FURB com a ESF Enfermeira Tânia Leite sob a ótica dos profissionais da equipe e dos líderes da comunidade. Desta forma, o presente estudo se justifica em perceber as repercussões da aproximação do ensino e do serviço em uma unidade básica de saúde.

A inserção de acadêmicos na ESF reforça o modelo proposto pelo SUS em promover expansão e qualificação da atenção básica, através dos princípios de integralidade, qualidade, equidade e participação social. Juntamente com as equipes de Saúde da Família, eles formam vínculo com a comunidade e permitem o empoderamento e a corresponsabilidade dos usuários.

Na equipe da unidade, a ação multidisciplinar, a interdisciplinaridade, a especificidade de conhecimento dos acadêmicos que resultam em enriquecimento recíproco na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos de qualidade nos atendimentos, tornando-os mais humanizados com maior motivação, independentes da área de atuação.

Para os acadêmicos, a possibilidade de fortalecer a formação profissional mais qualificada através da vivência teórica e prática em Saúde Coletiva, possibilita um olhar mais próximo e real do funcionamento do SUS e a oportunidade de formar profissionais aptos a cumprir com a consolidação do SUS. Ao SUS, compete a proposta de qualificar as ações já existentes na ESF e aproximar a unidade, a universidade e a sociedade, oferecendo novos horizontes de promoção e prevenção da saúde.

E, assim, a Universidade Regional de Blumenau, mais uma vez, reforça o seu compromisso social em atender a comunidade e oferecer novas oportunidades de serviços diferenciados na área da saúde, na atenção à saúde primária, secundária e terciária, com o intuito de proporcionar melhorias na qualidade de vida da população.

Metodologia

A presente pesquisa caracterizou-se do tipo explo-

ratória descritiva e com abordagem qualitativa baseada nas representações sociais, com a técnica de coleta de dados em entrevista não diretiva. Posteriormente, para análise dos dados, as entrevistas foram transcritas de forma narrativa, e a partir destas, foram selecionadas categorias representativas conforme os resultados encontrados e utilizando a repetição como critério de seleção.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, o que sentem e pensam (MINAYO, 2007). Ou seja, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (GALLO, 2005). A pesquisa foi desenvolvida na ESF Enfermeira Tânia Leite, localizada à Rua Francisco Benigno, 55, bairro Progresso, no município de Blumenau, sendo esta uma das unidades do PET- Saúde que desenvolve, no seu contexto histórico, vários grupos educativos, visando a conscientização da comunidade ao autocuidado.

Como critérios de inclusão, os membros da equipe da unidade e conselheiros locais. E como critérios de exclusão, os sujeitos que não aceitaram participar da pesquisa. A população foi composta pela equipe de saúde da família da unidade e a população local, sendo que a amostra limitou-se aos profissionais e aos membros líderes da comunidade.

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicada uma entrevista Semi-Estruturada, gravada, a fim de se obter os dados relativos à pesquisa, no mês de março de 2010. Dentro das concepções de Minayo (2007), a entrevista é uma fonte de informações que transmite dados primários e secundários, que incluem fatos, ideias, opiniões, comportamento entre outros.



Alunos da Enfermagem com o grupo Viver a Vida



Entrevista

Nome: _____

Tempo que está na comunidade: _____

Membro da Equipe() Membro da Comunidade()

A FURB proporciona aos acadêmicos estágios curriculares e projetos de pesquisa e extensão neste território:

Qual sua opinião sobre isso?

Houve modificações?

Quais?

Onde?

Resultados e Discussão

Disposmos os dados obtidos na pesquisa na tabela 1 para melhor visualização e entendimento dos resultados.

TABELA 1

Número de repetições que cada categoria foi citada pelos sujeitos durante a entrevista

Categorias surgidas nas entrevistas	Profissionais membros da equipe (9)	Líderes da comunidade (4)
1. Troca de saber	3 (7,14%)	0
2. Conhecimento atualizado	6 (14,28%)	6 (30%)
3. Inovação/qualificação do serviço oferecido	15 (35,7%)	11 (55%)
4. Distribuição de tarefas	1 (2,38%)	3 (15%)
5. Valorização/adeseção do serviço pela comunidade	12 (28,5%)	0
6. Mudança na rotina	5 (11,9%)	0

Da análise das entrevistas, 13 no total, foram definidos 6 critérios. Estes critérios foram citados 42 vezes pelos profissionais e 20 vezes pelos líderes da comunidade. Os percentuais de citação de cada critério foram calculados considerando o total das repetições em cada grupo de entrevistados.

Tendo em vista a tabela com os resultados obtidos na coleta de dados, observa-se que a categoria 1, Troca de saber, foi citada em uma porcentagem de 7,14% de vezes pelos profissionais membros da equipe. O trabalho em equipe surge como estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços (PINHO, 2006). Essa afirmação compete a respostas que obtemos nas entrevistas:

“nos trazem sempre novos conhecimentos. A vinda deles trouxe mudanças para melhor, pois estamos sempre aprendendo e trocando conhecimento” (sujeito 2 – membro da equipe)

Entretanto, percebe-se que embora haja muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendem a sua dinâmica. Um dos fatores que pode influenciar e dificultar essa compreensão, segundo Hall e Weaver (2001), é o fato de que no processo de educação de sua profissão,

cada profissional da saúde aprende seu papel tradicional, o trabalho centrado em um único olhar. Para haver mudança neste paradigma é importante que os profissionais sejam estimulados ainda enquanto acadêmicos, para que criem seus conceitos e ainda melhor, que vivenciem este conceito. De acordo com Cott (1998), existem diferentes percepções de trabalho em equipe dependendo da afiliação profissional de cada membro, e do processo de socialização profissional, experiências pessoais e crenças.

A presença da hierarquia na equipe de saúde, a visão do outro como seu subordinado, também pode ter sido um fator que tenha vindo a influenciar nas respostas obtidas. A falta de engajamento dos profissionais envolvidos nos cuidados diretos reflete no modo de pensar sobre o trabalho em equipe. Muitas vezes não se sentem engajados com os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar, não permitindo o desenrolar do trabalho em equipe (MENEZES e ROCHA, 2008).

Já os líderes da comunidade não citaram, em nenhum momento, a importância dos acadêmicos na troca de saber, o que pode ser justificado pela ideia de que os mesmos não participam diariamente da rotina juntamente com os profissionais para observar tal ponto, ou então, ainda, que, ao participarem das atividades propostas aos usuários, estão somente como sujeitos passivos e não como parte integrante de um grupo que dialoga, troca experiências e constrói conhecimentos. Tudo o que lhes é oferecido já vem moldado de tal forma que não permite ou estimula o envolvimento ativo dos usuários, fazendo com que não vejam a possibilidade da troca de saber e sim de receberem conhecimento. Os profissionais e os acadêmicos estão sendo vistos como aqueles que detêm o conhecimento e não como aqueles que trocam conhecimento.

A categoria 2, Conhecimento atualizado, foi destacada tanto pelos profissionais membros da equipe, com 14,28% das repetições, como para os líderes da comunidade, com 30% das repetições. Eles acreditam que a presença dos acadêmicos na unidade de saúde é muito benéfica para atualização dos conhecimentos porque, com a rotina de vivenciar sempre as mesmas situações da comunidade e raramente surgir casos novos intrigantes, muitas vezes, os profissionais se acomodam e acabam não atualizando seus conceitos. Como pode se verificar abaixo nos relatos dos membros da equipe:

“na presença deles sempre há assuntos atuais a serem abordados e assim, atualizo meus conhecimentos” (sujeito 1 – membro da equipe)

“Eu acho muito bom a presença dos estagiários porque eles nos trazem sempre novos conhecimentos” (sujeito 1 – membro da equipe)

“a equipe fica mais atualizada com os conhecimentos novos, aí em conjunto tudo fica melhor...” (sujeito 13 – líder da comunidade)

A ESF é considerada um desafio pelos profissionais de saúde, por centrar-se em apoiar a promoção da saúde do indivíduo inserido na comunidade e ser um programa que pode ampliar o trabalho e aprimorar o horizonte profissional, porquanto representa uma experiência nova, com en-



Ação educativa com a participação da comunidade

foque generalista e inovador na carreira do profissional em saúde (GONÇALVES e KAUCHAKJE, 2009). Desta maneira, torna-se fundamental a atualização de conhecimentos científicos e técnicos para melhorar o nível profissional, fortalecendo a capacidade de absorver e transmitir conceitos e informações no meio em que os profissionais das unidades de saúde atuam. (ARAÚJO e OLIVEIRA, 2009).

Na categoria 3, Inovação e qualificação no serviço oferecido, obteve-se uma frequência alta nas respostas, tanto no que diz respeito aos profissionais membros da equipe (35,7%) como aos líderes da comunidade (55%). As universidades estão cada vez mais buscando inovar seu método de ensino para qualificar e preparar os acadêmicos para exercer a profissão desejada. Para formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, preparado para atuar em equipe e no mercado de trabalho, faz-se necessária a vivência ensino-aprendizagem. A universidade ao ser chamada a desenvolver uma função social que responda aos problemas da sociedade tem desafio de produzir conhecimentos, logo a pesquisa e o ensino precisam se articular para que a práxis seja efetivada na relação entre comunidade acadêmica e a sociedade (ROSA, 2010). Além deste, também é papel da universidade auxiliar na reciclagem dos profissionais antigos, pois eles necessitam de educação permanente e novas técnicas para se manterem atualizados (PINTO et al, 2009).

Os acadêmicos necessitam da visão prática. Ao irem a campo, buscam desenvolver estratégias e metodologias de trabalho diversificadas e inovadoras para atingir seu objetivo. As equipes de saúde estão carentes de informações, de formas novas de agir e conseguir alcançar seus usuários. Sentem-se muitas vezes desmotivados pela rotina. Essa afirmação pode ser obtida através de relatos nas entrevistas realizadas:

“com eles aqui nos grupos educativos, sempre há inovações e assuntos atuais a serem abordados, e na equipe, a motivação de desempenhar sempre um bom trabalho e buscando atualizar seus conhecimentos” (sujeito 1 - membro da equipe)

“Eles trazem idéias novas e mais informações tanto nos atendimentos como nos grupos...” (sujeito 5 - membro da equipe)

“Eles sempre estão ensinando algo diferente, o que faz com que a comunidade participe mais da unidade para poderem conhecer esses serviços” (sujeito 7- membro da equipe)

A relação acadêmico-profissional possibilita a troca de ideias, instiga e abre lacunas para que o novo seja criado

trazendo como consequência a qualificação nas atividades desenvolvidas:

“...traz benefícios para a comunidade. Aqui no Jordão não tinha nada, e com todos esses estagiários presentes houve muitas mudanças, eles fazem muitas coisas para melhorar a comunidade... a comunidade tem mais acesso a diferentes serviços de saúde...” (sujeito 9 - líder da comunidade)

“mudaram algumas coisas, começaram a fazer assistência diferente e fortalecem a orientação...” (sujeito 11 - líder da comunidade)

Pouquíssimo citada pelos profissionais da equipe e líderes da comunidade, a Distribuição de tarefas, categoria 4, apareceu em apenas 2,38% no primeiro, e 15% no segundo. Esse fato foi de encontro ao que esperávamos dos resultados da pesquisa. Com a vivência diária de um ano na unidade, percebíamos muitas vezes a importância da presença de acadêmicos da área da saúde para poder fortalecer e vincular ainda mais a atenção integral e a abertura e disponibilidade que a equipe nos recebeu.

A unidade de saúde, por muitas vezes, trabalha com déficit de profissionais, mas consegue cumprir com seu papel. Observamos que a equipe de saúde tem como objetivo se comprometer com o cuidado à vida, desenvolvendo assistência com qualidade, comprometimento e organização, buscando na troca de conhecimento à construção das ações de saúde, utilizando a Educação em saúde como perspectiva transformadora para a conscientização do indivíduo a autonomia em suas escolhas.

Entre as estratégias de produção de saúde, a integralidade implica em um dispositivo jurídico institucional a partir do objetivo de assegurar aos “indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos e/ou coletividades em suas singularidades” (PINHEIRO e MATTOS, 2004). A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser abrangente, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos, (VÂNIA, 2005).

A presença dos acadêmicos de diferentes áreas da saúde auxilia na divisão do trabalho, podendo ofertar um melhor acolhimento ao usuário e fortalecer o trabalho interdisciplinar na unidade. Ressalta-se a importância do





trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço (COTTA, 2006).

“Eu acho muito boa a presença dos estagiários porque eles nos ajudam muito no trabalho” (sujeito 2 - membro da equipe)

“...e assim tem gente para auxiliar o trabalho com os grupos, visitas domiciliares. A assistência fica completa” (sujeito 12 - líder da comunidade)

“Ajudam a equipe e é muito válido. Faz diferença para a equipe da unidade, pois ajudam nas tarefas” (sujeito 13 - líder da comunidade)

A efetividade e reconhecimento maior das ações quando construídas com essa parceria também pode ser conferida na categoria 5, Valorização/ adesão ao serviço pela comunidade. Apesar de não ter sido citada pelos líderes da comunidade, esta categoria obteve frequência considerável na resposta ao questionamento para com os membros da equipe de saúde (28,5%). Podemos justificar pelo fato de que o olhar da equipe pode se dar de modo mais profundo e comparativo entre o período pré e pós inserção dos acadêmicos na unidade, permitindo uma visão crítica e generalista sobre todas as atividades desenvolvidas. Os relatos a seguir, descrevem bem esta situação:

“... desde a vinda deles, a comunidade demonstrou ter mais segurança na equipe de saúde por acreditar que a FURB só leva estagiários para locais bons, então

eles aceitam muito bem, e valorizam mais o posto” (sujeito 3 - membro da equipe)

“... aprendemos bastante e valoriza mais a nossa unidade” (sujeito 4 - membro da equipe)

“... os pacientes formam vínculo e fazem maior adesão” (sujeito 5 - membro da equipe)

“eles sempre são muito empenhados em realizar um serviço de qualidade” (sujeito 6 - membro da equipe)

“os usuários são mais assistidos... eles não estão mais vindo aqui só para curar doença” (sujeito 8 - membro da equipe)

Ao que se refere à Mudança na rotina na presença dos acadêmicos, categoria 6, pouco destaque se obteve. Apenas 11,9% dos relatos dos profissionais membros da equipe destacaram esta categoria e nenhum dos líderes da comunidade relataram sobre este quesito, talvez por não estarem incluídos efetivamente nos trabalhos da equipe. Conforme dados obtidos nas entrevistas, como nos trechos descritos a seguir, percebe-se que a alteração na rotina foi vista sob duas óticas: a) construtiva: considerando a dinâmica das diferentes situações e atividades proporcionadas pelos estagiários, sendo eles jovens acadêmicos; b) negativa: relaciona-se à supervisão que estes exigem nas atividades desenvolvidas, interferindo de certa forma no andamento das atividades já desempenhadas anteriormente pelo profissional da equipe.

“... saio da rotina do meu dia-a-dia vivenciando sempre as mesmas situações” (sujeito 1 - membro da equipe)

“O único problema é que sou acostumada de uma maneira e na presença deles há alteração da minha rotina” (sujeito 9 - membro da equipe)

Faz-se necessário que as organizações assumam um elevado grau de sensibilidade a estímulos internos e externos, profissionalismo e flexibilidade nas ações repensando suas estratégias e realocando recursos para ações de melhoria evolucionária e/ou revolucionária dos processos, aumento da autonomia, satisfação e capacitação do quadro de funcionários, aperfeiçoamento dos mecanismos gerenciais, desenvolvimento da arquitetura de sistemas integrados, etc (MACIEIRA; BENTO; SANTOS, 2003). A introdução de mudanças nas organizações se dá, em geral, na busca por um conjunto de melhorias ou mesmo por uma melhoria específica. Estas melhorias passam ou podem passar pela atuação na estratégia, na estrutura, nos processos, nas competências e conhecimentos, na definição de indicadores de desempenho, na tecnologia da informação, nos recursos humanos, e, sem esgotar a questão, no aprimoramento do modelo de gestão (GALBRAITH, 2000; GHOSHAL & BARTLETT, 2000). Em outras palavras há diversas possibilidades de bases conceituais e de elementos de atuação que podem ser aplicadas para concretizar uma reestruturação organizacional.

Considerações finais

Tanto a equipe da ESF Enfermeira Tânia Leite como a comunidade local enfatizaram que a presença de acadêmicos é de extrema importância para inovação, troca de saberes e qualificação dos serviços prestados. Além de tudo, o interesse, a liberação e a abertura ofertados pela Coordenação e demais membros da equipe foram essenciais para a realização desta pesquisa.

Podemos destacar a importância da parceria da Universidade com o Serviço de Saúde Público. Já se sabe que é importante para o acadêmico a vivência prática a partir da teoria exposta em sala de aula, entretanto pouco se comenta sobre o impacto que esse serviço gera na equipe e na comunidade.

Esse artigo possibilitou a visão através do olhar destes que compartilham e recebem os serviços oferecidos pelos acadêmicos. Desta forma é perceptível que a relação ensino-serviço beneficia não só as equipes de saúde, mas, também, os acadêmicos e a universidade e suas respectivas comunidades.

Através do Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde PET/PRÓ Saúde, torna-se visível a mudança na organização das ações desenvolvidas, onde ocorre a constante melhoria na execução de metodologias de trabalho, ou seja, seguindo os princípios da construção e troca de saberes a unidade desenvolveu características próprias de Assistência. Assim, destacamos a importância de que essa parceria permaneça e se vincule as outras unidades de Estratégia Saúde da família e as outras Instituições de Ensino, e que pesquisas sejam realizadas para confirmar a importância positiva da integração ensino-serviço.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, Vol. 32, n.3, p. 356 – 362, 2008.

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. *Rev. Eletrônica*

de Ciências Sociais, n.14, Setembro/2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 abr. 2009, 20:15 hr.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de Promoção da Saúde. Brasília, D.F : Ministério da Saúde, 2006. 58 p, il. (Pactos pela saúde 2006, v.7).

COTT, C. Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Social. Health Ines*, 20, 848-873. 1998.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3) : 7 - 18

GALBRAITH, J. R. Design the Global Corporation. Jossey-Bass.San Francisco. 2000.

GALLO, D. L. L. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina. 2005.

GHOSHAL & BARTLETT. A Organização Individualizada. Campus. Rio de Janeiro. 2000.

GONÇALVES, R. M. D; KAUCHAKJE, L. A. Perfil dos enfermeiros da estratégia saúde da família e suas habilidades para atuar na saúde mental. *Ver. Cienc Cuid Saude* 2009 Jul/Set; 8(3):345-351).

HADDAD, A. E. (Org.). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, D.F : Ministério da Saúde, 2006. 414 p, il. (Série B. Textos básicos de saúde)

MACIEIRA, A. R; BENTO, A. O; SANTOS, R. P. C. Implantação Efetiva da Mudança – uma Abordagem Baseada em Processos. XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção - Ouro Preto, MG, Brasil, 21 a 24 de out de 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

PINTO, M. E. B; GAMA, C. M; GONÇALVES, M. R; SOUZA, A. C. Experiência interdisciplinar em equipe multiprofissional na graduação na atenção primária a saúde – PET-SAÚDE. 2009. Disponível em: < http://hosting.udlap.mx/sitios/unionlat.extension/memorias2009/trabajos/practicas_integrales/experiencia_interdisciplinar_em_equipe_multiprofissional_na_graduacao_na_atencao.pdf>. Acesso em: 30/03/2010.

HALL, P; WEAVER, L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med. Educ*, 35, 867-875. 2001.

MENEZES E ROCHA, A. A. R. Condições e processo de trabalho no cotidiano do PSF: coerência com princípios da humanização em saúde. 2008. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>>. Acesso em: 30/03/2010.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. 319 p.

PINHO, M. C. G. Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. 2006. Rio de Janeiro - RJ. Disponível em: < <http://www.cienciaeasocognicao.org>>. Acesso em: 30/03/2010.

REZENDE, M. Avaliação da inserção do fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: a contribuição deste profissional para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes. Um estudo de caso. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Ensp. 2007.

ROSA, M. M. C. S. Prática de ensino e extensão universitária: uma experiência alternativa no curso de pedagogia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. 2010. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/mes-teduc/>>. Acesso em: 30/03/2010.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Interdisciplinaridade e saúde. Itajaí, SC : Ed. da Univali, 2007. 189 p.

VÂNIA, S. P. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, vol.9 no.16 Set/Fev 2005.



Programa Sorriso Nota 10

Cuidando de sorrisos para garantir um futuro brilhante

Equipe ESF Brunópolis:

Enfermeira

Vanessa Silveira

Técnicas em Enfermagem

Lucélia Ferreira

Rosa Maria Betiolo

Médica

Andréa Nanci Pontes

ACDs

Franciele de Souza

Suzana de Souza

Cirurgiões Dentistas

Tarcísio Vivian Soares

Mariana Pegoraro

Introdução

A saúde coletiva é um campo que tem se constituído através de uma abordagem ampla e complexa na perspectiva do contexto social, tendo como eixo o sujeito e suas relações com o coletivo (Melo, 2002). Neste contexto, a educação em saúde surge como um processo planejado e sistemático de comunicação e de ensino aprendizagem orientado para facilitar a aquisição, a escolha e manutenção de práticas saudáveis e tornar difíceis as práticas de risco (Garrafa, 2001). O compartilhar de crenças e valores e a discussão das informações transmitidas são estratégias básicas para permitir que o indivíduo realize suas escolhas com base nas informações obtidas levando-o a modificar seus padrões de comportamento, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis (Garrafa, 2001).

Atualmente fazer prevenção e educação em saúde constitui-se em um dos maiores desafios da Odontologia moderna. Devido ao amplo avanço técnico-científico que a Odontologia tem apresentado ao longo dos anos, uma grande parcela da população vem sendo excluída pelos altos custos que tais melhorias representam, traduzindo-se em procedimentos caros, e consequentemente inacessíveis à maior parte da população (Garrafa, 2001). A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adesão de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe. A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do BRASIL SORRIDENTE, tem na Atenção Básica um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, e sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal.

A definição do campo da prática das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, o que exige na composição que suas ações integrem diferentes áreas de conhecimento. Desta forma, o Ministério da Saúde elaborou o documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal". Estas diretrizes apontam para

uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações interseccionais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (MS, 2006).

Brunópolis está situado na microrregião Planalto Sul do Estado de Santa Catarina. Faz parte da Associação dos Municípios do Planalto Sul de Santa Catarina (Amplasc) e da 8ª Secretaria do Desenvolvimento Regional com sede em Campos Novos. Possui uma área total de 336 km² e população estimada de 2.939 habitantes. Foi fundado em 29 de dezembro de 1995 e tem sua base econômica na agricultura e pecuária. A rede de atenção Básica de Saúde é composta por duas Unidades de Saúde, nas quais atua uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inclui uma equipe de ESF-Bucal. A cobertura da equipe de saúde da família no município é de 100%.

Justificativa

Com base nas diretrizes de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e buscando aproximar-se das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2010, o Município de Brunópolis estruturou os serviços de Atenção à Saúde Bucal visando ampliar o acesso e cobertura dos serviços odontológicos com enfoque principalmente na prevenção e educação em saúde, atendimento clínico e acompanhamento individual e coletivo. Realizou-se o I Levantamento Epidemiológico com escolares do pré-escolar, séries iniciais e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), dando início à coleta de dados para conhecimento da prevalência e incidência da doença cárie, permitindo desta forma que ações efetivas pudessem ser planejadas, executadas, avaliadas e comparadas com dados nacionais e internacionais. Desta forma, foi criado o Programa Sorriso Nota 10 – Cuidando de Sorrisos Para Garantir um Futuro Brilhante, visando alcançar resultados a curto e longo prazo, resultando em mudanças e melhorias nas condições de saúde bucal e geral da população e influenciando diretamente na sua qualidade de vida.



Objetivo Geral

Desenvolver atividades voltadas a vários grupos etários, referentes à saúde bucal, envolvendo a equipe da ESF, integrando práticas tanto na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, buscando melhorias das condições de saúde e, desta forma, da qualidade de vida.

Objetivos específicos

- Planejar ações que levem em consideração a realidade de sócio-econômica, cultural individual e coletiva, nas abordagens de prevenção e educação em saúde, como forma de alcançar resultados mais efetivos quanto a mudanças do estilo de vida e práticas de hábitos de saúde;
- Permitir acesso dos usuários a serviços de alta e média complexidade por meio de encaminhamentos feitos ao CEO- Caçador, como forma de atender cada indivíduo de acordo com suas necessidades;
- Orientar ações sob os princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social;
- Efetivar ações da Atenção Básica através de políticas de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhe permitam atuar na ESF com espírito crítico, competência técnica e compromisso político;
- Ampliar os conceitos de cidadania e trabalho em grupo, enfatizando a contribuição individual em tais processos;
- Obter dados referentes à saúde bucal, através de levantamento epidemiológico nas diversas faixas etárias, como forma de obter dados sobre as doenças bucais mais prevalentes, buscando planejar ações afetivas que visam diminuir a prevalência das mesmas.

Metodologia

O Programa Sorriso Nota 10 – Cuidando de Sorrisos para Garantir um Futuro Brilhante, foi direcionado aos escolares do pré-escolar, séries iniciais e PETI e Grupos de Diabéticos e Hipertensos. O programa foi dividido em duas etapas:

Etapa I: palestras, atividades lúdicas, distribuição de kits de escova e creme dental, escovação supervisionada e bochecho de flúor (feito com os escolares), direcionadas a vários grupos etários.

Etapa II: Levantamento epidemiológico com coleta de dados de índice de ceo-d e CPO-D (com crianças de 5 e 12 anos) e atividades educativas.

Grupo de gestantes:

A palestra aos grupos de gestantes foi constituída de informações referentes aos cuidados com alimentação, higiene oral e cuidados específicos durante o período gestacional, importância da amamentação natural, cuidados com a saúde bucal do bebê, uso de chupeta, os primeiros dentes, primeiros alimentos, uso de mamadeira, consumo de açúcar, a primeira ida ao dentista. Em seguida, foram distribuídos kits de higiene bucal e feitas orientações sobre técnica de escovação e uso de fio dental. Também foram estimuladas visitas preventivas ao dentista durante o período gestacional.

Grupo de Hipertensos e Diabéticos:

Aos grupos de hipertensos e diabéticos as informações também foram repassadas sob a forma de palestra, que abordaram os cuidados com a higiene oral, com as próteses, alimentação, uso de medicamentos, procedimentos odontológicos, consultas preventivas, autoexame para prevenção do câncer bucal, uso de protetor solar. Ao final da palestra, foram distribuídos kits compostos por escova e creme dental e estimulado a higienização correta de próteses e dentes além de visitas frequentes ao dentista.

Em um segundo momento, foi apresentado um teatro de fantoche intitulado “A saúde começa pela boca”, feito pela equipe da ESF. Foram abordados assuntos referentes aos cuidados com saúde, alimentação rica em gorduras e açúcares, visitas ao médico e ao dentista, hábitos transferidos aos netos, importância da adesão correta ao tratamento feito com medicamentos e estímulo a exercícios físicos e hábitos saudáveis de estilo de vida.

Escolares do pré-escolar, séries iniciais e PETI:

As atividades desenvolvidas com este grupo etário foram divididas em duas etapas, na primeira foram realizadas palestras e atividades lúdicas, na segunda foi realizado levantamento epidemiológico de índices de CPO-D e ceo-d.

Num primeiro momento, foi realizada palestra constituída de informações referentes aos cuidados com a higiene oral (escovação, cuidados com gengivas, uso de fio dental) complementada por vídeo relacionado aos temas. Em seguida, foram desenvolvidas atividades lúdicas (trilha do sorriso feliz, quebra cabeça, jogo da memória e folheto de atividades), como forma de assimilar o conhecimento repassado previamente. As atividades lúdicas foram confeccionadas pela própria equipe de Odontologia com materiais reciclados também visando desenvolver a consciência ambiental dos estudantes. Cada aluno recebeu um kit composto por creme dental e escova. Sob supervisão, fez-se a escovação e em seguida bochecho com fluoreto de sódio 0,2% por 01 (um) minuto. Em cada visita nas escolas, a equipe foi acompanhada da mascote do projeto, o Dentinho.

Na etapa II foi realizado o levantamento epidemiológico nas escolas municipais e estaduais do Município. Foram realizadas visitas às escolas e cada turma foi examinada por um único examinador na própria sala de aula. No levantamento foram examinados 323 indivíduos da faixa etária de 5 a 6 anos para o cálculo de ceo-d e de 7 a 14 anos para o cálculo de CPO-D. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Índice geral de ceo-d para crianças de 5 a 6 anos: 5,2
- Índice geral de CPO-D para crianças de 1ª a 4ª séries e PETI: 2,19

Para facilitar o planejamento de ações voltadas a cada grupo etário, o ceo-d CPO-D foi calculado também para cada grupo examinado em cada escola:

Escola e Índice de ceo-d

CEI Criança Feliz	4,74
CEI Sossego da Mamãe	6,6





Grupo de escolares participantes do Programa

Escola e Índice de ceo-d

Escola Municipal Padre Bruno Paris	1,1
Escola Estadual Nadir Becker	1,4
Escola Estadual Prefeito Augusto C. Stefanos	1,3
Escola Municipal Vicente Pires	1,4
Escola Ramo Verde	2,0
Escola Biazoto	3,9
Escola Lageado dos Borba	2,0
PETI	3,8

Após terem sido analisados os dados de CPO-d e ceo-d, foram planejadas ações voltadas para cada grupo etário. Os professores receberam as informações dos dados de CPO-d e ceo-d referentes a cada escola, bem como a importância e o significado de tais indicadores nos níveis de saúde bucal, além de informações sobre a condução do projeto, através da supervisão da escovação e do bochecho de flúor semanal.

Para os escolares, foram planejadas ações de educação e promoção em saúde. O teatro de fantoches “Bocão de Jacaré” relacionado aos cuidados com a saúde bucal, escovação, uso de fio dental, alimentação saudável, bochecho de flúor e visita ao dentista, foi feito pela equipe de saúde bucal da ESF. Utilizou-se uma linguagem de fácil compreensão e assimilação que prendeu a atenção das crianças pela utilização dos fantoches. Após foram repassadas orientações sobre

técnica de escovação e uso de fio dental em macromodelo.

Após a apresentação do teatro, cada turma de pré-escolar e séries iniciais recebeu um cartaz de incentivo à escovação e bochecho de flúor semanal. Neste cartaz feito em forma de planilha, após o bochecho de flúor, cada criança colava um dentinho na linha correspondente ao seu nome e na coluna relacionada ao dia do bochecho. Assim no término do ano letivo as crianças que tivessem todos os dentinhos colados nos dias referentes ao bochecho ganhariam uma recompensa.



Equipe da peça teatral



Cartaz de incentivo ao bochecho com flúor



Entrega de brindes pelo "Dentinho"

Sendo assim, cada criança recebeu um kit presente composto por cartilha de atividades, adesivos e régua com ilustrações sobre saúde bucal e um diploma de participação no projeto. Os kits foram entregues pelo mascote do projeto, o "Dentinho". Observou-se grande mobilização por parte das crianças e professores na realização do bochecho de flúor semanal e escovação supervisionada. Os atendimentos clínicos realizados a crianças tiveram um grande incremento tendo em vista o estímulo que as crianças receberam ao longo do ano nas escolas.

Considerações finais

Por ser um município pequeno, Brunópolis enfrenta algumas dificuldades referentes à saúde, porém tais dificuldades estão aos poucos sendo sanadas. Investimentos em infraestrutura e qualificação dos atendimentos têm sido feitos com o intuito de melhorar as condições de saúde da população. A ESF desponta nesse panorama como uma orientadora das ações em saúde coletiva, nortear e dando bases para que mudanças efetivas sejam realizadas.

De acordo com os dados de SB Brasil 2003, os índices de ceo-d do Município de Brunópolis estão acima do esperado para o Brasil e a Região Sul, ceo-d aos 5 anos: 2,7 (Brasil), 2,3 (Sul). De acordo com os índices de CPO-D alguns grupos apresentam CPO-D menor que o esperado para o Brasil e para a Região Sul, e que em algumas escolas o CPO-D tem índices acima do esperado (escolas do interior). CPO-D: 2,7 (Brasil) 2,3 (Sul).

Brunópolis ainda não conta com fluoretação da água do abastecimento público, mas encontra-se em desenvolvimento projeto feito pelo comitê do Meio Ambiente que visa melhorias no saneamento básico do município incluindo a fluoretação da água. O comitê do meio ambiente é composto por representantes de diversos setores da comunidade incluindo um representante da equipe de saúde que está desenvolvendo projeto de fluoretação da água e heterocontrole.

O planejamento das ações em saúde bucal tem sido constante e intenso com bases na multidisciplinaridade da equipe do ESF e utilizando-se de todas as suas competências. Estão programadas outras atividades preventivas como a Campanha de Prevenção do Câncer Bucal, obrigatoriedade do bochecho semanal de flúor e escovação supervisionada nas creches e escolas do município como forma de diminuir os índices de CPO-D e ceo-d dos escolares já que a água de abastecimento público ainda não é fluoretada. Estão sendo organizadas, ainda, atividades de levantamento epidemiológico com a população acima dos 12 anos de idade, atenção a saúde bucal do bebê e crianças até os 3 anos de idade, atenção a saúde bucal de pacientes especiais, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos.

Desta forma, mesmo diante das inúmeras dificuldades encontradas, a mudança já é visível. Muito ainda precisa ser feito, mas o caminho é esse, buscar qualidade nos serviços oferecidos, dando à população a oportunidade de ser mais participativa e ter suas necessidades atendidas, valorizando a individualidade e buscando mais cidadania no sentido amplo de tal palavra. Cuidando de sorrisos para garantir um futuro brilhante é só o começo de um programa que visa a melhoria da qualidade de vida de cada habitante deste município, para que se sinta responsável pela sua própria condição e que seja capaz de intervir e modificá-la. Mais do que qualquer medida política-educativa-preventiva, pretende-se formar cidadãos mais conscientes de seu papel democrático e transformador na sociedade.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde Bucal, nº 17 Brasília- DF 2006
- GARRAFA, Volnei. Saúde Bucal e Cidadania: Revista Saúde em Debate, nº 41/dez 2001.
- MELO, Marilene Barros, de. Saúde Coletiva e Mestrado em Odontologia: um estudo de Representação Social: Revista Saúde em Debate, nº 43/mar 2002.



Educação em saúde bucal nas escolas do município

Leopoldo Klug Neto
Coordenador da Saúde Bucal
Prefeitura Municipal de Pomerode

João Regis Oliveira
Cirurgião-Dentista - ESF Pomerode

Juliana Paiano
Auxiliar de Saúde Bucal - ESF Pomerode

Resumo

Este artigo descreve o trabalho das Equipes de Saúde Bucal, realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Educação no município de Pomerode, que busca, através de atividades educativo-preventivas, despertar o interesse e o senso de responsabilidade das crianças e adolescentes sobre a sua saúde bucal e das gerações futuras. A iniciativa está baseada no levantamento das necessidades em saúde bucal, realizado nas escolas da rede pública de ensino nos anos 2009 e 2010, que mostra a premência de educar os alunos e implantar medidas preventivas em saúde bucal, sejam para evitar a incidência de doenças bucais e/ou paralisarem o processo de desenvolvimento das mesmas nas crianças e adolescentes do município. A dramatização teatral foi a forma escolhida pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família para trabalhar a educação em saúde bucal nas escolas sob sua responsabilidade.

Introdução

Saber da existência dos determinantes sociais do processo saúde/doença sem intervir sobre eles torna inócua a ação dos profissionais de saúde. Por esta razão fazem-se necessárias as ações coletivas em saúde, tanto na educação como na adoção de medidas preventivas. Está cada vez mais evidente que atuar apenas no âmbito individual, não basta. As ações coletivas se dão dentro do contexto da integralidade da atenção. Isto significa que a atenção precisa acontecer tanto em aspectos educativo-preventivos quanto curativos e reabilitadores em prol da saúde da população.

A educação proporciona o conhecimento e empoderamento das pessoas para que a partir deste possam tomar suas próprias decisões sobre o seu estado de saúde, enquanto a prevenção consiste em um conjunto de medidas, que tomadas durante o estado de saúde, impedem o estabelecimento da doença. Ainda que a cárie dentária e as doenças gengivais, as duas doenças bucais mais prevalentes, sejam preveníveis ou passíveis de controle e as medidas necessárias sejam relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não foram alcançados. Isso porque a prevalência e a incidência dessas patologias vêm associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas como resultado de interações biológicas na placa bacte-

riana dentária como se acreditava até bem pouco tempo.

Para se estabelecer a higiene bucal é essencial a colaboração das pessoas, obtida através da motivação. Motivar é levar o indivíduo a desejar agir em determinado sentido. Para motivar é essencial que os profissionais da saúde bucal tenham firme convicção e entusiasmo com relação aos resultados surpreendentes produzidos pela simples limpeza dental. Motivar é sempre um desafio, pois estamos pretendendo modificar um hábito. Para Lascala (1997), “A motivação do paciente é muito mais importante que a escova em si, que a técnica ensinada, e que a orientação que lhe foi dada de como utilizar a escova dentro de uma determinada técnica. Se o paciente não estiver consciente de que a higienização é importante para si, não adianta educá-lo na maneira de escovar.”

Segundo Petry e Pretto (1997), “para conseguirmos que os pacientes aprendam como manter a saúde não basta explicarmos bem as causas das doenças, como evitá-las e exigirmos que aprendam. É necessário criar a vontade de aprender, despertar a sua atenção, criar nele o necessário interesse que desencadeie a ação, estimular seu desejo de conquistar os resultados visados, criar e desenvolver condições internas favoráveis à aprendizagem, as quais, se conseguidas, fazem com que esta aprendizagem se torne um prazer e os indivíduos a ela dediquem o melhor de seu tempo e de seu esforço.”

Conforme Rossetti (1999), “a educação é a principal ferramenta e a escola é o principal local de trabalho na execução dos planos de saúde: Em primeiro lugar, teremos a oportunidade de realizar ações coletivas, de trabalhar com as crianças em grupos e não cada um de forma individual, dentro do consultório. As crianças já estão reunidas para a aprendizagem cotidiana, ao contrário, talvez, do consultório, onde temos que esperar que tenham cáries para que os pais os tragam.”

De acordo com PINTO (1993), “do ponto de vista epidemiológico, as crianças em idade escolar primária, fundamentalmente entre 6 e 14 anos constituem o grupo de maior prioridade em função do aparecimento da dentição permanente e dos padrões de ataque pela cárie dental que se verificam neste período. A doença cárie se comporta de maneira mais agressiva até a adolescência, diminuindo de intensidade na fase adulta que coincide com a maturidade dos tecidos dentários”.





Em consequência, o atendimento odontológico tem se dirigido predominantemente para este grupo, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, ou através da prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, de modo a impedir o seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas. Todos os países que possuem sistema de atenção odontológica bem estruturado e com elevados níveis de cobertura populacional partiram do atendimento adequado às crianças em idade escolar primária, daí evoluindo gradativamente para os adolescentes, infantes e, depois, aos adultos.

Há necessidade de motivação periódica nas escolas, tendo em vista que o controle de placa dentária diminui por meio de escovação. Diferentes estudos mostram que o estímulo constante é necessário para a melhoria da técnica da escovação e consequentemente de higienização, sendo imprescindível também, estabelecer um ritual de ensino, caso contrário a melhora não é sensível.

O planejamento da Educação Pré-escolar significa ter preparadas diversas atividades atendendo à psicomotricidade, expressão artística, desenvolvimento da linguagem comunicativa, hábitos e costumes sócio-culturais. As capacidades de expressão, relacionamento, espontaneidade, imaginação, observação e percepção – são inatas no ser humano, portanto, necessitam ser estimuladas e desenvolvidas nas crianças pré-escolares através de atividades dramáticas e plásticas, além, naturalmente, de outras atividades do currículo escolar. Em primeiro lugar está o relacionamento social, pois, melhor relacionados, os alunos se tornam mais espontâneos e juntos podem imaginar situações com novas linguagens; então

nesta etapa passam a observar o mundo e os outros e procurarão perceber tudo em seus menores detalhes.

Piaget (1967) afirma que é muito difícil ensinar a uma criança as operações; ela as elabora por si, através de suas próprias ações. Jogando, brincando, a criança chega a assimilar as realidades intelectivas, o que de outro modo seria impossível acontecer. As dramatizações são consideradas como uma das mais proveitosas linhas de educação grupal (WERNER et BOWER, 1984). Por exemplo, o desenvolvimento da cárie dental em relação às suas causas pode ser ensinado de maneira simples com participantes que assumam o papel dos microorganismos, do açúcar, dos ácidos, etc. Nesta mesma linha se situam as peças de teatro escolar e os teatros de fantoches, esses geralmente montados com material disponível localmente e com efeito visual dos mais positivos e alegres. Trabalhando com crianças na fase de dentição decídua e mista, verificamos que existe interesse no aprendizado de técnicas corretas de escovação dental, quer pelos pacientes quer por seus pais ou responsáveis quando bem motivados. Assim, nossa responsabilidade nesta etapa do aprendizado é muito grande.

Metodologia

É sabido que a mudança de hábitos dos pacientes com relação à sua saúde bucal não é uma tarefa fácil para o dentista. Para que haja mudanças de comportamento, é necessário educar e uma grande aliada da educação é a motivação. Desta forma, para se alcançar o objetivo geral do presente trabalho – educar em saúde bucal – é de fundamental importância que a população alvo sofra um processo de motivação e educação para a mudança de seus hábitos bucais.



Sendo assim, as Equipes de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Pomerode organizaram as apresentações teatrais para o mês de outubro de 2009 e de 2010, durante a Semana de Promoção da Saúde Bucal. O evento, comemorado em âmbito nacional, tem o objetivo de orientar a população e prevenir as doenças bucais. Ele foi instituído no calendário oficial em comemoração ao Dia do Dentista, em 25 de outubro. No período de 19 a 23 de outubro de 2009 foram realizadas atividades com alunos das escolas do município, com o objetivo de educar em saúde bucal. Para tanto, foram organizadas palestras e apresentações de teatro de fantoches nas escolas, tendo a prevenção de doenças bucais como tema. O evento foi realizado em parceria com a Fundação Cultural de Pomerode e com a Secretaria Municipal de Educação.

A dramatização ou apresentação teatral foi encenada pelos profissionais da Saúde Bucal de Pomerode para os alunos da pré-escola ao 5º ano do Ensino Fundamental, de onze escolas do município, totalizando mais de três mil participantes. As Equipes de Saúde Bucal são compostas por: auxiliares de saúde bucal (cinco), técnicas em saúde bucal (duas) e cirurgiões-dentistas (cinco).

Foi realizado contato prévio com as escolas que participaram do evento, a fim de agendar a data da apresentação do teatro e preparação do espaço físico para tal finalidade. As apresentações ocorreram nos locais de maior espaço nas escolas, na maioria das vezes o refeitório, reunindo os alunos de pré-escola ao 5º ano. Escovação dentária, visita ao

dentista, consumo de açúcar, ação do flúor, uso de fio dental e mecanismo de ação da placa dentária foram os temas abordados através do teatro de fantoches Show rindo. A peça teve a participação de dez personagens, um narrador e um sonoplasta. A estrutura do palco e os fantoches foram adquiridos pela Secretaria de Saúde de Pomerode e adaptados pelos profissionais. O enredo e os diálogos dos personagens foram criados pelos profissionais, adaptando a linguagem ao público alvo. Resumidamente, o enredo focava uma conversa de uma menina com seu próprio dente. Para enriquecer o conteúdo, foram utilizados fantoches de doce, bactérias, escova dental, fio dental, creme dental, flúor e dentista. Foram realizadas 20 apresentações de aproximadamente 30 minutos de duração, sendo que, no final de cada apresentação, os alunos receberam material informativo sobre o assunto abordado. Os professores das turmas também assistiram às apresentações. A relação dos personagens e a descrição dos diálogos estão contidas em anexo. Após a apresentação, os alunos retornaram às salas de aula.

Para os alunos do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental das escolas que participaram do evento, foram realizadas palestras com enfoque em saúde bucal, por cirurgiões dentistas da Secretaria de Saúde de Pomerode, onde, aproximadamente, 2,5 mil escolares estiveram presentes. Os profissionais utilizaram equipamento audiovisual para enriquecer o conteúdo do assunto abordado, focado em prevenção de doença cárie, periodontal e prevenção de câncer bucal.



Devido à repercussão positiva, no âmbito escolar, pela apresentação do teatro de fantoches Show rindo, no ano de 2009, houve consenso entre os profissionais na realização de uma peça de teatro envolvendo as Equipes de Saúde Bucal a ser apresentada durante a Semana de Promoção em Saúde Bucal, em 2010.

No período de 25 a 27 de outubro de 2010, foram realizadas apresentações da peça teatral A revolta dos dentinhos no Teatro Municipal de Pomerode, tendo a educação em saúde bucal como tema. O evento foi realizado em parceria com a Fundação Cultural de Pomerode e com a Secretaria Municipal de Educação. A dramatização ou apresentação teatral foi encenada pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Pomerode para os alunos de pré-escola ao 5º ano do Ensino Fundamental de onze escolas do município, totalizando mais de três mil participantes. O grupo de teatro era composto pelos diferentes profissionais da ESB: Auxiliares de Saúde Bucal (cinco), Cirurgiões-Dentistas (cinco) e Técnicas em Saúde Bucal (duas). Foi realizado contato prévio com as escolas que participaram do evento. A escovação dentária, visita ao dentista, consumo de açúcar, ação do flúor, uso de fio dental e mecanismo de ação da placa dentária foram os temas abordados através da dramatização teatral. A peça teve a participação de dois palhaços para abertura, onze personagens, um narrador e um sonoplasta. As fantasias foram confeccionadas pela Equipe de Saúde Bucal. O enredo e os diálogos dos personagens foram adaptados à linguagem do público alvo pela Professora Eroni Mass. Resumidamente, o enredo focava três dentes revoltados com a boca, por não preocupar-se com eles. Para enriquecer o conteúdo, foram utilizados fantasia de doce, bactéria, escova dental, fio dental, creme dental, flúor e dentista. Foram realizadas seis apresentações de, aproximadamente, 40 minutos de duração, sendo que, no final de cada apresentação, os alunos receberam material informativo sobre o assunto abordado. Os professores das turmas também assistiram às apresentações. As apresentações teatrais não se constituem em eventos isolados para o cumprimento do calendário da Secretaria Estadual de

Saúde, mas estão inseridas nas atividades educativo-preventivas rotineiramente realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal nas escolas sob sua responsabilidade.

Considerações finais

O presente trabalho demonstrou que uma abordagem coletiva de educação em saúde causa um impacto maior quando comparada com as ações individuais. Acreditamos que o teatro é uma forma de atrair mais a atenção das crianças para o tema quando comparado à orientação individual ou palestras.

Uma abordagem de educação em saúde deve sempre priorizar a adequação da transmissão do conteúdo em relação ao público alvo. A criatividade e a fantasia são ferramentas importantes na motivação dos indivíduos para a prevenção de doenças e cuidados com a saúde bucal. A escola é o espaço privilegiado para a realização de atividades com enfoque na educação e prevenção em saúde.

Membros das Equipes de Saúde Bucal:

ESB/ESF Testo Alto: Ana Wilma Machado;

ESB/ESF Centro: Elisângela Ap. Scussiato (auxiliar de saúde bucal) Paulo Roberto Zanchet (cirurgião-dentista);

ESB/ESF Testo Rega: Juliana Paiano (auxiliar de saúde bucal), Fabiano Miranda Resende (cirurgião-dentista) e Caroline Weege (técnica em saúde bucal);

ESB/ESF Testo Central: Marubia Barg (auxiliar de saúde bucal), Amerigo Sugamoto da Rosa (cirurgião-dentista) e Aline Pazin (técnica em saúde bucal);

ESB/ESF Ribeirão Clara: Daniela Voigt e Laurita de Oliveira (auxiliar de saúde bucal), João Regis Oliveira (cirurgião-dentista);

ESB/ESF Pomerode Fundos: Karolina Borges Rodrigues (auxiliar de saúde bucal) e João Alberto de Mello (cirurgião-dentista);

Coordenador de Saúde Bucal do Município de Pomerode-SC: Leopoldo Klug Neto (cirurgião-dentista).

Agradecimentos

Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde de Pomerode pelo apoio na execução deste trabalho. Da mesma forma à Secretaria Municipal de Educação de Pomerode por ceder o espaço físico das escolas, para as apresentações do teatro de fantoches e por proporcionar o transporte dos alunos nas apresentações da peça teatral, bem como permitir a realização das palestras.

Referências

LASCALA, N. T. Prevenção na clínica odontológica: Promoção de saúde bucal. São

Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 63-84.

PETRY, P. C., PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Org.). ABOPREV: Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 364-370.

PINTO, V. G. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. São Paulo: Santos, 1993. 192 p.

ROSSETTI, H. Saúde para a odontologia. 2. ed. São Paulo: Santos, 1999. p.104 - 105.



Programa Pratique Saúde

Atividade física como fonte de promoção de saúde da população

Laercio Demerval Schuster Junior

Prefeito Municipal

Cíntia Marchi

Diretora Municipal de Saúde

Clóvis Nargel Gütz

Diretor FME

Christiane Keim Stein

Coordenadora Programa e autora do relato

Dulce Samalea

Enfermeira da ESF

Fernanda Vicenzi

Fisioterapeuta da ESF

Ângela Machado

Médica da ESF

ACS da ESF:

Zulmira Heidrich

Daiana Feltrin

Maristela Purim

Margarete Ap. da Luiz

Vera Lúcia Dallabrida

Adriana Claudino

Irma Bombasaro

Neusa Berkenbrock

Acadêmicos de Educação Física:

Danielle Karine Fiamoncini

Thiago Barth

Marilu Zanghelini

Daniel Spezzia

pratiquesaude@timbo.sc.gov.br

Introdução

Estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade, sugerindo um efeito sobre as enfermidades cardiovasculares, o perfil dos lipídeos plasmáticos, a manutenção da densidade óssea, a redução das dores lombares e melhores perspectivas no restabelecimento por enfermidades respiratórias crônicas. Sugerem, também, efeitos positivos no tratamento da arteriosclerose, da enfermidade venosa periférica e da osteoporose, bem como diminuição da ansiedade e do estresse, além da melhora da autoestima. Atividade física moderada e regular, associada à dieta adequada, é capaz de controlar e limitar a progressão do diabetes tipo II. O sedentarismo é outro fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças crônicas. Estudos mostram que a inatividade física é prevalente em mulheres, idosos e pessoas de baixo nível social. Levantamento deste ano da Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma que 83% da população são sedentários. A Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde da OMS recomenda pelo menos 30 minutos de atividade moderada, na maioria dos dias da semana.

Estudos sobre qualidade de vida demonstram que a inserção em grupos de atividades que proporcionam integração e melhora da autoestima, favorecem o bem-estar físico e emocional influenciando na melhora da qualidade de vida dos indivíduos. Um programa de exercícios físicos contribui para a melhoria da saúde e retarda a deteriorização dos processos físicos e psicológicos. Mostra ainda que os exercícios não são suficientes para reduzir os riscos de doenças e a conseqüente incapacidade, mas devem ser considerados parte de um programa completo e preventivo, sendo adaptáveis a cada indivíduo.

O Programa Pratique Saúde é um programa volta-

do aos munícipes de Timbó, que prioriza a prevenção e a promoção da saúde, que visa, através da prática de atividade física, “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2006), numa intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, através de um processo grupal orientado para a melhoria das condições de vida e saúde dos seus participantes.

O presente programa vem sendo desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Timbó, através da Fundação Municipal de Esportes e da Secretaria Municipal de Saúde, com uma equipe multidisciplinar. A prefeitura disponibiliza os espaços físicos/públicos – praças, unidades de saúde, bem como, algumas Associações de Bairro - Nações, Capitais e Sociedade Recreativa Água Verde, são disponibilizadas pelos seus respectivos presidentes.

O Programa caracteriza-se por aspectos e conteúdos referentes às concepções de saúde, de atenção e promoção de saúde, de cuidados de saúde nas doenças crônicas, desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas entre outros, fatores estes importantes na reconstrução das práticas de atenção à saúde, como constantes de tempo, espaços e limites de funcionamento, que integram cooperativamente a fim da tarefa da promoção da saúde, primando pelo amplo conceito de saúde ao contemplar as dimensões bio-psico-sociais relacionadas ao binômio saúde-doença, e ao processo de envelhecimento.

Partindo desta premissa, buscou-se estimular a população a incorporar atividades físicas regulares e de intensidade moderada nas Unidades de Saúde da Família, constituindo a atenção integral à saúde da população, em especial à prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, além de proporcionar fácil adesão daqueles que têm baixa motivação para a prática. O Programa contempla ainda, formação humanística, integrada no contexto atual, orientada sob a

óptica científica, proporcionando aos praticantes, conhecimento e prática de todo o universo que rege a motricidade humana em seus aspectos biológicos, cognitivos e comportamentais, além de promoção da saúde e bem estar social; desencadeia-se a oportunidade de desenvolvimento da cidadania e da consciência do direito à vida em condições de dignidade e, ao tratamento das doenças como algo de responsabilidade e conquista não apenas individual, mas de construção social e política; tem-se a oportunidade de lidar não apenas com a saúde e a doença, mas sim com a natureza do que significa bem estar físico, mental e social de indivíduos e populações, com a própria natureza da felicidade do homem, contribuindo significativamente na saúde mental das pessoas envolvidas.

O objetivo do Programa é a realização de ações de prevenção de doenças e agravos, e de promoção de saúde, como: diminuir os índices de complicações de doenças do aparelho circulatório através de diminuição dos níveis de pressão arterial, glicemia e obesidade; estimular, incentivar e apoiar a população na ótica da atividade física como prática de saúde; criar/disseminar uma cultura de atividade física como prática de qualificação da saúde e qualidade de vida; melhorar os indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em termos quantitativos pela adoção de prática de atividade física; promover a saúde mental através da melhora da autoestima, autocuidado e aumento da rede social de relacionamentos.

Trata-se da promoção de saúde propriamente dita, a qual Guatierrez, apud Buss (2003), afirma: “Como a saúde não é apenas ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional, maiores sensações subjetivas de bem estar e objetivos de desenvolvimento individual e coletivo” (p.33).

Os Grupos de Promoção de Saúde, ao atuarem no campo comunitário, abrem possibilidades para as ciências da saúde e para as ciências do homem, horizontes que vão além do simples objetivo de combater as doenças dos indivíduos, tarefa a qual deverão acrescer a sua preocupação com a própria identidade da pessoa humana na busca do grau mais elevado e possível de saúde, física, mental e social para si e para a sociedade em que vive. Trata-se da aprendizagem cidadã: “A educação deve contribuir para a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar cidadão”, Morin (2004, p 65).

Acrescenta-se que há coparticipação do gestor, o qual apóia o programa e está mudando o cenário das ruas da cidade com as Academias da Terceira Idade (ATIs). Hoje

o município conta com duas, as quais também são atendidas pelos grupos do Programa e demais praticantes, grupos que variam de dez a mais pessoas e ocupam as praças. As Academias da Terceira Idade proporcionam além dos resultados na saúde, o resgate de locais públicos antes não utilizados adequadamente pela população, tornando-os mais bonitos e atrativos para a prática de hábitos saudáveis. Os locais tornam-se mais atrativos não apenas para desenvolver atividades físicas, mas também para o entretenimento, a comunicação social, a autoestima, a saúde, o cuidado e a qualidade de vida, além da conscientização de que o melhor tratamento é a prevenção.

Os profissionais desenvolvem atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade, veiculam informações que buscam a prevenção, a minimização de riscos, a produção do autocuidado, incentivo e oportunidade à criação de espaços de inclusão social mediante a ampliação do sentimento de pertinência social, campo de educação permanente em Atividade Física/Práticas corporais; junto às equipes de saúde da família, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias de aprendizagem, contribuição para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos e de convivência, capacitação dos profissionais para atuarem como facilitadores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais, supervisão de forma compartilhada e participativa dos estagiários, promoção de ações ligadas à Atividade Física junto às demais instâncias públicas – ancionato, CAPS, associações, ATIs, articulação de parcerias com outros setores da área adstrita, associações e igrejas), junto com as equipes de saúde da família e população, visando melhor uso dos espaços públicos e ampliando as áreas disponíveis para a prática. As atividades contempladas são: caminhada orientada, ginástica, musicoterapia, automassagem, atividades com material alternativo (bola, bambolê, elástico, balão...), dentre outras. A análise médica poderá indicar alterações na realização dos programas de treinamento em caso de enfermidades pré-existent, contribuindo assim para melhora na qualidade de vida dos praticantes.

Neste rol de atividades e processos, o Programa atua também enfatizando algumas datas comemorativas, como: “Dia Mundial da Saúde”, “Dia da Mulher”, “Dia Mundial da AIDS” e “Dia Mundial da Paz”, onde são realizadas caminhadas orientadas e alongamentos com os participantes. Há Promoção de eventos que primam pela valorização da Atividade Física e sua importância para a saúde da população.



Praticantes nos diversos campos de abrangência/2009



Metodologia

O “Programa Pratique Saúde” iniciou em Timbó em março de 2009, em parceria da Fundação de Esportes e da Secretaria de Saúde do município, e tem sido implementado graças à parceria estabelecida entre Faculdades da região, as quais vêm no Programa, uma possibilidade de estágio para os graduando do curso de Educação Física. Idealizou-se um projeto piloto, com apenas 10 participantes, que expressavam o desejo de iniciar algum tipo de atividade física.

O programa conta com uma equipe multidisciplinar – enfermeiro, médico, agentes de saúde, fisioterapeuta e profissionais de educação física, estes, capacitados e orientados quanto à proposta de trabalho, e direcionados para suas respectivas unidades, os quais são supervisionados e auxiliam na elaboração e organização das atividades, bem como, são oportunizados a desmistificar este novo âmbito da Educação Física, abrindo campo de estágio para acadêmicos de Educação Física das universidades circunvizinhas.

Percorreram-se todas as unidades de saúde e os agentes comunitários de saúde auxiliaram no trabalho de divulgação. O público alvo do projeto são crianças, adultos, idosos e gestantes, portadores de deficiências e demais categorias, sem restrição de faixa etária.

O grupo inicial de 10 praticantes cresceu e hoje conta com 270 participantes assíduos, compreendendo a faixa etária entre 10 e 92 anos. Até a presente pesquisa, 241 participantes são do sexo feminino e 29 do sexo masculino.

Atualmente, o Programa abrange 14 locais. A saber: as 11 unidades de Estratégia de Saúde da Família do município, o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), a Associação de Amparo à Terceira Idade (Asilo), a Prefeitura e a

grupos, a exemplo dos próprios funcionários da prefeitura. Sendo Timbó localizado no Médio Vale, dentre os municípios limítrofes, a prefeitura do município foi pioneira em fornecer Ginástica Laboral aos seus funcionários. Pensando nos benefícios gerados pela prática desta, o Programa Pratique Saúde mobilizou a gestão municipal e aderiu à prática, iniciando pelos funcionários do prédio da Prefeitura, atendendo ao corpo administrativo e atendendo também aos funcionários da saúde.

No decorrer do ano de 2010, o Programa se fortaleceu, perpassando pela Associação de Amparo à Terceira Idade, onde os asilados são em número de 30, sendo 5 cadeirantes. Por se tratar de um grupo que merece uma atenção especial, as atividades muitas vezes são desenvolvidas de maneira passiva, e são trabalhados no grupo a musicoterapia, atividades de recreação, coordenação, e atividades voltadas principalmente à coordenação motora fina e cognição, além do resgate da memória e “lembranças”. A meta é atender aos funcionários do setor de obras, e incorporar o Programa ao NASF ou até mesmo no Programa Academia da Saúde.

Elaborou-se um boletim como ferramenta para instrumentalização do processo e o contínuo acompanhamento dos praticantes, onde os dados são coletados e registrados. Dentre os dados, constam: nome, data de nascimento, se portador de enfermidade ou não (qual?), e alguns dados antropométricos – peso, altura, cintura, além de IMC, pressão arterial e pulso, onde a frequência dos participantes é verificada diariamente. Os praticantes passam por avaliação física, onde são verificados os níveis pressóricos, glicêmicos, peso e índice de massa corporal mensalmente. No ano de 2010 foram incluídos os valores das dobras cutâneas, cintura e circunferência abdominal.

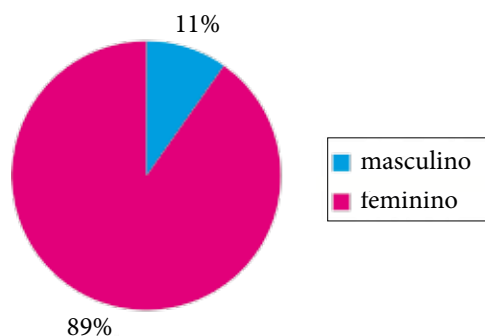
Apresenta-se a seguir os resultados obtidos e a análise dos dados, no período de junho 2009 a dezembro de 2010, após coleta de dados nos próprios registros dos boletins diários.

TABELA 1

Distribuição por número e percentagem de praticantes, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), 2010.

IMC	%	Qtde
Normal	30%	61
Sobrepeso	37%	75
Obesidade Grau I	24%	50
Obesidade Grau II	5%	10
Obesidade Grau III	4%	9
Total	100%	215

GRÁFICO 1 – Praticantes conforme sexo/2010

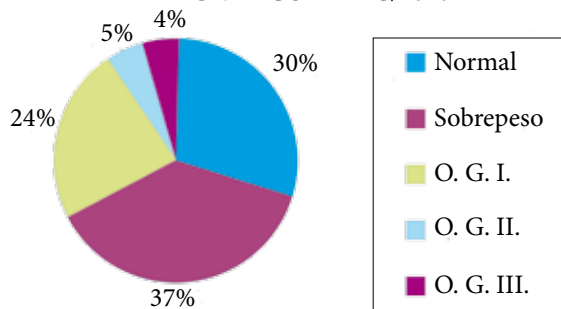


Secretaria de Saúde – ambos com Ginástica Laboral. A oferta ‘pública’ de atividade física não se restringe a nenhuma faixa etária em específico, mas, sim, à população como um todo. As atividades estão atraindo, a cada dia, novos participantes. Os interessados em participar devem procurar o posto de saúde mais próximo de sua residência.

No CAPS (Centros de Apoio Psicossocial) as atividades são mais voltadas à coordenação, autoimagem e esquema corporal, além de recreação e desportos, considerando que, por ser um grupo que possui fragilizadas a autoimagem, a coordenação e a cognição, devido a consequências oriundas de uso instável, por apresentar rotatividade de frequentadores.

O Programa foi se fortalecendo e atingindo outros

GRÁFICO 2- IMC/2010





Praticantes nos diversos campos de abrangência/2009

Segundo os dados obtidos, os praticantes, em sua grande maioria, estão com sobrepeso (37%), número este representativo no universo de amostragem, e próximo ao número de praticantes que se enquadram no peso normal (30%). Os graus de obesidade I (24%), II (5%) e III (4%), embora pequenos, refletem grande preocupação com a saúde populacional.

As categorias do IMC foram diagnosticadas conforme quadro de valores de IMC do Ministério da Saúde, que revelam:

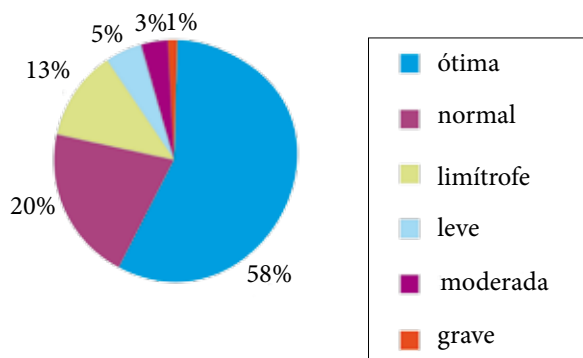
valores	classificação
18,5 – 24,9	Normal
25 - 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 – 39,9	Obesidade grau II
>= 40	Obesidade grau III

TABELA 2

Distribuição por número e percentagem de praticantes, segundo a classificação da Pressão Arterial, 2010.

Classificação Pressão arterial	%	Qtde
Ótima	58	125
Normal	20	43
Limítrofe	13	29
Hipertensão leve	5	10
Hipertensão moderada	3	6
Hipertensão grave	1	2
Total	100%	215

GRÁFICO 3 – Pressão arterial dos praticantes



Os dados coletados referente à pressão arterial foram obtidos mediante confirmação pelos praticantes, sobre o fato de serem ou não portadores de hipertensão, e as categorias foram elencadas baseando-se nos parâmetros conforme classificação da pressão arterial da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, como ilustrado a seguir.

QUADRO 1 – Valores de referência para hipertensão arterial

Classificação Pressão Arterial	Valores pressão sistólica	Valores pressão diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão leve	140-159	90-99
Hipertensão moderada	160-179	100-109
Hipertensão grave	>180	>110

Fonte: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina/2002

Nesta trajetória, coletaram-se relatos de alguns participantes, que traçaram um verdadeiro diagnóstico dos resultados da prática. Os relatos acerca dos benefícios identificados com a prática são: melhora da autoestima e disposição para atividades de rotina, sensação de bem-estar e espaço de integração, como podemos observar nos depoimentos:

“É sagrado. O dia da caminhada não pode faltar. O melhor de tudo é que o grupo começa cedo, assim participo, me sinto bem e depois vou pra casa disposta para fazer o serviço da casa”. (A.A., 65a)

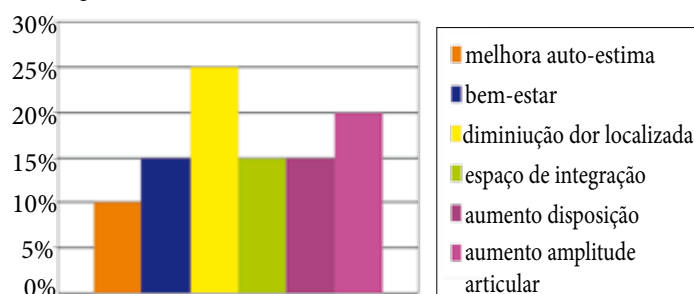
“Não me sinto mais tão indisposta e com tontura depois que comecei a participar do grupo”. (T.A., 82a)

“Se não tivesse o grupo, eu não ia fazer atividade. Sabe como é... em casa não adianta que a gente não faz. Nada melhor que o acompanhamento de um profissional... isso estimula”. (I.B., 77a)

“Estou bem melhor da depressão. É gostoso caminhar e poder conversar com outras pessoas. Dá até para esquecer-se dos problemas”. (C.M., 43a)

Os benefícios relatados mediante os depoimentos foram complementados pela aplicação de um questionário, numa amostragem de 50 praticantes, escolhidos aleatoriamente, e podem ser revelados no gráfico abaixo, possibilitando a constatação dos resultados obtidos, em termos de melhora da saúde da população atendida, como fator de promoção da saúde:

GRÁFICO 4– Benefícios relatados com a prática da atividade física regular/2010





Ginástica Laboral no pátio da Prefeitura, em 2010

Conclusão

Enfim, o Programa Pratique Saúde é uma conquista, uma ferramenta de investimento na saúde, que atende a inclusão da comunidade como um todo, é um dispositivo criado como um espaço de produção de saúde. Mais que um simples espaço de atividade física e educação em saúde, o Programa propõe a construção de um espaço de cidadania e bem viver.

O Programa abrange os espaços político, espaços dos serviços de saúde, espaços educacional, corporativo e de representação populacional. Implica reorientações significativas no campo da educação física, do prisma da difusão da atividade física como modelo de intervenção na prevenção de doenças, constituindo um espaço de educação em saúde, onde há orientação da prática da atividade física e preocupação com o desenvolvimento de um papel preventivo e de promoção da saúde da população.

Referências

_____. Coletânea 3º Congresso Latino-Americano - Esporte, Educação e Saúde no Movimento Humano. Cascavel: Gráfica Universitária, 1996.

_____. Exercício e Saúde. Secretaria de Educação Física e Desportos. Brasília, 1986.

ADAMS, R. C. Et all. Jogos, Esportes e Exercícios para o Deficiente Físico. São Paulo: Manole, 1985.

BORTOLI, Liseane Elena de. Preparação Física Pré e Pós Parto. Blumenau: [s. n.], 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: Conheça o DAB. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 154 de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://dtr2004>

saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010.

BUIAC, Dumitru. Andar + Correr = Saúde. Lisboa: Livros Horizonte, 1980.

GOMES, Marcius de Almeida; DUARTE, Maria de Fátima da Silva. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa - Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas (RS), v. 13, n. 1, p.44-56, 22 nov. 2008

GRANDO, José Carlos. Sacralização do Corpo: A Educação Física na Formação da Força de Trabalho Brasileira. Blumenau: Ed. da FURB, 1996.

HUNSICHER, Paul. La Salud Física y el Aprendizaje. México: Centro Regional de Ayuda Técnica, Agencia par a el Desarrollo Internacional (AID), 1970.

LEITE, Paulo Fernando. Aptidão Física, Esporte e Saúde: Prevenção e Reabilitação. São Paulo: Robe, 1990.

MEDINA, João Paulo S. O Brasileiro e seu corpo. Campinas: Papiros, 1990.

MENESTRINA, Eloi. A Educação Física numa Concepção de Educação para a Saúde. Porto Alegre: UNIJUI, 1993.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

MION JR D, Machado. Hipertensão Arterial – Abordagem Geral. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

MIRANDA, Sérgio R. A. & ABRANTES, Fernanda Carneiro. Ginástica para Gestantes. Rio de Janeiro: Sprint, 1986.

NAHAS, Markus Vinicius. Fundamentos da Aptidão Física Relacionada à Saúde. Florianópolis: UFSC, 1989.

PAIVA, Cláudio Cortes (et. ali.). Valores Humanos, Corpo e Prevenção: A Procura de Novos Paradigmas para a Educação Física. Brasília: MEC, 1989.

PONTES, Dirce. Harmonia do corpo. São Paulo: Edições Paulinas, 1988

RODRIGUES, Elizete Maria Oliveira. Incidência de Verminose no Curso de Educação Física. Florianópolis (s. n.), 1989.

SANTIM, Silvino. Educação Física - Outros Caminhos. Porto Alegre: Grafosul, 1990.

VENÂNCIO, S. Educação Física para Portadores do HIV. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, UNICAMP, 1994.

Experiência com a parceria do Telessaúde

Coordenação da Estratégia Saúde da Família

Introdução

Com pouco mais de 16 mil habitantes, Otacílio Costa é o município conhecido na região do planalto serrano como a capital da madeira, título este recebido por ter sua principal atividade econômica voltada para a indústria madeireira e de celulose.

A Atenção Primária em Saúde (APS) de Otacílio Costa está estruturada através das seis equipes de Saúde da Família (ESF) e quatro equipes de Saúde Bucal, que oferecem cobertura a 100% da população.



Tutora Gisele do Telessaúde em visita ao município para orientação

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano 2000 foi de 0,804, o que representou para o município a segunda colocação em relação ao melhor IDH da região, vindo a perder somente para Lages (0,813). Em relação ao IDH de 1991, o município apresentou um aumento significativo, evidenciando a necessidade de se oferecer um atendimento cada vez melhor e de se investir em práticas promotoras de saúde, objetivando sempre a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O município está crescendo e se desenvolvendo e, juntamente com essas transformações, vem a preocupação, principalmente em relação ao atendimento oferecido pela ESF.

Justificativa

As seis equipes de saúde da família foram implantadas em 2002 e, desde então, foi oferecido capacitação somente para os Agentes Comunitários de Saúde. O restante das equipes recebeu apenas orientação sobre o cotidiano de trabalho na ESF, conforme rotina estabelecida pelo município, e sobre a utilização do Sistema de Infor-

mação da Atenção Básica (SIAB). Isto gerou dificuldades em sustentar a estratégia dentro dos seus preceitos norteadores (portaria 648), haja vista que todas as equipes trabalhavam da mesma maneira, com livre demanda. Em 2010, auditores do Ministério da Saúde visitaram o município e orientaram sobre a importância da aplicação de uma metodologia para avaliação do trabalho na ESF.

Metodologia

A preocupação em organizar o processo de trabalho e oferecer à população uma saúde de qualidade fez com que o município procurasse ajuda especializada, o que logo foi atendido pelo Telessaúde, através da proposta de trabalho para a realização do curso de Gestão para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (Instrumento 4 AMQ), direcionado aos profissionais das equipes de Saúde da Família do município. Com duração de três meses, entre maio e agosto de 2011, envolveu um número total de 82 profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos em higiene dental e auxiliar de consultório odontológico). No dia do encontro, os profissionais recebiam toda orientação sobre como desenvolver as atividades de forma a atingir os objetivos propostos para a melhoria na qualidade do trabalho. O município recebeu a visita da equipe do Telessaúde em vários momentos, e isso foi de fundamental importância, pois os profissionais se sentiram motivados para continuar o curso e criar estratégias de envolvimento da comunidade em prol de um sistema local de saúde mais eficiente.



Equipe do Telessaúde em visita ao município, prestigiando a apresentação da ESF Santa Catarina no grupo HIPERDIA





ESF Fátima 1 e 2 em ação na praça central sobre o Tabagismo (Troca de cigarros por frutas)

Embora com pouco tempo de duração, já se observa uma melhoria nas ações e um novo olhar por parte dos profissionais em relação ao planejamento das atividades, à criação de estratégias de promoção em saúde, reuniões de equipe, trabalho humanizado e à importância da resolutividade para a APS.

O instrumento 4 AMQ possibilitou a todas as equipes uma reflexão sobre o trabalho que estava sendo oferecido e o que realmente deveria estar sendo oferecido, pois esse instrumento proporcionou uma análise profunda sobre a Organização do Trabalho em Saúde da Família, Acolhimento, Humanização e Responsabilização, Promoção da Saúde, Participação Comunitária e Controle Social, Vigilância à Saúde, Ações Gerais da ESF. Os encontros eram semanais, e a participação do Telessaúde

se dava através da tutoria direta nas webconferências.

“O curso foi essencial, pois nos mostrou propostas novas e conquistamos um espaço para discussão. Passamos a transformar o que tínhamos para fazer, começamos a pensar como equipe para resolver os problemas da comunidade”, afirma Renata Gali Canani, enfermeira da equipe de ESF Santa Catarina. A enfermeira Daniele Valente, da equipe do ESF do interior, ressalta a importância da utilização de uma metodologia de avaliação: “Não conhecíamos o Instrumento 4 AMQ e, quando começamos a respondê-lo, nos assustamos, pois a maioria das respostas eram negativas, e isso chamou muito a atenção da equipe para a necessidade de mudança”.

Considerações finais

Nesses três meses de curso já podemos constatar algumas transformações ocorridas nas equipes de ESF: implantação de reunião semanal de equipe para avaliação e planejamento, melhoria nas atividades de educação em saúde visando sempre à promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças, acolhimento humanizado, mudanças de comportamento por parte da comunidade e o levantamento pelo grupo da necessidade de continuarmos utilizando o instrumento de avaliação de forma permanente, para que as atividades tenham seguimento. “Pretendemos dar seguimento a essa metodologia de avaliação e implantar não só o caderno 4, mas também os demais cadernos de avaliação oferecidos” declara a enfermeira Édina Muniz Boaventura, coordenadora da ESF.

Otacílio Costa levou a sério as propostas do curso e acredita que com essa parceria obteve melhoria na qualidade dos serviços de APS, e consequentemente, na saúde da população como um todo.



ESF Novo Mundo na praça, incentivando a comunidade sobre a importância da atividade física.

Anexo 1

Paródia apresentada pela equipe ESF Santa Catarina ao grupo de HIPERDIA.

Olha a prevenção de saúde, meu compadre!

Oh, meu compadre! Quero lhe dizer boa tarde e te apresentar a equipe da unidade: Dra Saula, nossa médica da família que faz de tudo para atender a comunidade; nossa enfermeira Renata, que ali está, como gestora ela é muito eficiente, junto com a médica as técnicas e os agentes, fazem de tudo pra unidade andar pra frente.

REFRÃO

Essa equipe ama vocês e se preocupa em vir aqui todo mês, trazendo sempre um profissional pra te falar que ter saúde é legal!

Oh, meu compadre, preste muita atenção! De novo eu vou te falar de hipertensão, uma doença chamada de silenciosa que compromete todo nosso coração, ainda bem que tem palestra todo mês e recebemos também a medicação.

REFRÃO

Essa equipe ama vocês e se preocupa em vir aqui todo mês, trazendo sempre um profissional pra te falar que ter saúde é legal!

Oh, meu compadre, outra coisa: eu vou falar do diabetes. Esse vem pra acabar, pra deixar cego, perder rins, perder os pés e tanto faz é no homem e na mulher. É nessas horas que a família se preocupa e no regime não pode ter mais açúcar.

REFRÃO

Essa equipe ama vocês e se preocupa em vir aqui todo mês, trazendo sempre um profissional pra te falar que ter saúde é legal!

Meus parabéns! Sei que todos aqui se cuidam! Nos preocupamos com a saúde de vocês! Hoje trouxemos um lanchinho bem saudável e no mês que vem estaremos aqui outra vez.

REFRÃO

Essa equipe ama vocês e se preocupa em vir aqui todo mês, trazendo sempre um profissional pra te falar que ter saúde é legal! (repetir 3 vezes)



Equipe de Saúde Bucal na praça em um dia de sol, realizando orientações sobre escovação para as crianças.



Campanha municipal de prevenção ao câncer do colo uterino realizada em junho de 2011 (520 exames)



O perfil pressórico e o risco de desenvolvimento da doença hipertensiva específica da gestação nas gestantes cadastradas no Sisprenatal do município

Chrisler Mendes Wessler

Enfermeira Coordenadora das ESF

Tânia Lunardi Maia

Enfermeira ESF Floresta

Resumo

Este estudo relata o perfil pressórico e o risco de desenvolvimento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) das gestantes com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas cadastradas no Sisprenatal das nove unidades básicas de saúde do município de Braço do Norte, no período de julho a agosto de 2010. Trata-se de um estudo de campo descritivo de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 73 gestantes com idade entre 14 e 41 anos.

A pesquisa foi realizada através de análise do prontuário, cartão de gestante e ou em entrevista com a mesma. Observou-se maior proporção das mulheres com idade de 19 anos. No entanto, chamamos atenção ao elevado percentual de mães adolescentes; baixo nível de escolarização das gestantes, onde a maioria possui somente o primeiro grau incompleto; predomínio da raça ou cor (para a) branca, justificando que as mulheres brancas aderem mais ao pré-natal; detectou-se que 64 gestantes encontravam-se com a Pressão Arterial Média (PAM) normal no primeiro trimestre e apenas sete em situação de risco para o desenvolvimento da DHEG e nenhuma com a doença eminente. Por outro, lado quando avaliadas de acordo com a idade gestacional a partir da 20ª semana de gestação, três apresentaram a DHEG e 16 com risco de desenvolver a doença. Quanto às doenças associadas, como diabetes e doença renal, não apresentaram valor significativo. Considerando a presença do edema, o estudo ficou prejudicado devido a falta de registro nos prontuários analisados, totalizando 45,2%, significando 33 gestantes sem informações sobre esta variante. Os que foram possível avaliar, apontou, em primeiro lugar, o edema nos MMII, logo após o tornozelo e, por último, face, tronco e membros. O aumento súbito de peso foi observado em oito gestantes com a PAM em risco de desenvolvimento da DHEG e outras variantes maternas pesquisadas.

Introdução

A gestação, por ser um fenômeno fisiológico, normalmente evolui sem intercorrências. Cerca de 90%

das gestações são de baixo risco, ou seja, evoluem sem complicações. Outras, porém, em seu curso apresentam maiores riscos sendo estes desfavoráveis para a mãe, para o bebê ou para ambos (FREITAS et al., 2006).

Uma atenção pré-natal de qualidade e a efetivação do cuidado interdisciplinar à mulher em saúde pública é um dos grandes desafios que visam a reorientação do modelo assistencial. Desta forma, os profissionais de saúde devem identificar as complicações da hipertensão na gravidez utilizando habilidades de avaliação que se inicia pela identificação precisa da pressão arterial a cada consulta e também avaliar as queixas que possam evoluir para complicações mais severas (RICCI, 2008). Para Rezende (2010), a toxemia gravídica é uma das doenças mais consideráveis da obstetrícia, pois cerca de 40% das mulheres terão um episódio de hipertensão ao longo da vida e 70% delas poderão apresentar hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia.

O conhecimento prático evidencia que o exercício técnico dos profissionais muitas vezes os impede de valorizar as queixas das gestantes e não considerar devidamente as anotações realizadas nos documentos durante seus atendimentos, deixando de diagnosticar precocemente alguns problemas de saúde, dentre eles a DHEG.

A identificação do perfil de risco das gestantes com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas cadastradas no Sisprenatal deste município e de cada área das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e das unidades básicas, individualmente, possibilitará alertar as equipes de saúde quanto aos riscos da DHEG; e as gestantes, através das orientações em grupo, quanto às formas de identificação e cuidados preventivos da DHEG.

Objetivo geral

Identificar o perfil pressórico e o risco de desenvolvimento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) das gestantes com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas cadastradas no Sisprenatal das unidades de saúde do município de Braço do Norte (SC), através da análise nos prontuários de consultas e registros de históricos anteriores.



Desenvolvimento

Desde Hipócrates, pai da medicina, as convulsões na gravidez são mencionadas por serem fatais às gestantes (REZENDE, 2010). A palavra eclâmpsia significa “surgir de repente” por aparecer de forma aguda (FERREIRA, 1986). A pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada com um conjunto de alterações maternas e fetais que se manifesta por vasoespasm, ativação endotelial e do sistema de coagulação, desorganizando o controle da pressão arterial e do volume intravascular. A adaptação circulatória materno-fetal adequada depende do suprimento sanguíneo de numerosas artérias que se desenvolvem da migração do trofoblasto para o leito placentário dando origem à circulação útero-placentária. Essas alterações fisiológicas produzem uma circulação placentária de baixa resistência com um sistema circulatório de alto fluxo. O aumento do fluxo sanguíneo placentário acontece na metade do segundo trimestre de gestação essencial para o desenvolvimento fetal adequado. Esses vasos sanguíneos recém-formados elevam a prostaciclina e a prostaglandina, que regulam a vasodilatação e são inibidoras de agregação plaquetária, impedindo os efeitos adversos de vasoconstrição e agregação plaquetária do tromboxane, garantindo à gestante o controle vascular adequado (FREITAS et al., 2006). Para este mesmo autor, é devido à segunda onda de migração trofoblástica no leito placentário que se inicia o sistema circulatório materno-fetal inadequado.

Rezende (2010) ainda destaca que as artérias que levam o aporte sanguíneo para a placenta são as artérias espiraladas, constituídas de tecido muscular e elástico, com a progressão da gestação o fluxo sanguíneo uterino aumenta em dez vezes. Para suportar este aumento, essas células sofrem modificações em sua estrutura, chamando-se alterações vasculares, fisiológicas. O processo de diferenciação do trofoblasto engloba intervenções de algumas substâncias e essa diferenciação é denominada de pseudovasculogênese.

O mecanismo de migração de células trofoblásticas acontece em dois momentos. O primeiro momento, chamado de primeira onda de migração, acontece entre a 6ª e a 12ª semana de gestação; e a segunda fase ocorre entre a 16ª e a 22ª semana de gestação. As células trofoblásticas substituem as células do endotélio e o tecido muscular e elástico dão lugar para material fibrinóide, chamado de remodelação vascular. Em uma gestação toxêmica, esta inversão ou modificação vascular não ocorre devido à invasão trofoblástica defeituosa. Nos vasos sanguíneos que não sofreram modificação, sua função torna-se prejudicada, a parede muscular fica intacta reduzindo a luz do vaso e há redução do fluxo de sangue; estes vasos podem sofrer necrose, com áreas de infarto placentário (REZENDE, 2010).

A pré-eclâmpsia aparece a partir da 16ª a 20ª semana de gestação ocorrendo uma resistência no fluxo utero-placentário. Com o aumento das semanas gestacionais, o fluxo sanguíneo se torna insuficiente, onde as arteríolas são 40% menor de diâmetro comparado com o tamanho normal e ainda essas arteríolas podem ser obstruídas por fibrinóides. Com essas alterações, acabam interferindo na produção de prostaciclina que, por consequência, eleva

a produção de tromboxane que induz a vasoconstrição e agregação plaquetária. O resultado disso é a refratariedade vascular à angiotensina II, vasoespasm e diminuição do volume plasmático intravascular. A pressão arterial elevada é uma tentativa do organismo em manter o fluxo sanguíneo adequado para superar a alta resistência vascular. Diante disto ocorre hipóxia tecidual em órgãos alvos como placenta, rins, fígado e cérebro (FREITAS et al., 2006).

A mulher, durante a gestação, sofre modificações endócrinas e hemodinâmicas consideráveis; porém, o organismo se mantém equilibrado. O limite entre normal e doença é muito próximo, onde qualquer desequilíbrio pode levar ao risco de morte materno e fetal (PEIXOTO et al., 2008). Essas manifestações de pressão arterial elevada, proteinúria, agregação plaquetária, obstrução dos vasos sanguíneos e disfunção endotelial, são fatores caracterizantes da pré-eclâmpsia (FREITAS et al., 2006).

QUADRO 1: As formas clínicas da PE e eclâmpsia

	Leve	Moderada	Grave	Eclâmpsia
PAM	140-150 mmHg	150-160 mmHg	≥ 160 mmHg	em geral > 160 mmHg
PAM	até 90 mmHg	90-100 mmHg	>100 mmHg	em geral >100 mmHg
PAM	< 106 mmHg	106-126 mmHg	> 126 mmHg	-
Proteinúria	até 0,3 g/24h Negativa (fita)	0,3 a 2,0 g/24h + ou ++ (fita)	> 2,0 g/24h ++ ou +++ (fita)	em geral, > 2,0 g/24h
Volume urinário	Normal	Normal	< 600 ml/24h	Geralmente oligúria
Sintomas	Ausentes	Ausentes	Cefaléia, epigastria, escotomas	Convulsões, coma
Outros achados	-	-	Hemólise, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas	DIVID, IRA, AVE, pneumonia aspiração

Fonte: Serra et al (2010,p.28)

Para Ricci (2008), os indicadores fundamentais para identificar a PE, são a diminuição da perfusão dos órgãos, disfunção endotelial e elevação da pressão arterial. Segundo o mesmo autor, a PE é classificada como leve ou grave e complicada pela síndrome de HELLP. Esta caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas seguido pela lesão endotelial, plaquetopenia e morte dos hepatócitos (REZENDE,2010).

A hipertensão gestacional é o aumento da pressão arterial (PA) sem a presença de proteinúria após a 20ª semana de gestação, retornando aos níveis normais após o parto. É descrita como PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg (REZENDE, 2010). A pressão arterial média (PAM) é a média da pressão arterial durante todo o ciclo



cardíaco, determinando a perfusão tecidual. A fórmula para o cálculo da PAM é $1/3(PS + 2PD)$, sendo PS a pressão sistólica e PD a pressão diastólica. O cálculo da PAM é uma alternativa durante a gestação para a detecção do desenvolvimento da DHEG, onde um terço das gestantes com PAM maior que 90 mmHg no segundo trimestre pode apresentar PE na gravidez avançada (TEIXEIRA, 2006).

Pacientes que apresentam um acréscimo na pressão arterial sistólica (PAS) de 30 mmHg ou na pressão arterial diastólica (PAD) de 15 mmHg, edema e ganho de peso excessivo merecem acompanhamento criterioso devido a associação destes fatores à DHEG (FREITAS et al., 2006).

Resultados

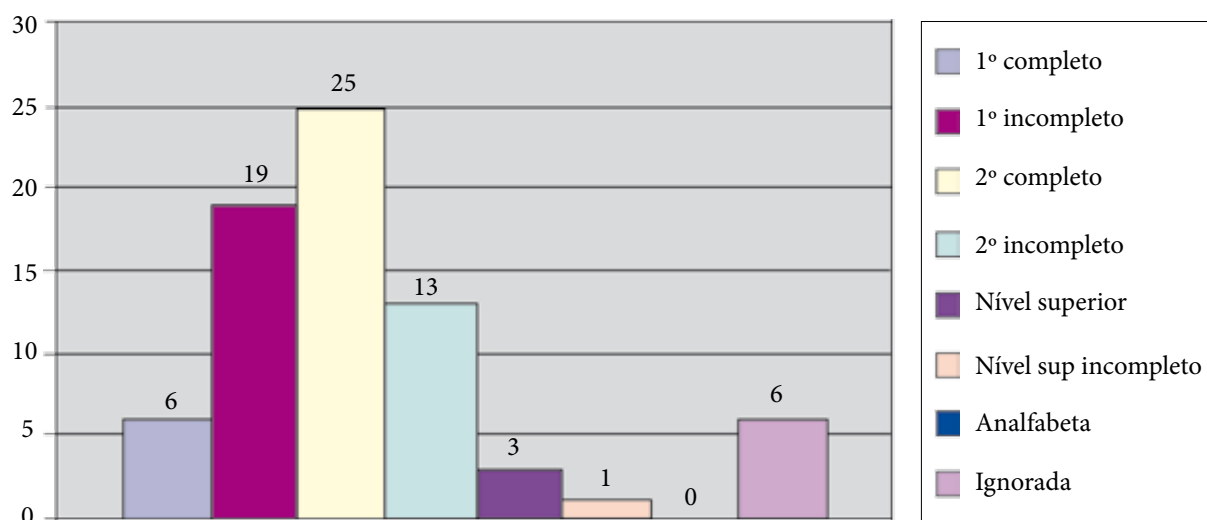
No estudo foram pesquisadas 73 gestantes, cadastradas em sete unidades de saúde, sendo que, em duas Estratégias de Saúde da Família não havia gestantes cadastradas com a idade gestacional que contemplava a pesquisa.

QUADRO 2: Gestantes por ESFe UBS no Sis prenatal:

	Cadastradas	Pré-natal concluído no mês
ESF São Francisco de Assis	18	1
ESF Nossa Senhora de Fátima	9	0
ESF do Interior	11	0
ESF União	16	0
ESF Floresta	38	8
ESF Travessão	2	0
ESF São Basílio	26	2
ESF Rio Bonito	42	4
Clínica Materno Infantil	5	0

1. Escolaridade das gestantes

Figura 1: Grau de escolaridade das gestantes



O gráfico acima apontou 25 gestantes com o segundo grau completo, seguido de 19 gestantes com o primeiro grau incompleto, 13 com o segundo grau incompleto e 6 gestantes com apenas o primeiro grau completo. Os dados indicam que 25 gestantes (37%) tinham até quatro anos de escolaridade, 38 (57%) até oito anos e somente três gestantes (4,5%) tinham curso universitário completo. Não havia informações de seis gestantes.

Segundo Brasil (2008), ter acesso a sete ou mais consultas de pré-natal está diretamente relacionado a maior escolaridade das mães e a boas condições sócio econômicas, onde a proporção do número de consultas em relação a escolaridade é doze vezes menor

entre as gestantes com menos de 12 anos de estudo.

2. Antecedentes familiares

Com relação aos antecedentes familiares de DHEG, das 73 pacientes cujos prontuários foram analisados, sete gestantes apresentaram algum membro da família que desenvolveu a PE. Para Gonçalves et al. (2005), a incidência deste agravo é quatro vezes maior em filhas de mães que já tiveram a doença, comparado com a população em geral.

3. Gestação múltipla

Das 73 gestantes investigadas nenhuma apresentou gestação gemelar na gravidez atual.

4. Tipos de parto das gestações anteriores

Relacionado aos tipos de parto, a pesquisa apresentou

predominância dos partos naturais (44) sobre as cesarianas, com 24 partos (dos prontuários investigados) das mulheres que já pariram anteriormente à gestação atual.

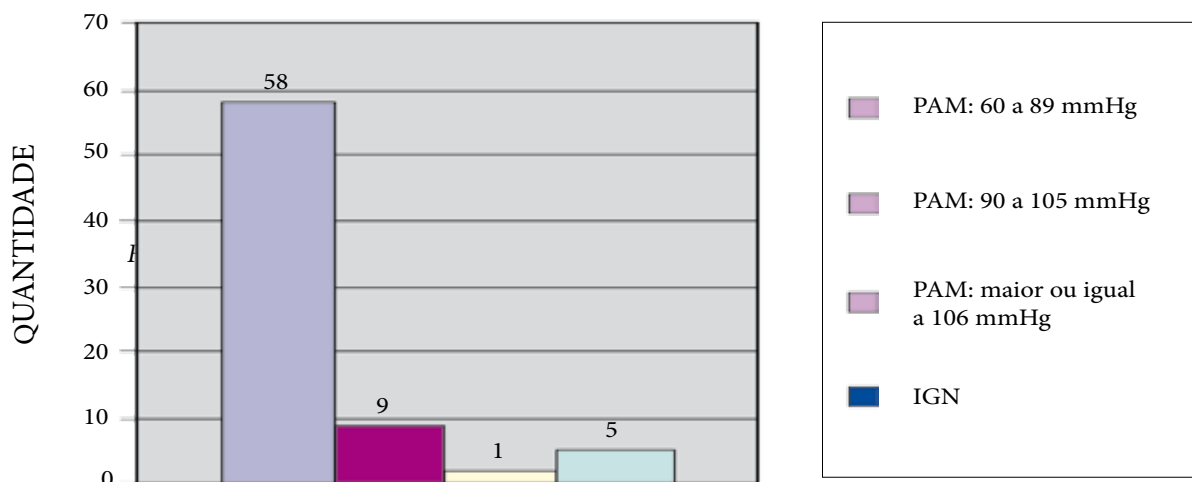
5. PAM antes de gestar

A figura 2 demonstra que 58 mulheres apresentaram a PAM normal antes de gestar, 9 estavam entre 90 a 105 mmHg, indicando fator de risco para o desenvolvimento de DHEG caso engravidassem e uma gestante já se encontrava hipertensa antes de gestar.

Evidencia-se que cinco gestantes não tiveram seus dados pressóricos registrados antes de gestar. Este indicati-

vo remete a desorientação da gestante e, até mesmo, à ausência de autocuidado em promover sua saúde bem como ausência de registro no prontuário dos serviços de saúde. O valor de referência da PAM antes de gestar é um dado essencial para o diagnóstico e acompanhamento da mulher que deseja engravidar, pois permite traçar o perfil pressórico e estabelecer o risco ou o diagnóstico de hipertensão.

Figura 2: PAM antes de gestar

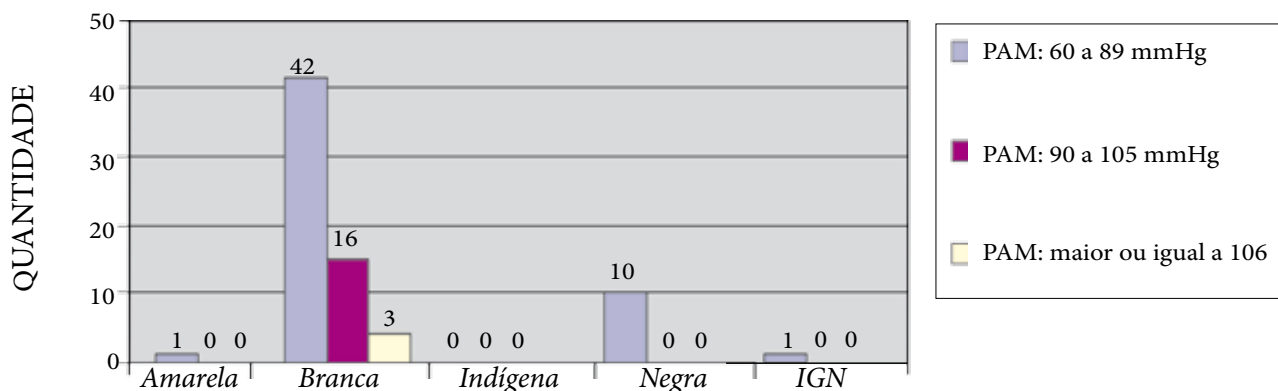


6. PAM e raça ou cor

A figura 3 revela que a raça ou cor predominante nesta pesquisa foi branca, com 61 gestantes, seguida pela raça negra, com 10 gestantes. No que se refere à PAM, a pesquisa mostra que a maioria estava entre 60 e 89 mmHg, parâmetros normais, sendo que 16 gestantes apresentaram PAM entre 90 a 105 mmHg, indicando fator de risco de hipertensão arterial e três gestantes apresentaram a PAM maior ou igual a 106 mmHg, indicando PE. Destas duas últimas classificações, todas as gestantes eram da raça ou cor branca.

A hipertensão arterial tem maior prevalência em gestantes da raça negra, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada nesse grupo populacional. Esse dado adquire maior gravidade pelo risco de levar à toxemia gravídica, uma das principais causas de morte materna no Brasil: 276,24 por 100 mil nascidos vivos para as mulheres negras e 62,73 para as brancas (BRASIL, 2003). Neste estudo a proporção de raça ou cor nas gestantes foi predominante para a branca.

Figura 3: PAM de referência por raça ou cor

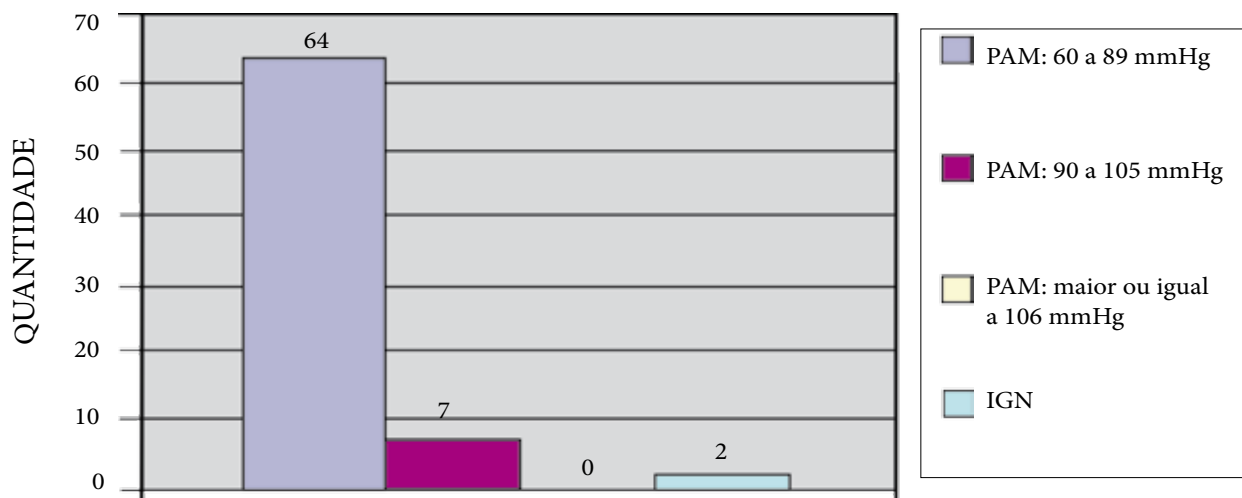


7. PAM no primeiro trimestre

A pesquisa apresentou que das 73 gestantes pesquisadas no Sispre natal do município de Braço do Norte, foi calculada a PAM no primeiro trimestre de gestação. Do total, 64 enquadravam-se com PAM entre 60 e 89

mmHg; sete com PAM de 90 até 105 mmHg; e nenhuma com PAM acima de 106. Para 2 gestantes não havia registros e informações da PA no período gestacional pesquisado nos prontuários das Unidades Básicas de Saúde.

Figura 4: Frequência de PAM no primeiro trimestre

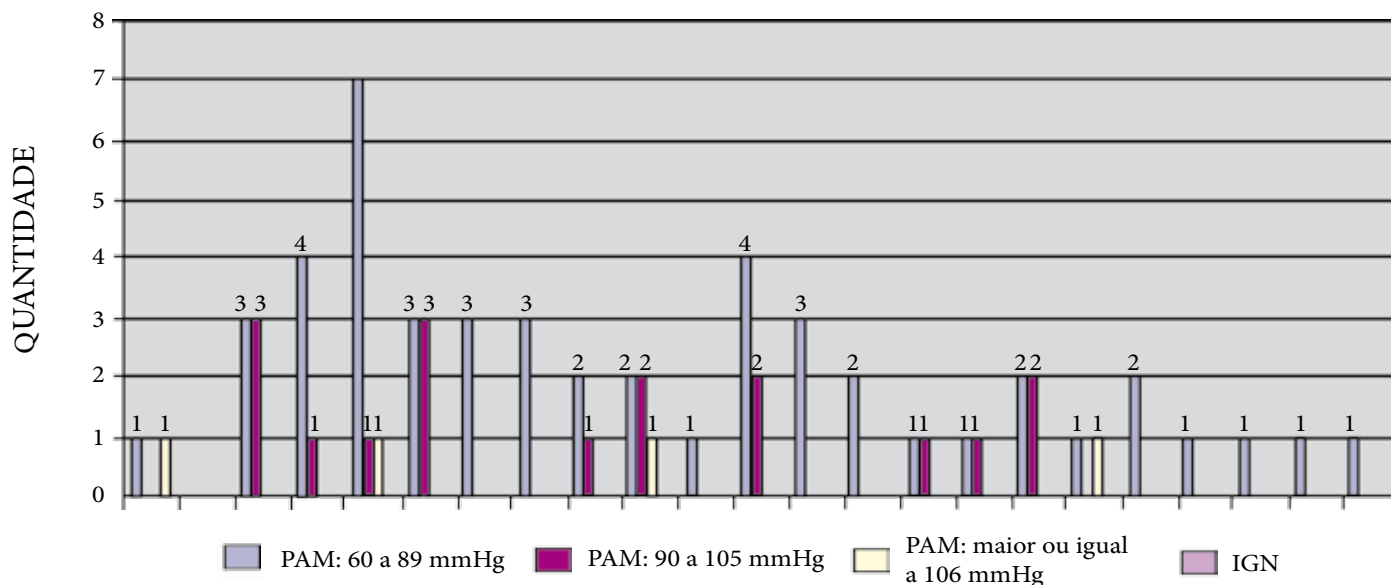


8. PAM e idade das gestantes

A idade das gestantes contempladas neste estudo foi de 14 a 41 anos, sendo a predominância aos 19 anos com nove gestantes, seguidas por seis gestantes com 17, 20 e 26 anos. Com a progressiva antecipação do início da puberdade e da idade da menarca, a capacidade reprodutiva

se instala mais cedo e a competência social, para a constituição de uma família, acontece mais tarde. Essa situação provoca maior exposição à maternidade precoce, considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquela que ocorre antes dos 20 anos (BRASIL, 2003).

Figura 5: PAM de referência por idade da gestante



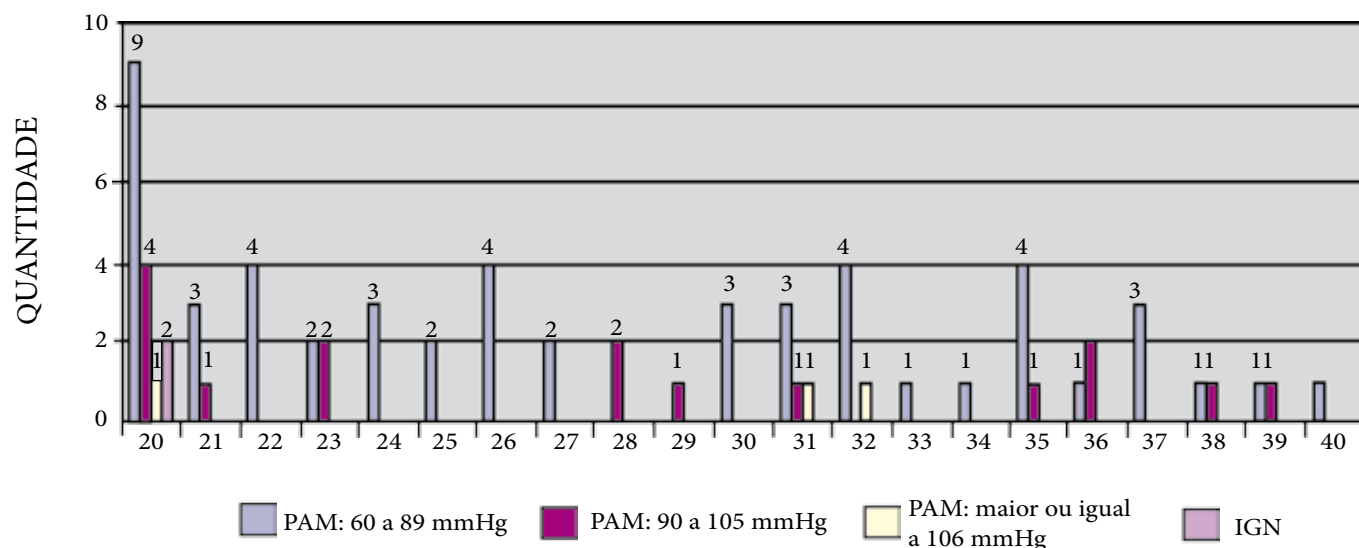
9. PAM e idade gestacional

Esta pesquisa indicou 52 gestantes com idade gestacional igual ou superior à vigésima semana de gestação onde a PAM foi de 60 a 89 mmHg. Já com PAM entre 90 e 105 mmHg, eram 16 gestantes; aumentando em nove, comparado com a PAM do primeiro trimestre.

Em relação à PAM igual ou maior de 106 mmHg, de uma gestante identificada antes de gestar, aumentou para três a partir da 20ª semana de gestação. Na idade gestacional de

20 semanas foi quando mais ocorreu o aparecimento de novos casos de PAM de 90 a 105 mmHg: quatro gestantes. Segundo Senra et al. (2010), a PAM abaixo de 106 mmHg é considerada como PE leve. Na 28ª e na 36ª semanas ocorreram os aparecimentos de quatro novos casos de PAM de 90 a 105 mmHg com duas gestantes em cada idade. Para dois casos não constavam a idade gestacional no prontuário.

Figura 6: PAM de referência por idade gestacional

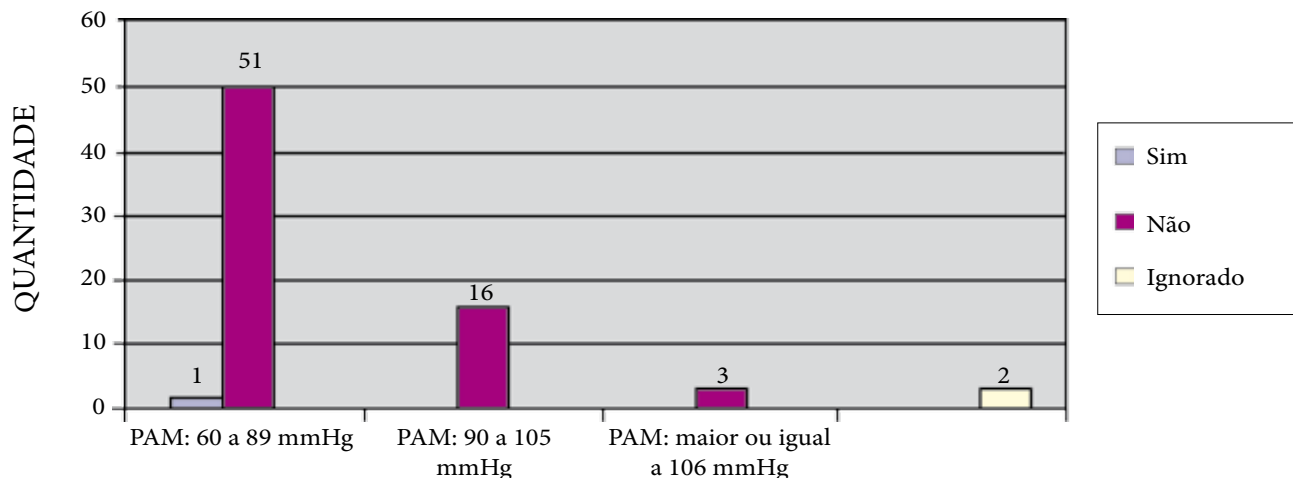


10. PAM e doença renal

Neste estudo das 73 gestantes, uma apresentou doença renal, com a PAM de 60 a 89 mmHg. Para Freitas et al. (2006), quando a creatinina sérica for abaixo de 1,4 mg/dl antes da gravidez e a PAM for de 95 mmHg ou menor, não demonstra fator de risco para a incidência de prematuridade fetal e

desenvolvimento de hipertensão ligada a gestação. Porém, se a creatinina for maior que 1,5 mg/dl aumentará de 5 a 7 vezes o risco de prematuridade e a mortalidade perinatal. Freitas et al. (2006) cita que a insuficiência renal aguda (IRA) como causa de PE a partir do terceiro trimestre de gestação.

Figura 7: PAM com presença ou ausência de doença renal

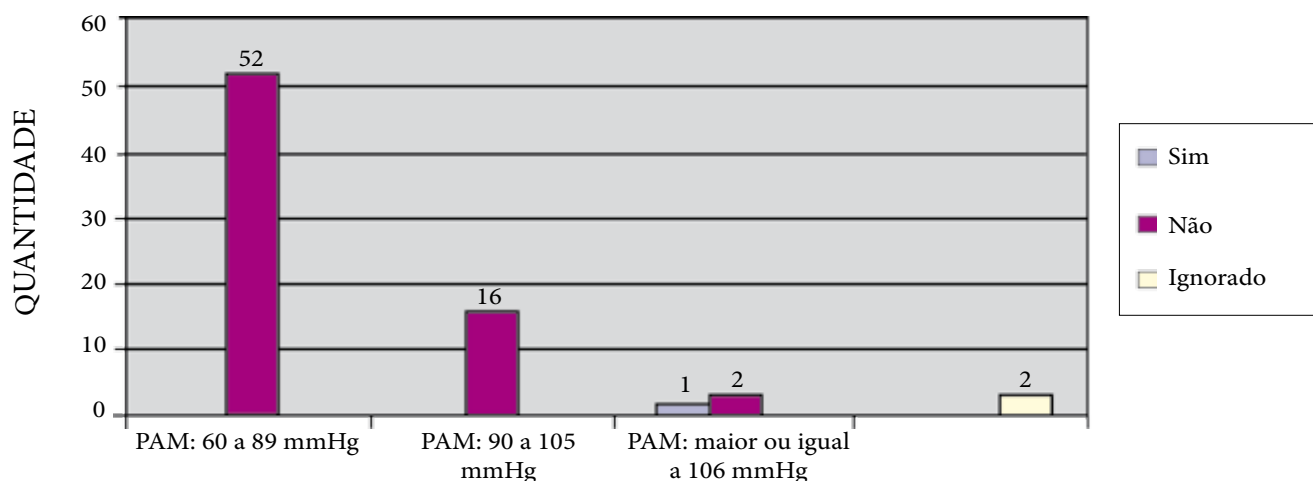


11. PAM e Diabetes Gestacional

A figura 8 demonstrou que das 73 gestantes pesquisadas para a identificação da presença de diabetes durante o período gestacional, apenas uma apresentou diabetes gestacional e estava associada com a PAM igual ou maior que 106 mmHg, indicando DHEG moderada, conforme Senra et al. (2010). A PAM entre 60 e 89 mmHg foi encontrada em 52 gestantes e 16 apresentaram PAM

entre 90 e 105 mmHg, nenhuma com diabetes gestacional. Brasil (2006) destaca que o diagnóstico precoce da presença de diabetes gestacional permite a orientação de intervenções preventivas, sendo esta uma causa de risco para o desenvolvimento da PE, trazendo consequências fetais, como o crescimento excessivo e polidrâmnio.

Figura 8: PAM com presença ou ausência de Diabetes Gestacional

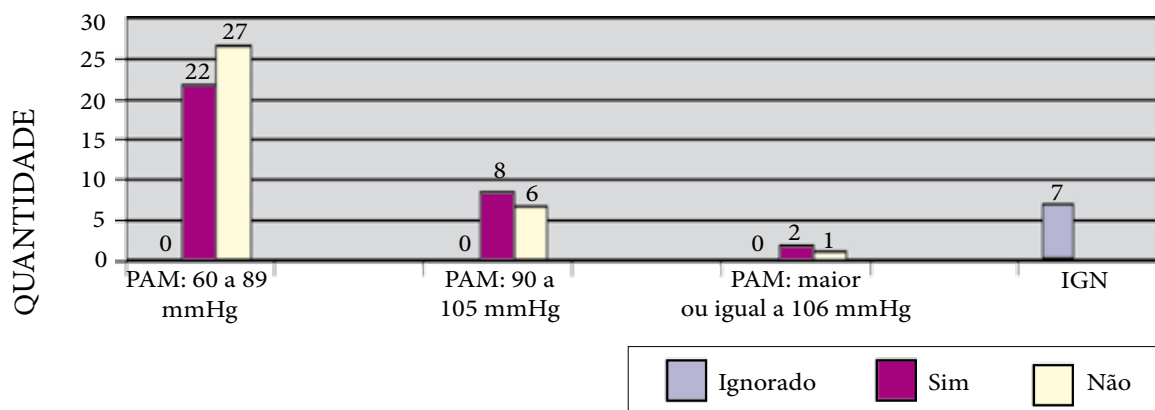


12. PAM e aumento súbito de peso

A avaliação nutricional da gestante tem como base de cálculo o seu peso e este dado subsidia a previsão do ganho de peso até o final da gestação. Gestantes com ganho de peso acima de 1 Kg por semana, segundo Freitas et al. (2006), devem ter uma observação criteriosa. De acordo com gráfico, duas gestantes com variação súbita de peso apresentaram PAM maior do que 105 mmHg. E, das três gestantes com PAM maior do que 105 mmHg, duas tiveram aumento súbito de peso, isto é, o risco de apresentar uma PAM acima de 105 mmHg, é duas vezes maior na-

queas gestantes que tiveram aumento súbito de peso. Relacionado à PAM de 90 a 105 mmHg, das 14 gestantes, oito tiveram aumento súbito de peso, onde 57,1% correm o risco de desenvolver a DHEG. O peso foi a variável que mais evidenciou o fator de risco associado ao desenvolvimento da DHEG. Vale salientar que esta é uma medida simples e acessível de ser efetuada pelos profissionais nas unidades de saúde e pela própria gestante no domicílio ou em outros estabelecimentos assistenciais, sendo um dado ignorado, não registrado ou não verificado em sete prontuários.

Figura 9: PAM com presença ou ausência de aumento súbito de peso

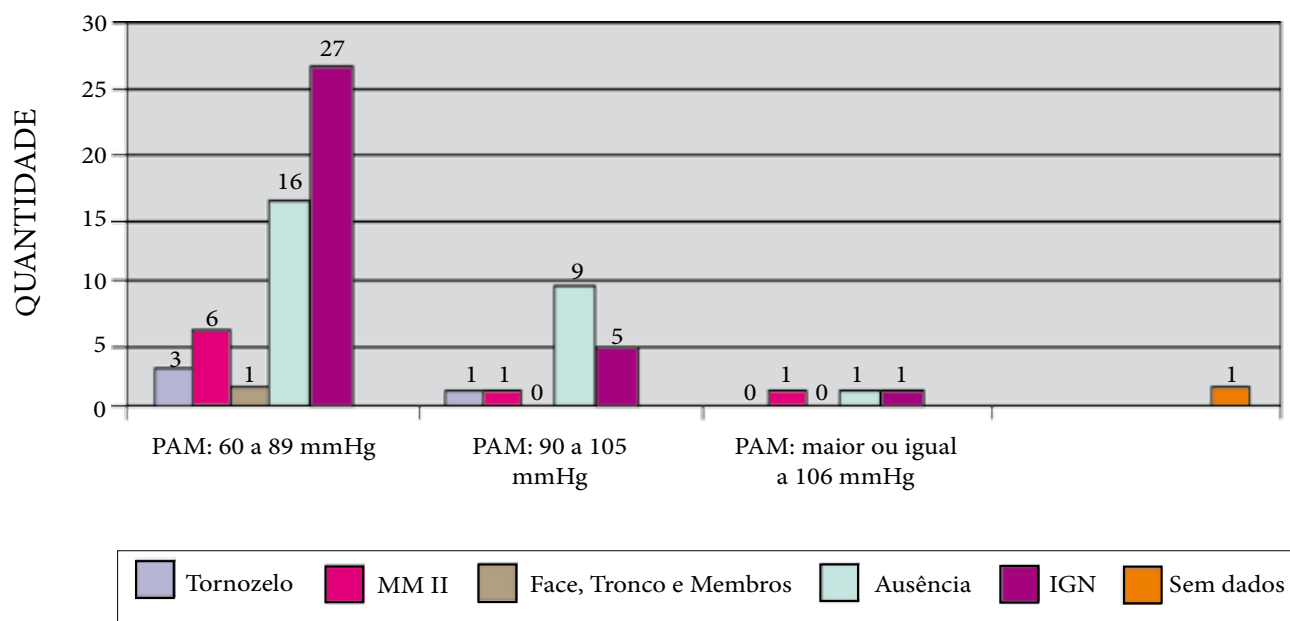


13. PAM e edema

A figura 10 evidencia que quatro gestantes apresentaram edema em tornozelo, oito em MMII. Destas, seis com PAM de 60 a 89 mmHg, uma com PAM de 90 a 105 mmHg e uma com PAM maior ou igual a 106 mmHg. Apenas uma gestante apresentou edema em face, tronco e membros e esta estava com a PAM entre 60 a 89 mmHg, dentro dos parâmetros da normalidade.

Cabe ressaltar um dado importantíssimo evidenciado nesta pesquisa: das 73 gestantes, 33 (45,2%) não foram avaliadas pelos profissionais quanto à presença de edema em nenhuma das consultas de pré-natal realizadas. Para Rezende (2010), o estado clínico da gestante não deve ser desconsiderado, uma vez que o inchaço acentuado subcutâneo das mãos, face e pés podem estar associados a PE grave.

Figura 10: PAM com presença ou ausência de edema



Objetivo geral

Embora os maiores índices de morbimortalidade materno e infantil sejam resultados de uma assistência pré-natal desqualificada, sem minimizar a participação da assistência ao parto, ainda hoje encontramos muitas falhas e desatenções na prestação desta assistência.

Este problema, além de causar preocupação durante a prática assistencial diária, chama ainda mais a atenção por identificar as falhas existentes no sistema, como a ausência da implementação do protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério, inconsistência de dados e dos registros das unidades básicas de saúde no que tange ao Sis prenatal e SIAB, ausência dos registros de dados no prontuário, cartão de gestante, falhas nos registros das avaliações da gestante realizadas pelos profissionais e, muitas vezes, ausência de avaliações. Considerando estes fatores como essenciais ao

diagnóstico de problemas ocorridos durante a gestação, bem como, à percepção de alterações ocorridas também entre a consulta atual e a consulta subsequente, e que estes fatores são decisivos para o diagnóstico e intervenções como na DHEG, é que podemos afirmar que existe risco à saúde da mulher gestante no decorrer do pré-natal.

Este estudo, apesar de ter sofrido limitações, especialmente devido à inconsistência ou ausência de dados e ao período de tempo disponível para a quantidade da amostra pesquisada, demonstrou que o perfil pressórico das gestantes do município de Braço do Norte, relacionado à PAM antes de gestar já indicava nove mulheres com risco de desenvolvimento de hipertensão arterial, com PAM entre 90 e 105 mmHg e uma gestante já estava com diagnóstico de hipertensão crônica prévia. No primeiro trimestre, o índice de risco baixou para sete gestantes e 64 delas apresentaram PAM dentro dos parâmetros de normalidade (60 a 89 mmHg).



Neste sentido, para a melhoria da assistência pré-natal nas ESF e UBS, os dados evidenciados pela pesquisa serão repassados aos profissionais em forma de reuniões por unidades básicas de saúde deste município, para que a devida atenção seja prestada no atendimento de pré-natal. Entende-se, ainda, que a atuação destes profissionais no pré-natal é capaz de contribuir para a melhoria do cuidado e qualidade na efetivação das condutas e protocolos existentes, e, ainda, para evitar o aumento dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis. É oportuno sugerir a todos os profissionais das unidades básicas de saúde uma atualização em pré-natal e utilização do protocolo existente, dando ênfase à importância do registro dos dados informados durante as consultas de pré-natal, não só no cartão das gestantes como, também, no prontuário da cliente. Sugere-se, ainda, a adoção, em todas as ESF e UBS, do prontuário da gestante existente na secretaria municipal de saúde.

Referências

- BRANDEN, Pennie Sessler. *Enfermagem materno-infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Temático saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, n 4, v. 2, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de informação em atenção básica (Siab)*. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, ago, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de informação em pré-natal (Sis-prenatal)*. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, ago, 2010c.
- CARVALHO, G. I. de; SANTOS, L. *Sistema único de saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080-90 e Lei 8142-90)*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- FELISBINO, J. E.; NUNES, E. P. *Saúde da família: planejando e programando a saúde nos municípios*. Tubarão: Unisul, 2000.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. *Método e metodologia na pesquisa científica*. 3. ed. São Paulo: Yendis, 2008.
- FREITAS, Fernando et al. *Rotinas em obstetrícia*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GADONSK, Giovani; IRIGOYEN, Maria Claudia Costa. *Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez*. *Hipertensão*. São Paulo, n. 1, p. 4 – 8 mar. 2008.
- GONÇALVES, Roselane et al. *Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. n.1, v. 58, fev. 2005.
- GUIMARÃES, Deocleciano torrieri (org). *Dicionário de termos médicos e de enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2002.
- HEERDT, Mauri Luiz. *Metodologia científica e da pesquisa*. 4. ed. rev. e atual. Palhoça: Unisul, 2006.
- LEAL, Maria Vilma Pereira. *Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez*. *RBPS, Fortaleza*, v.17, n.1, p. 21-26. 2004.
- LEOPARDI, Maria Tereza. *Teoria e método em assistência de enfermagem*. 2ª ed. rev. Ampl. Florianópolis: Solda Soft, 2002.
- MARTINS, Alaerte Leandro. *Mortalidade Materna de mulheres negras no Brasil*. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. Nov 2006.
- MINAYO, M. C. S. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- PEIXOTO, Magda Vieira et al. *Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem*. *Rev. Edu. Amb. e Saúde*, n.3, p. 208 – 222, 2008.
- PIRES, Denise Elvira Pires de et al. *Consolidação da legislação e ética profissional*. Florianópolis, v.1, p. 21 – 22, 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE. *Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento*. *Plano municipal de saúde*. Braço do Norte, 2010.
- REZENDE FILHO, Jorge de.; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. *Rezende, obstetrícia*. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- RICCI, Susan Scott. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RIPSA. *Rede Interagencial de Informações para Saúde*. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. 1. ed. Brasília: MS, 2009.
- RODRIGUES, P.O.; GONÇALVES, T.C. *Elaboração de protocolos de orientação farmacêutica sobre climatério, menopausa e terapia de reposição hormonal*. Tubarão, 2002.
- SANTA CATARINA. *Secretaria de Estado da Saúde*. *Legislação básica*. 2. ed. Florianópolis: SES, 2002.
- SENRA, Carlos Nunes et al. *Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas*. Belo Horizonte: MG, 2010.
- SILVA, Janize C.. *Manual obstétrico: um guia prático para a enfermagem*. 2. ed. ver. E ampl. São Paulo: Corpus, 2007.
- TEIXEIRA, Patrícia Gonçalves. *Perfil de marcadores de angiogênese nas gestantes com pré-eclâmpsia e a correlação com a pressão arterial média*. Belo Horizonte: MG, 2006.
- UNICEF. *Fundo das Nações Unidas para a Infância*. *Saúde materna e neonatal*. Brasília, 2009.
- VENTURA, D. *Monografia jurídica*. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2002.



Elaboração de instrumentos de avaliação para melhoria da qualidade do NASF

Thaís Titon de Souza

Consultora NASF – Telessaúde-SC

Nutricionista, Especialista em Saúde da Família (Modalidade Residência) e Mestranda em Saúde Coletiva

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é considerado um dispositivo inovador que deve provocar mudanças na forma de produzir cuidado na Atenção Básica (AB). A partir da inclusão de outros profissionais, entre generalistas e especialistas, no escopo deste nível de atenção, objetiva-se a ampliação de olhares e práticas em saúde direcionadas aos territórios adscritos às equipes de Saúde da Família (ESF) vinculadas. Seus principais objetivos são, portanto, a promoção da integralidade e o aumento da resolubilidade da AB através da oferta de apoio às equipes de SF. A retaguarda oferecida pelos profissionais do NASF deve estar pautada na lógica do apoio matricial, envolvendo ações de suporte assistencial propriamente dito e técnico-pedagógico (ações de educação permanente), tendo como foco de atuação usuários e equipes de SF.

A organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF pode se configurar de diferentes formas e se remodelar a partir do cotidiano da AB, tendo clareza de que sua principal premissa é o compartilhamento de práticas em saúde no território. O NASF não nega, portanto, as demandas individuais, mas sua ação central pauta-se na ampliação da autonomia das equipes de SF para a produção do cuidado. Para que essa proposta possa se efetivar, é necessário que todos os profissionais inseridos na AB pautem suas ações em diretrizes relativas a este nível de atenção, compreendendo com clareza a forma de organização preconizada para o processo de trabalho de ambas as equipes (NASF e equipes de SF). É preciso, então, trabalhar em sintonia, ou seja, todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado precisam estar dispostos a compartilhar responsabilidades.

Certamente, esta não é uma tarefa simples, haja vista que é recente a criação do NASF no país, que muitas são as possibilidades para sua consolidação e que o apoio matricial, a principal ferramenta preconizada para ser utilizada em seu processo de trabalho, é de pouco domínio dos profissionais de saúde. Pensando nessa realidade, o Núcleo de Telessaúde-SC, elaborou instrumentos de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) voltados para o NASF. O objetivo é oferecer subsídios para sua implantação e implementação no estado, conformando-se como um instrumento de modificação da realidade sanitária, através do envolvimento de equipes e gestão no processo avaliativo.

A AMQ é uma metodologia de autogestão desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover melhoria contínua da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, foram elaborados pelo Ministério cinco instrumentos (ou cadernos) de auto-avaliação baseados em

padrões de qualidade para a ESF, que devem ser respondidos por sujeitos específicos. Como foram criados antes da implantação do NASF no país, os instrumentos de AMQ da ESF não dão conta de aspectos próprios deste Núcleo. Procurando superar esta lacuna, o Telessaúde-SC elaborou, a partir de diversos documentos técnicos e artigos científicos que embasam sua organização e atuação, três instrumentos de AMQ do NASF, seguindo a metodologia proposta pelo Ministério para a elaboração dos cadernos de AMQ da ESF.

Figura 1:

Quadro de estruturação dos instrumentos de AMQ do NASF

Componentes ou Unidades de Análise	Dimensão	Responsável	Subdimensão
Gestão	Desenvolvimento do NASF	Gestor de saúde municipal	Implantação e implementação do NASF
			Gestão do trabalho
			Fortalecimento da coordenação
	Coordenação técnica do NASF	Coordenação do NASF	Planejamento, implantação e acompanhamento do NASF
			Gestão de educação permanente
			Gestão de avaliação
			Normatização do NASF
Equipe NASF	Consolidação do modelo de atenção à saúde	Equipe NASF	Organização do processo de trabalho do NASF
			Ações compartilhadas no território
			Ações compartilhadas na UBS
			Ações específicas dos profissionais do NASF

Fonte: Telessaúde-SC. Avaliação para Melhoria da Qualidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Florianópolis: Telessaúde-SC, 2011



Cada instrumento de AMQ do NASF é, portanto, dirigido a um usuário diferenciado, compreendendo um total de 127 padrões. Como na proposta de AMQ da ESF, os instrumentos criados consideram duas grandes Unidades de Análise: Gestão e Equipe. Para cada uma dessas Unidades, foram definidas Dimensões e Subdimensões, englobando um conjunto de padrões relacionados. Há, ainda, a proposta de elaborarmos um quarto caderno, direcionado à Equipe a partir das áreas estratégicas do NASF (alimentação e nutrição; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher; saúde mental; e, serviço social).

Situação atual

Dados levantados pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em junho de 2011 mostram que 54,2% dos municípios catarinenses possuem pelo menos 1 NASF implantado. A soma de recursos repassados mensalmente aos municípios para sua implantação e implementação é de cerca de R\$ 1,3 milhão, sendo 46% oriundos de recursos estaduais e 54% de recursos federais.

Com os instrumentos de AMQ do NASF, objetivamos permitir a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade destes Núcleos, oferecendo subsídios para a elaboração de

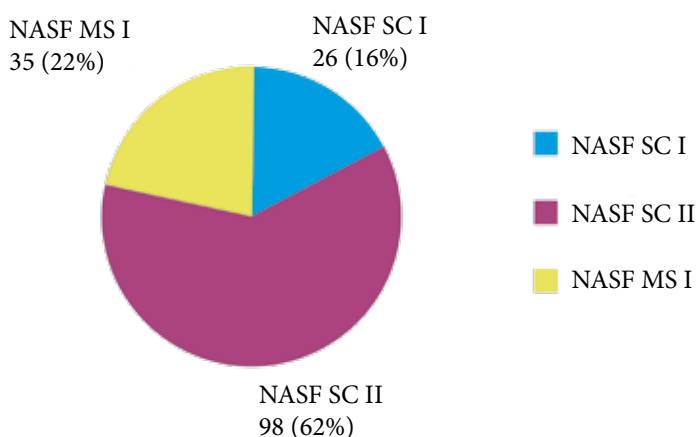
planos de intervenção que qualifiquem os processos de trabalho e, conseqüentemente, o cuidado oferecido.

No momento, estamos organizando o processo de validação dos cadernos, através de uma possível parceria entre o Telessaúde-SC, a Gerência de Coordenação da Atenção Básica de Santa Catarina (GEABS-SC) e o Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Após essa etapa, os instrumentos de AMQ serão disponibilizados aos municípios catarinenses que possuem NASF, a partir de livre adesão, através da GEABS-SC e por meio de um curso a distância de “Gestão para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica” que será oferecido pelo Telessaúde-SC, envolvendo tanto os profissionais das equipes de Saúde da Família quanto os profissionais do NASF.

A intenção é potencializar a melhoria da qualidade da Atenção Básica, incentivando que os municípios catarinenses que possuem NASF implantado optem pela adesão às propostas de AMQ de ambas as equipes concomitantemente, promovendo a integração entre o NASF e as equipes de SF vinculadas durante o ciclo avaliativo da AMQ. Por fim, esperamos que a parceria existente entre o Telessaúde-SC e a GEABS fortaleça os resultados esperados, ampliando o acesso das equipes aos instrumentos e oferecendo suporte aos municípios para sua utilização na Atenção Básica.

Figura 2:

Número de NASFs implantados em Santa Catarina em junho de 2011, conforme modalidade



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Repasse Financeiro Federal e Estadual para desenvolvimento de ações de Atenção Básica em Saúde, de acordo com Macrorregião (9), Região de Saúde (21), SDR (36) e município. Florianópolis: SES-SC, 2011.

TELESSAÚDE e a Atenção Básica da Saúde

Prof. Luiz Roberto Agea Cutolo

Coordenador do Núcleo TELESSAÚDE de Santa Catarina

A Estratégia Saúde da Família se apresenta como um modelo operacional da Atenção Básica no Brasil. Essa, por sua vez, empresta seu nome à opção política de uma Atenção Primária da Saúde ampliada e orientada para a comunidade. Podemos, de outra forma, dizer que o SUS pretende se consolidar através de um Modelo de Atenção que tem como centralidade a Atenção Primária da Saúde ampliada, não a clássica (médico centrada, doença centrada), não a seletiva (programática, dirigida a excluídos). A essa opção política o SUS assumiu o nome de Atenção Básica. A forma como essa opção política se opera chamamos de Estratégia Saúde da Família.

Questões que se colocam desde o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira são:

1. Como consolidar um modelo de atenção baseado na Integralidade e se a formação para a saúde é fragmentária?
2. Como pensar saúde de forma integral (social, multi-causal, biológica, emocional) se a formação é biomédica?
3. Como fazer Ações Integradas de Saúde (Promoção, Proteção, Prevenção, Recuperação, Reabilitação) se nossa formação insiste em apenas diagnosticar e tratar?
4. Como agir interdisciplinarmente se passamos por experiências disciplinares durante nossos cursos?
5. Como assumir o território como local de intervenção se passamos nossas horas de estágios em hospitais majoritariamente?

Essas são apenas algumas perguntas, muitas outras poderiam vir secundariamente, contribuindo para a construção de um pressuposto fundamental: um dos componentes essenciais para a consolidação do SUS é a aproximação do Núcleo de Formação com o Núcleo de Atenção. Essa relação foi discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica de Saúde 8080 (1990). Se há um projeto político de implementação de um sistema nacional de saúde, consequentemente, espera-se um projeto político de formação para esse sistema. Dissertar sobre as iniciativas de cooperação interministerial para que isso se desenhue, foge do escopo desse artigo, mas poderíamos dizer que em relação à formação para a Atenção Básica temos:

1. Para a formação universitária dos cursos da saúde temos as Diretrizes Curriculares Nacionais e suas estratégias operativas (Pró-Saúde e PET-Saúde).
2. Para os já formados temos as opções das Residências de Medicina de Família e Comunidade, Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, os Mestrados Profissionais em Saúde da Família e as Especializações em Saúde da Família.
3. Para os que já trabalham na Estratégia Saúde da Família e desejam se especializar à distância existe a UNASUS.

E aqueles trabalhadores, instalados em suas unidades, que se deparam com demandas cotidianas, as

quais exigem Educação Permanente? É aí que se coloca o TELESSAÚDE, que constitui-se num instrumento de Educação Permanente, que se utiliza da linguagem à distância para a consolidação dos princípios e atributos da Atenção Básica, com forte inclinação para a melhoria do processo de trabalho da equipe de saúde.

O TELESSAÚDE se pauta na Integralidade, na Orientação Comunitária, na Coordenação do Cuidado, na Porta de Entrada, na Longitudinalidade, como princípios da Atenção Básica. A consolidação desses princípios se dá através do processo de trabalho e seus elementos: Acolhimento, Atenção Domiciliar, Ações Integradas de Saúde, Grupos de Apoio, Vigilância, Planejamento Local, Territorialização.

Por ser uma ferramenta de Educação Permanente precisa se relacionar com a Diretoria de Educação Permanente e com as Comissões de Integração Ensino Serviço e oferecer-se como instrumento. Por sua vocação e centralidade nos atributos, princípios e processo de trabalho da Atenção Básica, precisa estar afinado com as políticas da Gerência de Coordenação da Atenção Básica.

O Núcleo TELESSAÚDE de Santa Catarina é uma iniciativa do Ministério da Saúde executado como projeto de extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, hoje inteiramente integrado à Secretaria de Estado da Saúde.

Os serviços ofertados são:

1. Cursos à distância. Atualmente em atividade o curso sobre a Avaliação de Melhoria de Qualidade (AMQ). Em planejamento está o curso sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Em prospecção estão o curso de Saúde Mental e cursos sobre as Redes de Atenção.
2. Webconferências sensibilizadoras para o processo de trabalho das equipes (todos os profissionais) realizadas uma vez por semana. Atualmente em atividade: Territorialização, Atenção Domiciliar, Grupos de Apoio, etc.
3. Webconferências para aumentar a resolubilidade clínica de profissionais específicos, chamadas provisoriamente de Workshops, realizadas quinzenalmente. Como exemplo, destacamos o Workshop sobre Doenças de Inverno para os Médicos.
4. Segunda Opinião Formativa, que é a possibilidade de interagir com a equipe de consultores através de perguntas e dúvidas do processo de trabalho.

O caminho está apenas começando, mas parece promissor. As parcerias firmadas tem se fortalecido a cada semana. O desenho de uma política de Atenção Básica só se consolida se construída socialmente e mediante esforços e luta. É lugar comum argumentar que a hegemonia se constrói por inércia, então, somos contra a inércia e seus efeitos. O empenho político está na luta cotidiana de pensar saúde como produção social e como dizia Sérgio Arouca "A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório".

Contatos: telessaude@saude.sc.gov.br e (48)3212-1655



Revista Catarinense de Saúde da Família



Mantendo o foco na Atenção Básica



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

