

Revista Catarinense de Saúde da Família



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



Atenção Básica em destaque

Municípios e equipes premiados em 2011



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

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

Encerrando o ano de 2011, pode-se observar quão histórico ele foi para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e para a Atenção Básica. Ao atingir a sua maioria, o SUS agora com 21 anos, aprofundou e viu as diversas mudanças que foram sendo editadas ao longo do ano, dentre as quais gostaria de destacar como as principais a regulamentação da Lei 8.080/90, por meio do Decreto 7.508/11, as portarias das redes temáticas Materno-Infantil (Cegonha), Urgência / Emergência e Psicossocial, a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, além da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00.

O Decreto 7.508/11 regulamentou a Lei 8.080/90 definindo inúmeros avanços, principalmente na direção da organização da relação entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) que agora deverá ser regida por um Contrato Organizativo de Ações Públicas – COAP, que definirá exatamente qual a participação que cada ente federado terá em uma determinada região de saúde. Estabeleceu as portas de entrada do SUS, dentre elas a Atenção Básica como o centro das Redes de Atenção à Saúde. As Comissões Intergestoras Regionais – CIR passaram a ter papel fundamental e decisivo nas definições de políticas públicas de saúde em nível regional, aumentando ainda mais as responsabilidades dos Gerentes Regionais de Saúde, como representantes do Estado na região e dos Secretários Municipais de Saúde, atribuindo a estes a necessidade de pensarem não somente para dentro de seu município, mas para dentro de sua região.

As várias portarias e resoluções esclarecendo a implementação, funcionamento e financiamento das redes temáticas, dentro de um ordenamento comandado pela Atenção Básica, fomentará o surgimento de uma “teia” de relacionamentos entre serviços, dentro de uma mesma região de saúde, ou até mesmo fora dela, a fim de melhorar e garantir o acesso à saúde em temas prioritários num primeiro momento. O estabelecimento de referências e contra-referências e a regulação dos serviços de saúde dentro de uma região de saúde, deverão promover uma verdadeira revolução, redefinindo os planos regionais de investimento, trazendo descentralização ainda maior ao sistema, encurtando distâncias e fomentando o desenvolvimento loco – regional, e em última análise melhorando a qualidade de vida das pessoas que habitam aquela região.

A nova Política Nacional da Atenção Básica cria um mecanismo de aperfeiçoamento contínuo, baseada em ciclos de Planejamento, Desenvolvimento, Controle e Ação Corretiva - PDCA, atrelando o processo ao aumento dos valores repassados no PAB variável, numa lógica de melhoria contínua do acesso e qualidade dos serviços prestados pelos municípios, notadamente as equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Infelizmente nem tudo são flores, não se conseguiu avançar na participação financeira da União no nível dos 10% pretendidos com a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00, mas muito se progrediu

com sua aprovação, principalmente na definição do que realmente é gasto com saúde, o que, mesmo para os mais céticos, deverá incrementar significativamente os valores destinados realmente à saúde.

Neste cenário de grandes mudanças, pode-se observar a fantástica evolução das equipes da Estratégia Saúde da Família por todo o Estado de Santa Catarina. Trabalhos brilhantes, criativos e de grande impacto em nossas comunidades, compuseram o conjunto de experiências exitosas apresentadas pelos municípios, e premiadas pela SES/SC nos Encontros Macrorregionais e no Vº Encontro Estadual de Saúde da Família. Um aumento de aproximadamente 25% no Cofinanciamento da Atenção Básica por parte do Estado, pôde garantir um benefício adicional às equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, Saúde Bucal - SB, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Centro de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, assim como a realização destes eventos em todas as nossas macrorregiões.

Com ousadia, revolucionamos a Gerência de Coordenação da Atenção Básica - GEABS, que agora trabalha para apoiar institucionalmente os municípios, dentro de uma lógica macrorregional, e ampliamos nossa parceria com o Núcleo Telessaúde, executado como projeto de extensão da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, que de maneira inteiramente integrada à Gerência, oferece cursos à distância, webconferências e segunda opinião formativa aos profissionais.

O conhecimento só tem valia se puder ser compartilhado. Assim apresentamos com esta nova edição de nossa revista, parte dos trabalhos que representam algumas das experiências exitosas premiadas, esperando que possam ser replicadas em vários outros municípios, valorizando, estimulando ainda mais a força dos trabalhadores do SUS, engajados em desenvolver uma Atenção Básica primorosa para os Catarinenses. A todos os melhores votos de um 2012 cheio de realizações!

Walter Gomes Filho
Superintendente de Planejamento e Gestão



Sumário

Apresentação.....	5
--------------------------	----------

Relatos de Experiências

Vargem Bonita.....	6
Joinville.....	9
Urupema.....	13
Blumenau.....	19
Garopaba.....	23
Sangão.....	28
Balneário Camboriú.....	34
Xaxim.....	41
Rio Negrinho.....	47

Experiências exitosas da Estratégia Saúde da Família e desempenho na avaliação da Atenção Básica são premiados no Estado

A Secretaria de Estado da Saúde (SES), através da Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS), realizou o V Encontro Estadual de Saúde da Família nos dias 7, 8 e 9 de novembro. Este evento contou com, aproximadamente, 700 participantes, entre Gestores Municipais de Saúde, Gerentes Regionais de Saúde, Profissionais de Saúde que atuam nos níveis central, regional e municipal (integrantes das Equipes da Estratégia Saúde da Família).

Este encontro é o resultado da grande tarefa realizada pelas equipes técnicas das Coordenações Macrorregionais, Gerências Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Equipes da Estratégia Saúde da Família, com a realização dos 9 Encontros Macrorregionais, que buscaram atender os seguintes objetivos:

- 1 – Propiciar espaços de aperfeiçoamento das práticas profissionais em Atenção Básica / Saúde da Família, por meio do intercâmbio de experiências
- 2 – Contribuir para a sustentação da Atenção Básica de Saúde, como estratégia de organização da atenção no SUS
- 3 – Fortalecer o Programa Nacional de Atenção Básica como eixo estruturante do Pacto pela Saúde
- 4 – Integrar ensino / pesquisa / serviço na capacitação, formação, educação permanente para a Atenção Básica na Saúde
- 5 – Premiar experiências na Estratégia Saúde da Família, que contribuam para o fortalecimento das Equipes de Saúde da Família no Estado de Santa Catarina
- 6 – Premiar os municípios com melhor desempenho na avaliação da Atenção Básica, realizada pela Gerência de Coordenação da Atenção Básica
- 7 – Premiar as equipes que fizeram uso das atividades desenvolvidas pelo Núcleo Telessaúde, na construção do seu processo de trabalho.

A Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina está estruturada através de 1.411 Equipes de Saúde da Família, 853 Equipes de Saúde Bucal, 178 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 9.828 Agentes Comunitários de Saúde, constituindo-se desta forma num grande contingente de

profissionais atuando em benefício da saúde da população catarinense. Neste Encontro foram premiados 18 municípios que apresentaram melhor desempenho na avaliação da Gestão Ampliada da Atenção Básica, conforme Deliberação CIB 055/2011, os quais receberam entre R\$ 20.000,00 até R\$ 50.000,00, cada um (de acordo com o porte populacional). Além destes, receberam premiação 28 municípios com as melhores experiências desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, recebendo cada um R\$ 7.000,00.

A novidade deste Encontro foi a premiação de 1 equipe por macrorregião, que apresentou maior pontuação por participação nas atividades do núcleo Telessaúde, que também recebeu cada uma R\$ 7.000,00. A premiação dos municípios contou com a presença do Secretário de Estado da Saúde - Dalmo Claro de Oliveira, do Superintendente de Planejamento e Gestão- Walter Vicente Gomes Filho, do Gerente de Coordenação da Atenção Básica- Heitor Tognoli e Silva, de 6 Prefeitos Municipais, bem como de aproximadamente 20 Secretários Municipais de Saúde, além dos 700 participantes do encontro. Os participantes do encontro receberam exemplares da 5ª edição da Revista Catarinense de Saúde da Família, na qual constam experiências exitosas das equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios catarinenses.

Nesta 6ª edição, estamos publicando os 9 trabalhos premiados nos Encontros Macrorregionais e apresentados no V Encontro Estadual de Saúde da Família.

Todo este esforço tem sido para valorizar e fortalecer o trabalho dedicado dos municípios, através das equipes da Estratégia Saúde da Família, visando o fortalecimento da Atenção Básica em SC. Queremos aproveitar esta oportunidade, para desejar a todos um ano de 2012 com muitas realizações, saúde, paz e que as experiências exitosas das equipes ESF se multipliquem, contribuindo para a consolidação do SUS em Santa Catarina.

Lizete Contin
Secretária Executiva da Revista Catarinense de Saúde da Família

Calendário educativo da saúde

Jair José Gemelli - Médico

Micheli Cristina de Oliveira - Enfermeira

Andréia Costa Moreira Mozer - Técnica de Enfermagem

Lucimara do Prado Barbosa Zuqui - Auxiliar de Enfermagem

Cristhiane Covolan Picinatto - Odontóloga

Adriana Chitz Chaves - Auxiliar de Consultório Dentário

Alide Antonioli Welter - Agente Comunitária de Saúde

Claudete Bortolini Spader Bueno - Agente Comunitária de Saúde

Eva Gonçalves Chiot - Agente Comunitária de Saúde

Liliane Chester - Agente Comunitária de Saúde

Emanuela Costa Argente Bandeira - Agente Comunitária de Saúde

Luciane de Fátima Ottonelli de Moraes - Agente Comunitária de Saúde

Roselei Souza Machado - Agente Comunitária de Saúde

Salette Ribeiro Ubrich - Agente Comunitária de Saúde

Salette Moreira Leite de Tomim - Agente Comunitária de Saúde

Sirlei Besbatti - Auxiliar Administrativa

Eliete Virme da Rosa - Secretária Municipal de Saúde

Contatos: enf_michele@hotmail.com - 49- 3548-3036 / 3548.3030

Introdução

Atualmente, os recursos tecnológicos das equipes de saúde podem estar alocados em ações desarticuladas, menos cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e incorporando, de forma acrítica, as novas tecnologias, configurando-se num modelo pouco eficiente e pouco efetivo. A mudança deste Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas integradas, cuidadoras. Pensar na saúde de forma integral significa, também, respeitar as peculiaridades de cada setor, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da nossa população.

Desta maneira, vamos buscar alternativas para que as pessoas da nossa comunidade deixem de lado este sistema hegemônico, centrado na doença, para dar prioridade a um sistema onde haja a incorporação de ações de promoção de saúde e de prevenção de riscos e doenças, através de atividades educativas permanentes.

Tudo que é novo as pessoas têm resistência em aderir, de certa forma, por medo do desconhecido. Em visitas domiciliares, as Agentes Comunitárias de Saúde perceberam que, em nossa região, o calendário, ou folhinha do ano, estava presente em praticamente todas as residências. A partir disso, a equipe imaginou uma maneira eficiente e eficaz de fazer com que as reuniões de grupos, comesçassem a fazer parte da rotina dessas famílias. A maneira foi através da distribuição de um calendário educativo da saúde, no qual estariam todas as ações de saúde programadas e agendadas para o próximo ano, bem como telefones úteis e as datas de atendimento no interior do município. Desta maneira, surge a proposta da criação do Calendário Educativo da Saúde.

Justificativa

A equipe de saúde percebeu baixa participação nas atividades educativas realizadas. Por serem vários grupos, divididos por microáreas, e com grande número de pessoas, os moradores tinham dificuldades em saber a data correta da atividade educativa do seu grupo.

Além disso, o município de Vargem Bonita, segundo fonte do IBGE 2010, conta com 4.793 habitantes, área territorial 298,611 km². Vargem Bonita é um município com 14 comunidades e possui duas áreas de abrangências, cobertas por duas Equipes de Saúde da Família. A ESF 1 abrange o centro de Vargem Bonita, o bairro Anzolin, Bela Vista I e II, Domicilia Cassiano, Brasília, Madezati, Giasson, Coração, Assentamento 25 de Maio, Linha Casan, Linha Spader, Linha Nossa Senhora do Carmo, Tunal, Tunalzinho e São José. A ESF 2 abrange a Vila Campina da Alegria, Campina Redonda, Pinhal Grande e Assentamento 9 de Novembro. Devido a esse número de comunidades, os moradores tinham dificuldade em saber os dias de atendimento da equipe (médico, dentista, enfermeira e assistente social) em sua região.

Objetivos

- Garantir e ampliar a participação da população nas atividades educativas;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença;
- Estimular a população em participar do controle social;
- Estabelecer vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e a população que esta sob sua responsabilidade;
- Divulgar a programação anual das ações desenvolvidas pela equipe;
- Incluir todas as pessoas, alfabetizadas ou não, nas atividades da equipe de saúde da família.

Desenvolvimento

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro-





Atividades antes do calendário da saúde em 2007

ro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objetivo os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos números das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) entra em ação, pois é uma forma de reorganização da atenção básica e, conseqüentemente, do modelo assistencial. Tem por objetivo principal o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997). A ESF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados.

A educação em saúde é uma das responsabilidades atribuídas para os profissionais da equipe de saúde da família, se trata de um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA E LOPES, 1996). Nesse sentido, educar para a saúde implica ir além do assistencialismo, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

As ações de educação em saúde no município de Vargem Bonita ocorrem mensalmente, em datas diferenciadas, e são divididas em vários grupos. Devido a esses motivos, foi formulado o Calendário Educativo da Saúde. Este é apresentado desde 2008, com todas as datas destacadas, por cores, cada uma de acordo com cada atividade e com cada grupo. Nele estão presente as seguintes atividades: grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, grupo de reeducação alimentar, grupo de tabagismo, grupo para carteira de saúde, Reunião do Conselho Municipal de Saúde, atendimentos no interior, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (Pesagem).

O calendário anual da saúde é de grande importância para a comunidade, pois permite às pessoas conhecer o agendamento de todas as atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde, garantindo, assim, maior participação da comunidade e maiores resultados na prevenção de riscos à saúde. Além disso, é um aliado para a população, em estimular a participação da comunidade no controle social, através das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. A cada ano o Calendário Educativo da Saúde é reformulado e adaptado, para melhor compreensão dos usuários.

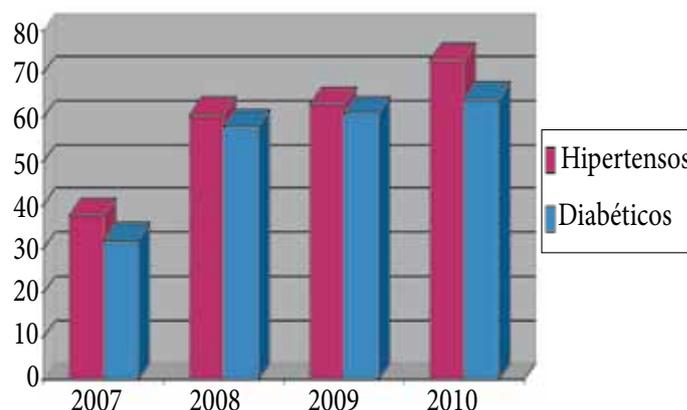
Resultados

Aumento do número de participantes nas palestras e atividades de educação em saúde, conforme Tabela 1 e Gráfico 1.

Tabela 1: Aumento do número de participantes nos grupos

GRUPOS	2007	2008	2009	2010
Hipertensão arterial	37,8%	60,7%	63%	73%
Diabéticos	32%	58%	61%	64%

Gráfico 1: Comparativo do aumento da participação nos grupos
Maior motivação da Equipe de ESF em realizar cada vez





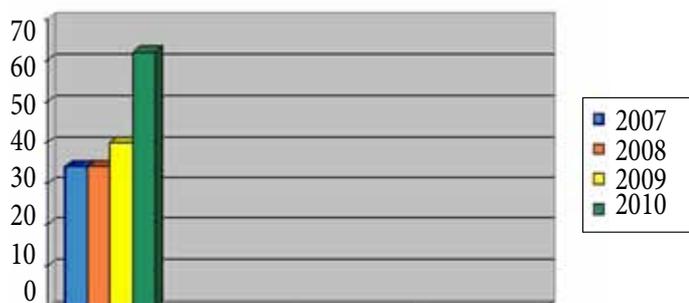
Atividades após o calendário da saúde em 2008

mais promoção à saúde, aumentando a quantidade de atividades educativas realizadas, conforme Tabela 2 e Gráfico 2.

Tabela 2: Aumento do número de atividades educativas realizadas:

Ano	Atividades Educativas
2007	34
2008	34
2009	40
2010	62

Gráfico 2: Comparativo do aumento do número de atividades educativas realizadas:



Melhor divulgação dos trabalhos e atividades educati-

vas desenvolvidas pela equipe da ESF, atingindo toda a população do município;

Redução no fluxo de usuários na unidade de saúde na parte curativa, percebida no contraste das pessoas presentes na Unidade Básica de Saúde.

Considerações finais

A Estratégia de Saúde da família deve se adaptar às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e objetivos. A saúde da população adscrita deve ser o alvo de suas estratégias. O vínculo e as res-

ponsabilidades estabelecidas entre os profissionais de saúde e a população, tornam o atual modelo da assistência à saúde.

O planejamento das estratégias e das ações de educação em saúde responde ao princípio da participação ampliada, respeitando as peculiaridades locais de cada população. Em Vargem Bonita, o recurso adotado para garantir a efetiva participação foi a formulação do Calendário Educativo da Saúde, que teve grande adesão pela população assistida pelas equipes. As ações preventivas e a educação em saúde têm maior prestígio após a implantação do calendário. A comunidade participa, adere à educação em saúde e, conseqüentemente, possui uma melhor qualidade de vida. Além disso, a equipe de Estratégia de Saúde da Família está motivada a realizar as atividades e, também, a se aperfeiçoar com a educação continuada para obter cada vez mais resultados positivos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.
- STARFIELD, Barbara. ATENÇÃO PRIMÁRIA: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Barsília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Criação de uma horta suspensa e introdução de ervas medicinais em grupos na ESF Estevão de Matos

Lenize Motta - lenizemotta@hotmail.com

Eliane dos Santos - elianesantos_7@hotmail.com

Eliziane Reinert - lizereinert@hotmail.com

Carla Ribeiro - cribeiro@saudejoinville.sc.gov.br

Contatos: *vcardoso@saudejoinville.sc.gov.br* - Fone: 47-3463.9898

Eliza Flavia Rolin - flaeli28@gmail.com

Adriana Flores - mana.flor@hotmail.com

Rosângela Cabral - r-f-cabral@hotmail.com

Ondina Soares Correia - tukita_dina@yahoo.com.br

Introdução

Segundo Branco et al (2011), a partir do final da década de 1990, a questão da redução da pobreza foi colocada na agenda política do país. Mas foi com o lançamento do Programa Fome Zero, em 2003, que o assunto ficou em mais evidência. A partir daí, diversas instâncias governamentais passaram a financiar projetos que contribuíssem para reduzir a pobreza no País, destacando-se os que incentivavam a produção de hortaliças em áreas urbanas. Projetos de hortas urbanas podem gerar diversos benefícios sociais e econômicos, entre os quais podem ser destacados: aumento da renda familiar pela venda de excedentes, aumento da diversidade alimentar pelo incremento no consumo de hortaliças, redução de doenças associadas a carências de vitaminas e sais minerais.

A história do uso de plantas medicinais tem mostrado que elas fazem parte da evolução humana e foram os primeiros recursos terapêuticos utilizados. As antigas civilizações têm suas próprias referências históricas às plantas medicinais e, muito antes de aparecer qualquer forma de escrita, o homem já utilizava as plantas e, entre estas, algumas como alimento e outras como remédio. Nas suas experiências com ervas, tiveram sucessos e fracassos, sendo que em muitas vezes estas curavam e em outras matavam ou produziam efeitos colaterais severos (DORTA, 1998).

A partir do século XIX, a fitoterapia teve maior avanço, devido ao progresso científico na área da química, o qual permitiu analisar, identificar e separar os princípios ativos das plantas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que, atualmente, a prática do uso de plantas medicinais é tida como a principal opção terapêutica de aproximadamente 80% da população mundial (ALVES; SILVA, 2002). No Brasil este tema tem sido discutido em diversas oportunidades, como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi recomendada a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde (BRASIL, 1986). A 10ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em setembro de 1996, em Brasília, também propôs, em suas deliberações, incorporar no SUS as terapias alternativas e práticas populares. Incentivou, ainda, a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública, propondo o emprego de normas para a sua utilização após ampla discussão com os profissionais de saúde e especialistas (ELDIN; DUNFORD, 2001). No Brasil, desde janeiro de 2002, já se dispõe de legislação

orientando sobre uso e comercialização destas substâncias. Quanto à produção e ao comércio de fitoterápicos, foram publicadas as Portarias nº 6 (1995) e nº 17 (2000), da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (MARQUES, 1996).

A utilização de plantas medicinais cujas propriedades terapêuticas tenham sido comprovadas cientificamente pode ser um recurso terapêutico muito útil nos programas de atenção primária à saúde (MATOS, 2000). O acesso a diferentes terapias medicamentosas está implícito nos princípios do SUS. A fitoterapia, por ser uma prática tradicional de saúde e já revelada em diversos estudos como de uso para fins terapêuticos para uma parcela significativa da população, poderia atender muitas das demandas de saúde da população usuária deste serviço. Constata-se que há um crescente interesse dos gestores municipais de saúde na implantação de programas de fitoterapia em unidades de saúde como alternativa medicamentosa como nos municípios Vitória/ES, Curitiba/PR, Londrina/PR, Campinas/SP, João Pessoa/PE (TOMAZZONI, 2011).

Segundo Guimarães et al (2011), o uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde deve ser incorporado ao sistema de saúde pública, pois além de baixo custo, resgata o conhecimento popular e promove o seu uso racional, embasado nos conhecimentos científicos, segundo a Anvisa os extratos vegetais, compostos de substâncias produzidas pela natureza, são tão ou mais seguros e eficazes que os produzidos sinteticamente. No município de Joinville já existe uma lei ordinária nº 6774, de 29 de setembro de 2010, que tem como objetivo geral garantir à população o acesso seguro e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, através do SUS, promovendo o uso sustentável da biodiversidade e apoiando o desenvolvimento da cadeia produtiva. Este trabalho apresenta o relato de experiência da implantação de uma horta suspensa com materiais recicláveis e sua utilização como tema transversal para estimular e ampliar o conhecimento sobre o uso de ervas medicinais em grupos da ESF Estevão de Matos.

Objetivo

Objetivo Geral

Implantar uma horta suspensa com materiais recicláveis e sua utilização como tema transversal para estimular e ampliar o conhecimento sobre o uso de ervas medicinais em grupos da ESF Estevão de Matos.

Objetivos específicos:

- Orientar a comunidade sobre hábitos saudáveis, com o uso de frutas, legumes e verduras;
- Resgatar e valorizar a cultura popular no uso de plantas medicinais;
- Orientar a comunidade sobre o uso correto das plantas medicinais, através de palestras educativas nos grupos da unidade, visita domiciliares dos agentes comunitários de saúde e ação da equipe multidisciplinar da ESF Estevão de Matos.

Justificativa

Segundo Guimarães et al (2011), o uso das plantas medicinais em suas diversas formas tem crescido nesse século. De terapêutica medicamentosa predominante nas primeiras décadas decaiu a tal ponto que quase foi extinta. Hoje passou a ocupar novamente um papel fundamental na atenção primária à saúde, fato esse amparado na orientação da OMS.

Devido ao alto custo dos medicamentos alopáticos, efeitos colaterais, nível sócioeconômico baixo na ESF Estevão de Matos e a eficácia comprovada das plantas medicinais, bem como frutas, legumes e verduras para uma vida mais saudável surgiu a proposta de elaborar uma horta suspensa, pois, não disponibilizamos de espaço ou local apropriado para implantar e manter uma horta do modo tradicional. Para tanto, utilizou-se materiais recicláveis, como garrafas pets, pneus, bombonas de plástico, e plantas medicinais nos grupos da ESF Estevão de Matos.

Metodologia

Gerenciamento das ações: a responsabilidade e implantação e desenvolvimento da horta suspensa é da equipe da ESF Estevão de Matos, tendo como responsáveis as Enfermeiras Eliziane Reinert e Lenize Motta.

Cooperação entre as instituições: para o desenvolvimento do projeto da horta suspensa contamos com a parceria dos segmentos públicos: Casa Brasil, com o apoio do Programa FitoJoinville e dos Engenheiros Agrônomos da UFSC; do Centro Terra Viva de Apoio a Agricultura Urbana e Periurbana de Santa Catarina (CAPUP/SC); do Núcleo de Apoio Técnico através do Núcleo de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville; do Conselho Municipal Alimentar e Nutricional; do Ministério do Desenvolvimento Social; da Secretaria da Educação; da Fundação Municipal de Desenvolvimento Rural 25 de Julho; e privados: Dohler, Cassol Center Lar, Material de Construção GMC, Agropecuária F Silva, Jardim Pet Agrosopping e Marcenaria Vandressen.

Estruturação da equipe: para a implantação da horta suspensa foi necessária a organização de uma equipe multidisciplinar composta pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde pública, agentes comunitários de saúde, farmacêutica, engenheiros agrônomos e nutricionista.

Capacitação dos recursos humanos: é fundamental o

treinamento dos profissionais de saúde para a confecção e manejo da horta, bem como o trabalho com as plantas medicinais, tendo em vista que, grande parte deles não obteve formação acadêmica nesta área. Portanto, foram realizadas oficinas de implantação e manejo do espaço da horta, a confecção de compostagem, berçários, sementeiras, tipos de hortas, tempo de germinação e colheita das hortaliças, identificação e uso de plantas medicinais (Programa FitoJoinville) e EPAGRI. Estava programada, ainda, a participação no congresso em Joinville de fitoterapia.

Confecção da horta suspensa: para garantir a produção de frutas, verduras, legumes e ervas medicinais de qualidade, escolhemos espécies validadas cientificamente e que se adaptam as condições climáticas da região e o tipo de horta produzida.

Desenvolvimento

O projeto foi realizado em etapas:

1ª etapa: escolha do tipo de horta

A ideia da horta suspensa ocorreu quando recebemos um memorando (nº 167/11 GUAB/NAT) do Dia Mundial da Alimentação no mês de março de 2011. Iniciou-se com pesquisas pela internet, vendo imagens e reportagens de como montar uma horta em um pequeno espaço. Decidimos utilizar o muro da unidade e materiais recicláveis para a realização da horta suspensa.

2ª etapa: capacitação dos recursos humanos



Realizaram-se, no mês de abril de 2011, oficinas de implantação e manejo do espaço da horta, a confecção de compostagem, berçários, sementeiras, tipos de hortas, tempo de germinação e colheita das hortaliças em parceria com a Casa Brasil e UFSC. Em agosto de 2011 foram feitas identificações e uso de plantas medicinais, no Programa FitoJoinville, em parceria com a Epagri. Participação no curso “Programa Catarinense de Profissionais e Produtores Rurais e Pescado em Plantas Bioativas”, no município de Itajaí em parceria com a Epagri. Temos previsão de visitas em hortos (produtores de plantas medicinais) em Joinville e a participação do congresso de fitoterapia, em Joinville, de 30 de setembro a 1 de outubro de 2011.



3ª etapa: captação de recursos e materiais

Iniciou-se esta etapa solicitando apoio da comunidade para a arrecadação de material reciclável (PET), mudas nos grupos da unidade (HAS/DM) e foram distribuídos ofícios solicitando materiais para o comércio. Recebemos PETs da comunidade, bombonas de plástico da empresa Dohler, tinta para a pintura do muro da Cassol Center Lar, arame do Material de Construção GMC, terra e adubo de um usuário da Raia, madeira de duas usuárias da unidade, terra adubada da Agropecuária F Silva, mudas e terra adubada do Jardim Pet Agrosopping e serragem da Marcenaria Vandressen.

4ª etapa: montagem da horta suspensa

Após as doações no mês de julho, a equipe montou a horta com a ajuda dos usuários da comunidade, desde a adequação do muro com lavagem e pintura, preparo das garrafas PETs, bombonas, pneus (corte, furos para drenagem da água, arames para fixação dos mesmos e confecção de bombona de chorume).

5ª etapa: plantio das mudas

Após o preparo dos materiais, foi realizado o plantio das mudas e fixação dos PETs no muro. Foram plantados:

- verduras e legumes: acelga, agrião, alface (lisa, crespa, americana, roxa), almeirão, beterraba, brócolis, couve, espinafre, nabo, repolho, rúcula;
- frutas: damasco e morango;
- temperos: alecrim, gengibre, mangerona, orégano, salsa-nha, cebolinha;
- ervas medicinais: anador, arruda, babosa, balaeira, boldo de jardim, boldo do chile, calêndula, capim cidreira, catin-ga de mulata, cavalinha, cidrão, citronela, erva doce, hortelã, losna, malva, ora pro nobis, penicilina, pico pico, poejo, sálvia, tanchagem.

6ª etapa: identificação das plantas e criação do bulário da horta

Após o plantio das verduras, legumes, frutas, temperos e ervas medicinais, foram identificados com plaquinhas com nome popular e científico. Após, foi criado um bulário onde se encontra o nome da planta popular, nome científico, indicações de uso e a foto da planta. Este bulário juntamente com as ervas, foram utilizados em atividades de educação e saúde visando melhorar a qualidade de vida da população da ESF Estevão de Matos.

7ª etapa: seleção de ervas medicinais para uso nos grupos da ESF

Planta	Nome científico	Uso popular	Grupo
CAPIM CIDREIRA	Cymbopogon citratus	Hipotensora, diurética, ansiolítica, antioxidante, sedativa, hipocolesterolêmica, descongestionante, expectorante, antiinflamatória, antimicrobiana, estimulante lácteo	Gestante, criança, hipertensão, tabagismo, saúde integral, obesidade.
CAVALINHA	Equisetum arvense	mineralizante, diurética, antiagregante plaquetária, antiinflamatória, hepatoprotetora e antioxidante. hipotensora	Hipertensão leve, tabagismo, obesidade, idosos.
ERVA DOCE	Foeniculum vulgare	Galactagoga, estrogênica, tônica do libido, carminativa, expectorante, aumenta a motilidade do estômago, eupéptica, antiespasmódica, anti-séptica urinária, hipotensora e antimicrobiana	Gestante, criança, hipertensão, saúde integral, obesidade
MARACUJÁ	Passiflora edulis	Ansiedade, irritação, insônia, diabetes, colesterol	Diabetes, saúde integral, idosos, tabagismo, obesidade.
ORA-PRO-NOBIS	Pereskia aculeata	Rico em proteínas, aminoácidos, vitaminas A, B e C, ferro, cálcio, fósforo, gastralgia, protetor gástrico	Diabetes, hipertensão, idosos, tabagismo, saúde integral, crianças, gestantes.
SÁLVIA-DO-RIO-GRANDE	Lippia alba	Redutora do tônus intestinal, analgésica, adstringente, expectorante, antioxidante, anti-hipertensiva, prolongadora do sono, anti-séptica, sedativa, ansiolítica, antiulcerogênica gástrica, antiviral e antimicrobiana	Hipertensão moderada, saúde integral, idosos, tabagismo, obesidade



Resultados

Os resultados alcançados foram além das expectativas da equipe, pois não tínhamos conhecimento sobre ervas medicinais e, quando percebemos, estávamos engajados em várias capacitações e parcerias com várias entidades. Todos os pacientes e profissionais de diversas áreas vinham conhecer a horta e adoravam a ideia e levavam esta ideia para suas casas e locais de trabalho. Os pacientes gostavam das orientações e resgatavam o seu conhecimento popular passado de geração em geração.

Escolhemos algumas plantas para inserir nos grupos, plantas conhecidas pelos usuários, iniciando aos poucos as orientações e inserindo outras a medida do tempo. As plantas não utilizadas, mas que possuímos na horta, listamos no bulário e utilizamos a modo de pesquisa e orientação complementar. Já tivemos relatos de cinco usuários que já iniciaram suas hortas suspensas com garrafas PETs em suas residências e uma equipe de trabalho que irá iniciar a horta na unidade de saúde, ficamos muito gratificados com o trabalho.

O objetivo é incentivar os hábitos saudáveis e o uso das plantas medicinais, observamos que este conhecimento está sendo resgatado e os que já utilizavam estão tirando suas dúvidas e aperfeiçoando os mesmos. O objetivo principal é melhorar a qualidade de vida, sendo com hábitos diferenciados, reeducação, chás, percebemos que ainda temos muito a aprender e a repassar aos nossos usuários. Concluímos que este trabalho de produção da horta suspensa e orientação de hábitos saudáveis e introdução de ervas medicinais nos grupos da unidade de saúde é de suma importância e contribuem para o fortalecimento da Atenção Básica/Saúde da Família no município de Joinville. Pois, a junção do conhecimento empírico com o conhecimento científico, abre novas formas de cuidar, de tratar e se possível curar. Este tema é apaixonante e pretendemos dar continuidade neste projeto que está dando frutos.

Considerações finais

A implantação do Projeto da horta suspensa na ESF Estevão de Matos está associando o conhecimento popular ao conhecimento científico, substituindo o uso empírico de plantas medicinais pelo uso correto das plantas existentes na região, selecionadas pela sua eficácia e segurança cientificamente comprovadas.

Entende-se que todo indivíduo participa de sua própria saúde ou doença em todos os momentos, mediante suas crenças, sentimentos e atitudes diante da vida, assim como, mediante o emprego de terapias adequadas. A compreen-

são de que esta participação é um primeiro passo para a manutenção da saúde passa pelo entendimento de que uma doença não é apenas um problema físico, mas um conjunto que compreende tanto o físico, o mental e o espiritual, envolvendo o contexto social em que o sujeito esteja inserido. Se este conjunto do indivíduo não estiver em equilíbrio, as intervenções físicas não terão êxito. Temos que considerar o ser humano em sua totalidade e não apenas em suas doenças. Deve-se levar em conta suas crenças e seus valores, os quais são transmitidos através da sua cultura, de geração para geração. Estes interferem em seu cotidiano, na forma de agir e reagir nas ocorrências da vida. Observa-se, entretanto, que a cada dia se descuida mais do indivíduo como pessoa, e se cuida mais de sua doença. Compete a nós, profissionais de saúde, promover esta mudança de atitude permitindo que as pessoas possam exteriorizar sua cultura e seus valores, tendo mais autonomia no seu cuidado à saúde, desenvolvendo atitudes saudáveis tanto para com elas como com a comunidade em que está inserida (TOMAZZONI, 2011). A produção da horta foi um trabalho incansável, comprometido da equipe, porém gratificante, na qual semeou plantas e chás e colhe esperança e alegria dos seus usuários.

Referências

- ALVES D. L.; SILVA C. R. Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal. São Paulo: Atheneu, 2002.
- BRANCO, Marina Castelo, et al. Indicadores Sociais, Econômicos E Ambientais Para Avaliação Da Sustentabilidade De Projetos De Horta Urbana. Disponível em: http://www.cnpat.embrapa.br/sbsp/anais/Trab_Format_PDF/77.pdf. Acesso em: 25/07/11.
- BRASIL. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.
- DORTA, E. J. Introdução. In: Escala Rural: especial de plantas medicinais, 1 (4): 1-62. São Paulo: Escala, 1998.
- ELDIN S.; DUNFORD, A. Fitoterapia Na Atenção Primária À Saúde. São Paulo: Manole, 2001.
- GUIMARAES, Jaqueline, et al. Programa Fitoterápico Farmácia Viva No Sus-Betim Farmácia Viva In Sus/Betim – Phytotherapy Program. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Jaqueline%20Guimaraes%20ok.pdf>. Acesso em 27/07/11
- MARQUES, L.C. Avaliação Do Mercado De Fitoterápicos Em Relação Às Exigências Em Vigor Da Portaria SVS N. 06/95. Anais XIV Simpósio de Plantas Medicinais no Brasil, Florianópolis; p. 61, set; 1996.
- MATOS, F. J. A. Plantas Medicinais: Guia De Seleção E Emprego De Plantas Usadas Na Fitoterapia No Nordeste Do Brasil. 2. ed. Fortaleza: IU, 2000.
- TOMAZZONI, Marisa Ines. Subsídios Para A Introdução Do Uso De Fitoterápicos Na Rede Básica De Saúde Do Município De Cascavel/Pr. Disponível em: www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTomazzoni.pdf. Acesso em 25/07/11
- Ervas Medicinais: Disponível em: pt.wikipedia.org/. Acesso em 10/07/11
- LELINGTON, Lobo Franco. 100 Sucos Com Poderes Medicinais. Disponível em: <http://ebooksgratis.com.br/livros-ebooks-gratis/tecnicos-e-cientificos/medicina-100-sucos-com-poderes-medicinais-lelington-lobo-franco/#ixzz1VCgN7O5L>. Acesso em 01/08/11

Elas + Belas

Um relato de experiência na assistência à saúde da mulher

Equipe Técnica:

Cristiane Muniz Pagani - Psicóloga NASF

Cristiane Pereira - ACS

Franciele da Silva - ACS

Janaina Almeida - Fisioterapeuta NASF

Janaina Ribeiro da Silva - ACS

Luzia Fabre Pagani Paes - Coordenadora

Mariele W. da Costa - Técnica de Enfermagem ESF

Contatos: silcc@bol.com.br - fone: 49-3236.1131

Marineuza Batista F. Pereira - Assistente Social NASF

Ricardo Zeilmann - Médico ESF

Rosinei Melo - ACS

Silvia Correa Costa - Enfermeira ESF

Tânia Gugilemi Borges - Fonoaudióloga NASF

Vaneza Souza - ACS

Viviane Muniz - ACS

Introdução

Urupema faz parte dos 21 municípios da Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES) e pertence a 27ª Gerência de Saúde de São Joaquim. A superfície é de 278,7km, e a densidade demográfica é de 12,6 hab/km². A altitude do município na sede é de 1.425 metros, propiciando um inverno rigoroso. O estudo descreve a experiência vivida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto a população feminina do município de Urupema, através de uma ação voltada para aumentar o índice de cobertura de exame citopatológico em mulheres entre de 25 e 59 anos, residentes nesse município, ação esta chamada Elas + Belas. O conteúdo desse estudo foi estruturado da seguinte forma: em um primeiro momento, através de um trabalho de equipe, analisamos a situação atual da saúde da mulher no nosso município e foi possível constatar um baixo índice de cobertura de exames citopatológicos de colo uterino, elevada prevalência de transtornos mentais comuns (depressão), baixa autoestima e ausência de atividades de lazer.

A ação consistiu em um sábado por mês, voltado para o público feminino, desenvolvida na sede do município e nas comunidades do interior. População esta, sedenta de valorização pessoal e regularidades com os cuidados com a saúde da mulher. Usamos a humanização criando um ambiente acolhedor com cortesia, respeito e privacidade, pois é necessário entender que para muitas mulheres o exame ginecológico ou simplesmente a coleta do papanicolau, ainda causa constrangimento e preocupação.

Nesta ação buscou-se envolver o público com a ma-

gia dos cuidados da beleza, dicas de maquiagem, cabelo e moda e uma foto delas do antes e do depois da participação do “espaço beleza”. Nesta foto está o segredo de



Reunião - transporte - recepção com lanche - recreação infantil exames e palestras - almoço e lanche - espaço beleza - entrega dos kits



Cadastro - Ação aos sábados - exames - roda de chimarrão com troca de experiência - Espaço beleza e estúdio fotográfico - retirada de exames e fotos - vídeo - entrega de kits e sorteio.

como aliar a promoção com a prevenção da saúde. Cada mulher retira sua foto no posto de saúde, após realizar o exame citopatológico e de toque das mamas, feito pelo profissional. Assim, por trás disso, pudemos aumentar o índice de cobertura de exame citopatológico, bem como atuar na saúde mental da população feminina, resgatando autoestima, oportunizando acesso ao lazer e socialização, favorecendo a troca de experiências entre mulheres, por meio de reuniões de grupo em sua comunidade, tornando-se um espaço potencial para apoio e superação. Diante do exposto, o projeto visou contribuir com a modificação desta realidade, fazendo com que certos comportamentos, como exame citopatológico, higiene íntima, questões sobre sexualidade, tais como afeto, prazer e conhecimento do corpo, os cuidados com a beleza e autoestima se tornem fundamentais em sua rotina diária.

Justificativa

A manutenção da boa saúde da mulher exige uma série de cuidados e atitudes preventivas, levando em consideração que cada mulher tem uma história onde suas individualidades precisam ser respeitadas. As melhorias das condições da saúde da mulher dependem do êxito das ações de saúde desenvolvidas na atenção primária. Acredita-se que as unidades de saúde sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestando

atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. As ações foram executadas por uma equipe interdisciplinar, ESF, NASF e agentes comunitários que atuaram por meio de atendimentos individualizados ou por grupos, de acordo com as necessidades da mulher.

A partir do conhecimento da situação local, apontada pelo plano municipal de saúde, traçamos um planejamento para organização das ações que responderam às necessidades propostas pelos objetivos, sendo uma delas aumentar o índice de cobertura de exames citopatológico, esta ação foi chamada de ELAS + BELAS. A oferta desse tipo de exame é bem menor do que o desejado, pois nos serviços públicos de saúde, em SC, apenas 24% da população feminina de 25 a 59 anos realizam o teste como preconizado. Essa cobertura é muito pequena, mesmo levando-se em conta o fato de que um per-

centual de mulheres se utiliza de outros serviços que não são vinculados ao SUS.

Para isto, foram desenvolvidas atividades educativas possibilitando às mulheres maior conhecimento de seu próprio corpo, reforçando autoestima, alertando sobre a necessidade de prevenir doenças e promovendo a saúde como fato de melhoria da qualidade de vida. No âmbito da saúde da família, a atenção integral à saúde da mulher, além de englobar e integrar várias estratégias, entre as quais a prevenção do câncer de colo e da mama, planejamento familiar, é ainda responsável por ações relacionadas à redução de DST e AIDS, à saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades e especificidades da população feminina. Todo esse trabalho foi norteador pelas diretrizes ESF/NASF onde se entende que a atenção integral à saúde da mulher constitui-se como uma das prioridades do processo de trabalho das equipes de saúde, devendo seus princípios e ações serem amplamente conhecidos pelos diversos profissionais da atenção primária.

Objetivos

Objetivo geral

Aumentar o índice de cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos, residentes no município de Urupema.

Objetivos específicos

- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre o profissional de saúde e as mulheres de 25 a 59 anos, residentes no município de Urupema;
- Estimular a autoestima e autocuidado das mulheres de 25 a 59 anos, residentes no município de Urupema;
- Oportunizar acesso ao lazer e socialização, favorecendo a troca de experiências entre mulheres por meio de intervenções psicossociais em mulheres de 25 a 59 anos, residentes no município de Urupema;
- Conscientizar sobre a importância da prevenção do câncer de colo de útero, mama, DST e AIDS em mulheres de 25 a 59 anos, residentes no município de Urupema.

Metodologia

• Tipo de Estudo: Experimental.

Para atender aos objetivos propostos, realizamos um estudo experimental. A pesquisa experimental se enquadra no presente estudo, pois este tipo de pesquisa é mais utilizado nas ciências naturais, requer uso de equipamentos, laboratórios, técnicas e instrumentos que possam indicar um resultado concreto e são utilizadas em estudos de grupos selecionados. A pesquisa experimental se caracteriza por manipular diretamente as variáveis relacionadas com o objeto de estudo. Neste tipo de pesquisa, a manipulação das variáveis proporciona o estudo da relação entre as causas e efeitos de um determinado fenômeno. Através da criação de situações de controle, procura-se evitar a interferência de variáveis intervenientes. Interfere-se diretamente na realidade, manipulando-se a variável independente a fim de observar o que acontece com a dependente.

• Sujeitos da pesquisa:

Mulheres de 25 a 59 anos que têm cadastro na única Unidade Básica de Saúde do Município de Urupema.

• Período: 2009 – 2010

Foi escolhido este período, pois o estudo pretendeu mostrar através de comparação entre os anos, o aumento do índice de cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos, residentes no município de Urupema, após implantação do NASF e equipe interdisciplinar ESF em 2010 da unidade básica, que juntas desenvolveram a ação Elas + Belas.

• Fontes de informação:

Para o presente estudo foram utilizadas informações do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). As informações foram adquiridas por meio de solicitação ao responsável pelo armazenamento de dados na Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de identificar o índice de cobertura de exame cito-

patológico antes e depois da ação Elas + Belas. Também foram utilizados os dados do controle interno da unidade de saúde: identificação, data de nascimento, endereço, pesquisa de histórico da saúde, escolaridade, atividades de cultura, esporte e lazer que frequenta.

• **Operacionalização:** 9 Encontros mensais da população com a equipe interdisciplinar na sede e nas comunidades do interior.

• **Materiais:** Para os encontros nas comunidades, dois carros foram utilizados para deslocamento dos profissionais e materiais; Componentes da sala de exame ginecológico; Componentes de estúdio fotográfico; Materiais de áudio e vídeo; Maquiagens em geral; Cartilhas de dicas de maquiagem e saúde; Kits (brindes) de cuidados pessoais; e Coffee break;

• **Recursos humanos:** Agentes Comunitários de Saúde, Técnica em Enfermagem, Enfermeira, Motorista, Médicos, Psicólogo, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Coordenador

Desenvolvimento

Este estudo descreve a experiência vivida pela ESF, NASF e agentes comunitários de saúde, junto à população feminina do município de Urupema nos nove encontros realizados da ação Elas + Belas.

Atividade desenvolvida:

Diferentes atividades foram desenvolvidas pelos profissionais da ESF, NASF e ACS em parceria com SENAR, Prefeitura Municipal de Rio Rufino, Painel e Urupema e demais secretarias municipais de Urupema.

Antes da ação na sede

1. Reunião de organização: Realizamos três reuniões para organização, divisão de tarefas, mobilização e orientação aos profissionais envolvidos na ação.

2. Organização de material gráfico: Elaboração de cadastro, panfleto de higiene íntima e cuidados antes do preventivo, panfleto com dicas de maquiagem e convite.

3. Divulgação: Iniciamos a divulgação através de carro de som, rádio local e convite individual realizado pelas ACS durante suas visitas domiciliares.

4. Montagem do local para a ação: Na sede foi utilizado o salão de festas da Igreja Matriz Santa Ana, o posto de saúde e a escola municipal infantil Criança Feliz.

• Salão de festas: Neste local ocorreram a abertura do evento, as refeições, o espaço beleza, estúdio de fotos e entrega de Kits.

• Posto de saúde: Neste local havia cinco salas para coleta de exame citopatológico e mama, os grupos de orientações e as massagens.

• Escola municipal: Neste espaço ocorreram as atividades de recreação com as crianças que vieram acompanhadas das mães.

Durante a ação na sede

1. O lançamento da ação ocorreu num sábado no mês



de agosto na sede do município, com a organização de um grande evento, atingindo um público de 155 mulheres e despertando o interesse das demais mulheres a participarem dos demais eventos.

Através da parceria com a Secretaria de Educação, as mulheres residentes no interior do município e seus filhos, foram transportadas até o local do evento. Na chegada todos foram credenciados e recepcionados com café da manhã. As crianças foram conduzidas para sala de recreação, monitoradas por pedagogos com diversas atividades lúdicas. As mulheres foram divididas em grupos por cores diferenciadas de camisetas, onde cada grupo era orientado por uma ACS. As integrantes participavam de um rodízio das seguintes atividades:

- Realização do exame preventivo e mama;
- Orientação em grupo sobre câncer de mama, colo de útero, pele e sexualidade;
- Tiravam foto antes de ir para o espaço da beleza;
- Participavam do espaço da beleza com manicure, maquiadores e cabelereiro;
- Tiravam foto depois de ir ao espaço da beleza;
- Retiravam um KIT que continha uma sacola, chapéu, protetor solar, batom, estojo de maquiagem, preservativo e gel lubrificante;

Através de sorteio, algumas integrantes receberam massagem. É importante mencionar que o evento ocorreu durante todo o dia com intervalos para café da manhã, al-

moço e lanche da tarde. A realização do exame citopatológico foi pré-requisito para o ingresso nas demais atividades.

Depois da ação na sede

Após o evento, as lâminas foram enviadas para análise em laboratório. Realizamos um relatório que foi enviado aos órgãos participantes, bem como um ofício de agradecimento pela atuação. Nos meses seguintes ocorreram encontros nas comunidades no interior do município.

Antes da ação no interior

1. Reunião de organização: Realizamos reuniões para organização, divisão de tarefas, mobilização e orientação aos profissionais envolvidos na ação.

2. Organização de material gráfico: Elaboração de

cadastro, panfleto de higiene íntima e cuidados antes do preventivo, panfleto com dicas de maquiagem e convite.

3. Divulgação: Ocorreu através de convite individual realizado pelas ACS durante suas visitas domiciliares.

4. Montagem do local para ação: Nas comunidades foram utilizados os salões de festas das Igrejas.

Durante a ação no interior

1. As ações ocorreram em sábados nas comunidades do interior do município, atingindo um público de 191 mulheres. Para o deslocamento da equipe interdisciplinar utilizamos uma Kombi e um Fiat Strada, nos quais, além dos profissionais, eram transportados todos os equipamentos e materiais necessários.

As mulheres participavam de um rodízio das seguintes atividades:

- Realização do exame preventivo e mama;
- Tiravam foto antes de ir para o espaço da beleza;
- Participavam do espaço da beleza com maquiadores e cabelereiro;
- Tiravam foto depois de ir ao espaço da beleza;
- Retiravam um KIT que continha estojo de maquiagem, preservativo e gel lubrificante;

Para concluir, foi elaborado um vídeo para elas assistirem com as fotos tiradas no dia do evento na sede, onde se buscou realçar a beleza de cada uma delas, procurando reforçar a autoconfiança e o amor próprio. Também foi

feita a entrega das fotos (antes e depois do espaço beleza) reveladas e os resultados dos exames coletados na sede do município com suas devidas orientações, data de coleta de novo exame após 6 meses ou 1 ano e receita médica ou encaminhamento para especialista ou exame colposcópico, conforme necessidade.

Depois da ação no interior

Após o evento, as lâminas foram enviadas para análise em laboratório. As ACS entregam o resultado dos exames coletados no interior com as orientações, data de coleta de novo exame após 6 meses ou 1 ano e receita médica ou encaminhamento para especialista ou exame colposcópico, conforme necessidade, juntamente com as fotos reveladas antes e depois do espaço beleza.

Resultados

A amostra da população feminina com idade de 25 a 59 anos, no período de agosto de 2009 a julho de 2010, era de 668 mulheres e a quantidade de exames citopatológicos realizados *no mesmo período foi de 128 procedimentos, caracterizando 19% da população. Após o* desenvolvimento da ação Elas + Belas, foram realizados 346 exames citopatológicos no período de agosto de 2010 a julho de 2011, totalizando 52,5% da população. Dados dos referidos anos retirados do SIAB em 2011.

Com estes resultados, conseguimos alcançar nosso objetivo principal, demonstrando o quanto foi produtiva a ação desenvolvida. Aumentar a oferta de exames, realizando periodicamente o teste de papanicolau em mulheres que nunca ou raramente freqüentam os serviços de saúde, é uma conduta eficaz para redução da morbi-mortalidade da doença. Talvez esse se configure como um dos maiores desafios dos órgãos gestores da saúde.

Para alcançar os demais objetivos, buscaram-se parcerias com Serviço Nacional de Aprendizagem Rural – SENAR, secretarias municipais de Urupema e prefeituras de Paineira e Rio Rufino para desenvolvimento da primeira ação com objetivo de estimular e melhorar a adesão ao exame citopatológico. O NASF, articulado com ESE, deve buscar a criação e ampliação de redes integradas, formais e informais, a serviços regionais que trabalhem com os contextos tais como as parcerias.

A humanização e o vínculo aconteceram de várias formas como visitas domiciliares, no acolhimento, no oferecimento do cuidado aos filhos, durante os exames e no retorno, para recebimento das fotos, vídeo e devolução dos exames. A autoestima e autocuidado das mulheres foram trabalhados a partir do espaço beleza, dicas de maquiagem, foto, vídeo, onde ficou evidente a beleza de cada mulher, melhorando assim a confiança e o respeito por si

mesmos. Os exames também foram abordados de forma especial pela equipe de profissionais, assim as mulheres reconheceram esta atividade como complemento de seu bem estar.

Este sábado foi criado com estratégias voltadas para o lazer, como por exemplo: espaço beleza e estúdio fotográfico. Os grupos foram estruturados para prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e fortalecimento de vínculos entre comunidade e profissionais da saúde. Visou, através da troca de experiências entre as mulheres, contribuir para a melhoria, o processo da autonomia, da emancipação social e do autocuidado da comunidade. Aproveitamos a oportunidade para enfatizar a importância da prevenção do câncer de colo de útero e de mama, DST e AIDS nos momentos em grupo, no material gráfico utilizado e no material distribuído (preservativo masculino e feminino).

No âmbito da saúde da família, a atenção integral à saúde da mulher, além de englobar e integrar várias estratégias entre as quais a prevenção do câncer de colo e de mama, é ainda responsável por ações relacionadas à redução de DST e AIDS, saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades e especificidades da população feminina. Os resultados desta ação demonstram que a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde, sendo assim, não podemos entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida. Educação em saúde nada mais é que a construção da cidadania.

Conclusão

A ação oportunizou aos profissionais da ESF, NASF e ACS uma nova prática de atuação em equipe, onde a interdisciplinaridade com o principal objetivo de conciliar a promoção, junto à prevenção da saúde, nos permitiu colher frutos como humanização, educação em saúde, participação social e parcerias.

O desafio não é apenas desenvolver a ação, mas sim, valorizar a individualidade de cada profissional e seu saber para o trabalho em equipe. Para tanto, é importante reconhecer que o planejamento em grupo, a análise da realidade local, dos condicionantes e determinantes sociais, foram essenciais para a motivação e modificação da atuação profissional dentro do Sistema Único de Saúde. Isso foi apenas o início da construção de novas ações, voltadas para acalantar uma realidade com potencialidades e fragilidades em diversos aspectos da saúde coletiva, orientando, construindo e fortalecendo a autonomia da popula-

ção, com principal objetivo de melhorar a atuação para que resulte em um serviço de qualidade aos usuários.

Referências

1. Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP). Coleta do Papanicolau e Ensino do Auto-Exame da Mama. Manual de Procedimentos técnicos e Administrativos. São Paulo; 2006.
2. COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. Saúde da Família. Uma Abordagem Interdisciplinar. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2004.
3. Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. N 0 27, Brasília, 2010 p109.
4. CERVO, Amado; Bervian, Pedro. Metodologia Científica. 50 Ed, São Paulo: Prentice Hall, 2004. pg 68.
5. FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Paulo: Ed Yendes, 2005, pg 31.
6. Plano Municipal de Saúde de Urupema. 2010 – 2013.

Anexos

Cadastro Sábado da Beleza

Urupema ___/___/____.

1-Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento _____

Estado Civil: _____

RG: _____ Órgão Emissor/UF: _____

CPF: _____

2 - Endereço

Município/UF: _____

CEP: _____

Rua: _____ N°: _____

Localidade/Bairro: _____

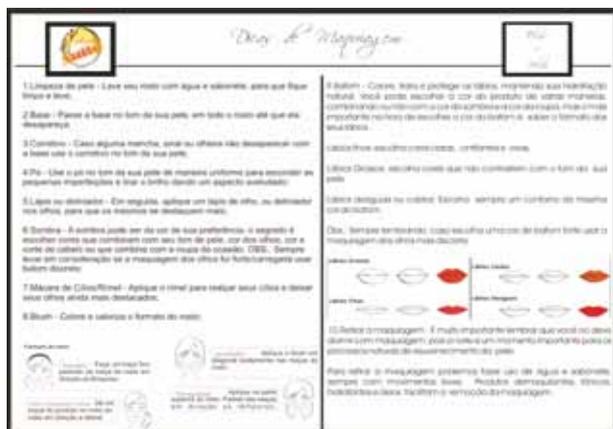
Telefone: _____

3 - Acompanhamento de Saúde da mulher

• Já fez algum exame preventivo?

() 1. Mama, ano de realização: _____

() 2. Colo de útero, ano de realização : _____



Prefeitura Municipal de Urupema
Secretaria Municipal de Saúde
convidam para:



Elas + Belas

Sábado da beleza com:

Dia: 16 de outubro de 2010

*Fotos do antes e depois (maquiagem e cabelo);
*Momento interativo entre equipe e participantes
com roda de chimarrão;
*Cuidados com a saúde da mulher.

Sábado - 15:00 horas

Salão da Igreja do Marmeleiro
Entrada Franca

() 3. Outro exame feminino, qual? Ano de realização: _____

• Recebeu o resultado do exame de:

() 1. Mama, quanto tempo após a realização (meses) _____

() 2. Colo de Útero, quanto tempo após a realização (meses) _____

() 3. Outro exame feminino, quanto tempo após a realização (meses) _____ .

4 - Escolaridade

Qual é seu grau de Instrução?

1. Analfabeto ()

2. Até o 4º ano incompleto do Ensino Fundamental ()

3. Com o 4º ano completo do Ensino Fundamental ()

4. De 5º a 9º ano incompleto do Ensino Fundamental ()

5. Ensino Fundamental Completo ()

6. Educação de Jovem e Adulto ()

7. Ensino Médio Incompleto ()

8. Ensino Médio Completo ()

9. Superior Incompleto ()

10. Superior Completo ()

11. Supletivo ()

12. Especialização/Mestrado

13. Doutorado ()

5 - Atividades de educação, cultura, esporte e lazer

• Você já participou de alguma atividade cultural? (cinema, teatro, música, dança, exposição de pintura, escultura, circo ou outros.)

Sim () Não () Qual: _____

Quem Promoveu? 1. Sindicato Rural () 2. Prefeitura ()

3. Governo do Estado () 4. Outro: _____

• Você já participou de algum curso? (Aplicação de agrotóxico Corte e Costura, Comida, Artesanato, Maquiagem ou outros)

Sim () Não () Qual: _____

Quem Promoveu? 1. Sindicato Rural () 2. Prefeitura ()

3. Governo do Estado () 4. Outro: _____

• Participa de alguma atividade ligada ao esporte?

1. Futebol ()

2. Vôlei ()

3. Basquete ()

4. Academia da Terceira Idade ATI ()

5. Caminhada ()

6. Corrida ()

7. Cavalgada ()

8. Rodeio () Outro, qual? _____

A utilização de mídia alternativa na sala de espera da ESF Lothar Franz

Aldenor Santiago Cardoso

Marinês Finco

Equipe da ESF

Henrique Deutschendorf Ferreira

Médico

Marinês Finco

Enfermeira

Rosilane Maria Fernandes de Sousa

Salette Ines de Oliveira

Auxiliares de Enfermagem

Renato Espanhol de Barros

Cirurgião Dentista

Aldenor Santiago Cardoso

Técnico de Saúde Bucal

Lucineia Grahl Berg

Auxiliar de Saúde Bucal

Karina Noemia Pereira

Andiara Patricia Antunes Rosa

Edina Maria Procópio

Rubia Daniela Bertotti

Agentes Comunitárias de Saúde

Sandra Flatau

Agente Administrativo

Maurena Hausmann

Eliane Martendal

Auxiliares de Serviços Gerais

Contatos: marines.finc@gmail.com - 47-3324.9147

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui políticas norteadoras, entre elas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo principal reorganizar o modelo assistencial da atenção básica, buscando a integralidade da assistência em saúde. Assim, novos serviços são criados para atender as necessidades da população bem como o de estabelecer novas ações de assistência. As ações de saúde na fase de assistência básica têm como característica o atendimento às dimensões de prevenção e promoção de saúde, visualizando o indivíduo na sua dimensão holística. Essa dimensão holística envolve um olhar para o sujeito inserido em seu contexto social, psicológico e físico. Esse olhar busca não somente aspectos de cura, mas mecanismos que fortaleçam a cidadania, a participação no controle social e o exercício dos direitos da autonomia dos usuários do SUS.

Para o filósofo Jürgen Habermas (1989), a cidadania passa necessariamente pela instauração de procedimentos capazes de problematizar discursivamente a vida social nos espaços públicos, onde os diferentes atores e saberes sociais podem interagir e buscar o entendimento mútuo. Vázquez et al. (1968) afirmam que a participação no controle social é vista sob diferentes aspectos na concepção de alguns usuários, caracterizando-a como um dever, como solidariedade ou uma colaboração com seus serviços de saúde. Alguns estudos abordam autonomia numa perspectiva de liberdade dos sujeitos sobre si mesmo, sua vontade e decisão, dentre esses, Morin (2004) considera a autonomia embasada na direção da vontade de indivíduos para a ação.

Como forma de promover mudanças no modelo de atenção assistencial rompendo com o comportamento passivo entre unidades de saúde e comunidade, a fim de contribuir no fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade do SUS que apresentamos o projeto: A utilização de mídias alternativas na sala de espera no ESF Lothar Franz, intitulado LF-TV. Esse projeto é desenvolvido na Unidade de Saúde ESF Lothar

Franz no município de Blumenau, implantado no primeiro semestre de 2011.

No Brasil, têm sido elaborados muitos estudos sobre a implantação da Saúde da Família. Entretanto, pouco se tem falado sobre a importância da comunicação para efetivação e manutenção dessa estratégia, apesar de alguns autores estarem se esforçando nesse sentido, realizando trabalhos investigativos que levam em consideração a comunicação. Alguns desses trabalhos podem ser encontrados nas revistas Ciências e Saúde Coletiva e Interface – Comunicação, Saúde e Educação, que serviram como base e estímulo para a criação do projeto que utiliza mídia alternativa na sala de espera. Atualmente vivenciamos essa transição, na qual a promoção da saúde passa a ser considerada base para as políticas sanitárias de vários países da América Latina, incluindo o Brasil, e essas iniciativas recebem o apoio integral da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

Justificativa

A escassez de tempo dos profissionais, a pouca sensibilização e a falta de hábito por parte de alguns usuários em ler os avisos e cartazes expostos na Unidade, levou-nos a elaborar novas formas de levar a informação e o conhecimento a este público. Conforme SIAB (2011), grande parte dos nossos usuários tem como principal atividade de lazer, assistir TV em suas residências. Como a Unidade dispõe de aparelho de TV e de DVD na sala de espera, percebemos que os usuários são mais atraídos pelos programas que estavam sendo apresentados do que pelas informações que constam em cartazes e banners expostos na recepção e nos corredores da Unidade. Como forma de quebrar a lógica de assistir os programas habituais, a criação de um programa local possibilita ao usuário a se perceber neste contexto. Diante desta constatação, aproveitamos para unir o útil ao agradável!

A exploração de novos recursos didáticos no processo de educação em saúde possibilita novos olhares na humanização, efetivando uma maior aproximação da comunidade e

serviço de saúde. “É por meio da sala de espera que os trabalhadores da área da saúde tenham a oportunidade de estar desenvolvendo atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde” (RODRIGUES 2011).

Objetivo

Diante ao exposto, reiteramos como objetivos:

- oportunizar um ambiente na sala de espera de forma acolhedora, favorecendo o vínculo Unidade e comunidade;
- sensibilizar os usuários para participação das ações sócioeducativas;
- aumentar a adesão nas reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS);
- informar as normas e rotinas dos serviços de saúde prestados pela equipe e pelo município.

Metodologia

Foram produzidos e editados vídeos em formato de DVDs no modelo jornalístico e comercial. Toda edição foi realizada na própria Unidade, de forma “caseira”, e com os recursos disponíveis. A edição do DVD segue as características de uma programação de TV aberta, semelhante às utilizadas pela programação da popular televisão, como forma de buscar maior aproximação de seu espectador. E não há distinção quanto a sua utilização, uma vez que o vídeo em saúde desperta interesse em pessoas de diferentes classes sociais ou níveis educacionais. A imagem seduz a todos e sendo uma representação da realidade, ela traz consigo o encantamento dos registros em movimento e cores, envoltos em emoção. Estes DVDs produzidos são exibidos diariamente na sala de espera enquanto os usuários aguardam atendimento, tanto no período matutino quanto no vespertino.

Em princípio, os vídeos eram coletados na internet, como site do Ministério da Saúde e outros com fins educativos de caráter público. Os temas abordados pela Programação da LF-TV têm, como foco, a educação em saúde, controle social e cidadania. Exibimos vídeos com temas sobre a importância da doação de sangue, hepatite, a história da saúde pública no Brasil, HIV, amamentação entre outros. Com o passar do tempo, a equipe sentiu a necessidade de produzir vídeos próprios que abordassem assuntos



Entrevista com trabalhadora da saúde

de interesse e necessidade da comunidade. Nessa modalidade de vídeos elaborados, o primeiro tema definido pela equipe foi falar sobre o Conselho Local de Saúde (CLS). A justificativa em questão foi devido à baixa participação dos usuários nas reuniões do CLS. A elaboração e exibição desse vídeo teria como objetivo ampliar e fortalecer as discussões e melhoramento na qualidade de serviço em saúde tanto local quanto municipal. Então, a partir do primeiro vídeo elaborado nasceu o Programa LF – Repórter, que, aos poucos, está sendo implementado. Hoje também elaboramos comerciais focalizando a agenda local, cartão do SUS entre outros.

Segue, de forma sucinta, a descrição dos três momentos da elaboração da primeira edição do Programa LF–Repórter, que teve como tema: “A importância e o papel do Conselho Local de Saúde”.

Primeiro momento: entrevistas com usuários e trabalhadores da saúde. Buscou-se saber qual era o conhecimento que cada um tinha sobre o CLS.

Segundo momento: apresentação da definição do que é o CLS e o papel dos conselheiros pela coordenadora da Unidade de Saúde, conforme a Lei 8.142 de 1990, estabelecendo o controle e a participação dos usuários com a realização de Conferências de Saúde e a criação dos Conselhos de Saúde, prevendo o envolvimento e a representação da sociedade nas diferentes esferas do governo (BRASIL, 1990).

Terceiro momento: finalização com o relato de experiência da usuária Z.A contando sua participação nas reuniões, onde a mesma fez o convite à comunidade para maior par-



Apresentador do programa



Participação da Coordenadora

ticipação nas reuniões.

As entrevistas filmadas foram realizadas a partir do aceite e assinatura de termo de autorização (anexo-1) para divulgação pública dos participantes. Participaram das entrevistas usuários da área de abrangência e trabalhadores de saúde da ESF.

Metodologia

Os trabalhos realizados pela equipe de saúde da família dependem muito da aceitação da população. É importante estabelecer um vínculo forte com os usuários que dependem de uma comunicação efetiva para receber, aceitar e assimilar as informações de saúde. O discurso se torna tanto mais eficiente quanto mais se ajusta às condições específicas do público envolvido, por meio de um vocabulário acessível e da maleabilidade lingüística e técnica que faz com que o receptor compreenda o que está sendo dito e por que está sendo dito. Rabelo (2001) destaca que “essa comunicação eficiente promove a conscientização e estimula um compromisso pessoal de uma ação concreta.”

Uma das principais propostas da ESF é a promoção da saúde que, como alicerce principal a educação em saúde, uma forma estratégica de fazer com que os usuários utilizem as informações para controlar as patologias que os podem afetar. De acordo com o Ministério da Saúde, a educação em saúde é responsabilidade de todos que compõem a equipe. A equipe aborda os membros da comunidade para identificar as situações que os colocam em risco, sempre os acompanhando e incentivando-os a enfrentar, de forma conjunta os processos de saúde-doença e cuidado.

O que se espera dos processos educativos é que desenvolvam a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos envolvidos nesse processo. Reforçando o diálogo as equipes conseguem formar vínculos entre a comunidade. É importante destacar que o processo de educação em saúde se pauta em dois modelos, o tradicional e o transformador. O segundo gera a transformação de saberes que já existem e rompe com a imposição do saber técnico-científico. Possibilitando autonomia e responsabilidade para o membro da comunidade tomar decisões sobre como proteger a sua saúde.

A respeito da educação popular e do diálogo por ele proporcionado, Albuquerque e Stotz (2004), fazem as seguintes considerações:

A educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (p. 260)

Cardoso e Nascimento falam do enfraquecimento do discurso pautado unicamente no saber técnico do especialista e dos ganhos de forças de outras vozes e a busca de novos mecanismos no processo e afirmam que o uso da educação popular, na estratégia de saúde da família, é “capaz de estimular novas polifonias sociais a respeito da saúde” (2010, p.1512). Por esse motivo, trabalhar com in-

formação em saúde proporciona uma maior inclusão dos profissionais da saúde no contexto social e auxiliando na inclusão dos que estão fora dele, significa torná-las participantes da vida social, econômica e política, estimulando assim um maior exercício de cidadania.

Resultados

As exibições dos vídeos na sala de espera geraram expectativas, conhecimentos e curiosidades dos usuários que os assistiam, pois muitos procuraram os profissionais para esclarecer dúvidas e buscar compreender mais os temas exibidos. A transferência de informação é um processo que envolve a comunicação de informação. Tanto a comunicação quanto a informação provocam alguma sensação no indivíduo: indiferença, pequenas ou grandes alterações ou anulação de parte do conhecimento acumulado desse indivíduo por meio de outras informações recebidas ou experiências pessoais. Portanto, afirmar que a informação altera o conhecimento é possível. O que não é possível é saber o quanto altera, mas é possível ajudar essa alteração por meio de uso de estratégias.

Chegamos ao elenco principal que, como o próprio nome diz, tem lugar de destaque. Esse elenco é integrado por pessoas da própria comunidade. Quanto mais familiar nos parecer a informação, mais rapidamente acreditamos nela ou a aceitamos. A participação dos usuários do SUS na exibição dos vídeos envolveu a todos e proporcionou maior aproximação da comunidade e Unidade de Saúde. A partir do primeiro vídeo produzido com enfoque no CLS, houve aumento significativo no número de usuários nas reuniões, bem como na participação das decisões, pautadas no atendimento, planejamento das ações da ESF e de problemas existentes na comunidade, como dificuldades com o recolhimento de lixo e falta de cobertura dos pontos de ônibus da área.

Esta ferramenta possibilitou maior aproximação e apoio entre o CLS e as Associações de Moradores existentes em nosso território, buscando em parceria encaminharem solicitações para resolução dos problemas identificados. Essa ferramenta também nos proporcionou divulgar aos usuários os cronogramas das ações desenvolvidas na ESF, o fluxo de atendimento dos serviços ofertados, bem como favoreceu a corresponsabilidade dos usuários em trazer o cartão do SUS e carteira de identidade para os atendimentos e exercitar seu processo de cidadania. O projeto foi



Participação dos usuários em reunião do CLS

relatado como experiência em reunião do Conselho Regional de Saúde e com alunos da 8ª fase do curso de enfermagem da Universidade Uniasselvi, servindo de experiência positiva e inovadora.

Considerações finais

Os fatores que dificultaram a realização dos vídeos foram a falta de capacitação da equipe para uso desta tecnologia e a falta de equipamentos e materiais. A criação de vídeos informativos proporcionaram à equipe e aos usuários a possibilidade de acesso aos temas abordados de forma interessante e atrativa, facilitando o processo de educação em saúde.

Utilizar novas formas de trabalhar a educação em saúde de forma diferenciada contribuiu no processo de trabalho, pois agregou maior conhecimento aos usuários, otimizou o tempo dos trabalhadores e aumentou o vínculo entre equipe e usuários, pois os mesmos se sentiram integrantes deste processo. Podemos constatar que após a exibição do vídeo com o tema CLS houve uma maior compreensão para o que serve o CLS, favorecendo assim o entendimento do papel dos usuários nas decisões e encaminhamentos da ESF.

É necessário construir novas possibilidades que permita a percepção cada vez menos fragmentada da realidade e do saber. Produzir conhecimentos e ações mais concretas, mais próximas de seu cotidiano e com maior potencial para levá-las a perceber sua corresponsabilidade pela manutenção de sua saúde, compreendendo-a como um recurso que é conquistado todos os dias.

Referências

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município; em busca da integridade. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v8, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências edição online, 2009 disponível in: http://conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8142.pdf, acessado em 22 de Agosto de 2011.

CARDOSO, A. S. NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. Ciência Saúde Coletiva [online]. 2005, v.15, suppl.1, 1509-1520, 2010.

HABERMAS Jürgen, Consciência moral e agir comunicativo: tradução: Guido Antonio de Almeida. -Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LOVATTO, J. M. A estreita (e difícil) relação entre a linguagem e os comunicadores de saúde. In: EPSTEIN, Isaac et al. (org) Mídia e Saúde. Adamantina ONESCO/UMESP/FAI/2001 Conferências brasileiras em comunicação (2001) p. 51 - 73.

MORIN E. A cabeça bem-feita :repensar a reforma, reformar o pensamento: tradução: Eloá Jacobina. -10.ed. - Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2004.

RABELO, D. C. Comunicação e mobilidade social: A agenda de 21 locais de Vitória/ES. Dissertação (doutorado em comunicação). Universidade Metodista de São Paulo, 2002.

RODRIGUES A. D., DALLANORA C. R. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde, Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI edição online, 2011 disponível in: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivenc

cias_07/Artigo_13.pdf acessado em 8 de fevereiro 2011.

VÁSQUEZ, S. A. Filosofia da práxis: tradução de Luiz Fernando Cardoso. Rio de Janeiro Paz e Terra, 1968

ANEXO 1

TERMO DE CESSÃO DE DIREITO DE IMAGEM

Eu, _____, nacionalidade, _____, estado civil, _____, inscrito no RG nº _____, CPF sob o nº _____, autorizo o uso da minha imagem para uso do filme elaborado pela equipe de saúde da ESF Lothar Franz para divulgação sobre o Conselho Local de Saúde, sem ônus financeiro para os autores ou para a SEMUS de Blumenau.

Local: _____

Data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 2

IMAGENS DE OUTROS VÍDEOS PRODUZIDOS



Qualidade de Vida Pet-Saúde



Convite Reunião do CLS

A(r)mando a Trama

Anamália Thorstenberg Ribas
Claudia Breda
Roselaine Pedroso
Autoras

Glicélia Rocha Speck
Coordenação da ESF/ESB/NASF

Miriam Helma Jochade Breda
Nutricionista

José Gustavo Misurelli
Educador Físico
Colaboradores da equipe do NASF

*“Ir y venir, seguir y guiar, dar y tener
entrar y salir de fase
Amar la trama mas que al desenlace
Amar la trama más que al desenlace”*
Jorge Drexler

Contatos: 48-3254.3661 – Ramal 240 – NASF - nasf@garopaba.sc.gov.br

Introdução

As condições crônicas que afetam negativamente a saúde têm aumentado em todo o mundo em ritmo acelerado. No Brasil esse quadro é agravado por determinantes sociais, tais como a exclusão ao acesso à alimentação, moradia, educação e trabalho. Temos acompanhado esforços no sentido de superação destas dificuldades no campo da saúde, através da mudança no modelo de atenção, saindo do foco hospitalocêntrico e redefinindo a necessidade de investimentos na atenção básica. O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando investimentos na cobertura da atenção básica por via da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O modelo de equipe da ESF composta minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ganhou a contribuição de outros profissionais da saúde através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) devido à complexidade que seja garantir a integralidade do cuidado. Os profissionais do Nasf devem atuar em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando responsabilidades e práticas em saúde no território, através de processos de educação permanente e das demandas identificadas no trabalho em conjunto com a ESF.

Em Garopaba, o NASF iniciou suas atividades em agosto de 2010, contando com profissionais das áreas da Educação Física, Nutrição e Psicologia, de acordo com a demanda identificada no território em relação à saúde. Desde então, o trabalho vem sendo realizado junto às seis áreas da ESF, com a criação de parcerias, a criação de métodos de trabalho, a utilização dos diversos atores sociais no fortalecimento do trabalho em rede, tecendo a trama capaz de gerar saúde com equidade para a comunidade. Todos os técnicos do NASF estão trabalhando na forma de um “aprender fazendo”, seguindo as Diretrizes Nacionais preconizadas pelo

Ministério da Saúde, tendo basicamente dois tipos de responsabilidade: sobre a população e sobre a equipe da SF.

Justificativa

A Atenção Básica tem sido pensada cada vez mais como a reguladora de toda a rede de assistência à saúde do SUS. Porém, o que se constata na realidade, neste momento histórico em que vivemos, é um longo caminho a ser percorrido para nos aproximarmos desta meta. Os processos de trabalho do NASF caracterizam-se pelo atendimento compartilhado com os integrantes da ESF, gerando responsabilidade mútua no planejamento do cuidado e nas ações terapêuticas específicas no território de abrangência.

Foi com o foco nesta troca de saberes que o NASF de Garopaba iniciou suas atividades de Apoio Matricial, inserindo, na práxis cotidiana de trabalho, vivências com todas as equipes da SF de aprendizagem coletiva. Partindo das situações identificadas no conhecimento do território de abrangência de cada equipe, através dos olhares



Caminha Garopaba

dos integrantes da ESF, foi sendo gestada uma metodologia de trabalho em conjunto. Para fomentar a articulação da rede de serviços que interferem na vida da população no território, essa metodologia ultrapassou o setor Saúde e buscou ativar parceiros na resolução das situações complexas colocadas, como membros das demais Secretarias (Desenvolvimento Social, Educação, entre outras), ONGs, Igreja Católica, Conselho Tutelar, Polícia Civil, Polícia Militar, Ministério Público, Poder Judiciário, Escolas Estaduais, Grupos Comunitários, etc. Identificar a trama desta grande rede de atores sociais, muitas vezes incomunicável, construir pontes de acesso, instigar o diálogo para a solução de problemas que carecem de medidas interssetoriais passou a ser uma tarefa de trabalho do NASF, tarefa esta somente possível se realizada com muita dedicação e amor. É preciso amar a trama enquanto se insere nela, procurando costurar seus pontos de contato, amarrando seus fios soltos.

Objetivo

Este relato de experiência tem por objetivo sistematizar o processo de trabalho iniciado pela equipe do NASF em agosto de 2010, atribuindo significado aos conceitos preconizados pelas Diretrizes Nacionais do NASF no território onde a prática acontece, tais como a Atenção Básica, o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). O trabalho em rede, atuando de forma interssetorial tem o objetivo de sistematizar os passos do método de trabalho do NASF em Garopaba, com a finalidade de compartilhar informações entre os profissionais que atuam nos diferentes territórios e nos diferentes setores, possibilitando a troca de experiências, melhor resolutividade e aumento da equidade.

Metodologia

Para alcançar o objetivo proposto nas Diretrizes Nacionais do NASF, em consonância com os princípios do SUS, iniciamos nossa caminhada de trabalho pelo diagnóstico de cada área da ESF no território, levantando junto aos membros das equipes características, potencialidades, necessidades e carências de cada local. Os profissionais do NASF realizaram visitas a todas as seis áreas da ESF no território com intuito de conhecer, construir vínculos, avaliar e compreender a demanda existente no município, tanto na população como nas equipes da SF, os recursos motivacionais e entraves de cada equipe.

A primeira demanda assumida pelo NASF foram as intervenções entendidas pela equipe da SF como “emergenciais” – Planejamento Terapêutico Singular - PTS, alguns casos já existentes na comunidade de grande ansiedade para as equipes da SF. Casos crônicos e de difícil resolutividade, onde a equipe da SF percebia-se necessitando de amparo para encaminhamentos. Os membros do NASF foram sendo requisitados, em seguida, a participarem de reuniões dos grupos nas comunidades, tanto aqueles coordenados por profissionais da ESF como pela Secretaria de Desenvolvimento Social. Iniciando

abordagens em grupos comunitários pré-existent, onde a demanda emergia, no sentido da prevenção e orientação a práticas em promoção de saúde integral.

A partir deste passo, propusemos uma interação mais próxima com os integrantes do NASF em reuniões de Matriciamento nas equipes da SF, apresentando os saberes de nossa abrangência e conhecendo os saberes que cada membro das equipes trazia, através de vivências grupais. Esse processo de aprendizado coletivo foi fortalecendo o vínculo NASF/ESF, e, nesta relação, foi sendo gestado o cuidado a outros casos específicos de famílias em situação de risco, com o planejamento conjunto de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

O levantamento dessas demandas específicas de cada área de abrangência da ESF permitiu aos profissionais da Educação Física trabalhar grupos específicos nas comunidades, com o objetivo de apoiar as ações de promoção de saúde e prevenção a agravos, através do “Movimento Humano Corporal” - MHC. É importante salientar que as ações do NASF em atividades físicas tem por princípio a continuidade, não sendo ações pontuais restritas a eventos. São grupos que ocorrem toda a semana no mesmo horário e local.

Nos encontros de Matriciamento, a Nutrição tem se apresentado com a “Vivência Alimentar Saudável”, mais do que apenas exercícios teóricos sobre alimentação saudável os grupos são convidados a experimentar lanches saudáveis, com frutas e alimentação integral. Esses encontros têm sido planejados por todos os membros do NASF. São momentos mensais, em cada área da ESF, onde temos o objetivo de retomar com os grupos o autocuidado, efetuar Educação Nutricional, na lógica de fortalecer os profissionais para o enfrentamento das condições de saúde junto à população, mesmo aquelas que parecem de difícil resolução, procurando contar com todos os recursos sociais existentes na comunidade.

Descobrimos, com esse método de trabalho, que novos conceitos foram emergindo da práxis, gerando referenciais em saúde definidos a partir desse encontro no território, singularizando o fazer e atribuindo significados coerentes com a lógica comunitária. É no seio do trabalho vivencial e de proximidade que se constroem os referenciais que sustentarão nossas ações no território. Aprender fazendo!



Campo D'una

Desenvolvimento

O desenvolvimento do trabalho está levando a ESF a ampliar seu contato com a educação permanente da população. NASF/ESF circulam nos Grupos de Idosos, Grupos de Mulheres, Grupos de Hipertensão, produzindo diálogos e trocas de saberes com a população. A orientação à população se faz de forma organizada, por demanda espontânea ou por necessidade, na questão do desenvolvimento de um agravo específico do território. Desta forma, a população está tomando ciência da intenção do SUS no desenvolvimento de projetos e programas voltados para o desenvolvimento da saúde integral, e percebendo que existe uma mudança de paradigma que aparece na atuação dos profissionais da SF.

Esta intenção fica bem clara nos Grupos de Atividades Físicas. Com atividades monitoradas pelos Educadores Físicos do NASF, os grupos possuem três linhas de ação: caminhadas orientadas, alongamento-ginástica e dança. As caminhadas em grupo são orientadas por necessidade/patologia de cada usuário, sendo verificada a pressão arterial antes e depois do exercício físico. O “Movimento Humano Corporal” desperta a consciência corporal, aumentando a adesão dos hábitos de vida saudável, da manutenção dos exercícios e de que só a persistência traz resultado efetivo para a saúde integral. Todos os grupos ocorrem de forma periódica, semanalmente. Antes de o usuário frequentar o grupo, ele preenche um questionário no qual o técnico realiza uma minuciosa anamnese, levantando patologias, riscos, uso de medicamentos, para construir junto ao sujeito a intervenção física mais adequada. Junto às equipes da SF também se desenvolvem os Grupos de Apoio à Gestante, com programas de, aproximadamente, dez encontros semanais, nos quais as gestantes recebem orientação de todos os técnicos da saúde, preparando-se, inclusive,

para o vínculo mãe-bebê. O trabalho do Grupo de Apoio à Gestante já traz em si a preocupação com o desenvolvimento da criança no decorrer de seu crescimento, pensando na diminuição dos agravos advindos da dificuldade de vínculo materno.

O NASF também realiza parceria com os Programas de Assistência Social da Saúde, o Programa do Leite Especial, Auxílio a Fraldas, etc. No momento da entrega do benefício para os usuários, uma vez ao mês, a população está recebendo orientações com relação a cuidados de higiene, orientação à saúde geral, ao melhor aproveitamento do benefício. Este trabalho está sendo realizado em parceria com outros profissionais de saúde, dependendo da orientação que se deseja realizar e está sendo exitoso, pois a população percebe o diferencial no cuidado oferecido pelo SUS.

Outra intervenção realizada pelo NASF é o controle do tabagismo, que se dedica a ações de prevenção à iniciação deste hábito, bem como à promoção de ambientes livres da fumaça de cigarros e ao tratamento do fumante, através de grupo de apoio semanal. As ações em controle do tabagismo no município são coordenadas pela psicóloga do NASF e contam com o apoio de uma médica da equipe da SF, também capacitada nesta área, em parceria com o setor de Vigilância Epidemiológica. Com a adesão das equipes da ESF, em ampla divulgação do trabalho de apoio ao fumante, o enfrentamento do tabagismo circula pela comunidade e apresenta iniciativas de descentralização, através da formação de grupos em locais específicos do território, levando o tratamento para as áreas onde a demanda é detectada.

O mais recente projeto sendo escrito, cujo surgimento ocorreu em um dos encontros de Matriciamento entre integrantes do NASF e das equipes da SF, refere-se à construção de uma Horta Comunitária. Este projeto-piloto está em andamento, contando com apoio de outros setores organizados, como Epagri e Fundação Gaya Village, para





Caminha Garopaba

posteriormente ser replicado nas demais áreas. Recentemente a Secretaria de Saúde disponibilizou sete bolsas em um curso de “Jardinagem Integrativa para a Saúde” para voluntários da comunidade que já estão dispostos a apoiar a Horta Comunitária junto a Área 5 da ESF Campo Duna.

Nos Matriciamentos, o NASF está fomentando o Desenvolvimento Interpessoal dos grupos de trabalhadores, pensando nas melhorias de condições de trabalho, de relação entre a equipe, procurando diminuir os agravos advindos das dificuldades de relacionamento interpessoal, proporcionando rodas de conversa multidisciplinar.

O significado dado a este trabalho de Desenvolvimento Interpessoal é colocado de forma objetiva nas palavras de Moscovici (1998):

“Pessoas convivem e trabalham com pessoas e portam-se como pessoas, isto é, reagem às outras pessoas pelas quais entram em contato: comunicam-se, simpatizam e sentem atrações; antipatizam e sentem aversões; aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem, colaboram, desenvolvem afeto. Essas interferências ou reações, voluntárias ou involuntárias, intencionais ou inintencionais, constituem o processo de interação humana, em que cada pessoa na presença de outra não fica indiferente a essa situação de presença estimuladora.”

Extrapolando o campo da saúde, está também em formação o Projeto Saúde na Escola (PSE), como uma intenção de trabalho para 2012. ESF e NASF estão participando da formulação deste projeto, junto com a Secretaria de Educação do Município e Escolas Estaduais. Este grupo está em fase de “gestação” com a implantação do Grupo de Trabalho Interssetorial (GTI). E, a partir do PSE, já se inicia um diálogo interssetorial para a criação, por toda a rede

de atenção, de um Projeto de Escola de Pais, sendo fruto de uma parceria entre as várias Secretarias: Saúde, Educação e Desenvolvimento Social.

Resultados

Neste um ano de realização do trabalho do NASF no município, observamos que a construção do vínculo com a ESF se efetivou, pois as equipes trabalham tendo em vista o apoio do NASF. Já inserem em seu fazer a questão do olhar multidisciplinar, fato que para os membros da equipe do NASF é um indício de que estamos no caminho certo.

A formação da rede de atenção é outro aspecto relevante que se constitui pouco a pouco, e percebe-se que essa necessidade não é exclusiva do NASF, mas de outros setores como CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, por exemplo. Existe uma necessidade coletiva de melhorar a comunicação entre os atores sociais, fato que vem ao encontro com as intenções do trabalho do NASF. A cada proposta de formação da rede de trabalho, para deliberar ações coletivas ou trocar informações sobre um determinado caso focal no município, os atores sociais se aliam, percebendo o quanto isto facilita o trabalho de todos, buscando eficiência e resolutividade em cada esfera de ação.

O grupo de trabalho da ESF pode perceber, ao longo de um ano de trabalho, muitos resultados cujo impacto é significativo na cultura de prevenção e promoção de saúde no município. Uma das ações que consideramos positiva diz respeito às atividades físicas, na medida em que os Educadores Físicos do NASF mantêm a sistemática de grupos periódicos semanais em cada área da ESF. No primeiro trimestre, foram realizados, em média, 600 atendimentos entre os grupos participantes.

Tais resultados são tanto qualitativos quanto quantitativos, em função do programa estar se desenvolvendo de forma coesa em todas as áreas de abrangência do território. Resumidamente, citamos alguns deles:

- aumento do número de usuários semanalmente, com regularidade, participando de atividades físicas regulares e orientadas, em cada área da ESF;
- aumento da adesão ao programa de cessação do tabagismo, tendo os usuários como referência à área de ESF para triagem e após a participação no grupo semanal;
- aumento da adesão de usuários realizando controle de estresse, controle de pressão arterial semanal e controle alimentar;
- aprendizado por parte dos profissionais da rede a trabalhar de forma interdisciplinar, aumentando o número de reuniões e decisões de forma intersetorial;
- melhora de resolutividade nos encaminhamentos para os serviços de referência na saúde e assistência social;
- aumento de programas de prevenção e promoção de saúde no município;
- melhora gradual dos casos crônicos existentes no município, tendo sido atendidos, até o momento, um total de 90 casos em formato de Planejamento Terapêutico Singular (PTS), conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: Atendimentos realizados

ÁREA	Região	PTS
1	Centro	28 casos
2	Areias do Macacu, Siriú, Costa do Macacu e Gamboa	12 casos
3	Ambrósio, Pinguirito e Silveira	16 casos
4	Palhocinha, Areias de Palhocinha e Capão	16 casos
5	Campo Duna, Gramma e Limpa	9 casos
6	Encantada, Ressacada e Serraria	9 casos

Considerações finais

As Diretrizes Nacionais do NASF, preconizadas pelo Ministério da Saúde, nos trazem uma direção de trabalho que provoca a criação de novos paradigmas de promoção de saúde, e isto foi motivador para a equipe criar a sua prática a partir da demanda do território e dos equipamentos disponíveis no município.

Temos no município de Garopaba, cidade litorânea, o privilégio de belas praias, um litoral recortado por montanhas e paisagens exuberantes, que foram incorporadas ao trabalho de atividade física, realizando atividades ao ar livre. Tal fato proporciona um olhar diferenciado dos usu-



Grupo de mulheres

ários sobre o próprio território, aproveitando e valorizando o que já está à disposição.

O grupo do NASF, neste primeiro ano de trabalho, sente-se realizado com os avanços alcançados em parceria com a ESF e percebe que nada disto seria possível se não tivéssemos a adesão de cada membro das equipes da SF.

Seguimos motivados, não somente a provocar modificações de hábitos de vida na população de Garopaba, mas por planejar ações respeitando os valores culturais locais com o objetivo maior de forjar a autonomia dos usuários e mais cidadania na comunidade. Fomos agraciados por uma indicação que levou nosso trabalho a ser conhecido por todo o Brasil. Fomos uma das práticas inovadoras escolhidas no estado de Santa Catarina para levar o método de trabalho ao Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde em Brasília, em julho de 2011. Sentimos que esse reconhecimento nos estimula a seguir armando a trama da saúde em nosso território.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- MOSCOVICI, Fela. Desenvolvimento Interpessoal. 1998.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS. 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009. Uma Análise da Situação de Saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília/DF – 2010.
- REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA 25. Ministério da Saúde – Ano XI –2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília/DF. 2009.

A influência de um programa de educação alimentar e exercício físico nos hábitos das pessoas

Karina Vieira Colonetti Meurer
Nutricionista

Kamilla Brum Barreto
Fisioterapeuta

Karina Maria Serafim de Souza
Coordenadora das ESFs

Alan Goulart Bussolo
Médico

Érica Fernades Stüpp
Enfermeira

Vanderléia de Souza Monteiro Crispim
Técnica de Enfermagem
Fátima Margarida Heleodoro
Auxiliar de Enfermagem

Alzanir Maria Fernandes
Samara Damázio Rocha

Luciane Elza Cardoso
Agentes comunitários de saúde

Luciano Passarella
Psicólogo

Candice Brasil Eduardo
Assistente Social

Contatos:

Karina – ESF - kahcolonetti@hotmail.com e (48) 9951 447

Secretaria Municipal de Saúde Sangão: saude@sangao.sc.gov.br e (48) 3656 0133

Introdução

A equipe da Saúde da Família da comunidade Água Boa, situada no município de Sangão, conta, atualmente, com 397 famílias cadastradas, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico e três agentes comunitárias de saúde. Além da equipe técnica básica, a mesma possui o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto pelos seguintes profissionais: uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e um psicólogo.

Partindo-se da universalidade de acesso aos serviços e da integralidade da assistência, princípios estes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei 8080/90, a ESF Água Boa desenvolveu o Programa de Educação Nutricional, Saúde e Exercício (PENSE), com o apoio do profissional fisioterapeuta e do nutricionista que integram o NASF do município de Sangão. Por meio desta parceria, foram apresentadas à população atendida ações voltadas à educação nutricional que, segundo Boog (2004, p.17) é:

[...] um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento das necessidades de respeitar, mas também de modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda os objetivos de saúde, prazer e convívio social.

Todos os níveis de atenção à saúde devem ter presentes a educação alimentar e nutricional (BOOG, 1999). Tanto no nível de coletividades quanto no de indivíduos, é uma das atividades obrigatórias e privativas do profissional nutricionista (LEI 8.234/1991; RESOLUÇÃO 380/2005), pois, este tem formação que o habilita a desenvolver programas e

ações neste contexto (BOOG, 1999). Sabe-se que a associação de orientações alimentares com a prática de exercício físico traz benefícios para os indivíduos, pois ambos são complementares. Os exercícios aeróbicos, como a caminhada, por exemplo, além de prevenir a obesidade, ajuda a diminuir a ansiedade, aumenta o gasto calórico, e diminui o risco do desenvolvimento de doenças relacionadas à má alimentação, bem como reduz os agravos secundários que possam ser causados por estas enfermidades.

Conforme regulamentação pelo Decreto-lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) e Portarias do Ministério da Saúde, a Fisioterapia pode atuar preventivamente no desenvolvimento de programas de atividades físicas e condicionamento cardiorrespiratório para obesos, evitando a instalação de enfermidades relacionadas à obesidade. (COFFITO; 2011).

Justificativa

A razão pela qual se justifica a incorporação de ações de alimentação e nutrição em nível de Atenção Primária em Saúde (APS) nas Estratégias de Saúde da Família é a atual situação epidemiológica do Brasil, com o aumento das demandas de atenção em saúde decorrentes de doenças crônicas não-transmissíveis e as deficiências nutricionais, ambas relacionadas à alimentação e ao estilo de vida pouco saudáveis (BRASIL, 2009a). A prevenção e o controle dessas doenças, bem como a promoção de saúde, estão diretamente ligados a alimentação saudável, completa, variada e agradável ao paladar, fato este, incontestável (BOOG, 1999)

Além disto, com o surgimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PANAN), em 1999, e a inclusão



da alimentação adequada nos direitos humanos, segundo a Emenda Constitucional nº 64/2010, torna-se necessária a implantação de programas e projetos com o objetivo de articular, no setor saúde, ações que promovam e assegurem a segurança alimentar e nutricional da população que hoje em dia está comprometida, como citado anteriormente, por hábitos não saudáveis tanto pelo excesso de gorduras e açúcares, quanto pela insuficiência de frutas e hortaliças (BRASIL 2010).

Com o propósito de garantir a integralidade no atendimento em saúde para a população brasileira, além de iniciativas de alimentação e nutrição na APS (BRASIL, 2009), outro ponto também prioritário na promoção de hábitos saudáveis é a atividade física, um adjuvante importante na prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis e do excesso de peso corporal (BRASIL, 2006). Porém, apesar de o primeiro contato dos usuários no SUS ser a Estratégia de Saúde da Família e este apresentar um local privilegiado para incentivar e apoiar os bons hábitos alimentares e a prática regular de atividade física (BRASIL, 2006), é imprescindível a parceria dos NASFs para que o princípio, neste caso, da integralidade seja realmente pautado (BRASIL, 2010). Desta forma, o presente trabalho procurou responder: “Quais influências um programa de educação nutricional e exercício físico, realizado em parceria com o NASF, teve nos hábitos de um grupo de usuários da ESF Água Boa localizada em Sangão?”

Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar quais influências um programa de educação nutricional e exercício físico, realizado em parceria com o NASF, teve nos hábitos de um grupo de usuários da ESF Água Boa localizada em Sangão, avaliada após um mês de término.

Objetivos específicos

- Verificar se houve variação do peso e do Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes após o término do programa;
- Identificar se houve alteração nos hábitos alimentares dos participantes, após o término do programa;
- Verificar se houve alteração no hábito da prática regular de exercício físico dos participantes, após o término do programa.

Metodologia

O PENSE é um programa de saúde voltado às pessoas que desejam receber orientações alimentares e de exercício físico para manter uma vida mais saudável. As pessoas foram convidadas a participarem do PENSE através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) da ESF Água Boa localizada no município de Sangão. Compareceram 23 pessoas, de ambos os sexos, com média de idade de 42 anos.

Os interessados passaram por uma avaliação médica, para verificar suas condições de saúde para a prática da atividade física, e por uma avaliação nutricional, na qual foi aplicado um questionário (Apêndice 1). O mesmo, aplicado pela nutricionista, apresentava 41 perguntas, sendo 23 abertas e 18

fechadas e foi adaptado da publicação “Como está sua alimentação” do Ministério da Saúde. Entre os itens presentes estava a aferição dos dados antropométricos de peso e altura, para a determinação do Índice de Massa Corporal, calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura ao quadrado em metros (kg/m²) e classificado segundo apresenta a Tabela 1.

Tabela 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,99	Eutrofia/ Peso normal
25 – 29,99	Sobrepeso
30 – 34,99	Obesidade grau I
35 – 39,99	Obesidade grau II
> 40	Obesidade grau III

Fonte: WHO (1995)

O peso dos participantes foi avaliado por uma balança eletrônica (digital) portátil previamente calibrada com capacidade para 150 quilos e sensibilidade de 100g. Seguindo Alvarez e Pavan (2003), os indivíduos subiram na balança colocando um pé de cada vez e se posicionado no centro da mesma, sendo que eles estavam com a menor quantidade de roupas e acessórios. A estatura foi medida utilizando uma fita métrica flexível com 150cm e variação de 1mm, que foi fixada na parede em um ângulo reto com o piso. Os indivíduos permaneceram descalços e tiveram o peso igualmente distribuído entre os pés, os braços ficaram relaxados ao longo do corpo, calcanhares unidos (descalços), cabeça reta e os olhos fixos para frente, sendo que foi retirado qualquer acessório usado nos cabelos, conforme Castellani e Duarte (2002). Nesta etapa, as pessoas também foram orientadas em relação ao vestuário e calçado que seria utilizado durante o exercício, e receberam orientações gerais de como realizar a caminhada também durante os outros dias da semana, horários, e como proceder caso se sentissem mal durante a atividade.

O programa foi formado por quinze encontros que aconteceram semanalmente no período matutino e foram realizadas as seguintes atividades:

- Aferição da pressão arterial;
- Alongamentos (15 minutos);
- Caminhada orientada (50 minutos);
- Alongamento/Relaxamento final;
- Orientação nutricional em grupo (60 minutos).

A caminhada foi a opção escolhida de exercício aeróbio porque, além dos seus benefícios à saúde, é um dos métodos mais baratos e acessíveis a maioria das pessoas. Durante todo o percurso, os participantes foram incentivados ao consumo de água e monitorados em relação às condições físicas, ou seja, se estavam muito cansados ou sentindo alguma dor. A caminhada foi realizada ao ar livre nas proximidades da sede onde o programa foi executado.

Na orientação nutricional os principais temas abordados foram:

- Os dez passos para uma alimentação e vida saudáveis;

- As principais mudanças do comportamento alimentar;
 - O que são nutrientes (carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais, fibras alimentares) e quais as suas principais fontes alimentares?;

- A pirâmide alimentar adaptada à população brasileira e os seus grupos alimentares (cereais, pães, tubérculos e raízes; frutas; verduras, legumes e hortaliças; leite e derivados, carne e derivados; leguminosas e oleaginosas; açúcares e doces; e gorduras);

- O que são refeições? Quais as principais refeições e o que devo comer em cada uma delas?;

- As principais doenças relacionadas à alimentação (obesidade, desnutrição, diabetes, hipertensão, dislipidemia, doença cardiovascular, anemia, constipação, câncer, osteoporose);

- Qual a diferença entre diet e light? Adoçantes. Qual usar?;

- Rotulagem de alimentos. O que devo observar nos rótulos dos alimentos?;

- Receitas saudáveis. Como modificar a receita para deixá-la mais saudável?;

Além destas orientações, outros profissionais foram convidados a abordar outros assuntos. O psicólogo falou sobre autoestima e a farmacêutica sobre medicamentos anorexígenos e a consequência de seu uso contínuo para a saúde.

Também foi oferecida a auriculoterapia, uma modalidade da Acupuntura, que na Medicina Tradicional China (MTC) é considerada uma conexão de todo o sistema energético humano. Consiste na puntura de pontos na orelha correspondentes a partes específicas do corpo. É um tratamento que cuida do indivíduo como um todo, e é muito eficaz para controle da ansiedade, depressão, insônia, controle da fome, além da prevenção de doenças, entre outros. No PENSE, ela foi empregada como meio de controlar a fome e a ansiedade, como auxílio à orientação nutricional e à prática regular de atividade física, e como método complementar de tratamento de doenças já instaladas. Na prática, as pessoas que participaram do grupo foram esclarecidas a respeito da técnica e procedimentos para a realização do tratamento. Posteriormente, foi realizado uma avaliação individual dentro dos preceitos da MTC e iniciado o tratamento. As sessões foram, realizadas durante a duração do programa.

Em todos os encontros a aferição da pressão arterial foi de responsabilidade da enfermeira da ESF Água Boa. A atividade física, englobando o alongamento, a caminhada orientada e o relaxamento, ficou por conta da fisioterapeuta; e a avaliação e a orientação nutricional pela nutricionista, ambas do NASF. Um mês após o término do programa a nutricionista aplicou novamente o mesmo questionário para reavaliar os dados de consumo alimentar, atividade física e IMC. Os resultados serão descritos a seguir. Este estudo foi de campo do tipo descritivo, pois constitui em coletar os dados a cerca de um meio e dos diversos aspectos da vida que o caracteriza, bem como conhecer as situações, costumes e atitudes predominantes por meio da descrição detalhada de atividades, objetos,

processos e pessoas (VANDALEN; MEYER, 1971).

Resultados

O PENSE apresentou 23 pessoas interessadas, sendo que, destas, onze permaneceram até o último encontro e doze desistiram ao longo do programa, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Participação do programa



Apesar de um número significadamente alto de pessoas ter desistido, a maior parte relatou ser por conta do horário. Como o programa funcionava no mesmo período em que a maioria começava a trabalhar, ficou inviável frequentá-lo. Isso pode ser interpretado como um ponto a ser revisto para os próximos encontros, já que o motivo da desistência foi este e não a insatisfação dos participantes.

Partindo-se para os próximos resultados, para a tabulação e análise dos dados de consumo alimentar, estado nutricional e atividade física, anteriores ao início do programa, foram utilizados somente os questionários dos onze participantes que permaneceram até o final. Além disto, seguindo a metodologia, houve aplicação do mesmo após um mês de término do programa, sendo que, destes, nove compareceram para a reavaliação. Na Tabela 2 encontram-se os resultados de consumo alimentar antes e após a frequência no PENSE.

De acordo com os resultados apresentados, após a participação no PENSE, a média de consumo de frutas, verduras e legumes aumentou. Este é um ponto positivo, pois, uma fração menor que 10% da população brasileira não atinge as recomendações do consumo deste grupo (BRASIL, 2011), que é de 400 gramas diários dividido em: 3 porções de frutas e 3 de legumes e verduras (BRASIL, 2008). Por apresentar a combinação de micronutrientes, antioxidantes, substâncias fitoquímicas e fibras, frutas e hortaliças, quando presentes na dieta, previnem e controlam patologias não transmissíveis como a obesidade, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2009b).

A diretriz de “Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteína” (BRASIL, 2008) recomenda que, diariamente, a população deve ter um consumo de uma porção de leguminosas (feijão). Nesta pesquisa, após o programa de orientação alimentar, a população analisada apresentou, também, um aumento no consumo de feijão. Apesar deste aumento não ter chegado ao consumo diário, este também é um ponto positivo, uma vez que este alimento é rico em carboidrato complexo, fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio, compostos bioativos, além de quando

combinado com arroz ser uma ótima fonte de proteínas (BRASIL, 2008).

No que diz respeito ao consumo do grupo do arroz, farinhas e macarrão, houve um aumento. Em contrapartida, o de frituras, embutidos, doces, balas, refrigerante e suco artificial teve uma diminuição na frequência. Isto demonstra que os participantes, após o grupo, substituíram o alto consumo de alimentos energéticos fontes de gordura e carboidrato simples (frituras, embutidos, doces, balas, refrigerante e suco artificial), por alimentos mais básicos (arroz, farinhas e macarrão) e que têm a função de fornecer fontes mais importantes de energia do que o primeiro anteriormente citado.

Tabela 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

Consumo alimentar	Antes (média de consumo)	Após (média de consumo)	Resultado
Frutas (unidades/dia)	0,81	2,22	Aumento de 1,41
Verduras e legumes (colher de sopa/dia)	3,1	6	Aumento de 2,9
Feijão (vezes/semana)	2,9	3,2	Aumento de 0,3
Arroz, farinha ou macarrão (colher de sopa/dia)	3,45	4,11	Aumento de 0,66
Carne de boi, frango, peixe ou ovo (pedaço ou unidade/dia)	1,5	1,6	Aumento de 0,1
Frituras, embutidos, doces, balas, bolos, refrigerante, suco artificial (frequência/semana)	3,81	1,66	Diminuição de 2,15 na frequência do consumo semanal
Tipo de gordura mais usada no preparo dos alimentos	- 82% óleo vegetal - 18% banha animal	100% óleo vegetal	Aumento do uso de óleo vegetal e diminuição do uso de banha animal
Gordura aparente da carne ou a pele do frango	100% retiram	- 67% retiram - 33% não retiram	Aumento no consumo de gordura aparente
Sal na comida além do que está no prato	100% não colocam	100% não colocam	O resultado não foi alterado
Trocar almoço ou jantar por lanches	- 54,5% trocam - 18,2% não trocam - 27,3% às vezes trocam	- 55% não trocam - 44,5% às vezes trocam	Diminuição na troca de almoço ou jantar por lanches
Água (copos/dia)	3,18	4,18	Aumento de 1

Conforme o relato da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 2008/2009, os maiores marcadores de consumo não saudáveis na população brasileira foram: o biscoito recheado, refrigerante, doces, pizzas e, por fim, os salgadi-

nhos industrializados. Além disto, os alimentos ricos em açúcar, gordura saturada e sal são os que estão associados as maiores médias de consumo de energia (BRASIL, 2011). Sabendo-se que estes levam ao aumento do risco de doenças como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares, a diminuição do consumo pelo grupo após o programa foi muito relevante. Outro dado analisado, que diminuiu e faz parte do mesmo grupo alimentar, é o uso de gordura animal (banha) no preparo dos alimentos. Por esta ser uma fonte de gordura saturada, deixar de consumi-la também pode ajudar na prevenção das doenças acima citadas.

A população brasileira tem a carne bovina (63,2g/dia) entre um dos alimentos mais consumidos diariamente, sendo que o de aves fica em 36,6g/dia, o de peixes frescos em 23,4g/dia e o de ovo em 11,7g/dia per capita (BRASIL, 2011). Este grupo deve estar presente diariamente na dieta da população por representar alimentos ricos em proteínas de alto valor biológico, ferro, vitamina B12 e ácidos graxos essenciais, sendo este último encontrado em maiores quantidades nos peixes (BRASIL, 2008). Na presente pesquisa, a população analisada apresentou um pequeno aumento no consumo destes alimentos. Além disto, apesar do consumo de gordura derivadas de outras fontes terem diminuído, a encontrada aparentemente nas carnes e na pele do frango aumentou. Acredita-se que, como este resultado apresentou-se contraditório aos outros já mencionados, pode ter acontecido um erro na reaplicação do questionário. Como sugestão, a nutricionista entrevistará a mesma população novamente após um mês para coletar e analisar o referido dado.

Em relação ao consumo de sal, não houve alteração na adição do mesmo na comida já pronta. Por saber que uma dieta baseada em sal e produtos industrializados pode agravar a saúde principalmente os níveis pressóricos (MOLINA; CUNHA; HERKENHOFF; MILL; 2003), os participantes foram orientados durante o programa a proceder retirando o máximo destes alimentos ricos em sódio, substituindo-os por temperos naturais e alimentos in natura.

Dentre um dos requisitos presentes nos “Dez passos para uma alimentação saudável” encontra-se o de fazer pelo menos três refeições diárias, não pulando nenhuma destas, intercaladas por lanches. Tendo base que as três principais refeições são café da manhã, almoço e jantar (BRASIL, 2008), um dos objetivos das orientações nutricionais no PENSE foi mostrar aos participantes a importância de cada uma delas, dando ênfase que nenhuma deveria deixar de ser feita ou substituída. Como pode ser observado na Tabela 2, o resultado neste ponto também se mostrou muito positivo, já que, depois do programa, os participantes diminuíram a frequência de substituição do almoço ou do jantar por lanches.

Segundo a diretriz de água publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), independente de outros líquidos, o consumo de água, por volta de dois litros por dia, deve ser incentivado pelos profissionais de saúde, uma vez que esta é indispensável para o funcionamento adequado do organismo. Durante o PENSE, além do estímulo da hidratação

ao longo do exercício físico, os participantes também foram orientados a aumentarem o consumo, principalmente, de água, diariamente, como mostra o resultado, e evitar a presença de qualquer líquido durante as principais refeições.

Como pode ser observado nos Gráficos 2 e 3), em relação ao peso, observa-se um diminuição, tanto na média de peso corporal quanto na do IMC, que antes do início do programa eram, respectivamente, de 76,2 quilos e 30,63 kg/m². Após a frequência no PENSE, os índices caíram para 70,5 quilos e 28,66 kg/m². Isso mostra que o grupo, que apresentava uma média de estado nutricional classificado em obesidade grau I, após o término chegou ao sobrepeso (WHO, 1995).

Gráfico 2 – Resultado da média do peso antes e após a frequência no programa PENSE

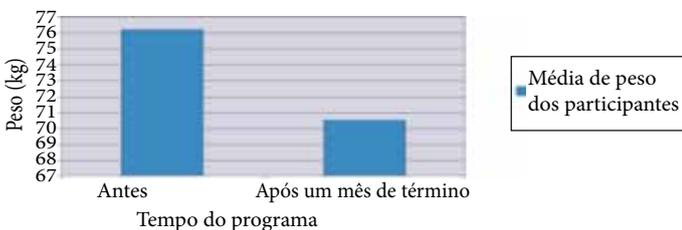
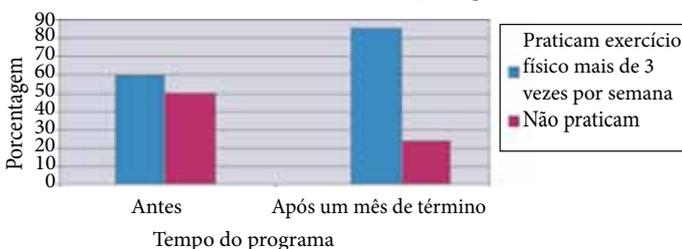


Gráfico 3 – Resultado da média do IMC antes e após a frequência no programa PENSE



Sobre a frequência de exercício físico, 54,5% dos participantes antes da participação no programa tinham o hábito de praticá-lo e 45,5% não. Após a intervenção do PENSE, a média dos praticantes passou para 77,7%, enquanto a dos não praticantes diminuiu para 22,3% (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Resultado da frequência na prática de exercício físico antes e o programa PENSE



Isso mostra que os frequentadores, durante e após o PENSE, ficaram mais conscientes em relação à prática de exercício físico regular, uma importante aliada à alimentação saudável para a manutenção do peso saudável, redução do risco de doenças e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Resultados

A ESF deve estar comprometida em promover a qualidade de vida da população, a integralidade e resolubilidade da assistência, atuando na prevenção de agravos à saúde, substituindo práticas tradicionais assistencialistas, ou seja, com foco somente na doença (BRASIL, 2010). Pensando desta maneira, a ação prestada pela ESF Água Boa em conjunto com o NASF, mostrou-se muito benéfica. Com foco no princípio da integralidade, pode-se perceber, através dos resultados apresentados, que o PENSE influenciou positivamente nos dados de consumo alimentar, perda de peso corporal e prática de exercício físico dos participantes. Portanto, pode-se concluir que mais ações, tanto em alimentação e nutrição quanto em outras áreas, são necessárias e de grande relevância para a saúde da população.

Referências

ALVAREZ BR, PAVAN AL. Alturas e Comprimentos. In: Petroski EL. (Org.) Antropometria: técnicas e padronizações. Porto Alegre: Palotti; 2003: 29-51.

BOOG, M.C.F. Contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar. Saúde em Revista, São Paulo, v.6, n.13, p. 17-23, maio/ago. 2004.

_____, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 139-147.1999.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Lei Nº 8.234 de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução Nº 380. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências, 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF. v.27. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: obesidade. v.12. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final do 5º Congresso Panamericano de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças para a promoção de saúde. Brasília, DF, 2009b.

COFFITO. www.coffito.com.br. Visita em 08/08/2011.

DUARYE, A.C.G.; CASTELLANI, F.R. Seminologia nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2002.

MOLINA, M.C.B; CUNHA, R.S; HERKENHOFF, L.F; MILL, J.G. Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.37, n.6, p. 743-750. 2003.

VANDALEN, D.B; MEYER, W.J. Manual de técnica da le investigación educacional. Buenos Aires, 1971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series nº 854. Geneva, Switzerland; 1995.



APÊNDICE 1 - Questionário aplicado na avaliação nutricional do programa



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANGÃO
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
PENSE (PROGRAMA DE EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL, SAÚDE E EXERCÍCIO)



FICHA CADASTRO DO PARTICIPANTE

Cadastro N°: _____ Data da Entrevista: ___/___/___

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Sexo: () M () F Data de nascimento ___/___/___
Idade: _____ Naturalidade: _____
Raça: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____ Estado civil: _____
Endereço: _____
Telefone (s): _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____
Unidade de Saúde: _____
Ag. Comunitária _____ N° CNS: _____

2 - DADOS GERAIS DE SAÚDE/ CONSUMO ALIMENTAR

- 2.1 Tem problemas de saúde? () Sim () Não Qual? _____
2.2 Usa medicamento? () Sim () Não Qual (is)? _____
2.3 Você costuma fazer uso de tabaco ou outras drogas? () Nunca () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Raramente
2.4 Você costuma fazer uso de bebidas alcoólicas? () Nunca () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Raramente
2.5 Você evacua: () Diariamente () Em dias alternados () Fica de 3 a 5 dias sem fazer () Fica mais de 5 dias sem fazer. Sente dificuldade? _____
2.6 Você urina quantas vezes por dia? _____ Sente dificuldade? _____
2.7 Quantas frutas você come por dia? () Não como frutas () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
2.8 Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes você come por dia? () Não como verduras e legumes () 1 a 4 colheres () 5 a 8 colheres () 9 ou mais
2.9 Quantas vezes por semana você come feijão? () Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 ou mais
2.10 Quantas colheres de sopa de arroz, farinha, macarrão você come por dia? () nenhuma () 1 a 5 colheres () 6 a 10 colheres () 11 ou mais
2.11 Quantos pedaços de carne de boi, carne, frango, peixe ou ovos você come por dia? () 0 a 1 pedaço de carne ou 1 ovo () 2 pedaços de carne ou 2 ovos () mais de 2 pedaços de carne ou 2 ovos

- 2.12 Você tira a gordura aparente da carne de gado ou a pele do frango? () Sim () Não () Não como carne de boi ou frango
2.13 Pensando nos seguintes alimentos: frituras, embutidos, doces, balas, bolos, refrigerante, sucos artificiais você costuma comer/beber qualquer um deles: () todo dia () 4 a 5 vezes por semana () 2 a 3 vezes por semana () menos de 1 vez por semana
2.14 Qual o tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos? () banha animal ou manteiga () óleo vegetal () margarina ou gordura vegetal
2.15 Você costuma colocar mais sal na comida que esta no seu prato? () Sim () Não
2.16 Você costuma trocar o almoço ou janta por lanches? () Sim () Não () As vezes
2.17 Quantos copos de água você toma por dia? () 0 () menos de 1 copo () 1 a 2 copos () 3 a 4 copos () 5 a 7 copos () 8 ou mais
2.18 Pratica alguma atividade física? () Sim () Não. Qual? E com que frequência?

3 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso atual	Peso usual	Peso teórico	Estatura	IMC- Classificação
C. abdominal	C. da cintura	C. do quadril	RQC- Avaliação	CA- Avaliação
PCSE	PCTR	C. Braço	Área Gord. Braço	
Área Muscular Braço		Avaliação		Bioimpedância: % GC: _____

Estado Nutricional: _____

4. PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL, SAÚDE E EXERCÍCIO FÍSICO (PENSE)

- Você foi convidado pela nutricionista Karina Vieira Colonetti Meurer a participar do Programa de Educação Nutricional, Saúde e Exercício Físico (PENSE)? E aceita?
() Sim, fui convidado(a) e aceito participar do Programa de Educação Nutricional, Saúde e Exercício Físico (PENSE).
() Não, fui convidado(a) mais não aceito participar do Programa de Educação Nutricional, Saúde e Exercício Físico (PENSE).

Assinatura do(a) paciente

A corresponsabilidade e o compromisso da equipe da ESF com as redes sociais para potencializar a integralidade e a resolubilidade na saúde

Rosilene Scottini

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública: Cuidado em Saúde

Ana Carolina Ferreira

Daniela Ribeiro

Mirela Correa

Juliana Cristina Berto

Shalise Sebastiana Nowasky

Eleide Farhat

Contatos: rosilene_scottini@hotmail.com e psf.municipios@balneariocamboriu.com.br

Resumo

O objetivo do trabalho tem a finalidade de refletir sobre a importância do compromisso e corresponsabilidade das Equipes Saúde da Família com as redes sociais, visando potencializar a integralidade, a resolubilidade das ações intersetoriais e a qualidade de vida dos usuários. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Balneário Camboriú com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESFs) para uma população adscrita de, aproximadamente, 8.875 pessoas.

Antes de iniciar as atividades nas redes sociais, o trabalho passou por duas fases. Na primeira foram realizadas reuniões com as três equipes da ESF para o reconhecimento das áreas, conforme a realidade da comunidade adscrita. Nestas reuniões, foram elencadas as redes sociais e suas particularidades. No bairro está situado um asilo, uma instituição para abrigar crianças (Casa da Criança), uma unidade do CRAS, duas escolas, três creches públicas e a associação de moradores. A segunda fase ocorreu a partir do segundo semestre de 2011, na qual foi redimensionado o enfoque do trabalho para a atuação das equipes.

A concepção metodológica desse trabalho teve como fio condutor a divergência de saberes por integrar a equipe, as acadêmicas, e alguns membros responsáveis pela coordenação das redes sociais, e construíram-se, de forma coletiva, as intervenções e ações cabíveis nas redes sociais, tendo como foco a potencialização da integralidade e da resolubilidade. A UBS também oferece atendimento odontológico, de pediatria e ginecologia e recebe acadêmicos de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí (Univali), da disciplina Estágio Curricular Supervisionado (formandos).

Algumas conquistas já fazem parte do cotidiano como, por exemplo, a ampliação da atuação na Casa da Criança, o trabalho com grupo Bem Gestar no CRAS e a participação da ESF nas reuniões da associação de moradores. Concluímos que a operacionalização da ESF deve ser ade-

quada conforme as diferentes realidades locais, mantendo os princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica das estratégias. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de corresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam a Estratégia Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial.

Introdução

O presente estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Balneário Camboriú, localizada na Rua Angelina, s/nº - anexo ao CAIC, com o horário de funcionamento de segunda-feira a sexta-feira das 7h às 18h. Nessa UBS há três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizadas como equipe 001, 002 e 011, as quais atendem uma população adscrita de 8.875, aproximadamente. As equipes de saúde são compostas por enfermeiras, médicos da saúde da família, sete técnicos de enfermagem e 15 Agentes Comunitárias da Saúde (ACSs) divididos, mais atendimento odontológico, de ginecologia e pediatria.

A UBS recebe acadêmicos de enfermagem Universidade do Vale do Itajaí (Univali), da disciplina Estágio Curricular Supervisionado. Os profissionais e acadêmicos de Enfermagem desenvolvem Grupos de Educação em Saúde com gestantes: Bem Gestar, com encontros mensais, em parceria com o CRAS; Grupo de idosos: Café Passado, com encontros na última segunda-feira do mês; Grupo Maturidade Saudável, com encontros duas vezes na semana (atividades físicas e educativas), em parceria com a Secretaria de Bem Estar Social; Oficinas educativas e puericultura na Casa da Criança (ONG).

De acordo com Heidmann, Almeida, Boehs (2006), o antigo modelo de saúde é resultado de uma combinação complementar do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial "sanitarista", fazendo com que as





Unidade da Estratégia Saúde da Família do Bairro dos Municípios

práticas assistências e preventivas se propaguem separadamente, tornando o serviço de saúde algo fragmentado e individualista. Este modelo focaliza a doença e a intervenção curativa, tendo sua fundamentação no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconizando que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. Com a necessidade de alterar a forma como a população estava sendo assistida, na década de 1990 teve início a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de modificação teve início objetivando desenvolver a assistência em saúde nas particularidades diversas das regiões, e enfatizando efetivamente a coletividade, interagindo com a população, estendendo atenção e cuidados a comunidade (BRASIL, 2006).

Para operacionalizar a ESF, o Ministério da Saúde propôs a reorientação do modelo assistencial e a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades de atenção básica à saúde. Três elementos são essenciais na caracterização da estratégia: a delimitação de um território de intervenção, a definição das famílias que habitam este território, e a organização da assistência de forma integral; ou seja, com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção de saúde dessa comunidade (BRASIL, 2007). Paralelamente ao Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, visa promover o acompanhamento sócio-assistencial de famílias em determinado território, potencializando-as como unidades de referência e fortalecendo vínculos de solidariedade. Diferente da ESF, que tem a universalidade da assistência como princípio

norteador, o PAIF tem como foco de atuação as famílias mais vulneráveis, em situação de exclusão e discriminação social, privadas de renda e do acesso aos serviços públicos.

A equipe prevista na ESF consiste em médico, enfermeiro, dentista, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Já no PAIF, são profissionais do serviço social, da psicologia e monitores sociais. Desta forma, um grande desafio consta em debater as concepções que fundamentam os dois programas, e estabelecer elos possíveis de articulação e atuação conjunta para a promoção da saúde e a melhoria real do acesso aos serviços públicos. Segundo Kleba, in (Elsen, Souza e Marcon, 2011), “ambos os programas têm as famílias de determinado território como objeto de atuação e defendem que estas devem ser apoiadas em seu protagonismo, para que os profissionais dos serviços públicos possam contribuir a fim de favorecer o acesso a recursos e fortalecer a capacidade delas de tomar decisões e enfrentar situações adversas”.

Justificativa

Este trabalho tem a finalidade de refletir sobre as práticas das Equipes Saúde da Família nas redes sociais, como uma oportunidade de potencializar a integralidade e a resolubilidade, mostrando a importância do compromisso e a corresponsabilidade da equipe. A materialização nos serviços de saúde, devido às ações dos profissionais e suas práticas cotidianas, reacende a importância da aprendizagem contínua e da preparação dos futuros profissionais para a reorientação das práticas de saúde consonantes com os princípios do SUS. A construção de um sistema de serviço democrático de forma integral constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também direcionar para os profissionais e cotidianos no serviço de saúde.

No caso da ESF, a Equipe de Saúde da Família está capacitada para executar ações nas redes sociais com o fortalecimento destes espaços para exercer soluções associadas às necessidades. Alves (2005) cita em seu trabalho que:

“uma noção de integralidade também relaciona da à organização dos serviços e das práticas encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde. A política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública”.

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a ESF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre a equipe e a população adscrita. Cordeiro (1996) avalia que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios da ESF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que a ESF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres; antes disso, tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admite-se, nesta perspectiva, que a ESF “requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (Brasil, 1997, p.9).

Pensar na ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas na ESF. Ayres (1996) observa que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais se encontra a ESF. De fato, os objetivos da Estratégia, entre outros, incluem: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 1997). Nota-se, a partir desses objetivos, a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família, bem como na resolubilidade dos problemas de saúde identificados na comunidade. Quanto à reorientação das práticas de saúde, a ESF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde (Brasil,

1997; Santana & Armagnani, 2001), o que significa que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (Mendes, 1996), de acordo com o princípio da integralidade.

Objetivos

Objetivo Geral

Refletir sobre o compromisso da Estratégia Saúde da Família na potencialização das redes sociais visando a integralidade e a resolubilidade das ações em saúde e a melhoria da qualidade de vida dos usuários/comunidade.

Objetivos Específicos

- Identificar as redes sociais na comunidade e o foco de atuação de cada instituição respectivamente;
- Elaborar ações articuladas conforme as necessidades identificadas na comunidade fomentando a multidisciplinaridade e a intersectorialidade;
- Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que visem o cuidado integral e a resolubilidade como princípio norteador da organização das ações das redes sociais;
- Realizar a avaliação e divulgação dos resultados alcançados.

Desenvolvimento

Para melhor compreensão do processo de trabalho e do funcionamento da ESF, exploramos um pouco da construção dessa estratégia. Em janeiro de 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), com a missão de ser o eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil. O PSF passou a ser definido como Estratégia (ESF) pelo Ministério da Saúde, especialmente a partir de 1997. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde com novas bases e substituindo cada vez mais o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da comunidade e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (RIBEIRO, 2004).

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é fundamental para a busca permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. As equipes atuam na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, e na manutenção da saúde das comunidades e são compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACSs.

Quando ampliada, possui um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de três mil a quatro mil e quinhentas pessoas de uma determinada área (BRASIL, 2004). A atuação ocorre, principalmente, nas UBS, sendo estas definidas como a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. A atuação ocorre, também, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Isto diz respeito a um conjunto contínuo de ações e serviços

preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, onde cada equipe possui um território definido. Deve, assim, intervir sobre os fatores de risco a que comunidade estiver exposta, sendo deveres da equipe: prestar assistência integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de Educação e Promoção da Saúde; estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersectorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2004).

O PSF inicialmente focou para a assistência de áreas de maior risco social e aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental (SCOREL; GIOVANELLA; MENDONÇA; et al, 2007). A implantação de programas de saúde que possuem uma hierarquização desde o nível federal ao municipal tem permitido tanto a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local, quanto a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia, no sentido de planejar a territorialidade de políticas públicas, de equipamentos e ações. O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Territorialização

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Redes Sociais

Juntamente com a Atenção Primária, atuam as demais redes de atenção à saúde. Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2009). A OMS re-

comenda que os sistemas de atenção à saúde alcancem o propósito de promover, restaurar e manter a saúde de uma população oportunizando para todos os cidadãos o alcance de um nível ótimo de saúde; a proteção adequada dos riscos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (World Health Organization, 2000).

Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são estruturas organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde com caracterização principal, que é prestar assistência contínua e integral a uma população definida. Segundo Mendes (2009), as redes compõem-se de uma população, de uma estrutura operacional e de um modelo de atenção à saúde, com capacidade de enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, afirmam também Porter e Teisberg (2007). Para tanto, é necessário oferecer serviços contínuos de atenção à saúde primária, de média e alta complexidade, vinculando a estas ações, a promoção, a prevenção de condições de doenças, intervenções de cura, de cuidado, e de reabilitação, proporcionando a atenção integral. Contudo, as redes de atenção à saúde necessitam apresentar uma característica fundamental segundo Mendes (2009): ter como centro de comunicação a atenção primária à saúde.

Interdisciplinariedade

As ações identificadas devem ser focadas em conjunto com a interdisciplinariedade. A constituição da equipe deve ser planejada levando-se em consideração alguns princípios básicos como o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/ doença, a integralidade da atenção, a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo, o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais), a parceria com a comunidade e as possibilidades locais.

Controle Social

O controle social do sistema de saúde é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei Orgânica de



Momentos com Grupo Café Passado



Momento do grupo BEM GESTAR. Junto com o CRAS, disponibilizará um kit para as gestantes no último encontro deste ano

Saúde (Lei nº 8.142/90). Assim, as ações desenvolvidas pela ESF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito mais do que apenas segui-las, a ESF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população. A Lei nº 8.142/90 definiu alguns fóruns próprios para o exercício do controle social - as conferências e os conselhos de saúde -, a serem efetivados nas três esferas de governo. Porém, a participação da população não se restringe apenas a esses. Através de outras instâncias formais (como Câmaras de Vereadores e Associação de Moradores) e informais, os profissionais de saúde devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor.

Estímulo à Ação Interssetorial

A busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública pode ser um elemento importante no trabalho das equipes de Saúde da Família. Como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/doença, os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre que possíveis. A parceria e a ação tecnicamente integrada com os diversos órgãos do poder público que atuam no âmbito das políticas sociais são objetivos perseguidos. A questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde; tampouco se interfere na própria situação sanitária sem que haja a interligação com os vários responsáveis pelas políticas sociais.

Diagnóstico de Saúde da Comunidade

Para planejar e organizar adequadamente as ações de saúde, a equipe deve realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência e levantar indicadores de saúde, áreas de risco, redes sociais. Além das informações que compõem o cadastramento das famílias, deverão ser também utilizadas às diversas fontes de informação que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo as oficiais, como o IBGE, cartórios e secretarias de saúde. Igualmente, devem ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade como, por exemplo, as lideranças e os espaços comunitários.

Metodologia

Trata-se de um trabalho de relato de experiência da unidade da estratégia saúde da família do Bairro dos Municípios com as redes sociais existentes no território de abrangência. Participaram deste trabalho as três equipes da ESF que compõem a unidade e, também, as acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí. Antes de iniciar as atividades nas redes sociais o trabalho passou por duas fases. Na primeira foram realizadas reuniões com as três equipes da ESF para o reconhecimento das áreas, conforme a realidade da comunidade adcrita. Nestas reuniões foram elencadas as redes sociais e suas particularidades. A segunda fase ocorreu a partir do segundo semestre de 2011, na qual foi redimensionado o enfoque do trabalho para a atuação das equipes. A concepção metodológica desse trabalho teve como fio condutor a divergência de saberes por integrar a equipe, as acadêmicas e alguns membros responsáveis pela coordenação das redes sociais e juntos construir de forma coletiva as intervenções e ações cabíveis nas redes sociais, tendo como foco a potencialização da integralidade e resolubilidade.

Redes Sociais na Área Adstrita

– Centro de Referência Assistência Social – CRAS

No CRAS são prestados serviços especializados e continuados de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos com os seus direitos violados, voltando o foco das ações às famílias. O intuito da ESF neste espaço é o fortalecimento do vínculo para apoio e acompanhamento das famílias prioritárias. São realizados também encontros com grupo Bem Gestar na estrutura do CREAS fomentando ainda mais este vínculo.

– Espaços Escolares – Integração Acadêmica

O espaço escolar é, depois da família, o segundo contexto de desenvolvimento e de interações significativas na vida do ser humano.

Nessa perspectiva, a ESF considera a escola como um espaço privilegiado dos diversos atores que compõem esse universo: estudantes, profissionais e os educadores para promoção da saúde, proporcionando um ambiente seguro e fornecedor de apoio na construção de cidadania. A ESF, junto com o ensino, realiza educação em saúde conforme a necessidade e o tema escolhido pela escola, também ações assistenciais na prevenção da saúde como, por exemplo, vacinação.

– Associação dos Moradores

O Bairro dos Municípios não possui conselho local de saúde, mas, em contrapartida, possui uma possante associação de moradores que reunia-se a cada 30 dias na própria sede, localizada geograficamente em uma boa área de acesso para todos. A ESF tem como objetivo participar das reuniões fomentando o vínculo, o reconhecimento dos problemas da comunidade e oportunizando o espaço para ações da saúde.

– Casa da Criança

As fases da infância marcam grande vulnerabilidade, em decorrência das características próprias deste ciclo em que o ser humano está crescendo e se desenvolvendo, tanto física como intelectualmente. A Casa da Criança é uma organização não-governamental que nasceu de um sonho, criada por um grupo de pessoas em 1992 e oficialmente fundada em 5 de maio de 1993. O contexto que se vivia na época era pós-promulgação da Constituição da República, ocorrida em 5 de outubro de 1988, que estabeleceu a criança como prioridade, vindo em seguida, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente. A partir do que, toda a sociedade civil organizada e os poderes constituídos do País foram convidados a olhar para nossas crianças colocando-as no centro de toda a atenção.

Diante deste contexto, a ESF ampliou o atendimento e o acompanhamento na Casa da Criança. Para isso, foi adequada uma sala de atendimento médico e de enfermagem potencializando a integração ensino e serviço. Neste espaço, a metodologia que a ESF mais utiliza para a educação em saúde é a ludicidade como instrumento pedagógico, relacionando o cotidiano da criança com o mundo de “faz



Centro de Referência de Assistência Social

de conta”, estimulando-a a assimilar que a sua brincadeira é a projeção de atos exercidos por quem convive junto a ela.

Ressaltamos que algumas redes importantes não foram citadas devido a extensão do trabalho, como por exemplo:

- NAI (Núcleo de atenção ao Idoso), onde são realizados os encontros do Café Passado;

- PAI (Posto Atenção Infantil): acompanhamento de crianças prioritárias;

- Asilo: espaço utilizado para educação em saúde e acompanhamento e assistência.

Pensando em reorganizar a Atenção Primária de Saúde surge, então, a Saúde da Família. Caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a proteção da saúde, a educação em saúde, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Considera-se importante fortalecer a ESF para aumentar e melhorar a eficiência do sistema de saúde buscando cada vez mais um modelo ideal para produção de saúde, aproveitando os espaços comunitários e redes sociais da área adstrita, e assim possibilitar a busca de uma melhor qualidade de vida para todos.

Resultados

Algumas conquistas já fazem parte do cotidiano como, por exemplo, a ampliação da atuação na casa da criança, o trabalho com grupo Bem Gestar no CRAS e a participação da ESF nas reuniões da associação de moradores, importante ressaltar que as ações nas creches e escolas são planejadas conforme cronograma. Percebe-se que a integração entre equipe/ ensino e usuários/redes proporciona o enriquecimento do conhecimento, aumenta a troca de experiências, possibilita a discussão pela diversidade de pontos de vistas, fortalece as perspectivas teóricas e a valorização da comunidade, também o fortalecimento do vínculo potencializando a integralidade e a resolubilidade na saúde.

Outra conquista importante foi o reconhecimento da gestão e coordenação da estratégia saúde da família, oportunizando a possibilidade da ausência de alguns profissionais da unidade para participarem nas ações elencadas nas redes sociais. Conclui-se que a produção de melhores resultados depende das parcerias estabelecidas entre os três domínios: equipe/redes sociais/ensino. Assim, o trabalho tem como proposta refletir o compromisso da ESF nas redes sociais, identificando este espaço comunitário como uma oportunidade de fomentar a integralidade e a cidadania na busca de melhor qualidade de vida.



Casa da Criança



Considerações finais

A ESF elege, como ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e as redes sociais de sua área de abrangência. Sob essa ótica, a estratégia de saúde do Bairro dos Municípios busca, mesmo diante da materialização cotidiana dos serviços, a reversão do modelo assistencial vigente. Para isso, sua efetivação só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Essa perspectiva faz com que as redes sociais sejam reconhecidas como um espaço para produção de saúde, entendida a partir da realidade de cada instituição. Mais do que um espaço é a construção de relações entre indivíduos/famílias na luta pela melhoria das condições de vida, compreendendo uma atuação ampliada no processo saúde/doença e, por tanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social. Concluímos que a operacionalização da ESF deve ser adequada conforme as diferentes realidades locais, mantendo os princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica das estratégias. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de corresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam a Estratégia Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial.

Referências

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de assistência e promoção à saúde. Coordenação Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. *Atenção básica e a saúde da família.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em: 31 agosto 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. *Atenção básica e a saúde da família.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em: 31 agosto 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

ESCOREL S., GIOVANELLA L., MENDONÇA, M. H. M. de, ET AL. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am [online],* [s.l], v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> Acesso em: 31 agosto 2011.

HEIDMANN, I. T.S. B.; ALMEIDA, M. C. P. de; BOEHS, A. E.; et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto - Enferm. [online], Florianópolis,* v. 15, n. 2, p. 352-358, abr/jun 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01040702006000200021&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 31 agosto 2011.

KEBA, MARIA ELISABETH. Estratégia saúde da família e a Intersetorialidade: Revendo Espaços e atores da promoção da Saúde. In *Enfermagem à família: dimensões e perspectivas/ ELSEN INGRID, SOUZA; ANA ISABEL JATOBÀ; MARCON, SONIA SILVA (organizadoras).* Maringá: Eduem, 2011, p.15-23.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais, Belo Horizonte,* [s.a.], [s. n.], p.3-11, 11 fev. 2009.

NASCIMENTO, P. C. Democracia e saúde: Uma perspectiva arentiana. In: *Saúde coletiva questionamento a onipotência do social.* Rio de Janeiro: Dumará, 1992.

PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.* Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

RIBEIRO, E. M.. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online],* Ribeirão Preto, v.12, n.4, p. 658-664, jul/ago 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v12n4-4/11.pdf> Acesso em: 31 agosto 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The world health report 2000: health systems, improving performance.* Geneva, World Health Organization, 2000.

Vida saudável: uma experiência de trabalho multiprofissional no tratamento da obesidade

Colaboradores da ESF Ari Lunardi:

Lucélia Razera

Enfermeira

Raul Kieselbach

Médico

Grazielle Farina

Psicóloga

Karine Finatto

Nutricionista

Kelly Caon

Assistente Social

Valdemar Busatta

Álvaro Rech

Odontólogos

Leciane Peruzzo de Oliveira

Auxiliar de Consultório Dentário

Gabriela Di Domenico

Auxiliar Administrativo

Roselaine Guilardi

Elenise Pertuzatti

Auxiliares de Enfermagem

Adriana da Silva

Adriana Comin

Melania Turcatel

Silangia de Paula

Vera Mendes

Agentes Comunitárias de Saúde

Equipe técnica:

Estela Marisa Specht

Maicon Jones Atuatti

Luciane Marquetti Bortolanza

Contatos: estela.specht@hotmail.com / xaximsaude@gmail.com - fone: 49-3353.1263 / 49-3353.1263

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis vêm revelando um grande desafio para a saúde pública no Brasil. Os grupos de enfermidades que englobam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa da mortalidade em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo (BRASIL, 2006).

Nas últimas três décadas, as prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram significativamente. Dados de três inquéritos nacionais - Endef, realizado em 1975; PNSN, em 1989; e POF, em 2002/2003 - revelam que o excesso de peso teve uma nítida tendência de aumento no período compreendido entre meados da década de 1970 e o ano de 2003 entre os homens; e, entre as mulheres, houve tendência de redução entre 1989 e 2003. As pesquisas revelaram que em 2003, 40% da população adulta apresentava excesso de peso (BRASIL, 2008, p.138).

A prevalência do excesso de peso e da obesidade na população adulta brasileira, apurada pela POF- Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 revela que esses agravos alcançam grande expressão em todas as regiões do País, no meio urbano e rural e em todas as classes de rendimento. A obesidade, caracterizada por IMC igual ou superior a 30Kg/m², afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas do País. Obesos representam cerca de 20% do total de homens com excesso de peso e cerca de um terço do total de mulheres com excesso de peso (BRASIL, 2008, p.138).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p.139), “o crescente excesso de peso e obesidade comprova

a gravidade e magnitude que o problema assumiu no País, fundamentando a urgência de intervenções que façam retroceder o avanço do excesso de peso e, concomitantemente, das outras DCNT no Brasil”.

A maneira de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que não é favorável à saúde da população quando aliado ao sedentarismo.

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história (BRASIL, 2006, p. 09).

Neste sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem, entre seus propósitos, a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis. E, neste contexto, a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se como grandes desafios (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (Brasil, 2006, p.09).

A Atenção Básica de Saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física no âmbito da obesidade. O desenvolvimento

das ações de incentivo, além de garantir a divulgação de informação, deve buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2006, p.12).

Dentre as ações de incentivo, o trabalho com grupos é ideal para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas em sobrepeso e obesidade. O trabalho com grupos tem como objetivo “alcançar a construção coletiva do conhecimento, podendo ser um polo aglutinador dos profissionais e usuários, principalmente quando é realizado por uma equipe multidisciplinar” (BRASIL, 2006, p.54).

Os profissionais de saúde, pela relação dialógica com os usuários, podem ser atores e autores na construção de um novo saber sobre saúde e nutrição. Dentre os aspectos fundamentais nesta relação, destaca-se a importância da valorização, por sua parte, do conhecimento já adquirido pelos usuários. Valorização esta que pode ser expressa numa atitude de ser também aprendiz diante do processo de construção do conhecimento. A partir desta atitude, o profissional pode demonstrar o reconhecimento da identidade cultural da população, favorecendo o resgate de sua autoestima, já tão desgastada no contato com os serviços tradicionais de saúde (ROTENBERG, citado por BRASIL, 2006, p.54).

Ao trabalhar com grupos, os profissionais da saúde não devem somente passar informações, “mas sim estimular a problematização, o ‘saber pensar’ criticamente, fazendo com que o usuário se torne o sujeito de ação, ou seja, um ser autônomo com seu próprio conhecimento” (BRASIL, 2006, p.55).

Justificativa

A obesidade é um fator que contribui para diversas doenças e está totalmente relacionada à falta de autocuidado refletindo numa piora da qualidade de vida. O indivíduo obeso, em geral, está constantemente em busca de perder peso. Essa incansável batalha leva a pessoa a tentar diversas maneiras para perder peso: dietas sem fundamento científico, atividades físicas interrompidas constantemente e o uso inadequado de medicamentos, acarretando sérios problemas à sua saúde, sem mudar o que é mais importante, o seu “hábito de viver saudável”. A busca pela Reeducação Alimentar é chave para o sucesso da dieta. Para conquistar essa batalha, o indivíduo precisa de ajuda, pois dificilmente ele conseguirá sozinho, precisando do apoio da família, dos amigos, da sociedade, e obviamente, da ajuda profissional.

O organismo humano é o resultado de diferentes interações durante suas diversas etapas de seu desenvolvimento. Entre essas interações destacam-se o “patrimônio genético, o ambiente social e econômico, cultural e educativo e o seu ambiente individual e familiar. Assim, uma determinada

pessoa apresenta diversas características peculiares que a distinguem, especialmente em sua saúde e nutrição” (ABC DA SAÚDE).

A obesidade é o resultado de diversas dessas interações, nas quais chamam a atenção os aspectos genéticos, ambientais e comportamentais. Assim, filhos com ambos os pais obesos apresentam alto risco de obesidade, bem como determinadas mudanças sociais estimulam o aumento de peso em todo um grupo de pessoas. Recentemente, vem se acrescentando uma série de conhecimentos científicos referentes aos diversos mecanismos pelos quais se ganha peso, demonstrando cada vez mais que essa situação se associa na maioria das vezes, com diversos fatores (ABC DA SAÚDE).

Abordando todos os aspectos fisiológicos, emocionais e sociais da obesidade, a prática educativa, em especial a grupoterapia, é uma estratégia que visa priorizar a criação de espaços de diálogos e aprendizagem. Esta estratégia possibilita aos serviços de saúde, a construção de conhecimentos e práticas mediadoras da abordagem restrita ao biológico com visões mais abrangentes das ciências sociais. As famílias podem adquirir conhecimentos e habilidades que facilitem seu dia a dia e a construção de melhores condições de vida. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias. Neste sentido, as práticas educativas deixam de ser uma atividade a mais realizada nas unidades de saúde e passam a ser o eixo aglutinador e re-orientador do cuidado à saúde (BRASIL, 2006, p.54).

De acordo com BOOG citado por Brasil (2006, p.58), as práticas educativas em saúde e nutrição, devem ter como eixos centrais “a promoção de saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana”.

Diante do exposto e da necessidade de promovermos uma prática educativa que propicie vida saudável aos pacientes sobrepesos e obesos que assistimos no dia a dia, apresentamos este relato de experiência de autoria multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: Grupoterapia Vida Saudável. Utilizada como ferramenta facilitadora no tratamento da obesidade e conquista de uma excelência na qualidade de vida.

Objetivo geral

Proporcionar espaço para abordar aspectos emocionais e comportamentais relacionados à obesidade, melhorando a qualidade de vida dos pacientes que frequentam o grupo através de ações que estimulem o autocuidado, que incentivem à adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular da atividade física.

Objetivos específicos

- Desenvolver grupoterapia com pacientes sobrepesos e obesos;



- Oferecer um espaço para expressão de sentimentos e percepções a respeito da obesidade;
- Compartilhar medos e anseios na busca do peso ideal;
- Proporcionar aumento da autoestima, através de compartilhamento de sentimentos e desejos;
- Favorecer o empoderamento dos participantes e instrutores na construção do grupo;
- Promover reflexões a respeito de hábitos de vida saudáveis e a consequente diminuição do peso e morbidades associadas;
- Incentivar e orientar a prática de hábitos alimentares saudáveis;
- Incentivar a prática regular de atividade física;
- Proporcionar ao grupo espaços e oportunidades de concretização da atividade física regular, através de parcerias com academias do município;
- Almejar a diminuição do peso gradativo do grupo.

Desenvolvimento

O presente relato trata-se de uma experiência em implantar e desenvolver um grupo terapêutico para pessoas com sobrepeso e/ou obesidade pertencentes à abrangência da Estratégia Saúde da Família Ari Lunardi, no município de Xaxim. Na Estratégia Saúde da Família Ari Lunardi há, atualmente, 3.184 habitantes, sendo 1.542 homens e 1642 mulheres. O número de famílias cadastradas pelas Agentes Comunitárias de Saúde no mês de julho de 2011 é de 995 (Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, Secretaria Municipal da Saúde de Xaxim, 2011).

A área de abrangência desta Unidade está dividida em

seis microáreas e compreende o bairro Ari Lunardi, onde cinco agentes comunitárias de saúde realizam o acompanhamento das famílias e quatro linhas de áreas rurais, acompanhadas por uma agente comunitária de saúde. A Estratégia Saúde da Família Ari Lunardi está bem localizada e é de fácil acesso aos moradores. Sua abrangência está bem estruturada quanto aos aspectos econômicos (empresas, comércios), educacionais (centro de educação infantil, escola e faculdade), religiosos e comunitários. A Equipe Saúde da Família é composta por enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, médico clínico geral, auxiliar de consultório dentário, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, seis agentes comunitárias de saúde, que trabalham 40 horas semanais; dois odontólogos, psicóloga e assistente social, com 20 horas semanais; e pediatra, com 4 horas semanais.

Na ESF e em seu território, são realizadas atividades assistenciais e educativas individuais e coletivas, como no centro comunitário, escola, centro de educação infantil e domicílios. Nas práticas coletivas, destacam-se as atividades com grupo de hipertensos e diabéticos, mães com crianças baixo peso, tabagistas, crianças e adolescentes na escola, adultos e jovens. A ideia de criar um grupo para trabalhar aspectos psicossociais, nutricionais, atividade física, autocuidado para pessoas com sobrepeso e/ou obesidade surgiu durante as consultas médicas com o médico da ESF.

A equipe de saúde percebeu que, no último ano, houve um grande número de pessoas que procuraram por ajuda médica para tentar perder peso e muitos dos problemas físicos e psicossociais relatados nas consultas médicas, de enfermagem e psicológicas estão relacionados à obesida-



Orientações em grupo desenvolvidos pela equipe multidisciplinar

de. Uma dezena de pacientes já estava sendo acompanhada individualmente pelo médico, que avaliava exames clínicos solicitados, encaminhava à nutricionista solicitando feedback e a academias de ginástica, com orientação e avaliação profissional, todos os pacientes que estavam com desejo de perder peso. Porém, os resultados esperados já não estavam sendo satisfatórios; faltava o compartilhamento coletivo de anseios e de pequenas conquistas para o fortalecimento das novas práticas adquiridas.

Uma troca de experiências entre o médico, a enfermeira e a psicóloga motivou a criação de um grupo terapêutico para esses pacientes. A necessidade foi compartilhada com todos os profissionais durante as reuniões de equipe, surgindo, então, o grupo batizado de Vida Saudável: um grupo de apoio aos pacientes da Estratégia Saúde da Família Ari Lunardi, sendo uma maneira de compartilhar as experiências e dificuldades através de relatos sobre a busca da vitória com relação à diminuição do sobrepeso e obesidade, bem como a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

A partir das diversas considerações apresentadas, julgamos importante salientar que um paciente com sobrepeso e/ou obesidade deve, antes de iniciar qualquer medida de tratamento, realizar uma consulta médica e nutricional no sentido de esclarecer todos os detalhes referentes ao seu diagnóstico e as diversas repercussões do seu distúrbio. O paciente obeso deve também receber apoio de equipe multiprofissional, abordando aspectos físicos, emocionais e sociais. Os pacientes que já realizavam acompanhamento médico foram convidados a participar do grupo, bem como pacientes que desejaram participar após divulgação do grupo pela equipe, em especial pelas agentes comunitárias de saúde.

O grupo Vida Saudável é coordenado por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, psicóloga e nutricionista da SMS. O grupo de profissionais se comprometeu com o funcionamento do grupo desde a sua criação e em todos os encontros participam junto, compartilhando seus conhecimentos e experiências. Os demais profissionais da ESF (assistente social, odontólogos, agente comunitárias de saúde, auxiliares de enfermagem) também participam das atividades, auxiliando e contribuindo com as práticas educativas do grupo. O grupo reúne-se semanalmente, nas dependências da ESF, em encontros com duração de uma hora e trinta minutos.

O trabalho educativo do grupo Vida Saudável condiz com o modelo educativo proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.55), sendo “caracterizado por uma visão crítica do processo de ensino-aprendizagem, onde a concepção de educação é baseada na troca, na construção, no compartilhar do conhecimento dos profissionais, usuários e comunidade”. Nesse sentido, “o grupo é compreendido como um espaço educativo, de reflexões, de troca de experiências e anseios, de melhoria da autoestima e construção da cidadania”.

Para iniciar e manter a participação no grupo, os pacientes necessitaram percorrer por diversas etapas. Cada etapa teve suas particularidades que proporcionaram melhores desempenhos e resultados na busca da diminuição do peso

e satisfação pessoal. São elas:

- Realizar consulta médica com clínico geral da ESF;
- Realizar exames clínicos solicitados pelo médico;
- Participar de consulta e avaliação clínica com a nutricionista;
- Realizar atividade física regular (os pacientes foram orientados a matricular-se em uma academia e apresentar durante a consulta médica, avaliação física realizada por educador físico e frequência da academia);
- Inscrever-se no grupo;
- Responder entrevista realizada pela enfermeira que envolveu questões relacionadas ao estilo de vida de cada paciente;
- Participar de anamnese, avaliação nutricional e antropométrica com a nutricionista;
- Participar assiduamente dos encontros semanais do grupo e justificar ausência com antecedência;
- Realizar avaliação antropométrica semanal;
- Compartilhar suas dúvidas e experiências durante os encontros.

Complementando sobre o compromisso dos pacientes ao participarem do grupo, destacamos as considerações de Pereira e Helene (2006) quando reforçam que para haver resultados dos programas de prevenção e promoção da saúde faz-se necessário o reconhecimento de determinadas etapas, sendo:

a) que a população (indivíduos) participe e modifique condutas e estilo de vida nocivos a saúde, reduzindo os riscos e desenvolvendo um sentido de responsabilidade compartilhada com os serviços de saúde; b) que as políticas públicas atuem efetivamente na promoção da saúde, reconhecendo que o empreendimento é uma tarefa inter-setorial, interdisciplinar e que todos os esforços devam ser feitos no sentido da complementaridade, comunhão e coletividade, tendo como alvo o auto-cuidado e auto-responsabilidade (PEREIRA E HELENE, 2006, p.35).

O primeiro encontro do grupo ocorreu no início de junho de 2011 e contou com a participação de toda equipe saúde da família e de 18 pacientes. Neste encontro, foram expostos os objetivos do grupo, bem como a apresentação dos participantes e da equipe coordenadora. Também foram compartilhadas algumas experiências de dietas, tratamentos e “receitas” realizadas pelos participantes na busca da diminuição de seus pesos. Neste encontro, foram discutidas algumas questões destacadas na entrevista realizada pela enfermeira: tentativas de perder peso, auto-conhecimento, autoestima, medo e desafios. A seguir, a nutricionista abordou sobre sua conduta de atendimento coletivo no grupo, onde as dicas deverão ser compartilhadas com todos, respondendo a questões coletivas e agendou previamente a consulta nutricional com anamnese e avaliação antropométrica. A profissional também solicitou aos participantes que redigissem, como tarefa de casa, um diário/recordatário contendo informações sobre toda alimentação durante uma semana, para avaliação posterior e comparação após um determinado tempo transcorrido de frequência no grupo.



Sobre as tarefas de casa acrescentamos que, proporcionam oportunidades para o paciente adicionalmente educar-se (...), testar os seus pensamentos e as suas crenças para modificar seu pensamento, praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos. A tarefa de casa pode maximizar o que foi aprendido em uma sessão de terapia e conduzir a um aumento no sentido de autoeficácia do paciente (BECK, citado por FREDE-RICO et al, 2010, p.28).

Foi com este intuito que a nutricionista solicitou aos participantes que fizessem o recordatório alimentar, contando toda a sua alimentação durante sete dias para avaliação dos hábitos alimentares, para futuros direcionamentos sobre as orientações nutricionais repassadas durante os encontros subsequentes do grupo e, também, para possibilitar aos indivíduos a percepção dos seus erros e acertos alimentares. Com este material e um novo recordatório elaborado futuramente, será possível observar os hábitos alimentares efetivamente modificados.

No primeiro encontro, além das tarefas distribuídas, foram discutidos os hábitos alimentares saudáveis que facilitam o processo de reeducação alimentar e, conseqüentemente, a perda de peso. Sendo eles: o fracionamento das refeições, o maior consumo de fibras e de água, a menor ingestão de alimentos ricos em açúcares e gorduras, entre outros. No decorrer do processo foram utilizadas diversas técnicas e dinâmicas a fim de estimular os participantes a buscarem uma alimentação mais saudável, deixando de lado hábitos adquiridos principalmente em momentos de ansiedade.

Notou-se, em diversas ocasiões que a maioria dos participantes que estavam vivenciando um problema emocional durante aquela – como perda de um familiar, problemas de relacionamento, familiar enfermo, sentimentos de tristeza, saudade, carência afetiva e ansiedade - estas situações eram amenizadas com alimentos que simbolizavam algum tipo de prazer, conforto, alento ou recompensa e, portanto, elas mantinham ou aumentavam seu peso, justificando sempre que, naquele momento, o alívio vinha através do alimento. Uma espécie de mimo que a pessoa se oferece para compensar um sentimento desagradável. Estes símbolos podem estar relacionados a várias situações: alimentos preferidos na infância, sobretudo àqueles preparados pelas mães; bebidas e guloseimas frequentes em festas e em outros momentos felizes da família. Deixou-se claro que, uma vez ou outra, não havia problema ao usar este recurso, afinal o paladar é uma forma saudável de prazer. Mas, se este recurso fosse usado sem controle, a situação poderia evoluir para uma compulsão alimentar com todas as suas conseqüências. Em virtude disso, trabalhou-se o reconhecimento sobre diferença entre fome física e fome psicológica, onde as pessoas compulsivas alimentares comem pela fome emocional e por isso engordam com mais facilidade.

Partiu-se do princípio que cada participante deveria encontrar outras formas de prazer além da comida, como assistir a um bom filme, ler um livro interessante, receber uma massagem, ouvir músicas, tomar um banho quente, caminhar ao ar livre, conversar ao telefone, praticar um hobby,

brincar com seu bichinho de estimação, tomar água, etc. E que cada um deveria usar sua criatividade e, em pouco tempo, teria sua própria lista de alternativas para seus momentos de fome emocional. A cada encontro as dúvidas surgiam e eram esclarecidas com a ajuda dos demais profissionais que conduziam o grupo. Novos temas foram abordados todas as semanas e contemplavam todas as esferas da equipe multidisciplinar.

Os alimentos que ajudam a diminuir a ansiedade, as plantas e alimentos diuréticos e a troca de receitas saudáveis foram alguns dos assuntos trazidos pela nutricionista. Na troca de receitas, buscou-se criar uma nova visão dos alimentos saudáveis, tornando as receitas do dia a dia menos calóricas, porém tão saborosas quanto às que os participantes estavam acostumados a preparar. Depois de distribuídas as receitas, cada semana duas pessoas preparavam e traziam de suas residências, doces e salgados para que o grupo pudesse degustar e aprovar ou fazer sua contribuição para melhorar cada receita. Esta ideia fez com que os participantes compartilhassem com o grupo receitas que desenvolveram em casa para diminuir o valor calórico de algumas preparações, reforçando que a troca de experiências motiva a formação de novos hábitos saudáveis.

Além disso, a cada progresso ou resultado positivo em relação aos hábitos alimentares, prática regular de atividade física, tarefas de casa, e alterações ponderais, os participantes receberam uma letra. O objetivo desta tarefa foi fazer com que o grupo percebesse que cada detalhe é importante na formação de novos hábitos saudáveis e que esta não é uma tarefa fácil. Assim, a palavra formada, ao juntar as letras recebidas a cada ponto positivo, será “disciplina”, uma forma de reconhecer o esforço e os resultados alcançados por eles.

Em um dos encontros a psicóloga trabalhou a Dinâmica da Borboleta, na qual cada participante poderia verbalizar como estava se sentindo: se estava ainda dentro de um casulo; na metamorfose, mas sem forças para sair; com medo do novo; ou se já estava se tornando borboleta, colorida e voando sem medo, conhecendo o lado bom de ser livre e sentir-se bem. Todos utilizaram aquele momento para falar sobre seus medos e angústias e, assim, o grupo pode entender mais o que cada um vive, havendo várias identificações entre os participantes.

A psicóloga também trabalhou um exercício de autoconhecimento com os participantes do grupo, no qual eles deveriam responder alguns itens que surgiram no decorrer dos encontros, sobre como cada um estava em relação ao conhecimento de si, fazendo com que os envolvidos refletissem sobre suas emoções, se autoconhecendo. É muito difícil alguém se conhecer interiormente quando a busca está sempre no externo. A maioria busca cuidar da pele, mudar o corte do cabelo, comprar roupas, eliminar alguns “quilinhos”, mas quase sempre esquecem que o caminho deve ser o contrário, de dentro para fora.

Portanto, foi de extrema importância cada um conhecer como se “percebem”, como se “enxergam” e como podem ficar bem com si mesmos. Cada participante deveria perceber suas qualidades, ver o que de melhor podem ofere-

cer para si mesmo e, em consequência, mostram para o outro seus potenciais. Notou-se que cada um em silêncio, respondia os itens questionados pela profissional e, assim, refletiam sobre suas vidas, sobre a sua maneira de ser, pensar e agir.

Em todo momento queremos ser aprovados pelo outro, sem julgamentos, e isso é transmitido através do corpo, o qual “fala” sobre o momento que estamos vivendo. Ou seja, se comemos muito, queremos suprir a tal fome emocional, com intuito de “camuflar” ou “esconder” algo. Através desses momentos, houve discussão e um momento de autoconhecimento dos integrantes do grupo, proporcionando crescimento e elevando suas autoestimas. Em um dos encontros foi convidada para palestrar uma personal stylist, profissional da moda, que orientou, com muita sabedoria e conhecimento, sobre os estilos de corpo, modelos de roupa, sugestões de cabelo e maquiagem, para que os participantes pudessem aproveitar, da melhor maneira possível, o que lhes era favorável em seu corpo.

Todo conteúdo apresentado e discutido foi tendo efeito no decorrer dos encontros e, como consequência, a perda de peso foi consideravelmente percebida, aumentando, assim, a autoestima dos participantes, que a cada encontro mostravam, através do seu visual e de sua fisionomia, a autoconfiança na própria fala. Isso prova o quanto a autoimagem corporal está relacionada a sua autoestima, tornando-se evidente que sentir-se bem já faz parte do dia a dia de cada um.

Resultados

No transcorrer dos encontros, o número de participantes foi diminuindo, classificando, realmente, quem desejava mudar seu estilo de vida. O grupo se manteve com onze participantes, sendo dez mulheres e um homem, com idades entre 15 a 52 anos. O perfil nutricional mostrou que 82% deles apresentavam obesidade ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$) e 18% apresentavam sobrepeso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$). Os participantes eram sedentários e mantinham alimentação inadequada. Em três meses de encontro, os participantes apresentaram uma perda significativa de peso. A média do IMC dos participantes no início do grupo era de 35 Kg/m^2 e, em doze semanas, passou para 27 Kg/m^2 . Semanalmente, eles perderam 1,2 Kg, em média.

Os integrantes do grupo mostraram-se engajados a buscarem, constantemente, hábitos de vida saudáveis, como prática de atividade física regular, aquisição de uma alimentação adequada e saudável, socialização de ideais e outras formas de promoverem saúde. Notou-se, através das dinâmicas de grupo, que os participantes possuíam uma grande necessidade de expor suas angústias e seus medos, os quais, em diversas situações, atrapalhavam o bom andamento de almejar uma qualidade de vida digna. Todos os participantes puderam entender que, para perder peso de forma saudável, buscando uma melhor qualidade de vida, é fundamental que as pessoas pratiquem exercícios físicos com regularidade, mantenham uma dieta equilibrada e, principalmente, não se descuidem da autoestima, a qual, neste período, aflorou entre os participantes. Notou-se, também,

através da fisionomia de cada participante, a importância de buscar algo que estava camuflado, e que há muito tempo não era resgatada, a vontade de viver. Onde o verdadeiro sentido de desejar eliminar alguns quilos, foi revelado através da satisfação pessoal, do sorriso alegre, do compartilhamento de potenciais e do desejo de buscar novos objetivos e novas metas para a sua vida e das suas famílias, pois atrás de cada rosto existe uma história e que, muitas vezes, não é completamente feliz. E o mais importante é que cada participante entendeu que a felicidade não está fora, e sim dentro de cada um.

Considerações finais

A intervenção no grupo colaborou para confirmar a importância da terapia coletiva com apoio de uma equipe multiprofissional que desenvolva um tratamento íntegro na prática de uma vida saudável. Constatou-se, durante o desenvolvimento do grupo, que há necessidade de priorizar ações para que os envolvidos resgatem valores motivadores de mudanças nos hábitos alimentares, controles dos agentes estressores e aumento da autoestima, compreendendo a importância de praticarem atividade física regular e prazerosa fazendo parte da rotina diária. O aumento da autoestima e ascensão do empoderamento confirmam nos participantes a preocupação do autocuidado individual e familiar e melhora na qualidade de vida.

Com a implantação deste grupo, pudemos observar o quanto é imprescindível o autocuidado na promoção à saúde do indivíduo para que ele possa viver bem e melhor. Acredita-se que, em longo prazo, a obesidade seja diminuída consideravelmente, e que cada indivíduo participante do grupo possa estender e promover hábitos saudáveis na sua família, visando à promoção da saúde e deixando de lado a doença. Este grupo nos permitiu desenvolver ações determinadoras e geradoras de um melhor estilo de vida, onde cada indivíduo conhece seus limites, porém avança com determinação para seguir seus objetivos.

Referências

- ABC DA SAÚDE. Informações Médicas Ltda. Obesidade. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?303>. Acesso 10/07/2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília. n.12; Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006.
- FREDERICO, Deison Fernando et al. Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo. Revista Catarinense de Saúde da Família. Florianópolis, n.2, p.26-31, mar.2010.
- PEREIRA, José Mearin; HELENE, Lúcia Maria Frazão. Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v.7, n.2, p.32-38, jun.2006.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB, Secretaria Municipal da Saúde de Xaxim Santa Catarina, julho de 2011.



Descobrimos talentos das mulheres mais ocupadas do bairro Industrial Norte

Carla Coan

Caroline Colombo

Dorilda Fragoso

Dulce Aparecida Alves Pacheco

Emília Borges

Ezilda Cardoso

Fabiana da Luz

Geovane Pereira da Silva

Nívea Aparecida F. Martinazzo

Marcela Veiga Kohlbeck

Raquel Francisca de Borba Costa

Rosimeri Moreira Ribeiro

Ruth Souza Almeida

Setsuyo Schulze

Silvane de Barros

Taliane Dente Dall Agnol

Vanessa Lacerda

Contatos: inorte@rionegrinho.sc.gov.br - Fone: 47-3644.4088

Agradecimentos

Agradecemos a todos que, direta ou indiretamente, incentivaram para realização deste trabalho. Em especial a coordenação da Estratégia Saúde da Família, que sempre nos orienta e nos motiva para continuarmos lutando para proporcionar prevenção e promoção de saúde para os nossos usuários. Nossos agradecimentos à comunidade que prestigia, participa e luta em conjunto com a unidade de saúde Industrial Norte. Agradecemos a Deus, que nos ilumina e ensina que a vida é LUTA e a toda equipe da ESF Industrial Norte: Carla Coan, Caroline Colombo, Dorilda Fragoso, Dulce Aparecida Alves Pacheco, Emília Borges, Ezilda Cardoso, Fabiana da Luz, Geovane Pereira da Silva, Nívea Aparecida F. Martinazzo, Marcela Veiga Kohlbeck, Raquel Francisca de Borba Costa, Rosimeri Moreira Ribeiro, Ruth Souza Almeida, Setsuyo Schulze, Silvane de Barros, Taliane Dente Dall Agnol e Vanessa Lacerda.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) (Ministério da Saúde, 1998), tem, como principal objetivo, contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (MS, 1991). Isso imprimiria uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população. (FIGUEIREDO, 2005).

Segundo Figueiredo (2005), o PSF visa prestar assistência para todos os membros de uma família de acordo com suas necessidades, intervindo nos fatores de riscos aos quais a população está exposta, desenvolvendo ações preventivas para as doenças. Assim como, o programa valoriza alguns princípios como o de vinculação com a população e estímulo à participação da comunidade.

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) foi criada em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa ataca de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil. E o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria

das condições de vida da comunidade (LEVY; MATOS; TOMITA 2004).

A partir de 1991, o Ministério da Saúde começa a implantar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que, em 1992, passa a ser chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PCAS, atual EACS). Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF). Todos esses programas estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que, em 1995, o PACS atualmente EACS e o PSF foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em meados de 1999, estes programas passaram para a coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e, neste mesmo ano, o governo federal define as atribuições do ACS, no Decreto no 3.189, onde estabelece que ao ACS cabe desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BORNSTEIN, STOTZ, 2008, p.02).

Segundo Bornstein, Stotz (2008, p.02), “de acordo com o art. 2o, a profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local”.

Atualmente a comunidade do Industrial Norte de Rio Negrinho tem uma área de abrangência com uma população de 3.404 habitantes, distribuídos em 810 famílias, sendo 1.727 mulheres e 1.677 homens. Cem por cento (100%) das famílias possuem luz elétrica, água encanada, coleta de lixo, 43,99% tem esgoto tratado, 55,90% possuem fossa, 2,10% possuem plano de saúde, 92,28% possuem ruas pavimentadas ou calçadas e moram em residências de alvenaria. A comunidade tem escolas, creches, supermercados, unidade de saúde da família, igrejas, praças, ginásios esportivos, áreas de lazer, transporte coletivo, ruas bem sinalizadas e policiamento.

Este trabalho apresentará a interação da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Industrial Norte com as mulheres de sua comunidade. E disponibilizará uma referência das atividades propostas e realizadas, para as equipes de Estratégias de Saúde da Família e Agentes

Comunitários de Saúde de outras unidades. Na comunidade da ESF Industrial Norte há 421 donas de casa, 16 destas são depressivas. Sendo assim, percebeu-se a necessidade de incrementar atividades para mostrar uma realidade diferente, participando das ocupações em comunidade. Assim, surgiu a idéia de convidá-las para participarem da reciclagem de resíduos sólidos.

Um dos pontos destaque deste trabalho é ensinar o destino correto do óleo de cozinha usado no dia-a-dia em cada família. Na maioria dos casos, as donas de casa dão destino incorreto aos resíduos. Os lixos são jogados em quintais, pias de cozinha, vasos sanitários, poluindo o meio ambiente e contaminando os lençóis freáticos.

Atualmente, encontramos muitos destinos adequados de lixos, por exemplo, a transformação de garrafas PETs em pufes, produção de sabões utilizando óleo de cozinha usado, fuxicos com os retalhos de tecidos. E foi com essa ideia que surgiu o grupo de Mulheres mais ocupadas do bairro Industrial Norte, sendo coordenado pela equipe da estratégia de Saúde da Família Industrial Norte e com papel fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Justificativa

A interação entre equipe e comunidade com a realização deste trabalho em grupo trará um elo eficiente e eficaz para os participantes, proporcionando melhora nas condições de saúde. Prevenindo, assim, doenças e promovendo a saúde, diminuindo o número de deprimidos, melhorando a qualidade de vida. Estimava-se que as donas de casa sentir-se-iam mais valorizadas, respeitadas e apoiadas. A destinação adequada dos resíduos proporciona um ambiente saudável com menos lixo. As senhoras que participarem na produção de artesanatos com resíduos, poderão comercializá-los para aumentar a renda extra em casa.

A ESF do Industrial Norte irá orientar e demonstrar passo a passo como produzir sabões, pufes e fuxicos, utilizando óleo de cozinha usado, garrafas PET e retalhos de tecidos, respectivamente. As vantagens dos processos de produção são atraentes, pois os custos são baixos e requer pouca técnica. As suas utilidades são inúmeras: o sabão é quase que indispensável na nossa vida no setor de higienização de ambientes; o pufe, quem não gostaria de se acomodar sobre um assento confortável? E os fuxicos poderão ser aplicados em vários objetos como tapetes, bolsas, enfeites em vestuários, entre outros.

Objetivo

Objetivo Geral

Melhorar a saúde mental das mulheres donas de casa do bairro Industrial Norte através do trabalho artesanal, promovendo, assim, a ocupação, a melhora na renda familiar, novos ciclos de amizade e contribuir com o meio ambiente.

Objetivo Específico

- Prevenir a doença e promover a saúde das donas de casa do Industrial Norte através de ação comunitária coletiva;
- Capacitar as donas de casa que participam do projeto

de reciclagem de alguns resíduos sólidos;

- Mostrar às participantes do projeto a importância das atividades coletivas para aumentar sua autoestima, autoconfiança, prevenir ou melhorar o quadro depressivo;
- Incentivar as participantes a desenvolver criatividade visando confecção de outras peças a partir de lixos;
- Divulgar estas atividades coletivas a outras pessoas da comunidade, a fim de obter destino adequado do lixo e higiene do meio ambiente;
- Mostrar a interação da equipe da -ESF Industrial Norte, disponibilizando uma referência das atividades propostas para as outras equipes da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde poder realizar com suas respectivas comunidades.

Desenvolvimento

A Durante o curso de formação dos Agentes Comunitários de Saúde promovido de 22 de fevereiro a 2 de agosto de 2010 foi realizado o diagnóstico da área de abrangência da ESF Industrial Norte, sendo observado um grande número de mulheres donas de casa. Sendo estas, na sua maioria, acomodadas ao mecanismo do dia a dia, estando propensas a desenvolver depressão, ansiedade, baixa autoestima, entre outros problemas.

Assim, surgiu a ideia de proporcionar outra realidade a elas, mostrando, através da interação com a equipe da unidade de saúde e com a comunidade, os seus talentos, valores e ideias. A iniciativa da equipe também foi em demonstrar a consciência ecológica, através da reciclagem, contribuindo assim com o meio ambiente.

O trabalho iniciou com a confecção dos convites para o primeiro encontro, que aconteceu no mês de agosto de 2010, os quais foram entregues pelas ACS durante suas visitas domiciliares às mulheres da comunidade, assim como na Unidade de Saúde, por todos os profissionais. Foi orientado a todas as mulheres sobre o trabalho que iria acontecer e sobre a importância de levar no encontro os materiais que seriam necessários para a reciclagem. A intenção deste trabalho com as mulheres do bairro foi melhorar a saúde



Confecção dos convites para o primeiro encontro



Palestra realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde para as participantes do grupo

mental, utilizando para isso o reaproveitamento de alguns resíduos, proporcionando após a comercialização dos trabalhos confeccionados, completando uma renda extra em casa e contribuindo com o meio ambiente através da reciclagem destes materiais.

As estratégias utilizadas que possibilitaram o alcance dos objetivos desse trabalho foram:

- a) Revisão de literatura sobre confecção de sabão a partir de óleo de cozinha usado, produção de pufes com garrafas pet e fuxicos utilizando os retalhos de tecidos. Recorremos à Internet onde encontramos o que queríamos
- b) A escolha de local que fosse de referência da comunidade e que tivesse o espaço suficiente para comportar todos os convidados
- c) Estabelecimento de datas e a hora de encontro
- d) Confeção de convites para o encontro
- e) Distribuição de convites na ocasião das visitas das ACS
- f) Arrecadação dos materiais junto da comunidade Industrial Norte
- g) Preparo para o encontro.

Após a obtenção de receitas para a produção de sabão, pufe e fuxico coletados os ingredientes e materiais a serem utilizados na reciclagem de alguns resíduos. A lista de materiais é:

- 48 garrafas PETs de 2 litros
- retalhos de tecidos
- 4 litros de óleo de cozinha usado
- espuma, fitas adesivas, tesoura
- tecidos para cobrir pufe
- agulhas e linhas para costuras
- cola para colar espuma

No primeiro encontro foi apresentado um vídeo sobre o meio ambiente e, posteriormente, o projeto foi explicado. A equipe da ESF Industrial Norte orientou como reciclar o óleo de cozinha para fazer sabão, usar garrafas PETs para construir pufe e retalhos de tecidos para costurar fuxicos. A aceitação das donas de casa foi muito boa, assim como a participação e a sensibilização durante todos os encontros. Os encontros com a comunidade aconteceram no Salão da Igreja Santa Rita de Cássia do bairro Industrial Norte às

13h30min, com a participação de 46 donas de casa.

Resultados

Os objetivos traçados foram alcançados na sua totalidade com a satisfação de ambos os lados – a ESF Industrial Norte e as convidadas. As participantes presenciaram passo a passo todas as etapas dos procedimentos executados. Podemos concluir de que todas saíram com noção de produções para reproduzirem em suas casas.

A educação em saúde, quando realizada de forma participativa, com objetivo de auxiliar as mulheres na compreensão dos seus problemas e na busca de soluções compartilhadas, proporciona a elas melhoria da qualidade de vida. Para a equipe, a comunidade pôde ser vista não apenas como doença e indivíduo, mas sim como família, como um todo, que juntos podem criar e realizar coisas maravilhosas. Aprendendo a ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e com isso promover a saúde.

O reconhecimento da importância de alguns profissionais na equipe, como os Agentes Comunitários de Saúde, que com todo o seu empenho foram de fundamental importância para concretização desta atividade com as donas de casa. Assim como a afinidade entre a equipe de saúde teve melhora significativa. Foi visto que um número



Confeção de retalhos para os fuxicos e pufes

grande de mulheres donas de casa participou do grupo, e este número oscilava durante os nove encontros dependendo de como estava o tempo. Quando chovia, um número menor se apresentava; já em dias de sol, quase todas apareciam no grupo, inclusive outras que eram convidadas por colegas ou vizinhas. Os encontros proporcionavam às participantes um ponto positivo, pois além dos trabalhos artesanais apresentados pela equipe da ESF, as integrantes traziam novas ideias de trabalhos a serem passadas para o grande grupo.

A equipe de saúde observa o quão importante seria ter um instrumento de saúde mental no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), para que atividades como essa pudessem ser realizadas e avaliadas com maior êxito. Atividades como essa, de curta duração, de fácil compreensão, são muito eficientes para aumentar a autoestima, a realização pessoal, o prazer e a socialização, consequentemente melhorando a saúde mental.

Não foi utilizado método de coleta de dados sobre a situação de saúde dessas mulheres, assim como não foi utilizado nenhum método para avaliar a evolução delas após a participação no grupo, o único método de avaliação são os depoimentos das mesmas. Uma sugestão para a continuação do grupo é desenvolver um instrumento que possibilite a realização de um diagnóstico de cada participante do grupo, assim como um instrumento para avaliação da evolução da caracterização inicial.

Considerações finais

Comprovamos que condutas como essas são de suma importância em nossa vida, profissional e pessoal, a fim de diminuir estresses, sair da rotina doméstica, conhecer novas amizades e adquirir conhecimentos. As donas de casa ficaram mais alegres, sorridentes em participar dos eventos e muitas pediram para dar continuidade às atividades.

Refletir sobre o modo de agir, sentir e pensar no dia a dia é preciso! Educar é saber, é fazer, é ser, é conviver, é preciso educar para buscar os seus próprios interesses. Na busca constante da evolução, encontramos obstáculos e incertezas, e nem sempre estamos preparados para isso. Devemos então nos preparar para enfrentarmos todas as mudanças no qual a vida passa.

Referências

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.3, pp. 401-412. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232002000300002.

BORNSTEIN, Vera Joana and STOTZ, Eduardo Navarro. Concepts involved in the training and work processes of community health-care agents: a bibliographical review. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 259-268. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232008000100029.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. *Ensinando a Cuidar em Saúde Pública*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza and TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.1, pp. 197-203. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100036.

MEIO AMBIENTE: POLUIÇÃO DO AR DA ÁGUA E DO SOLO. Disponível em: <<http://www.youtube.com.br>>. Acesso em: 10 jul. 2010, às 15h30min.

ANEXO 1

Forma de Produção dos Trabalhos com os Materiais Recicláveis

- Produção de pufe a partir de garrafas PETs de 2 litros:

- As garrafas pets foram limpas pelas ACS na unidade.
- Procurar a marca na parte superior das garrafas e cortar este lugar, separando a garrafa em duas partes. Em seguida, encaixar a parte superior da garrafa no fundo, de cabeça para baixo. Repetir a operação em todas as garrafas.



Confecção dos pufes

- Reunir as garrafas aos pares e fixar com as fitas adesivas firmemente.
- Reunir 4 garrafas já fixadas 2 a 2 e passar a fita adesiva até firmar todo o grupo.
- Juntar os blocos de 4 garrafas em um único bloco formando o quadrado do pufe.
- Cortar a espuma e o papelão do tamanho do pufe. Forrar a parte de cima com a espuma, colocando o papelão. Cortar o tecido ou corvino nas mesmas medidas do pufe e costuras as arestas e encapar o pufe. Desta feita está pronto o pufe.
- O produto final foi sorteado entre as participantes.



Pufe pronto

- Confeção de sabão utilizando óleo de cozinha usado

a) Colocar em um recipiente de plástico (evitar o uso de recipiente de alumínio, pois a soda cáustica pode danificar) 4 litros de óleo usado, 2 litros de água fervendo, meio copo de soda caustica em flocos.



Confeção do sabão com óleo de cozinha usado

b) Mexer com pedaço de madeira por 20 a 30 minutos.
c) Colocar em um recipiente para endurecimento. Em geral leva 7 dias para atingir o ponto de corte.
d) Cada participante ganhou um pedaço de sabão para serem usados nas limpezas.



Sabão feito com óleo de cozinha usado já pronto

C) Confeção de fuxicos com retalhos de tecido

a) Cortar os retalhos de tecidos de acordo com o tamanho do fuxico desejado. Para isso faz se um molde de papelão, uma circunferência, o qual é colocado sobre o retalho para



Enfeites e boneca feita de fuxicos

recortar.

b) Com a agulha de costura alinhava-se a borda em toda a circunferência do tecido e em seguida puxa a linha franzindo a borda da circunferência e arremata. Eis uma unidade de fuxico pronto para ser empregado onde necessitar. Este poderá se utilizado para produção de bolsas, tapetes, enfeites e outros.

ANEXO 2

Forma de Produção dos Trabalhos com os Materiais Recicláveis

S.N., 70 anos. “Gostei muito de tudo, principalmente do sabão, pois o óleo de cozinha que as pessoas usam e muitas vezes jogam fora, destrói a terra, podemos reutilizá-lo com algo tão importante. Gostei mais ainda quando fui sorteada e ganhei o pufe que foi feito com as garrafas de pets, que era muito bonito. Quero que as reuniões com as mulheres continuem sempre, pois as pessoas podem proteger o meio ambiente com a reciclagem de materiais. E a cidade de Rio Negrinho já ajuda com a reciclagem de garrafas pets para o Natal Encantando de Rio Negrinho”.

M.O.F.F., 63 anos. “Acho muito bom o encontro com as mulheres, porque o povo não dá muito valor para reciclagem. Gostaria que continuasse sempre os encontros e apresentações. A gente aprende a fazer coisas para a casa e economiza mais, como por exemplo, o sabão e o pufe como brinquinho em casa”.

V. S., 60 anos. “Gosto muito de participar dos encontros, pois me sinto valorizada e sou muito acolhida por todas as mulheres e pela equipe do posto de saúde. Voltei a fazer os trabalhos que fazia antes lá na APAE. As meninas do posto também aprenderam a fazer os meus tapetes.”

R.L. 43 anos. “No grupo de mulheres eu aprendi fazer muitas coisas, e hoje eu faço e vendo enfeites de fuxicos para colocar nas cortinas. Assim posso ganhar um dinheiro a mais.”

Revista Catarinense de Saúde da Família



Mantendo o foco na Atenção Básica



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

